

Les personnes immigrées, plus souvent exposées, ont mieux respecté les gestes-barrières

Anne Gosselin,

chercheuse à l'Institut national d'études démographiques (Ined), chercheuse associée au Centre population et développement (Ceped), université Paris Cité.

Dès juillet 2020, il est apparu que les personnes immigrées et leurs descendants¹ avaient eu un « excès de mortalité » plus important que les personnes nées en France. Parmi les personnes nées en France, c'est une augmentation de 22 % des décès qui a été relevée par l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) au printemps 2020, contre 48 % parmi les personnes nées à l'étranger, et même + 114 % parmi les personnes nées en Afrique subsaharienne [1] (*voir article page 15 dans ce dossier*). Lors de la deuxième vague de Covid-19 en novembre 2020, les prévalences du SARS-CoV-2 étaient de nouveau plus importantes parmi les personnes immigrées originaires d'Afrique et leurs descendants [2]. Cette surmortalité frappant les minorités ethnoroaciales a également été relevée, entre autres pays, aux États-Unis ou en Grande-Bretagne [3].

Contrairement à certains préjugés et stéréotypes véhiculés au début de la pandémie, ces prévalences plus importantes du SARS-CoV-2 ne sont pas reliées à un moindre respect des gestes-barrières de la part des populations d'origine immigrée. En effet, différentes enquêtes ont permis de montrer qu'elles ont adopté notamment au cours de la première vague des comportements de respect des gestes-barrières plus systématiques, qu'il s'agisse du port du masque (non

obligatoire à l'époque) ou du lavage des mains [4 ; 5]. De ces analyses, on retient en revanche que les hommes se sont moins protégés que les femmes (et ce dans tous les groupes d'origine – *voir graphique I*), et les personnes jeunes moins que celles plus âgées.

La réponse n'est donc pas à chercher au niveau des comportements individuels de respect des gestes-barrières, mais plutôt en amont, du côté d'une fréquence d'exposition au virus : en effet, les personnes immigrées et leurs descendants vivent plus souvent que les autres dans des quartiers densément peuplés, dans des logements surpeuplés, travaillent plus souvent dans des emplois dits de première ligne où le télétravail est impossible. Ces conditions de vie plus précaires ont entraîné une exposition accrue au virus, expliquant la prévalence plus élevée dans ces populations [6].

L'état de santé antérieur en question

Il semble qu'une fois infectées, les personnes immigrées aient plus fréquemment développé des formes sévères de la maladie et aient été plus souvent hospitalisées que les personnes nées en France [7]. En France, les données manquent pour comprendre ce sur-risque : en effet, d'après des études conduites dans d'autres pays d'Europe, les personnes immigrées sont plus souvent concernées par certaines maladies chroniques, tels le diabète et l'obésité, qui sont très associées au risque d'hospitalisation et de décès avec la Covid-19. Ces études montrent que les personnes immigrées venues d'Afrique subsaharienne ont des

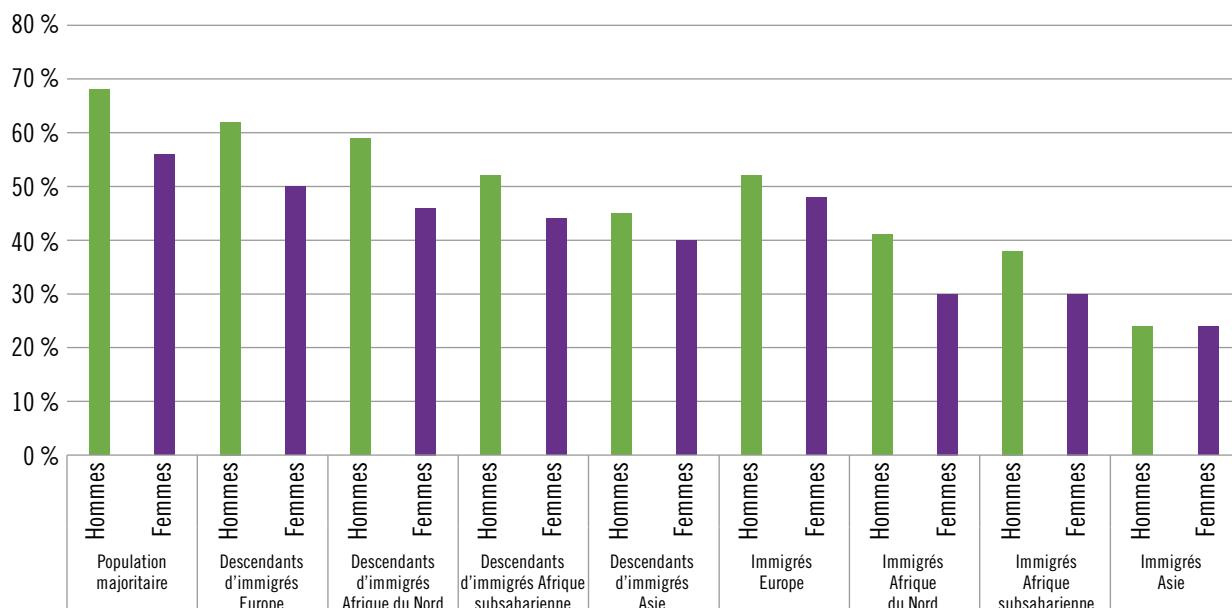
L'ESSENTIEL

■

➤ **Contrairement à certaines idées reçues, l'excès de mortalité ayant touché les personnes immigrées et leurs descendants ne peut s'expliquer par des manquements dans les gestes-barrières. Celles-ci ont porté le masque plus que les autres, surtout les femmes et les personnes âgées. Les études montrent en revanche un taux de vaccination anti-Covid plus faible parmi ces populations que parmi les populations non immigrées.**

prévalences de diabète, d'hypertension et d'obésité plus élevées que dans leur pays d'origine. Plusieurs éléments peuvent expliquer ces évolutions après la migration : le changement de régime alimentaire, les difficiles conditions de vie et de travail, ou encore l'expérience du stress et de la discrimination sont autant de facteurs mis en cause dans l'apparition de certaines pathologies comme le diabète, l'obésité et l'hypertension artérielle parmi les populations immigrées d'Afrique subsaharienne notamment [8 ; 9]. Ces résultats ne peuvent être établis de manière similaire en France, car les données disponibles ne permettent pas à ce jour de relier pays de naissance, présence d'une maladie chronique, et hospitalisation suite à l'infection par le SARS-CoV-2.

