

Repères sur la santé des migrants

Pays d'immigration depuis plus d'un siècle, la France entretient pourtant avec cette question des relations complexes, évoluant en fonction de la situation économique et politique. Les migrants forment une population très hétérogène et présentent un ensemble de facteurs de vulnérabilité sociale, juridique et épidémiologique. Pour être efficaces, les actions de santé destinées à ces populations doivent tenir compte de ces spécificités.

Immigrés, étrangers, réfugiés, sans-papiers ou encore « personnes d'origine étrangère », l'usage parfois indifférencié de ces termes témoigne d'une certaine confusion dans l'ensemble de la société sur le statut des migrants en France (*voir encadré ci-contre*), cette confusion étant imputable pour partie à la politisation des questions d'immigration et d'asile au cours des trente dernières années. Dans la même période, l'émergence de nouvelles priorités de santé publique, en premier lieu la lutte contre l'épidémie de VIH-sida, a progressivement conduit les pouvoirs publics à prendre en compte les spécificités des populations migrantes en matière de santé (1). Si les données d'épidémiologie médicale restent rares, la contribution des sciences humaines et l'expertise des acteurs de terrain ont permis d'améliorer les connaissances sur les facteurs de vulnérabilité de ces populations et d'adapter ainsi les actions à mettre en œuvre pour la santé des migrants.

Une vulnérabilité particulière

Lorsqu'elle s'apparente à un déracinement, la migration peut être vécue comme une rupture, source de déséquilibres de tous ordres. Au-delà de l'obstacle linguistique, les migrants se heurtent à d'importantes difficultés de compréhension du fonctionnement du pays d'accueil. La résolution des difficultés d'ordre administratif, économique et social est prioritaire par rapport à la nécessité de prendre soin de sa santé. Le système de soins paraît opaque aux primo-arrivants (2) et la communication avec les professionnels de santé est rendue difficile par la confrontation de représentations et d'expressions différentes de la maladie (3-5). De plus, certains migrants sont fragilisés sur le plan psychologique – et

physique – par des antécédents de violence au pays d'origine, comme les exilés victimes de torture (6) ou les femmes victimes de mutilation sexuelle (7).

La vulnérabilité liée à la migration ou à l'exil est renforcée par une exposition particulière à la précarité sociale. Les migrants sont plus souvent en situation précaire que le reste de la population : revenus inférieurs de 32 %, niveau de vie inférieur de 26 %, risque de chômage plus élevé, conditions de logement moins favorables (8). De surcroît, ils sont exposés à des phénomènes de précarisation spécifiques, notamment du fait de leur statut juridique pour les étrangers en séjour précaire (obstacles à l'hébergement et à l'emploi, exploitation économique) (9), et de discriminations, en particulier dans le domaine de l'accès aux soins (10).

Des données épidémiologiques utiles mais insuffisantes

En termes de morbidité, les données épidémiologiques caractérisant les migrants sont rares. Pourtant, le recensement de « l'origine » des individus est autorisé dès lors que celle-ci est définie par des variables sociodémographiques classiques (lieu de naissance, nationalité, nationalité des parents, etc.). Ce sont surtout des réticences culturelles et politiques à voir ce champ de la santé investi par la recherche et les pouvoirs publics (12) qui expliquent l'insuffisance des études représentatives.

S'agissant des maladies infectieuses, les études de l'Institut national de veille sanitaire (InVS) permettent d'observer des taux de prévalence significativement plus importants dans certaines populations étrangères que dans le reste

Statuts des migrants et dispositifs de protection maladie : quelques définitions

Migrant : personne ayant vécu à l'étranger et résidant désormais en France, terme utilisé notamment en santé publique.

Immigré : personne née étrangère dans un pays étranger et résidant désormais en France, terme et définition utilisés pour le recensement démographique (Insee). Une personne reste immigrée même si elle acquiert la nationalité française.

Étranger : personne qui n'a pas la nationalité française, terme utilisé par les autorités de police et les associations de soutien juridique. L'expression « étranger malade » correspond à la transposition administrative du droit au séjour pour raison médicale.

Exilé : personne contrainte de vivre hors de son pays d'origine, terme évoquant notamment les conséquences psychologiques des migrations forcées.

Demandeur d'asile : personne ayant demandé le statut de réfugié au titre de la Convention de Genève de 1951.

Réfugié : personne ayant obtenu le statut de réfugié ou la protection subsidiaire accordés par l'Ofpra (Office français de protection des réfugiés et apatrides) ou la Commission des recours des réfugiés.

