Immigration et santé : de l'étude des différences à celle des inégalités

Julie Pannetier(1) et Annabel Desgrées du Loû(2)

(1) Université Paris-Descartes, Centre Population et Développement (Ceped)
(2) Institut de recherche pour le développement (IRD)
Centre Population et Développement (Ceped)

Résumé : Les disparités de santé entre populations immigrées et non-immigrées ont mis du temps à émerger comme objet de recherche légitime. Elles ont d'abord été explorées en lien avec les pratiques culturelles et les conditions sanitaires (présence d'épidémies, d'agents pathogènes) dans les pays d'émigration. Ce chapitre présente, à partir d'une étude sur le saturnisme infantile en France et les grands résultats de l'enquête Parcours, en quoi les inégalités de santé entre populations immigrées et natives sont liées aux inégalités sociales et notamment aux conditions de logement. L'accès aux soins pour les personnes immigrées et la prise en charge qui leur est offerte va, selon les cas, minimiser ou aggraver ces inégalités sociales et de santé.

Mots-clés : immigration, inégalités de santé, saturnisme, VIH/sida, conditions de logement

Les disparités de santé entre populations immigrées et non immigrées ont mis du temps à émerger comme objet de recherche légitime (Fassin, 2000). Elles ont d'abord été explorées en lien avec les conditions sanitaires (présence d'épidémies, d'agents pathogènes), les habitudes alimentaires ou les pratiques culturelles du pays d'origine. La santé des personnes immigrées était plus rarement questionnée en lien avec leurs conditions de vie dans le pays d'accueil. L'étude sur le saturnisme infantile en France est à ce titre assez éclairante étant donné qu'elle montre qu'une affection que l'on croyait fondée sur des habitudes culturelles était en fait liée aux conditions de logement dégradées dans lesquelles se trouvaient les enfants des personnes immigrées (Fassin, 2008).

Afin de guider l'action publique, il est nécessaire de comprendre pourquoi certaines pathologies affectent plus les personnes immigrées, et ce, à la lumière des inégalités sociales. Par exemple, l'enquête décennale santé 2002-2003 met en évidence une prévalence du diabète deux fois plus élevée chez les personnes de plus de 45 ans d'origine maghrébine vivant en France que chez les personnes d'origine française (Foss et Fagot-

Campagna, 2012). Les personnes immigrées originaires d'Afrique subsaharienne sont, quant à elles, particulièrement touchées par le VIH/Sida (Cazein *et al.*, 2015). L'enquête Parcours, « Parcours de vie, VIH et hépatite B chez les migrants subsahariens en Île-de-France », conduite en 2012-2013 et portée par le Ceped, a été réalisée pour comprendre en quoi une maladie plus fréquemment diagnostiquée chez les personnes immigrées originaires d'Afrique subsaharienne était liée aux conditions sociales de ces personnes après leur arrivée en France. L'enquête avait également pour objectif de comprendre ce qui pouvait retarder l'arrivée dans le système de soins et compliquer la vie avec l'infection. Pour cela, l'approche biographique a été adoptée, car elle permet de prendre en compte l'ensemble du parcours de vie de la personne. Cette approche permet d'étudier l'articulation des trajectoires sociales, professionnelles, administratives, résidentielles et de santé chez les immigré-e-s originaires d'Afrique subsaharienne vivant en Île-de-France.

Ce chapitre s'appuie sur cette enquête et sur une revue de la littérature portant sur la santé des immigrés en France, afin de montrer comment l'analyse des inégalités de santé entre immigrés et natifs renvoie aux inégalités sociales liées au parcours migratoire. La première partie propose un état des connaissances sur les inégalités sociales et de santé entre les populations immigrées et non immigrées en France. Puis, à partir de l'exemple de l'étude sur le saturnisme infantile en France et des premiers résultats de l'enquête Parcours, nous illustrons comment l'étude de la santé des personnes immigrées a changé de paradigme, passant de l'étude des différences de santé à l'étude des inégalités. Enfin, nous montrons comment la rapidité de l'accès aux soins pour les personnes immigrées et la qualité de l'accueil qui leur est offert va, selon les cas, minimiser ou aggraver ces inégalités sociales et de santé.

1 Du « *healthy migrant effect* » à un état de santé dégradé après plusieurs années en France

À l'arrivée dans un pays, les personnes immigrées [1] sont plutôt en meilleure santé que les personnes restées au pays d'origine, et parfois même en meilleure santé que les personnes natives du pays où elles arrivent. Plusieurs hypothèses ont été avancées pour expliquer ce meilleur état de santé des personnes immigrées. Le premier est l'effet de sélection des immigrés en bonne santé ou « *healthy migrant effect* » (Fennelly, 2007), qui postule que ce sont les personnes en bonne santé qui entreprennent de migrer, notamment dans le but de trouver un emploi. Ce sont en effet généralement les personnes les plus en forme qui peuvent se permettre de partir, de tout quitter, d'affronter la fatigue du voyage et les changements de conditions de vie qu'il implique. Dans les années 1980, on observe ainsi que l'espérance de vie des hommes maghrébins est plus longue que celle des natifs en France (Brahimi, 1980). Les hommes maghrébins vivant en France avaient moins de cancers et maladies cardiovasculaires que les autres hommes, la sous-morbidité s'expliquait par des habitudes alimentaires différentes, meilleures pour la santé (consommation moindre d'alcool, et plus impor-

