

## **La lettre d'information du diplôme et de la capacité de médecine tropicale des pays de l'océan indien. N° 27 - mars 2012**

### **La lettre d'information n° 27 du 31 mars 2012 est consacrée à la santé des immigrés.**

Le Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire a fait le point le 17 janvier 2012 sur les pathologies fréquentes parmi la population migrante résidant en France. Bien que les articles publiés intéressent les médecins exerçant en métropole, il nous a paru utile de les résumer, d'autant qu'un certain nombre de médecins ayant suivi l'enseignement de médecine tropicale à La Réunion reviennent poursuivre leurs activités en France métropolitaine.

#### **Définition**

On définit par immigré ou migrant toute personne née étrangère à l'étranger et résidant en France, y compris celle qui a acquis la nationalité française depuis son arrivée. On définit par étranger toute personne qui n'a pas la nationalité française.

Le nombre d'immigrés en France est estimé à 6,7 millions en 2010, soit plus de 10% de la population. 41,8% sont des Africains, dont 30,0% sont originaires du Maghreb et 9,7% d'Afrique subsaharienne; 40,4% sont des Européens, dont 34,9% sont originaires de l'Union Européenne; 13,6% sont originaires d'Asie, dont 6,2% de Turquie; 3,3% sont originaires d'Amérique et d'Océanie.

#### **Inégalités**

Les études françaises les plus récentes sur l'état de santé et l'accès aux soins des immigrés suggèrent l'existence d'inégalités de santé liées à la migration et de disparité selon le pays d'origine. De plus, ces études s'accordent sur le moindre recours aux soins de la population immigrée. Enfin, la situation économique et sociale plus défavorisée des immigrés, leur moindre accès à la complémentaire santé et leur moindre intégration sociale sont les principaux facteurs expliquant ces inégalités de santé et d'accès aux soins.

Les auteurs notent que, s'il est difficile de proposer une vision d'ensemble de la santé des populations migrantes vivant en France, un sentiment de précarité par rapport au reste de la population prédomine.

#### **Pathologies les plus fréquentes**

Un certain nombre de pathologies, infectieuses et non infectieuses, font l'objet d'articles chez les immigrés : parmi les pathologies infectieuses, l'infection à VIH/Sida, la tuberculose et l'hépatite chronique à virus B; parmi les pathologies non infectieuses, les pathologies liées à la santé périnatale, le diabète, le cancer du col de l'utérus, les pathologies liées à la santé mentale.

L'infection à VIH/Sida, la tuberculose et l'hépatite à virus C font l'objet en France de trois systèmes de surveillance, respectivement de deux déclarations obligatoires (DO) et un réseau de pôles de référence « hépatites ». Les travaux ont porté sur les découvertes de séropositivité pour le VIH de 2009, les déclarations de tuberculose - maladie de 2008-2009, et celles de nouvelle prise en charge d'adultes pour une hépatite chronique à virus B en 2008-2009.

Les taux de découvertes de séropositivité pour le VIH sont 10 fois plus élevés chez les migrants que chez les non migrants et les taux de découverte d'une tuberculose - maladie, 8 fois plus élevés chez les migrants que chez les non migrants. Les trois-quarts des prises en charge de l'hépatite chronique à virus B concernent des migrants. Pour ces trois maladies, les migrants originaires d'Afrique subsaharienne sont surreprésentés : 70% pour l'infection à VIH/Sida, 36% pour la tuberculose, 54% pour l'hépatite chronique à virus B. Les découvertes de séropositivité pour le VIH au stade sida concernent 16% des migrants, un pourcentage comparable aux 14% des non migrants, mais qui recouvre des disparités : 15% des originaires d'Afrique subsaharienne, 17% de ceux d'Amérique, 24% de ceux d'Asie et du Maghreb.