Sans-papiers ou clandestin : étranger en séjour irrégulier, termes destinés par leurs utilisateurs à souligner le caractère légitime (attaches en France du « sans-papiers ») ou illégitime (situation irrégulière du « clandestin ») de la présence de la personne.

de la population, en particulier pour le VIH (13, 14), les hépatites virales chroniques (15) et la tuberculose (16).

Une approche « par conglomérats » faisant la somme de travaux et rapports réalisés sur des échantillons restreints de migrants permet également d'établir un certain nombre d'hypothèses sérieuses sur la santé des migrants. Selon le rapport de l'Anaem (17), réalisé à partir des résultats de 8 086 visites médicales obligatoires en mai et novembre 2005, l'obésité, les maladies cardiovasculaires et le diabète sont les principaux pourvoyeurs de maladies chroniques des étrangers bénéficiaires d'une carte de résident. Les résultats des bilans de santé proposés par le Comede à vingt mille patients exilés, suivis entre 2000 et 2006, mettent en évidence trois principaux groupes de pathologies : psycho-traumatismes, maladies infectieuses (dont le diagnostic est effectué en France dans 94 % des cas) et maladies chroniques (18).

La fréquence importante de psycho-traumatismes parmi l'ensemble des migrants est également retrouvée par l'INPES dans une étude réalisée par téléphone auprès d'un échantillon aléatoire de deux mille personnes en population générale, parmi lesquelles cent soixante-quatorze personnes étaient nées à l'étranger (enquête Anadep/INPES à paraître en 2008). S'il n'apparaît pas de différence entre les migrants et les autochtones en matière de dépression et de recours aux soins de santé mentale, les migrants présentent des antécédents significativement plus fréquents de crise d'anxiété et d'états de stress post-traumatique.

Au-delà de l'approche par pathologies, une approche par populations permet de mettre en évidence une plus grande vulnérabilité de certains groupes démographiques : les enfants (47 % des enfants primo-dépistés entre 1995 et 2002 pour le saturnisme sont originaires d'Afrique subsaharienne, 23 % d'Afrique du Nord ou de Méditerranée orientale) (19) ; deux tiers des enfants défenestrés sont d'origine étrangère dont 55 % d'origine africaine (20) ; les femmes (prévalence plus élevée de grossesses non désirées et de complications obstétricales chez les étrangères) (21), les mineurs étrangers isolés (7), ou encore les personnes âgées

vivant en foyer (capital santé fortement dégradé, vieillissement précoce) (22).

Des difficultés d'accès aux soins

Au cours des vingt dernières années, l'exclusion des soins est apparue comme l'un des grands problèmes de santé en France. Les pouvoirs publics y ont répondu par une succession de réformes conduisant à favoriser l'accès aux soins des Français et des étrangers en séjour stable, au prix toutefois de l'exclusion progressive des étrangers en séjour précaire (23, 24). Or, pour des patients très démunis financièrement, seule l'obtention d'une protection maladie intégrale (base et complémentaire) permet de garantir la continuité des soins, au-delà des premiers soins, qui peuvent être délivrés dans les dispositifs de soins « gratuits » (25, 26). Bien qu'ils aient théoriquement droit à une telle protection au terme d'une période de résidence de trois mois, les étrangers en

séjour précaire restent confrontés par la suite à la complexité de la réglementation et à sa méconnaissance par les acteurs du système de santé, y compris la Sécurité sociale (18). Et, si leur intervention permet de résoudre les principales difficultés d'accès à la protection maladie, les associations et professionnels spécialisés sont impuissants face à d'autres problèmes d'accès aux soins, comme l'inexistence d'un service public d'interprétariat ou encore les refus de soins de la part de certains professionnels de santé à l'encontre des bénéficiaires de l'AME ou de la CMU (27) (*voir encadré en haut de la page suivante*).

Évolution des politiques de prévention

Au-delà des principes de prise en charge développés dans plusieurs articles de ce dossier, la prise en compte de la spécificité des migrants dans les politiques publiques est au cœur des débats

sur la prévention (30). Comme pour l'accès aux soins et à la protection maladie, les programmes de lutte contre le VIH ont joué un rôle majeur dans l'identification de populations particulièrement vulnérables, au premier rang desquelles figurent les migrants originaires d'Afrique subsaharienne. La caractérisation d'attitudes, croyances et comportements fréquents dans ces populations (31) a conduit les acteurs de terrain puis les pouvoirs publics à adapter et affiner leur approche.