1. Dans ce texte, nous employons le terme d'immigré qui, selon la définition de l'INSEE est « une personne née étrangère à l'étranger et résidant en France ». Ainsi ce terme recouvre l'ensemble des personnes qui ont immigré. Le terme ne présume pas de la nationalité de la personne, certaines personnes ayant pu être naturalisées.

tante de poisson et de fruits que dans le reste de la population) (Khlat et Courbage, 1995). Cette sous-morbidité pouvait cependant aussi être expliquée par le fait que les maladies n'étaient pas diagnostiquées dans une population qui consultait peu le médecin (Wanner *et al.*, 1995). A également été avancée l'hypothèse du « biais du saumon », qui postule que les personnes malades et âgées retournent dans leur pays, ce qui expliquerait la plus longue espérance de vie des immigrés (Attias-Donfut et Wolff, 2005).

Plusieurs études montrent cependant que l'état de santé des immigrés tend à se détériorer avec les années de résidence sur le territoire français. Le risque de limitation fonctionnelle est plus élevé parmi les femmes ayant immigré avant 15 ans (Lert *et al.*, 2007). Les immigrés arrivés en France depuis moins de 5 ans ont tendance à se déclarer en aussi bon ou en meilleur état de santé que la population majoritaire (à âge égal), alors que ceux qui résident en France depuis plus de 10 ans se déclarent en plus mauvaise santé que la population majoritaire (Hamel et Moisy, 2015).

Par ailleurs, depuis les années 2000, diverses enquêtes nationales attestent d'un moins bon état de santé perçu par les immigrés, comparativement aux natifs. On citera notamment les enquêtes *Santé Protection Sociale* (Berchet et Jusot, 2010 ; Jusot *et al.*, 2009), *Passage à la retraite des immigrés* (Attias-Donfut et Tessier, 2005) et *Trajectoires et Origines* (Hamel et Moisy, 2015). Ces études ont bien mis en évidence que les inégalités socio-économiques étaient génératrices d'inégalités de santé. L'enquête *Santé Protection Sociale* (Berchet et Jusot, 2010), par exemple, montre que l'effet protecteur des habitudes de vie des immigrés semble s'être atténué et que les immigrés se déclarent en moins bonne santé que les natifs en raison d'inégalités liées au capital social (réseau de soutien) ou économiques (revenu et catégorie socio-professionnelle).

Les enquêtes nationales soulignent également un moins bon état de santé dans certains groupes d'immigrés (Moullan et Jusot, 2014) : les personnes originaires du Maghreb (Attias-Donfut et Tessier, 2005 ; Jusot *et al.*, 2009), de Turquie (Hamel et Moisy, 2015) ou d'Europe du Sud (Jusot *et al.*, 2009), en particulier les Portugais (*ibid.*). Les personnes originaires de Turquie présenteraient un cumul de difficultés socio-économiques [2] qui expliquerait leur mauvais état de santé tandis que les personnes originaires du Portugal, en raison de leur faible niveau de qualification, seraient exposées à des conditions de travail pénibles (Hamel et Moisy, 2015).

On observe aussi des différences selon les sexes : à conditions socio-économiques égales, les femmes immigrées ont un moins bon état de santé perçu que les natives, à la différence des hommes immigrés. Cela peut être lié au fait qu'un plus grand nombre de femmes immigrées sont arrivées en France pour rejoindre leur conjoint, *via* le regroupement familial, à un âge plus avancé. Ainsi, le phénomène de sélection sur la bonne santé à la migration s'observerait moins pour elles que pour les hommes. En outre, la carence de liens sociaux pourrait avoir plus d'impact sur la santé des femmes dont certaines peuvent être en situation de « dépendance juridique » vis-à-vis de leur conjoint et ne peuvent pas s'extirper de ces situations de mésententes ou de violences, délétères pour leur santé (Cognet *et al.*, 2012).

2. Une part importante de personnes non-diplômées, au chômage et avec des difficultés financières.

Le changement de politique migratoire et la modification des conditions d'accueil des personnes immigrées ont pu en effet entrainer une dégradation de l'état de santé des personnes immigrées ayant le moins de ressources. À partir de 1974, l'immigration de travail a été limitée en raison du ralentissement de la croissance économique, avec pour conséquence une augmentation de l'immigration motivée par le regroupement familial et de l'asile politique expliquant possiblement une diminution de l'effet de sélection des immigrés en bonne santé (Berchet et Jusot 2012). Par ailleurs, avec le durcissement des politiques migratoires (fermeture des frontières), certains immigrés en France ont été confrontés à de plus grandes difficultés (Gosselin *et al.*, 2016), ayant des effets possibles sur leur santé (Giannoni *et al.*, 2016).

