

# Migrants et santé : soigner les blessures invisibles et indicibles

## Thierry Baubet,

chef du service psychopathologie de l'enfant, de l'adolescent, psychiatrie générale et addictologie, hôpital Avicenne, Bobigny, Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, université Paris 13 Sorbonne Paris Nord, EA 4403 (Unité transversale de recherche : psychogenèse et psychopathologie – UTRPP), Centre de recherche en épidémiologie et santé des populations de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (CESP Inserm), co-directeur scientifique du Centre national de ressources et de résilience (cn2r), Lille, responsable du centre régional du psychotraumatisme Paris Nord,

## Marie-Caroline

## Saglio-Yatzimirsky,

psychologue clinicienne, hôpital Avicenne, Bobigny, professeur d'anthropologie, département Asie du Sud, Institut national des langues et civilisations orientales (Inalco), Paris, Centre d'études en sciences sociales des mondes africains, américains et asiatiques (Cessma UMR 245), coordinatrice Agence nationale de la recherche *Linguistic and Intercultural Mediations in a context of International Migrations* (ANR Liminal).

**M**erveille a 34 ans. Originnaire du Congo-Brazzaville, elle vit seule en France depuis quelques années. Elle consulte souvent son généraliste et des services d'urgences pour des douleurs pelviennes pour lesquelles tous les bilans étiologiques se sont avérés négatifs. Ce jour-là, les pompiers la conduisent aux urgences pour une phlébotomie « parce qu'elle avait trop mal ». Et là, en pleurs, elle se raconte au psychiatre et parle pour la première fois des viols multiples qu'elle a subis dans un

contexte de guerre civile au Congo, de la tristesse, de la honte et de la colère qui ne la quittent jamais, et de ses douleurs qui lui font « comme si on la violait encore ». C'est le début de deux années de soins associant une psychothérapie, dont certaines séances seront menées avec un interprète, et un traitement antidépresseur qui vont lui permettre de se rétablir.

On ne peut se représenter la santé des migrants en France indépendamment des contextes historique et politique dans lesquels les mouvements de populations se déroulent, et, ces dernières décennies, les migrations vers l'Europe ont changé. Elles sont jalonnées d'obstacles de plus en plus difficiles, semées de violence et de mort. Les exilés arrivent dans des pays où l'hostilité envers les migrants croît et ils doivent s'engager dans un processus hasardeux de demande d'asile. S'il n'existe pas de pathologie psychiatrique spécifique de la migration [1] et que tous les troubles mentaux peuvent être rencontrés, il n'en reste pas moins que certaines pathologies sont très fréquentes comme le trouble de stress post-traumatique et la dépression, et que les personnes affectées ont beaucoup de difficultés à trouver des soins adaptés.

## Facteurs vulnérabilisants

Pour les difficultés qui affectent l'expérience des migrants et leur santé mentale, quatre facteurs sont à envisager : le vécu prémigratoire, le voyage, le vécu postmigratoire, et les aspects transculturels.

### Vécu prémigratoire

Avant le départ, de nombreux migrants ont vécu des événements adverses et traumatiques : persécution, guerre, violence physique et/ou sexuelle, torture, deuils de proches

dans des contextes de meurtre ou de guerre, emprisonnement, famine, exposition à des scènes horribles, etc. Les violences ont fréquemment été dirigées contre un groupe, amenant une dislocation des liens familiaux et communautaires. Ces traumatismes ont un caractère interhumain et intentionnel, et une dimension collective, témoignant d'une situation de violence organisée, c'est-à-dire d'une relation de violence exercée par un groupe sur un autre [2 ; 3]. Cette situation de traumatismes multiples et intentionnels est fréquemment à l'origine d'une forme particulière de troubles appelée trouble de stress post-traumatique complexe. Les nombreuses pertes, les nombreux deuils et pertes symboliques fragilisent vis-à-vis du risque dépressif.