À la suite de l'alerte épidémiologique lancée par l'InVS à la fin des années 1990, l'État a ainsi mis en place un programme spécifique de lutte contre le VIH en direction de migrants, en renforçant significativement sa politique de prévention. Outre le financement d'études et de recherches, la mise à disposition gratuite de matériel de prévention et le soutien aux acteurs de terrain, un dispositif de communication en direction des Africains émerge en 2002, avec la diffusion d'une campagne télévisée sur les antennes nationales. Fortes du constat que les migrants subsahariens ne se sentaient pas destinataires des messages adressés au grand public, les stratégies de communication vont dès lors privilégier une approche ciblée, en

Protection maladie : Sécurité sociale, CMU et AME mode d'emploi

En France, l'accès aux soins est organisé selon le dispositif suivant :

- **Sécurité sociale de base (dont couverture maladie universelle – CMU – de base) :** protection maladie pour la prise en charge des frais médicaux, droit pour toute personne vivant en France en situation régulière et depuis au moins trois mois (sauf pour les demandeurs d'asile, qui sont dispensés de cette dernière condition).
- **CMU complémentaire :** les personnes qui ont de faibles ressources (et ne peuvent donc pas souscrire une mutuelle ou une assurance complémentaire privée) peuvent bénéficier de la CMU complémentaire ; elle permet au patient de se faire soigner sans déboursier d'argent pour les consultations (à l'hôpital et chez le médecin), les examens de laboratoire et les médicaments.
- **Aide médicale de l'État (AME) :** dispositif de protection maladie destiné aux personnes qui n'ont pas de titre de séjour et qui disposent de faibles ressources.
- **Permanences d'accès aux soins de santé (Pass) :** sans argent et sans protection maladie, seules ces permanences de l'hôpital public peuvent délivrer des soins nécessaires.

dépôt de la crainte de stigmatisation qui avait longtemps inquiété les acteurs de prévention. Car, si le risque existe de stigmatiser ces populations en s'adressant spécifiquement à elles dans les médias à forte visibilité, l'expérience a désormais montré qu'il pouvait être évalué et limité (32).

Progressivement, la lutte contre le VIH a ainsi battu en brèche les tabous liés à la prise en compte de l'étranger dans les politiques de santé publique. Aujourd'hui, les pouvoirs publics en

charge de la prévention, dont l'INPES, s'engagent sur la voie d'une approche spécifique étendue à d'autres pathologies auxquelles les migrants sont particulièrement exposés, afin de mieux prendre en compte les multiples facteurs de vulnérabilité de ces populations.

Approche spécifique et discriminations

La notion d'« approche spécifique » des questions de santé des migrants crée parfois débat lorsqu'elle s'apparente à une forme de « discrimination

Cinq millions d'immigrés vivent en France

Selon l'Insee, 4,9 millions d'immigrés résidaient en France métropolitaine en 2004 (1), dont 40 % de Français (acquisition de nationalité). Un tiers des immigrés sont originaires de l'espace économique européen (les vingt-sept pays de l'Union européenne plus l'Islande, la Norvège et le Liechtenstein), un tiers d'Afrique du Nord, et un tiers de l'ensemble des autres régions. Par rapport aux recensements précédents, la proportion d'immigrés originaires d'Afrique, d'Asie et d'Europe de l'Est a augmenté, alors qu'elle a diminué pour l'Espagne et l'Italie.

Dans la population immigrée, hommes et femmes sont désormais aussi nombreux, par l'effet notamment du regroupement familial. Le niveau de formation s'est nettement élevé pour les immigrés, tout comme pour l'ensemble de la population. Compte tenu du vieillissement des populations résidant depuis longtemps sur le territoire, l'âge moyen des immigrés est plus

élevé (45 ans) que celui du reste de la population (38,5 ans). Quatre immigrés sur dix résident en Ile-de-France, un sur dix en Rhône-Alpes et un sur dix en Provence – Alpes – Côte d'Azur (2).

Fin 2005, le ministère de l'Intérieur comptabilisait 2 294 506 étrangers ressortissants de « pays-tiers » titulaires d'un titre de séjour dont 78 % titulaires d'une carte de résident (dont 117 803 réfugiés sous protection de l'Ofpra) (3), 15 % d'une carte de séjour temporaire, 6 % d'un document provisoire de séjour (dont les demandeurs d'asile). Estimé entre 200 000 et 400 000 personnes par le ministre de l'Intérieur en 2006, le nombre des étrangers en séjour irrégulier reste très largement sujet à caution (4).