2 De l'étude des différences à celles des inégalités de santé

Il faut d'abord rappeler que les disparités de santé entre immigrés et non-immigrés ont longtemps été invisibles en France, en raison d'une frilosité à produire des statistiques en rapport avec l'origine nationale, pour au moins deux raisons : la volonté de ne pas stigmatiser et l'adhésion au modèle républicain d'intégration (Fassin, 2000). Le cas du VIH est emblématique à cet égard : il a été très difficile de dire qu'il existait une plus grande vulnérabilité des étrangers, notamment des personnes originaires d'Afrique subsaharienne, à cette affection, et que ces populations accédaient plus tardivement au dépistage et au traitement de l'infection VIH (Musso, 2009).

Cependant, la recherche sur la santé des personnes immigrées en France s'est progressivement transformée, passant d'une analyse des différences à une analyse des inégalités de santé (Fassin, 2000). Ce déplacement a été salutaire dans la mesure où traiter de la santé des personnes immigrées par la différence ou « le culturalisme ordinaire » pose problème, comme le note Didier Fassin (2000) :

> « Tout d'abord le culturalisme leur ôte la prérogative de l'universel : dans bien des cas, les spécificités présumées relèvent en fait, pour peu qu'on cherche à les comprendre, de rationalités dans lesquelles il est facile de se reconnaitre soi-même. »

Didier Fassin montre que le culturalisme ignore l'explication par les conditions matérielles d'existence qui sont productrices d'inégalités de santé :

> « Être en permanence en quête de ressources financières, ne pas avoir de titre de séjour, subir des discriminations au quotidien sont des éléments qui peuvent souvent rendre compte de comportements en matière de santé et de soins, bien mieux que toute essentialisation de la différence. »

Enfin, les disparités de santé peuvent être pensées comme une différence liée à une difficulté d'adaptation de l'autre ; souvent au prix d'un redoublement de la stigmatisation.

Dans un petit ouvrage très didactique, Didier Fassin montre comment se construit un « problème de santé publique », en s'appuyant sur l'étude du saturnisme infantile en France dans les années 1980, expliquée tout d'abord par des différences culturelles

puis par une approche par les inégalités sociales (Fassin, 2008). Au départ, le saturnisme infantile touchant majoritairement des enfants africains, c'est une hypothèse culturaliste qui est posée : les enfants africains seraient plus contaminés par le plomb contenu dans les peintures des murs, car leurs mères leur laisseraient manger la peinture des murs écaillés, suivant ainsi des habitudes de géophagies qu'on peut rencontrer en Afrique. La solution, sous une telle hypothèse, serait ainsi « d'éduquer les mères » à ne pas laisser leurs enfants manger la peinture des murs.

Une analyse plus complète, prenant en compte l'ensemble des conditions sociales, montrera en fait que ce sont bien des facteurs sociaux et non culturels qui exposent les enfants africains au risque de cette intoxication par le plomb : les familles africaines, souvent en situation irrégulière du fait des durcissements des politiques d'immigration dès les années 1980, et souffrant de difficultés d'accès à l'emploi, sont plus fréquemment logées dans les bâtiments les plus vétustes et délabrés, d'où la plus grande probabilité pour leurs enfants d'être exposés au plomb de peintures écaillées, qui ne sont plus utilisées dans les logements neufs.

Dans la compréhension des inégalités de santé entre immigrés et natifs, cet exemple autour du saturnisme infantile a bien montré l'importance de s'intéresser aux inégalités sociales pour comprendre certaines différences en matière de santé.

3 L'infection à VIH en France chez les immigrés venant d'Afrique subsaharienne : l'effet d'une précarité qui dure

En France, la population originaire d'Afrique subsaharienne étant particulièrement touchée par le VIH/Sida [3], nous avons mené une étude pour comprendre, dans cette population, les déterminants de l'exposition à cette pathologie, puis les facteurs facilitant ou faisant obstacle à sa prise en charge et à son traitement. Nous nous sommes demandées si le poids de l'épidémie de VIH/sida dans la population originaire d'Afrique subsaharienne et vivant en France était seulement lié à la prévalence dans les pays d'origine ou s'il y avait un risque d'infection en France, et si ce risque pouvait être lié aux conditions de vie / à la précarité [4].

L'enquête, réalisée sous forme biographique, consistait à retracer le parcours biographique de la personne, dans les domaines résidentiels, familiaux, professionnels, et de replacer dans ce parcours biographique l'histoire des dépistages et diagnostics de deux maladies (le VIH et l'hépatite B), puis l'histoire de l'accès aux soins. Cette étude réalisée en 2012-2013 a été menée dans des structures de santé accessibles à tous, sans condition de titre de séjour ou de revenus, lieux où la confidentialité est garantie, tant sur la maladie que sur les conditions de séjour. Il était ainsi possible de collecter des informations sur toutes les périodes de vie, y compris les périodes sans titre de séjour.