### Départ et voyage

La migration est en elle-même un événement de vie particulièrement intense, obligeant à des remaniements et impliquant des renoncements douloureux. Ce risque est pris par ceux qui partent avec un projet migratoire pensé, élaboré. Cependant, bien souvent, il n'y a pas d'autre projet que la survie, et le départ se fait dans une situation critique, comme une fuite et sans espoir de retour, vers une Europe dont les frontières se sont fermées, sur des routes migratoires d'une dangerosité extrême. Nous connaissons tous le drame de la Méditerranée, ses morts en mer innombrables [4]. Le voyage d'un adolescent depuis l'Asie jusqu'à l'Europe peut durer plusieurs années, après des avancées, des retours en arrière, des phases d'incarcération ou de prostitution. Durant ce long voyage, tous sont exposés à de nouvelles violences, de nouveaux traumatismes et à la traite des êtres humains.

### Vécu postmigratoire

Une fois dans le pays hôte, les migrants se retrouvent coincés entre notre discours idéal sur l'asile, la réalité d'une opinion publique souvent hostile et des politiques migratoires contraignantes qui les forcent sans cesse à prouver qu'ils ne sont pas des fraudeurs ou des criminels [5]. Le déni de leur vécu par le pays d'accueil est une souffrance, voire un traumatisme supplémentaire. Un déni pathogène, qui prend de multiples aspects. Ceci débouche sur l'obtention d'un statut protecteur si on est cru, l'obligation de quitter le territoire sinon. Cela suppose de pouvoir raconter, de

manière détaillée, cohérente et convaincante, des événements traumatiques que l'on n'a parfois jamais pu verbaliser, ni se dire à soi-même. C'est toujours difficile et risqué, et parfois impossible. Lorsque des troubles de la mémoire ou des reviviscences traumatiques empêchent les migrants de donner

des détails précis, on leur répond « qu'on ne les croit pas » et ils sont déboutés de leurs demandes et exposés à nouveau à tous les dangers. Dans ces démarches administratives très complexes, les migrants qui vont le plus mal, qui sont très traumatisés ou déprimés, sont souvent ceux qui s'en sortent le moins bien, parce qu'après des traumatismes graves, avant de pouvoir se raconter, il faut avoir été écouté et soigné.

### Dimension transculturelle

Prendre en charge la souffrance psychique des migrants exige parfois des aménagements spécifiques des cadres habituels de prise en charge en santé mentale [6], avec une dimension à la fois linguistique et culturelle. Au centre de l'échange clinique, c'est bien la traduction de la parole de l'autre qui est en jeu, et qui ne se réduit pas à la simple interprétation. Certains patients ne supportent pas un interprète

dans leur langue maternelle, langue dans laquelle les bourreaux les ont frappés ou insultés ; ils préfèrent une langue tierce (souvent l'anglais) pour exprimer leur souffrance, délestée de la charge traumatique. Il y a donc toute une problématique de la langue dans la clinique avec les migrants, questionnant les traductions nécessaires qui articuleraient sans conflit différents univers culturels et symboliques, celui du migrant, celui du pays d'accueil. Par ailleurs, l'expression culturelle des troubles peut être bruyante : certains patients exposent des troubles singuliers, des cris dans la nuit dont ils ne se souviennent pas, des mutilations pour se sentir vivants, des symptômes dissociatifs où ils apparaissent comme somnambules, des hallucinations visuelles ou auditives de leurs bourreaux, des épisodes de transe, autrement dit des expressions de leur souffrance psychique qui soit cadrent mal avec les nomenclatures psychiatriques, soit conduisent à des diagnostics erronés. Par exemple, certains symptômes du trouble de stress post-traumatique comme la dissociation ou les hallucinations évoquent des tableaux psychotiques, et pourtant n'en relèvent pas. La dimension transculturelle interfère avec notre évaluation professionnelle, parfois à notre insu. Alors que la dimension culturelle doit demeurer un levier thérapeutique qui permet au patient d'exprimer son mal, elle peut limiter la prise en charge par des soignants qui se sentent peu formés et impuissants devant des expressions culturellement codées de la souffrance. Enfin, du côté des migrants eux-mêmes, à la difficulté de l'accès aux soins, déjà limité par le manque d'information et d'interprétariat, s'ajoute la difficulté de franchir le seuil d'un hôpital psychiatrique, *a fortiori* pour ceux originaires de cultures où la folie est fortement stigmatisée.