Contraints de vivre hors de leur pays d'origine pour des raisons politiques et/ou médicales, les exilés sont originaires de régions très diver-

ses : principalement Europe de l'Est hors Union européenne (37 % des demandeurs d'asile, 27 % des réfugiés), Afrique centrale (25 % des « étrangers malades », 15 % des réfugiés), Asie de l'Est (26 % des réfugiés), Afrique du Nord (22 % des « étrangers malades »), Afrique de l'Ouest (29 % des « étrangers malades »), Asie du Sud (15 % des réfugiés) et Caraïbes (12 % des demandeurs d'asile). Ces populations résident principalement dans les régions Ile-de-France, les départements d'Outre-Mer, Rhône-Alpes et Provence – Alpes – Côte d'Azur.

(1) Insee. Enquêtes annuelles de recensement 2004 et 2005. *Près de 5 millions d'immigrés à la mi-2004*. Insee Première 2006, n° 1098 : 4 p.

(2) Insee. Les immigrés en France – édition 2005. Paris : Insee, coll. *Références Insee*, 2005 : 161 p.

(3) Ofpra. Rapport de l'Office français de protection des réfugiés et apatrides. *Ofpra*, 2005 : 69 p.

(4) Sénat. Rapport de la Commission d'enquête sur l'immigration clandestine. *Sénat* 2006, rapport n° 300.

positive ». En effet, le traitement différentiel relatif aux discriminations est généralement perçu comme illégitime puisqu'il s'oppose au principe d'égalité de traitement de tous les citoyens, garanti par la Constitution et hérité d'une longue tradition républicaine. Cependant, le principe d'égalité peut faire l'objet d'exceptions dès lors que les différences de traitement trouvent leur justification au travers d'une différence de situation ou de l'intérêt général : c'est le principe de la discrimination positive. En l'espèce, la vulnérabilité des migrants et l'intérêt de la santé publique peuvent justifier la mise en place de mesures préférentiel-

les – comme une politique de vaccination ou une campagne de prévention ciblées –, à condition toutefois que l'impact de la mesure ne soit pas disproportionné par rapport au but visé et que les retombées négatives potentielles, notamment le fichage ou la stigmatisation, demeurent maîtrisées (33).

Cependant, des réticences à cette approche spécifique persistent et ces avancées en matière de prévention restent fragiles, s'appuyant tantôt sur le manque de travaux épidémiologiques représentatifs, tantôt sur la « nécessité » de dissoudre la question des migrations dans celle de la précarité sociale, igno-

rant ainsi les particularités épidémiologiques, linguistiques ou juridiques des migrants. Faisant écho au débat sur l'immigration, la peur du communautarisme et l'argument de l'intégration républicaine entretiennent parfois l'illusion d'une égalité de fait que l'égalité de droit, bien que nécessaire, n'est pas suffisante à garantir.

Élodie Aïna Stanojevich

Chargée de mission en communication auprès des migrants et des populations des Dom, INPES.

Arnaud Veïsse

Médecin, directeur du Comede, Le Kremlin-Bicêtre.