Ce sont les médecins qui proposaient aux patients qu'ils suivaient de participer à l'étude. Chaque personne qui acceptait de participer rencontrait à la fin de la consultation un enquêteur, et pendant environ une heure d'entretien, était amenée à retracer

3. En 2013, les personnes immigrées originaires d'Afrique Subsaharienne représentaient 31 % des nouveaux diagnostics VIH (61 % chez les femmes et 17 % chez les hommes) (Cazein *et al.*, 2015).

4. Le terme précarité recouvre ici l'ensemble des difficultés administratives, résidentielles et économiques que peuvent rencontrer les personnes.

les différentes étapes de sa vie : histoire familiale (couples, enfants, relations occasionnelles), histoire professionnelle, histoire du parcours migratoire, des logements et titres de séjours successifs, et enfin état de santé et conditions de vie de la personne au moment de l'enquête. L'ambition était de se donner les moyens d'analyser l'enchainement des divers évènements et situations de la vie, pour comprendre quand et comment l'infection VIH/sida survient par rapport à ces situations de vie, et ce qu'elle change dans le parcours de vie. D'où le titre de l'enquête (Encadré 1) : Parcours.

Cette approche, dite « biographique », largement utilisée par les socio-anthropologues qui se sont souvent appuyés sur le récit de vie pour comprendre une situation à un moment donné, est encore pionnière dans les sciences sociales quantitatives (GRAB, 2006). Cela est dû en particulier à la complexité de sa mise en application, tant au niveau du recueil de l'information que du traitement statistique de ces données longitudinales : il s'agit de traduire des vies entières sous une forme simplifiée et standardisée, pour pouvoir analyser de façon quantitative la place des évènements dans le parcours de vie et faire émerger leur enchainement causal.

En Île-de-France, 2 468 personnes ont participé à l'enquête, arrivées en France entre 1972 et 2013. Elles étaient originaires de toutes les régions d'Afrique subsaharienne, avec cependant une concentration sur sept pays d'Afrique de l'Ouest et Centrale : Cameroun, République démocratique du Congo, Guinée, Côte d'Ivoire, Mali, République du Congo (Brazzaville) et Sénégal.

Nous avons dans un premier temps calculé la part des personnes qui avaient contracté le VIH en France à partir de la combinaison de données biographiques et de données biologiques. En parallèle, nous avons évalué l'évolution des situations sociales (administrative, résidentielle et économique) depuis l'arrivée en France jusqu'à l'enquête. Nous avons constaté qu'une grande partie des personnes immigrées connaissaient une situation de précarité en France, une précarité qui dure et expose aux risques de maladies sexuellement transmissibles.

Dans un premier temps, en combinant des informations tirées des histoires de vie et des données biologiques, nous avons pu estimer chez les personnes suivies pour une infection VIH si la contamination avait eu lieu avant ou après la migration en France. Les personnes qui avaient été diagnostiquées au moins 11 ans après leur arrivée, ou qui avaient eu en France un test de dépistage du VIH négatif, ou encore qui avaient commencé leur vie sexuelle en France, ont été considérées comme infectées en France. Pour toutes les autres, nous avons utilisé une modélisation mathématique du déclin des lymphocytes CD4, cellules marqueur de l'immunité, pour estimer à partir du nombre de CD4 mesuré au moment du diagnostic depuis combien de temps les personnes étaient infectées. Selon que nous avons appliqué dans notre modélisation [5] une hypothèse stricte (l'estimation est probable à 95 %) ou une hypothèse médiane (l'estimation est probable à 50 %), nous estimons que 35 % à 49 % des personnes immigrées africaines suivies pour une infection VIH ont contracté le VIH après leur

5. Nous avons estimé la durée depuis la contamination à partir de la première mesure des CD4 en utilisant un modèle statistique de déclin des CD4 (Ndawinz *et al.*, 2015). Cette durée a été estimée 500 fois pour chaque enquêté. Nous avons considéré que la contamination était survenue en France si au moins 50 % (en scénario médian) ou au moins 95 % (en scénario conservateur) des 500 durées estimées étaient inférieures à la durée de vie en France.

arrivée en France (Desgrées du Loû *et al.*, 2015). Nous avons ainsi montré que le fait que les immigrés subsahariens soient particulièrement touchés par l'infection VIH n'est pas seulement lié au fait qu'ils ont pu être infectés sur le continent africain, où la prévalence est bien plus élevée qu'en Europe. La prévalence globale du VIH en Afrique est de 4,6 % *versus* 0,4 % en Europe (OMS, 2011). Près de la moitié des personnes qui ont ce virus l'ont contracté après leur arrivée en France. Les conditions de vie des immigrés subsahariens en France ont-elles une responsabilité dans ces infections ?