### Données épidémiologiques

Les données publiées sont très hétérogènes, et pas vraiment comparables : les migrants peuvent avoir vécu plus ou moins d'événements traumatiques, avoir plus ou moins de difficultés dans le pays d'accueil, bénéficier de mesures de protection ou non ; de plus, les instruments

diagnostiques utilisés sont différents, utilisés avec ou sans interprète, et leur utilisation en situation transculturelle n'est en général pas validée... Certains éléments ressortent tout de même constamment : la fréquence élevée des troubles psychiques, corrélée au nombre d'événements traumatiques, à la qualité de l'accueil, à la précarité et l'accès aux soins [7]. Les troubles psychiques sont plus fréquents et sévères que les troubles somatiques à l'arrivée des migrants, dont l'état de santé a tendance à se dégrader pendant la suite du séjour dans le pays d'accueil. En 2009, une méta-analyse portant sur plus de 20 000 sujets a comparé les migrants venus travailler et les demandeurs d'asile [8]. La prévalence de la dépression était de 20 % dans le premier groupe contre 44 % dans le second, et ces chiffres étaient de respectivement 21 % contre 40 % pour l'anxiété/trouble de stress post-traumatique. Plus récemment, les études du Comité pour la santé des exilés (Comede) et de l'Institut national d'études démographiques (Ined) ont confirmé l'importance des troubles psychiques chez les migrants. En effet, 36 % des diagnostics posés par les médecins du Comede concernent la santé mentale [9], les troubles de stress post-traumatique sont les plus fréquemment diagnostiqués (68 %), puis les syndromes dépressifs (22 %) et les troubles anxieux (8 %). Ces chiffres sont confirmés par l'étude Trajectoires et Origines (TeO) de l'Ined qui précise qu'une personne primo-arrivante sur cinq en situation de migration contrainte souffre d'un trouble psychique [10]. La très grande fréquence du trouble de stress post-traumatique chez les mineurs non accompagnés a été établie comparativement aux mineurs migrants accompagnés d'au moins un parent : 64,7 % contre 36,7 % dans une étude menée en Allemagne [11] de même que la persistance de ces troubles au fil du temps et leur aggravation lorsque la minorité ou le statut de réfugié ne sont pas reconnus [12].

### Trouble post-traumatique

Un trouble de stress post-traumatique peut être présent chez les sujets qui ont été confrontés, en tant que victimes ou témoins, à un

## L'ESSENTIEL

▣ Face aux parcours brisés de certains migrants, les professionnels ont à repérer ces « blessures invisibles » dans le dispositif de soins primaires, alors que les symptômes sont souvent ignorés ou mal interprétés, afin de pouvoir les soigner dans des cadres cliniques adéquats.

événement mettant en jeu la vie, l'intégrité physique ou sexuelle. Une perception (image, son, odeur) va alors faire effraction dans le psychisme et revenir hanter la victime, provoquant toujours la même intense détresse, même lorsque tout danger est écarté. Ce syndrome de répétition traumatique, surgissement interne de la menace de néantisation, est caractéristique du trouble de stress post-traumatique. Un aspect de la scène est revécu sans cesse avec la même horreur, la même sensation de voir la mort ou le néant « en face », et de différentes manières : des pensées intrusives, des cauchemars, des véritables flash-backs au cours desquels le sujet semble revivre littéralement la scène. Le sujet développe également des symptômes d'évitement de tout ce qui pourrait lui remémorer la scène, ce qui peut conduire à un évitement des soins. Des symptômes d'hyper-alerte sont associés : hypervigilance, insomnie, troubles de la concentration ; ainsi que des modifications des cognitions et de l'humeur : troubles mnésiques, détachement, émoussement des affects, émotions envahissantes (culpabilité, honte, colère, horreur), vision péjorative de soi, du monde et de l'avenir. Des symptômes dissociatifs peuvent être associés : déréalisation, dépersonnalisation, moments de transe au cours desquels le contact se modifie, et des symptômes pseudo-psychotiques peuvent apparaître. On parle de trouble de stress post-traumatique complexe lorsque ces symptômes sont intenses et que s'y ajoutent une dysrégulation des affects, un sentiment négatif de soi, et des difficultés dans les relations interpersonnelles [13 ; 14]. Le trouble de stress post-traumatique complexe s'observe souvent lorsqu'il y a eu des traumatismes précoces ou répétés, une situation d'emprise ou de captivité. Les conséquences sont alors très lourdes, notamment sur le plan développemental lorsqu'il s'agit d'enfants ou d'adolescents, et concernent tous les domaines de la vie du sujet (affectif, cognitif, comportemental, relationnel). Dans les deux cas, des épisodes dépressifs, des addictions, et un risque suicidaire sont souvent associés. Les rares données disponibles