► Références bibliographiques

- (1) Veïsse A., Aïna Stanojevich É. Migrations et santé. In : Bourdillon F., Brücker G., Tabuteau D. (sous la dir.). *Traité de santé publique*. Paris : Flammarion Médecine-Sciences, coll. Traités, 2007, 2^e éd. : 536 p.
- (2) CFES. Étude qualitative exploratoire sur les modes et les sources d'information des migrants issus des pays d'Afrique subsaharienne, du Maghreb, d'Asie du Sud/Sud-Est, d'Europe de l'Est concernant le VIH/sida. Sorghem, 2002.
- (3) Baubet T., Moro M.-R. *Psychiatrie et migrations*. Paris : Masson, coll. Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française 2003 : 236 p.
- (4) Bouchaud O., Chérabi K. *Particularité de la prise en charge des migrants infectés par le VIH en France*. La revue du praticien 2006 ; 56 (9) : 1005-10.
- (5) Migrations Santé. *La santé mentale des migrants et des réfugiés*. Actes du colloque de l'association Minkowska, 2003-2004 : 115-20.
- (6) Comede. *Violence et torture, survivants et soignants*. Dossier. Maux d'exil 2006, n° 14 : 1-8.
- (7) Comité médical pour les exilés (Comede). *Guide de prise en charge médico-psycho-sociale des migrants/étrangers en situation précaire - édition 2008*. Saint-Denis : INPES, 2007 : 568 p.
- (8) Insee. *Les immigrés en France – édition 2005*. Paris : Insee, coll. Références Insee, 2005 : 161 p.
- (9) Garson J.-P. *Où travaillent les clandestins ?* Direction de l'Éducation, de l'Emploi, du Travail et des Affaires sociales, OCDE L'observateur, décembre 1999.
- (10) Fassin D., Carde E., Ferré N., Musso-Dimitrijevic S. *Un traitement inégal, les discriminations dans l'accès aux soins*. Rapport du Cresp, Bobigny, 2001.
- (11) Lert F., Martin M., Melchior M., Ville I. *Comment caractériser l'ethnicité dans les travaux épidémiologiques en France : approche exploratoire à partir de l'étude Insee-Histoire de vie*. Épidémiologie sociale et inégalités de santé, colloque thématique de l'Adelf, 2006.
- (12) Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, HCSP. *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*. Rennes : ENSP, coll. Avis et rapports, 1998 : 368 p.
- (13) InVS. *Surveillance de l'infection à VIH-sida en France, 2005*. BEH 2006 ; n° 48.
- (14) Lot F. *Place des étrangers dans l'épidémie de VIH-sida en France*. Maux d'exil 2006, n° 17.
- (15) InVS. *Prévalence des hépatites B et C en France en 2004*. Saint-Maurice : InVS, 2006 : 114 p.
- (16) InVS. *Les cas de tuberculose déclarés en France en 2003*. BEH 2005 ; n° 17-18.
- (17) Anaem. *La santé des primo-migrants en 2005*.
- (18) Comité médical pour les exilés (Comede). *La santé des exilés. Rapport d'activité et d'observation 2005*. Le Kremlin-Bicêtre : Comede, 2006 : 48 p.
- (19) InVS. *Dépistage du saturnisme de l'enfant en France de 1995 à 2002*. Saint-Maurice : InVS, 2006 : 60 p.
- (20) InVS. *Enquête permanente sur les accidents de la vie courante*. Saint-Maurice : InVS, 2006 : 12 p.
- (21) Assemblée nationale. *Contraception, IVG. Mieux respecter les droits des femmes*. Rapport d'information 2000, n° 2702.
- (22) Attias-Donfut C., Tessier P. *Santé et vieillissement des immigrés*. Retraite et société 2005 ; n° 46 : 89-129.
- (23) Maille D., Veïsse A. *Accès au système de santé pour les étrangers : le droit progresse, l'exclusion persiste*. Ecorev 2001 ; n° 6.
- (24) Maille D., Toullier A., Volovitch P. *L'aide médicale d'État : comment un droit se vide de son sens faute d'être réellement universel*. Revue de droit sanitaire et social 2005 ; n° 4 : 543-54.
- (25) Chauvin P., Parizot I., Revet S. *Santé et recours aux soins des populations vulnérables*. Paris : Inserm, coll. Questions en santé publique, 2005 : 325 p.
- (26) Delbecchi G., Fleury F., Veïsse A., et al. *Charité et continuité des soins, des logiques divergentes*. La presse médicale 1999 ; n° 28 : 20.
- (27) Igas. *Les refus de soins aux bénéficiaires de la CMU*. Rapport de J.-F. Chadelat. Paris : La Documentation française, 2006 : 32 p.
- (28) Belkis D., Franguiadakis S., Bourgeois F., et al. *Demandeurs d'asile. Un engagement clinique et citoyen*. Rhizome 2005 ; n° 21 : 60 p.
- (29) Veïsse A. *Malades en exil, exilés malades*. Transcriptases 2004 ; n° 114 :
- (30) Comiti V.-P., Patureau J. *La santé des migrants en France : spécificités, dispositifs et politiques sanitaires*. Santé, Société et Solidarité 2005 ; n°1 : 129-40.
- (31) Lydié N. (sous la dir.) *Les populations africaines d'Ile-de-France face au VIH/sida*. Saint-Denis : INPES, coll. Études santé, 2007 : 288 p.
- (32) INPES. *Post-test des campagnes télévisées de prévention du VIH-sida, 2002-2007*.
- (33) Lochak D. *Concilier protection des plus vulnérables et principe d'égalité*. Audition publique sur la vaccination des enfants par le BCG. SFSP, 13 et 14 novembre 2006.