Toujours à partir de cette enquête, nous avons montré que, pour beaucoup d'immigrés subsahariens, l'arrivée en France est un moment d'insécurité et de précarité : plus des deux tiers des personnes enquêtées n'avaient pas de titre de séjour stable (valable pour au moins un an) au cours de leur première année en France, et ont vécu avec des récépissés de demande de titre de séjour, voire pas de titre de séjour ; une personne sur cinq n'avait pas de logement stable au cours de cette première année et a dû changer fréquemment d'hébergement (Desgrées du Loû *et al.*, 2016). Cette insécurité dure plusieurs années : pour bénéficier d'un minimum de sécurité en termes de ressources, de logement et de stabilité administrative, les femmes immigrées d'Afrique subsaharienne ont dû attendre 6 ans en médiane et les hommes 7 ans en médiane, et ces délais ont été rallongés à partir des années 2000, suite au durcissement des politiques migratoires (Gosselin *et al.*, 2016).

Or ces années de précarité apparaissent comme des années où la sexualité expose à plus de risques : nous avons pu mesurer que, toutes choses égales par ailleurs, les hommes et femmes ont eu plus de relations sexuelles qui exposent au risque du VIH les années où ils n'avaient pas de logement stable. Les femmes en particulier, lorsqu'elles n'avaient pas de logement ou de titre de séjour, ont dû accepter des relations sexuelles qu'elles ne désiraient pas, en échange de logement, d'aide matérielle, ou par peur d'être expulsées (Desgrées du Loû *et al.*, 2016).

La précarité élevée observée dans les années qui suivent l'arrivée en France, entrainant une exposition aux risques sexuels, apparait ainsi comme un facteur indirect de l'épidémie de VIH qui touche les immigrés africains en France. Ces résultats changent l'image qu'on avait de l'épidémie de VIH/sida chez les Africains en France. Il ne s'agit plus seulement d'une maladie « d'importation » qu'il faut prendre en charge le mieux possible. Il s'agit aussi d'une maladie que l'on peut contracter en France, et pour laquelle la prévention doit donc être renforcée.

L'enquête Parcours a montré que des conditions de vie en sécurité (un logement, un titre de séjour), et l'accès aux ressources de base (un travail) étaient nécessaires aux immigrés pour prendre soin d'eux-mêmes et se protéger du VIH/sida. Se protéger des risques sexuels, prendre soin de sa santé n'est possible qu'une fois libérés de l'extrême insécurité, de l'angoisse liée à des démarches administratives lourdes et à l'issue incertaine, du souci d'avoir un toit où dormir.

Par ailleurs, d'autres analyses ont pu montrer que l'instabilité administrative dans laquelle se retrouve, au moins dans les premières années de l'arrivée, une grande partie des immigrés génère une angoisse latente aux effets délétères sur la santé psychique des personnes. La violence symbolique imposée par les démarches administratives crée

de l'instabilité, de l'insécurité et des situations de discrimination voire de harcèlement (Le défenseur des droits, 2016), ce qui génère un stress, des angoisses et altère la santé des personnes immigrées (Pannetier *et al.*, 2017).

4 Un accès aux soins plus difficile pour les immigrés et les étrangers ?

Quel accès aux soins pour les immigrés et les étrangers [6] dans le système de santé en France ? L'accès aux soins est en premier lieu conditionné par l'existence d'une couverture maladie. L'absence de couverture maladie est en l'effet un des premiers motifs de renoncement aux soins en France (Després *et al.*, 2011). En la matière, le système de santé et de protection sociale français est plutôt un des plus protecteurs au monde, y compris pour les immigrés. Vers la fin des années 1990, Fassin qualifiait la santé comme « l'un des derniers refuges du droit », signalant que l'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière avait toujours fait l'objet d'un « large consensus » en France (Fassin, 2009). Retraçant 30 ans de législation sur l'accès aux soins en France, Caroline Izambert montre cependant que, de manière générale depuis 1975, les modalités d'obtention, par les étrangers, d'une couverture médicale ont été de plus en plus connectées à leur situation administrative. L'accès à la couverture maladie s'est amélioré à partir des années 2000, en lien avec le rôle facilitateur de la CMU (Couverture Médicale Universelle) qui a permis l'accès administratif aux soins pour les populations en difficulté socio-économique. Mais la création de l'Aide Médicale d'État (AME) destinée uniquement aux personnes en situation irrégulière a pu contribuer à la marginalisation et à la stigmatisation des personnes relevant de ce dispositif (Izambert, 2012). Estelle Carde montre en effet que l'existence d'une distinction entre la CMU et l'Aide Médicale d'État (AME) est mobilisée par certains professionnels de santé pour justifier des pratiques différentielles et défavorables aux immigrés. Les immigrés en situation irrégulière sont désignés comme moins légitimes que les autres pour bénéficier de la couverture maladie, car cela « coûte cher aux cotisants » (Carde, 2007). Le risque est ainsi de voir poindre une discrimination de certaines catégories de populations au nom d'une conception du bien commun, « les soins des uns étant présentés comme une menace pour les soins des autres » (Izambert, 2016).

Par ailleurs, les immigrés en situation irrégulière n'ont pas toujours accès à cette aide médicale d'état, soit par déficit d'information, soit par crainte d'être dénoncés au moment de la constitution du dossier. Les obstacles administratifs rencontrés par les personnes qui ont besoin de soin – soulignés dans différentes enquêtes qualitatives (Pian, 2012) –, peuvent dissuader les malades de se rendre dans les organismes de santé (Cognet *et al.*, 2009).