Dès l'hiver 2020, la campagne de vaccination a été lancée en France. Or malgré une exposition plus fréquente au virus, et malgré un meilleur respect des gestes-barrières, les personnes immigrées hors Europe se sont moins souvent vaccinées que les autres [10]. Ce sont les personnes avec un niveau



Note de lecture : Entre avril et mai 2020, 68 % des hommes de la population majoritaire ont déclaré ne pas avoir porté systématiquement le masque lors de leurs sorties dans les sept derniers jours.

Source : Enquête EpiCov, vague 1, pourcentages pondérés.

d'éducation plus faible, des revenus plus bas, ou qui venaient de pays hors Europe qui étaient le moins vaccinées à l'été 2021. La vaccination étant gratuite, il ne s'agissait pas d'un frein financier. Des expériences antérieures de difficultés d'accès au système de santé par exemple, ainsi que le fait de devoir libérer du temps et prendre un rendez-vous en ligne

peuvent avoir constitué des freins importants dans la vaccination, tout comme le manque de confiance dans les autorités. Les inégalités sociales d'exposition au virus se sont accrues par la suite, avec les campagnes de vaccination, les personnes immigrées ayant plus de difficultés et montrant, pour certaines, plus de réticence à se faire vacciner que les autres. ■

1. Selon l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), une personne immigrée est une personne née à l'étranger de nationalité étrangère et qui réside en France (quelle que soit sa nationalité actuelle). Nous définissons les descendants d'immigrés comme des personnes nées en France ayant au moins un parent immigré. La population majoritaire est la population ni immigrée, ni descendante d'immigrés, ni native des départements et régions d'outre-mer (DROM).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Papon S., Robert-Bobée I. Une hausse des décès deux fois plus forte pour les personnes nées à l'étranger que pour celles nées en France en mars-avril 2020. *Insee Focus*, 7 juillet 2020, n° 198. En ligne : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4627049>
- [2] Warszawski J., Bajos N., Costemalle V., Leblanc S., équipe EpiCov. 4 % de la population a développé des anticorps contre le SARS-CoV-2 entre mai et novembre 2020. *Études & Résultats*, juillet 2021, n° 1202 : 8 p. En ligne : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-07/ER1202_0.pdf
- [3] Epi cell, Surveillance cell and Health Intelligence team Public Health England. *Disparities in the risk and outcomes of COVID-19*. Londres : Public Health England, 2020 : 92 p. En ligne : https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/908434/Disparities_in_the_risk_and_outcomes_of_COVID_August_2020_update.pdf
- [4] Wright L., Steptoe A., Fancourt D. Patterns of compliance with COVID-19 preventive behaviours: a latent class analysis of 20 000 UK adults. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 14 septembre 2021, vol. 76, n° 3. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34521650/>
- [5] Gosselin A., Warszawski J., Bajos N. for the EpiCov Study Group. Higher risk, higher protection. COVID-19-risk among immigrants in France: results from the population-based EpiCov survey. *European Journal of Public Health*, 27 avril 2022, vol. 32, n° 4 : p. 655-663. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9341671/>
- [6] Warszawski J., Beaumont A.-L., Seng R., de Lamballerie X., Rahib D., Lydié N. *et al.* Prevalence of SARS-CoV-2 antibodies and living conditions: the French national random population-based EPICOV cohort. *BMC Infectious Diseases*, 9 janvier 2022, vol. 22, art. 41. En ligne : <https://bmccomponents.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12879-021-06973-0>
- [7] Galiana L., Meslin O., Courtejoie N., Delage S. Caractéristiques socio-économiques des individus aux formes sévères de Covid-19 au fil des vagues épidémiques. Exploitation d'un appariement de données d'hospitalisation (SI-VIC) et de données socio-économiques (Fidéli). *Les Dossiers de la Drees*, 2022, n° 95. En ligne : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-03/dd96.pdf>
- [8] Agyemang C., Nyaaba G., Beune E., Meeks K., Owusu-Dabo E., Addo J. *et al.* Variations in hypertension awareness, treatment, and control among Ghanaian migrants living in Amsterdam, Berlin, London, and nonmigrant Ghanaians living in rural and urban Ghana – the RODAM study. *Journal of Hypertension*, janvier 2018, vol. 36, n° 1 : p. 169-177. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28858173/>
- [9] Agyemang C., van der Linden E. L., Bennet L. Type 2 diabetes burden among migrants in Europe: unravelling the causal pathways. *Diabetologia*, 2021, vol. 64, n° 12 : p. 2665-2675. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34657183/>
- [10] Spire A., Sireyjol A., Bajos N., EpiCoV study group. From intentions to practices: what drove people to get the COVID-19 vaccine? Findings from the French longitudinal socioepidemiological cohort survey. *BMJ Open*, 22 décembre 2023, vol. 13, n° 12. En ligne : <https://bmjopen.bmjjournals.org/content/13/12/e073465>