© Thomas Böhl

sur le suicide dans cette population sont inquiétantes et cette éventualité certainement sous-estimée [15]. Chez les migrants souffrant de troubles post-traumatiques, le corps est souvent mis en avant et, pour des raisons culturelles ou par pudeur, c'est souvent une plainte somatique algique qui motive la consultation, ou des troubles du comportement paroxystiques liés à des phénomènes dissociatifs ou à des flash-backs. Ce sont donc souvent des omnipraticiens ou des urgentistes qui reçoivent ces patients. Du fait de la honte, de l'évitement, de la peur de ne pas être compris ou de ne pas parvenir à se faire comprendre, les troubles psychotraumatiques font rarement l'objet d'une demande directe. Il revient alors au clinicien de rechercher une origine traumatique, par exemple en posant la question de l'exposition à la violence avec tact, et en se gardant de poser trop rapidement le diagnostic de trouble somatoforme ou de trouble psychotique. Le traitement de première intention des troubles est la psychothérapie, qui devrait être adaptée à la situation post-traumatique et transculturelle [16]. Lorsque celle-ci n'est pas disponible, qu'elle est refusée par le patient, ou que les symptômes sont trop envahissants, un traitement pharmacologique est préconisé (voir référentiels de la Haute Autorité de la santé – HAS et de l'Agence nationale de sécurité des médicaments et des produits de santé – ANSM notamment).

### Des soins sont toujours possibles

Les facteurs de risque sont nombreux qui expliquent le lien entre migration et état de santé mentale ainsi que la prévalence du trouble de stress post-traumatique et de la dépression chez les migrants récents. Par ailleurs, la précarité socio-économique, l'écart entre les attentes des migrants et la situation effective, la pression psychologique et anxiogène de la procédure d'asile peuvent constituer des facteurs de dégradation de leur état de santé mentale. Cela explique l'importance de savoir repérer ces « blessures invisibles » dans le dispositif de soins primaires, alors que les symptômes sont souvent ignorés ou mal interprétés, et de pouvoir les soigner dans des cadres cliniques adéquats. De telles prises en charge conditionnent l'accueil et les possibilités d'intégration des migrants qui ont subi des violences intenses, et parfois leur survie. Soyons vigilants toutefois à ne pas renvoyer toutes ces personnes à des consultations surspécialisées qui ne pourraient jamais faire face à tous les besoins. Il est nécessaire de développer de tels lieux spécialisés dans la prise en charge transculturelle des psychotraumatismes, mais il est indispensable que l'ensemble de notre système de soins puisse mieux répondre à cette demande, ce qui passe par un effort de formation dès la formation initiale (sur les psychotraumatismes, sur le travail en situation transculturelle), et la possibilité d'un recours à l'interprétariat en santé. ■

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Baubet T, Moro M.-R. (éd). *Psychopathologie transculturelle. De l'enfance à l'âge adulte*. Paris : Masson, 2009.
- [2] Saglio-Yatzimirsky M.-C. *La Voix de ceux qui crient, rencontre avec des demandeurs d'asile*. Paris : Albin Michel, 2018.
- [3] Rousseau C. Violence organisée et traumatisme. In Baubet T, Moro M.-R. (éd). *Psychiatrie et Migrations*. Paris : Masson, 2003.
- [4] Cognet A. La Mort en chemin : quelles funérailles pour les migrants morts en mer ? *L'Autre*, 2018, vol. 19, n° 3 : p. 332-339. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-l-autre-2018-3.htm>
- [5] Rousseau C., Nadeau L. Migration, exil et santé mentale. In Baubet T, Moro M.-R. (éd). *Psychiatrie et Migrations*. Paris : Masson, 2003.
- [6] Saglio-Yatzimirsky M.-C., Wolmark L. Santé mentale des exilés en France : entre impuissance et créativité. *Revue européenne des migrations internationales*, 2018, vol. 34, n° 2-3 : p. 21-27. En ligne : <https://journals.openedition.org/remi/10558>
- [7] Veisse A., Wolmark L., Revault P., Giacomelli M., Bamberger M., Zlatanova Z. Violence, vulnérabilité