L'enquête Parcours illustre quantitativement ces observations. Elle montre d'une part que, chez les immigrés subsahariens, l'accès à une couverture maladie est plutôt rapide puisque les trois quarts des personnes avaient obtenu une couverture maladie (sécurité sociale, CMU ou AME) dès la deuxième année après leur arrivée en France. Mais

6. Un étranger est selon l'INSEE est « une personne qui réside en France et ne possède pas la nationalité française, soit qu'elle possède une autre ou aucune [...] un étranger n'est pas forcément immigré, il peut être né en France (les mineurs notamment) ».

parallèlement, elle montre que le retard à l'accès à la couverture maladie et les ruptures de couverture maladie résultent principalement de l'absence de droit au séjour (Vignier *et al.*, 2018).

Une fois dans le soin, l'attitude des professionnels de santé est également importante pour l'égalité dans le soin. Estelle Carde montre qu'un traitement « par différenciation » peut être source de discrimination et donc d'inégalité de traitement. Considérer la personne migrante avant tout comme un être de « culture autre » devant bénéficier d'un traitement différent peut entrainer des soins inadaptés à sa pathologie ou l'orientation vers des filières de soins spécifiques possiblement sujettes à une stigmatisation des patients (Carde, 2007).

Cependant, l'entrée dans le soin peut être un vecteur de prise en charge sociale, même si elle est inégale selon les pathologies. Dolorès Pourette (2013) a ainsi montré, dans le cadre du projet Parcours, que les patients africains suivis pour un VIH/sida bénéficiaient d'une prise en charge globale qui prenait en compte, en plus des aspects médicaux, les aspects psychosociaux et administratifs. Ce n'est pas le cas pour les patients africains suivis pour une hépatite B chronique, maladie pour laquelle la mobilisation de la société civile et des associations est beaucoup moins forte, d'où un dialogue moins présent entre acteurs médicaux, politiques et sociaux. L'auteure souligne ainsi que la prise en charge de l'hépatite B est quant à elle centrée sur les aspects médicaux de la prise en charge alors que les patients souhaiteraient avoir plus d'informations sur la maladie et les traitements, et obtenir un soutien dans la vie quotidienne avec l'infection et dans les démarches administratives (Pourette, 2013).

Conclusion

Les personnes immigrées arrivent au départ avec un « capital santé donné », et parfois des problèmes de santé spécifiques liés au contexte d'origine, mais les difficultés qu'elles peuvent rencontrer lors de leur installation en France aggravent leurs problèmes de santé ou en créent de nouveaux. Les inégalités sociales auxquelles certaines personnes immigrées doivent faire face se transforment ainsi en inégalités de santé.

L'enquête *Parcours*, grâce à sa perspective biographique qui permet d'analyser l'évolution des situations depuis l'arrivée en France, et à son approche quantitative permettant de mesurer l'augmentation du risque d'infection, montre que les situations de précarité à l'arrivée en France favorisent l'infection VIH chez les personnes originaires d'Afrique subsaharienne. Par ailleurs, cette étude illustre bien le lien entre l'accès aux droits et l'accès aux soins, et le rôle du système de santé pour réduire ces inégalités.

Cette enquête a permis de montrer que, contrairement aux discours qui font du VIH une maladie d'importation par les populations immigrées, une part importante des personnes enquêtées (presque la moitié) ont contracté le virus du VIH après leur arrivée en France, et que ce sont leurs conditions de vie précaires en France (absence de titre de séjour, de logement, de ressources) qui les exposent à des situations à risque de contracter des maladies sexuellement transmissibles. Ce résultat s'appuie sur une démarche pluridisciplinaire qui combine informations biographiques et données biologiques. Il implique de repenser la lutte contre le VIH en France, au sein des

populations immigrées, en accordant plus d'importance non seulement à la prévention des risques sexuels, mais aussi à la prise en charge des moments de grande vulnérabilité sociale.

Cette enquête biographique quantitative a permis de montrer que la précarité vécue lors des premières années d'installation pouvait avoir des effets délétères sur la santé. L'apport de ce type d'enquête est de permettre d'étudier l'interaction entre les différentes trajectoires de vie (résidentielle, administrative, professionnelle) et la santé. Les liens entre migration et santé en France avaient jusque-là surtout été explorés en santé publique essentiellement sous l'angle des inégalités de santé entre natifs et immigrés. Il y a peu d'études empiriques qui prennent en compte l'articulation entre le parcours migratoire et les questions de santé alors que la migration peut entraîner une série de ruptures, familiales et conjugales, professionnelles, ainsi que des expériences de précarité et de déracinement aux conséquences délétères potentielles sur la santé.

Avec l'évolution des flux migratoires que connait l'Europe actuellement, et les nouveaux défis auxquels doit répondre le système de santé français, on ne peut faire l'économie d'une recherche approfondie sur les besoins en santé des immigrés et la façon dont les difficultés sociales auxquelles ils doivent faire face peuvent conduire à des inégalités de santé.

Encadré 1. L'enquête *Parcours* : une étude sur le VIH, l'hépatite B et la santé dans les parcours de vie des immigrés subsahariens vivant en Île-de-France

L'enquête ANRS Parcours a été conduite entre février 2012 et mai 2013 dans 74 structures de santé d'Île-de-France. Elle a interrogé un échantillon représentatif de trois groupes de personnes immigrées originaires d'Afrique subsaharienne : un groupe de 926 personnes vivant avec le VIH, un groupe de 779 personnes porteuses d'une hépatite B chronique et un groupe de 763 personnes n'ayant aucune de ces deux pathologies et recruté dans des centres de santé de médecine générale (dont certains dédiés aux personnes précaires). Étaient éligibles les personnes âgées de 18 à 59 ans résidant en Île-de-France et nées dans un pays d'Afrique subsaharienne et de nationalité de l'un de ces pays à la naissance, quelle que fut la nationalité au moment de l'enquête. L'enquête était proposée aux personnes éligibles par le médecin au cours de la consultation. L'entretien était réalisé par un enquêteur spécialisé, soit à l'issue de la consultation médicale, soit sur rendez-vous. Toutes les informations ont été recueillies de façon anonyme. Comme 60 % des immigrés subsahariens de France vivent en Île-de-France, cette enquête renseigne sur la situation de la grande majorité des personnes originaires d'Afrique subsaharienne en France. Plus d'information sur http ://www.ceped.org/parcours. Le groupe Parcours était composé de A. Desgrées du Loû, F. Lert, R. Dray Spira, N. Bajos, N. Lydié (responsables scientifiques), J. Pannetier, A. Ravalihasy, A. Gosselin, E. Rodary, D. Pourette, J. Situ, P. Revault, P. Sogni, J. Gelly, Y. Le Strat, N. Razafindratsima. ANRS : Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales.

Références

Attias-Donfut C. et Tessier P. (2005), « Santé et vieillissement des immigrés », *Retraite et société*, vol. 46, n° 3, p. 89-129.

Attias-Donfut C. et Wolff F.-C. (2005), « Le lieu d'enterrement des personnes nées hors de France », *Population*, vol. 60, n° 5, p. 813-836.

Berchet C. et Jusot F. (2010), « L'état de santé des migrants de première et de seconde génération en France », *Revue économique*, vol. 61, n° 6, p. 1075-1098.

Berchet C. et Jusot F. (2012), « État de santé et recours aux soins des immigrés : une synthèse des travaux français », *Questions d'économie de la Santé*, vol. ° 172, p. 1-7.

Brahimi M. (1980), « La mortalité des étrangers en France », *Population (French Edition)*, vol. 35, n° 3, p. 603-622.

Carde E. (2007), « Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins », *Santé Publique*, vol. 19, n° 2, p. 99-109.

Cazein F, Pillonel J, Le Strat Y, Pinget R, Le Vu S, Brunet S, *et al.* Découvertes de séropositivité VIH et de sida, France, 2003-2013. Bull Epidémiol Hebd. 2015 ;(9-10) :152-61. http ://www.invs. sante.fr/beh/2015/9-10/2015*9-10*1.html

Cognet M., Gabarro C. et Adam-Vezina E. (2009), « Entre droit aux soins et qualité des soins », http ://www .hommes-et-migrations.fr/index.php ?/numeros/sante-et-droits-des-etranger-realites-et-enjeux.

Cognet M., Hamel C. et Moisy M. (2012), « Santé des migrants en France : l'effet des discriminations liées à l'origine et au sexe », *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 28, n° 2, p. 11-34.

Desgrées du Loû A., Pannetier J., Ravalihasy A., Gosselin A., Supervie V., Panjo H., Bajos N., Lert F., Lydié N., Dray-Spira R. et The Parcours Study Group5 (2015), « Sub-Saharan African migrants living with HIV acquired after migration, France, ANRS PARCOURS study, 2012 to 2013 », *Eurosurveillance*, vol. 20, n° 46, https ://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2015.20.46.30065.

Desgrées du Loû A., Pannetier J., Ravalihasy A., Le Guen M., Gosselin A., Panjo H., Bajos N., Lydie N., Lert F. et Dray-Spira R. (2016), « Is hardship during migration a determinant of HIV infection ? Results from the ANRS PARCOURS study of sub-Saharan African migrants in France », *AIDS*, vol. 30, n° 4, p. 645-656.

Desprès C., Dourgnon P., Fantin R. et Jusot F. (2011), « Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique », *Questions d'économie de la santé*, n° 169, p. 1-7.

Fassin D. (2000), « Repenser les enjeux de santé autour de l'immigration », *Hommes et migrations*, vol. 1225, n° 1, p. 5-12.

Fassin D. (2008), *Faire de la santé publique*, Rennes, École des Hautes Études en Santé Publique « Hors collection ».