- sociale et troubles psychiques chez les migrants/exilés. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2017, n° 19-20 : p. 405-414. En ligne : [http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2017/19-20/pdf/2017\\_19-20\\_5.pdf](http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2017/19-20/pdf/2017_19-20_5.pdf)
- [8] Lindert J., von Ehrenstein O. S., Priebe S., Mielck A., Brähler E. Depression and anxiety in labor migrants and refugees. A systematic review and meta-analysis. *Social Science and Medicine*, 2009, vol. 69, n° 2 : p. 246-257. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19539414/>
- [9] Comité pour la santé des exilés. *Rapport d'activité et d'observation*. Comede, 2017. En ligne : <http://www.comede.org/rapport-dactivite/>
- [10] Hamel C., Moisy M. Migrations et conditions de vie. Leur impact sur la santé. In Beauchemin C., Hamel C., Simon P. (dir.). *Trajectoire et Origine. Enquête sur la diversité des populations en France*. Paris : Ined éditions, 2016 : p. 263-290.
- [11] Müller L. R. F., Büter K. P., Rosner R., Unterhitzberger J. Mental health and associated stress factors in accompanied and unaccompanied refugee minors resettled in Germany: a cross-sectional study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2019, vol. 13, n° 8 : p. 1-13. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30719070/>
- [12] Jakobsen M., Meyer DeMott M. A., Wentzel-Larsen T., Heir T. The impact of the asylum process

- on mental health: a longitudinal study of unaccompanied refugee minors in Norway. *BMJ Open*, 2017, n° 7 : e015157. En ligne : <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/7/6/e015157.full.pdf>
- [13] Herman J.-L. Complex PTSD: a syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 1992, vol. 5, n° 3 : p. 377-391. En ligne : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jts.2490050305?cookieSet=1>
- [14] Palic S., Zerach G., Shevlin M., Zeligman Z., Elklit A., Solomon Z. Evidence of complex posttraumatic stress disorder (CPTSD) across populations with prolonged trauma of varying interpersonal intensity and ages of exposure. *Psychiatry Research*, 2016, vol. 246 : p. 692-699. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27839826/>
- [15] Vijayakumar L. Suicide among refugees – A mockery of humanity. *Crisis : The Journal of Crisis and Suicide Prevention*, 2016, vol. 37 : p. 1-4. En ligne : <https://psycnet.apa.org/record/2016-16411-001>
- [16] Baubet T., Saglio-Yatzimirsky M.-C. Santé mentale chez les migrants : des blessures invisibles, une prévalence élevée du trouble de stress post-traumatique et de la dépression. *La Revue du praticien*, 2019, vol. 69, n° 6 : p. 6-9. En ligne : <https://www.larevue.dupraticien.fr/article/sante-mentale-des-migrants-des-blessures-invisibles>

LES AUTEURS DÉCLARENT N'AVOIR AUCUN LIEN NI CONFLIT D'INTÉRÊTS AU REGARD DU CONTENU DE CET ARTICLE.

## IMPACT DES VIOLENCES DE GENRE SUR LA SANTÉ DES EXILÉ.E.S



© Thomas Bohl

Le Comité pour la santé des exilés (Comede)<sup>1</sup> a réalisé une étude parmi les personnes exilées qu'il suit pour évaluer la fréquence des violences fondées sur le genre, les caractéristiques des victimes, ainsi que l'impact de ces violences sur la santé. L'étude se fonde sur des données recueillies auprès des 2 065 femmes, dont 449 femmes enceintes, et 3 816 hommes ayant bénéficié d'un bilan de santé et d'un suivi médical ou des personnes suivies en psychothérapie, au centre de santé du Comede entre 2012 et 2017. Les résultats de cette étude ont été publiés dans le *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)* en 2019. En voici un résumé.

Entre 2012 et 2017 au Comede, 30 % des femmes et 4 % des hommes présentaient des antécédents de violences de genre. Ces violences sont plus fréquentes parmi les jeunes et les exilés originaires d'Afrique subsaharienne. Elles sont très liées à la situation de vulnérabilité sociale, en particulier une partie des viols dont ont été victimes les femmes en France. Les troubles psychiques graves sont particulièrement fréquents parmi les victimes (59 % des femmes et 84,9 % des hommes) et sévères sur le plan clinique, plus des trois quarts des patients concernés souffrant de syndromes psychotraumatiques et de traumatismes complexes. Les victimes de

violences fondées sur le genre sont également plus fréquemment atteintes d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et relèvent plus souvent d'une prise en charge pluridisciplinaire, incluant des soins ostéopathiques. Ces résultats corroborent en partie d'autres travaux réalisés sur le sujet, ces violences apparaissant notamment plus fréquentes parmi les femmes et plus sévères parmi les hommes exilés.

Ainsi, cette étude met en lumière l'impact des violences de genre dans un contexte de multiples facteurs de vulnérabilité pour la santé, signant l'insuffisance ou la défaillance des dispositifs de protection théoriquement prévus. Les actions de prévention et de soins reposent sur la création d'espaces de parole rassurants, individuels et collectifs, dans un cadre pluridisciplinaire intégrant la nécessité de la « mise à l'abri » des personnes exilées.

Source : Petrucci M., Veisse A., Wolmark L., Fessard C., Weinich L., Rustico J. *Impact des violences de genre sur la santé des exilé(e)s*. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, juin 2019 : p. 327-333. En ligne : [http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/17-18/pdf/2019\\_17-18\\_2.pdf](http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/17-18/pdf/2019_17-18_2.pdf)

1. Hôpital de Bicêtre, Le Kremlin-Bicêtre, France.

## UN TAUX DE MORTALITÉ INFANTILE PLUS ÉLEVÉ PARMI LES ENFANTS NÉS EN FRANCE DE PARENTS IMMIGRÉS

Dans nombre de pays d'Europe, les différences de mortalité infantile selon l'origine des parents sont documentées, alors qu'en France les connaissances sur le sujet sont parcellaires. Pour réaliser l'étude ici présentée, un panel sociodémographique représentatif au niveau national a été utilisé, qui consiste en 296 400 naissances et 980 décès de nourrissons pour la période 2008-2017. Les enfants d'immigrés ont été définis comme ceux dont au moins un parent était né à l'étranger et leur niveau de mortalité infantile a été comparé à celui des enfants dont les deux parents étaient nés en France. À partir de ces données, les chercheurs ont calculé des taux de mortalité infantile (nombre de décès survenus au cours de la première année de vie pour 1 000 naissances vivantes) et également exploré le caractère explicatif des facteurs sociodémographiques par rapport à ces différences.

Il apparaît un excès significatif de mortalité infantile parmi les enfants nés d'au moins un

parent originaire d'Europe de l'Est, d'Afrique du Nord, d'Afrique de l'Ouest, d'autres régions d'Afrique sub-saharienne et d'Amérique, avec des variations au sein des régions d'origine selon les pays. Cet excès ne s'explique que partiellement par les différences de composition entre les groupes en termes d'âge maternel, de catégorie socioprofessionnelle du père, de taille et de score de commune de résidence défavorisée. Le constat d'une surmortalité des enfants d'immigrés avait déjà été fait par l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) pour les périodes 1984-1989 et 2004-2009. Ces résultats mettent donc en évidence la persistance sur une période de plus de trente ans d'un désavantage des enfants d'immigrés, en dépit des progrès considérables accomplis en termes de mortalité infantile sur la même période. Pour réduire ces écarts, il est indispensable d'analyser :

- le rôle des facteurs influençant le recours aux soins ;

- les interactions avec le système de soins ;
- les obstacles à l'accès aux soins et aux droits ;
- les soins en deçà de ceux attendus pour un état de santé déterminé ;
- les discriminations dont font l'objet ces populations.