Fassin D. (2009), « Le droit d'avoir des droits », *Hommes & migrations*, n° 1282, p. 20-23.

Fennelly K. (2007), « The "healthy migrant" effect », *Minnesota Medicine*, vol. 90, n° 3, p. 51-53.

Foss S. et Fagot-Campagna A. (2012), « Prévalence du diabète, état de santé et recours aux soins des personnes diabétiques originaires d'un pays du Maghreb et résidant en France métropolitaine », *BEH Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, vol° 9-10 , p. 35–36, http ://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2012/BEH-n-2-3-4-2012

Giannoni M., Franzini L. et Masiero G. (2016), « Migrant integration policies and health inequalities in Europe », *BMC Public Health*, vol. 16, n° 1 , p. 463.

Gosselin A., Desgrées du Loû A., Lelièvre E., Lert F., Dray-Spira R. et Lydié N. (2016), « Migrants subsahariens : combien de temps leur faut-il pour s'installer en France ? », *Population et Sociétés*, vol. 5, n° 533, p. 4.

GRAB (Groupe de réflexion sur l'approche biographique) (2006), « États flous et trajectoires complexes : observation, modélisation, interprétation », in Antoine P. et Lelièvre E. (dir.), *Méthodes et Savoirs,* n° 5, Ined/CEPED, Paris.

Hamel C. et Moisy M. (2015) ; « Migration et conditions de vie : leur impact sur la santé » in Beauchemin C., Hamel C., Simon P. (dir.), *Trajectoires et origines. Enquête sur la diversité des populations en France,* Paris, Ined (coll. Grandes Enquêtes), p. 263-287.

Izambert C. (2012), « 30 ans de régressions dans l'accès aux soins », *Plein droit*, vol. 86, n° 3, p. 5-9.

Izambert C. (2016), « Logiques de tri et discriminations à l'hôpital public : vers une nouvelle morale hospitalière ? », *Agone*, n° 58, p. 89-104.

Jusot F., Silva J., Dourgnon P. et Sermet C. (2009), « Inégalités de santé liées à l'immigration en France », *Revue économique*, vol. 60, n° 2, p. 385-411.

Khlat M. et Courbage Y. (1995), « Mortalité des immigrés marocains en France, de 1979 à 1991. I. Mortalité générale. Une confirmation de la sous-mortalité masculine malgré les problèmes de mesure », *Population*, vol. 50, n° 1, p. 447-472.

Le défenseur des droits (2016). « Les droits fondamentaux des étrangers en France », http ://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/736160170dddrapportdroitsetrangers.pdf.

Lert F., Melchior M. et Ville I. (2007), « Functional limitations and overweight among migrants in the Histoire de Vie study (Insee, 2003) », *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, vol. 55, n° 6, p. 391-400.

Moullan Y. et Jusot F. (2014), « Why is the 'healthy immigrant effect' different between European countries ? », *The European Journal of Public Health*, vol. 24, n° suppl. 1, p. 80-86.

Musso S. (2009), « La mesure des migrants dans les statistiques du sida en France », *Bulletin de l'Amades*, vol. ° 77, dossier n° 15.

Ndawinz J.D., Anglaret X., Delaporte E., Koulla-Shiro S., Gabillard D., Minga A., Costagliola D. et Supervie V. (2015), « New indicators for delay in initiation of antiretroviral treatment : estimates for Cameroon », *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 93, p. 521-528.

Organisation mondiale de la santé (OMS) 2011, « La riposte mondiale au VIH/sida : le point sur l'épidémie et sur les progrès du secteur de santé vers un accès universel : 2011 rapport de situation », Genève, Organisation mondiale de la santé, http ://www.who.int/hiv/pub/progressreport2011/fr/

Pannetier J., Lert F., Bajos N., Lydié N., Dray-Spira R. et Desgrées du Loû A. (2017) « Mental Health and Sub-Saharan African migrants living with HIV in France : The gendered role of migration paths and transnational ties » *Social Science & Medicine-Population Health*, vol. 3 (supplement C), p. 549-557.

Pian A. (2012), « De l'accès aux soins aux « trajectoires du mourir ». Les étrangers atteints de cancer face aux contraintes administratives », *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 28, n° 2, p. 101-127.

Pourette D. (2013), « Prise en charge du VIH et de l'hépatite B chronique chez les migrants subsahariens en France : le rôle-clé de la relation médecin-patient », *Santé publique*, vol. 25, n° 5, p. 561-570.

Vignier N., Bouchaud O., Ravalihasy A., Gosselin A., Pannetier J., Lert F., Bajos N., Lydié N., Desgrées du Loû A. et Dray-Spira R. (2018) « Access to health insurance coverage among sub-Saharan African migrants living in France : Results of the ANRS-PARCOURS study. » *PLoS One*, vol. 13, n° 2 : e0192916.

Wanner P., Khlat M. et Bouchardy C. (1995), « [Life style and health behavior of southern European and North African immigrants in France] », *Revue D'épidémiologie et de Santé Publique*, vol. 43, n° 6, p. 548-559.