**Matthew Wallace,**

chercheur, Stockholm University Demography Unit (Suda), Sociology Department, Stockholm University, SE-106 91 Stockholm, Suède,

**Myriam Khat,**

chercheuse, Institut national d'études démographiques (Ined), Aubervilliers, France,

**Michel Guillot,**

professeur, Dept. of Sociology & Population Studies Center, University of Pennsylvania, Philadelphia, É.-U. et Institut national d'études démographiques (Ined), Aubervilliers, France.

Wallace M., Khat M., Guillot M. Infant mortality among native-born children of immigrants in France. 2008-17: results from a socio-demographic panel survey. *European Journal of Public Health*, 30 novembre 2020. En ligne: <https://academic.oup.com/eurpub/advance-article/doi/10.1093/eurpub/ckaa186/6012862>

LES AUTEURS DÉCLARENT N'AVOIR AUCUN LIEN NI CONFLIT D'INTÉRÊTS AU REGARD DU CONTENU DE CET ARTICLE.

## LES PROFILS DE SANTÉ DES MIGRANTS EN FRANCE : TABAC, ALCOOL, OBÉSITÉ ET SANTÉ PERÇUE

À ce jour, peu d'attention a été accordée en France aux différences entre immigrés et population non directement issue de l'immigration en matière de comportements liés à la santé. Dans l'étude résumée ici, les profils de santé des principaux groupes d'immigrés en France sont examinés comparativement à ceux des non-immigrés (c'est-à-dire nés français de parents français, appelés par la suite « natifs »), sur la base de différents indicateurs et avec une attention particulière aux différences entre les sexes. Les données proviennent de l'enquête *Baromètre santé 2017*, représentative de la population de France métropolitaine, réalisée par Santé publique France. Un sous-échantillon de 19 857 personnes âgées de 18 à 70 ans a été analysé par rapport à la consommation d'alcool, au tabagisme, à l'obésité et à la santé perçue. Quatre groupes de ressortissants ont été définis suivant leur origine migratoire : Maghreb, Afrique sub-saharienne, Europe du Sud (Espagne, Italie, Portugal et Grèce) ; et également des ressortissants français venus des départements d'outre-mer, les natifs.

Pour les hommes, la santé perçue des groupes d'immigrés ne diffère pas significativement de celle des natifs. Certains groupes ont une consommation d'alcool (originaires d'Afrique sub-saharienne et du Maghreb) et de tabac (originaires d'Afrique sub-saharienne) inférieure à celle des natifs, et présentent moins d'obésité (originaires du Maghreb). En revanche, les hommes, ressortissants du Maghreb, déclarent plus fréquemment un tabagisme quotidien que les natifs.

Chez les femmes, la santé perçue est moins bonne parmi les groupes originaires d'Afrique sub-saharienne et du Maghreb que parmi le groupe des natives. En revanche, des comportements plus favorables à la santé sont observés chez les femmes originaires des départements d'outre-mer et du Maghreb face à l'alcool, et chez les femmes originaires d'Europe du Sud, d'Afrique subsaharienne et du Maghreb en matière de tabagisme. Par ailleurs les femmes originaires des départements d'outre-mer et d'Afrique subsaharienne sont plus fréquemment en situation d'obésité. Ces résultats mettent en évidence les différences de profils de santé des immigrés

selon le sexe. Les hommes immigrés ont globalement des comportements liés à la santé plus favorables que les natifs et leur profil de santé ne présente pas de désavantage. Les femmes immigrées ont un profil plus mitigé, avec un désavantage des groupes originaires du Maghreb et d'Afrique sub-saharienne. Il reste à explorer si les facteurs socio-économiques et les relations de genre contribuent à ces différences entre immigrés et immigrées.

**Myriam Khat,**

chercheuse, Institut national d'études démographiques (Ined), Aubervilliers,

**Stéphane Legleye,**

administrateur, Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), Montrouge, Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) U1178, Paris,

**Damien Bricard,**

maître de recherche, Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes), Paris.

Khlat M., Legleye S., Bricard D. Gender patterns in immigrants' health profiles in France: Tobacco, alcohol, obesity and self-reported health. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2020, vol. 17, n° 23. En ligne: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/23/8759>

LES AUTEURS DÉCLARENT N'AVOIR AUCUN LIEN NI CONFLIT D'INTÉRÊTS AU REGARD DU CONTENU DE CET ARTICLE.