La population migrante est, en définitive, fortement touchée par le VIH, la tuberculose et l'hépatite chronique à virus B. Ceci est en rapport avec la haute prévalence de ces trois infections dans leurs pays d'origine. Cependant, les données de sérotypage du VIH en 2009 montrent qu'un migrant originaire d'Afrique subsaharienne sur cinq a été contaminé par le VIH en France, d'où l'importance à la fois des actions de dépistage et de prévention chez les migrants.

La mortalité maternelle reste l'indicateur essentiel de la santé des femmes. Le taux de mortalité des femmes migrantes s'élève à 12,5/100 000 naissances contre 7,9/100 000 pour les non migrantes. 13,3% des femmes ayant accouché en métropole en 2010 sont de nationalité étrangère, dont 4,8% originaires du Maghreb et 2,8% d'Afrique subsaharienne. Ce sont particulièrement les femmes originaires d'Afrique subsaharienne qui représentent une population à risque périnatal : elles sont plus âgées, la parité est plus élevée, le niveau d'études plus faible, les ressources plus limitées et la plupart sont sans emploi. Une hospitalisation pendant la grossesse est plus fréquente chez ces femmes (26% *versus* 18,5% pour les françaises), l'hypertension artérielle et le diabète gestationnel étant des motifs fréquents d'hospitalisation. Le taux de césariennes est de même plus élevé chez les femmes originaires d'Afrique subsaharienne : 35% *versus* 19,9% pour les femmes françaises. Ce sont chez ces femmes, qui ne bénéficient pas d'une surveillance médicale correcte au cours de leur grossesse, que le taux de mortalité maternelle est le plus élevé : 21,8/100 000, ainsi que le taux de prématurité : 10,7% *versus* 6,3%. Au total, ce sont les femmes originaires d'Afrique subsaharienne qui représentent une population à risque périnatal. Ces résultats soulignent les besoins de prévention et de prise en charge de cette population d'origine africaine.

L'étude de la prévalence du diabète dans les populations migrantes a montré une prévalence très élevée chez les personnes originaires des pays du Maghreb. La prévalence du diabète traité ou non était estimée à 7,5% chez les personnes âgées de 45 ans et plus originaires de France et à 14,0% chez les personnes originaires du Maghreb. Il s'agit de diabète de type 2 qui représente plus de 92% des cas de diabète. Ces différences sont particulièrement marquées chez les femmes (16,6% *versus* 6,5%) que chez les hommes (12,1% *versus* 8,6%). Les personnes diabétiques originaires du Maghreb sont moins souvent obèses, présentent plus de complications ophtalmologiques, ont un moins bon suivi par le dosage de l'hémoglobine glyquée. Il est notable que la prévalence très élevée du diabète chez les femmes d'origine maghrébine ne s'explique pas par une prévalence plus élevée de l'obésité. Les campagnes de prévention du diabète doivent prendre en compte ces données.

Le dépistage du cancer de l'utérus a été organisé en France dans les années 1970 avec le frottis cervico-utérin (FCU). Les recommandations préconisent la pratique d'un FCU tous les 3 ans, après deux frottis négatifs à un an d'intervalle, pour toutes les femmes âgées de 25 à 65 ans. Une étude menée en région parisienne en 2010 montre que l'origine migratoire des femmes est un facteur d'inégalité très important concernant le recours au moins une fois dans sa vie au dépistage du cancer du col de l'utérus par FCU. Il est notable que les inégalités en matière de FCU ne se retrouvent pas dans la même population pour le dépistage du cancer du sein. Un programme de dépistage du cancer du col de l'utérus doit tenir compte de tous les facteurs expliquant ces inégalités : facteurs matériels, psychosociaux, culturels, ...

Les pathologies psychiques représentent l'un des enjeux majeurs de santé chez les migrants. Les données ont été recueillies au sein de dispositifs des sites de soins du Comité médical pour les exilés (Comede). Il s'agit donc de personnes pour lesquelles la situation de migration a été contrainte, d'où l'importance des problèmes psychologiques. Parmi les sujets étudiés, le taux de prévalence des psychotraumatismes est de 112 pour mille, plus élevé chez les personnes âgées de 29 à 49 ans. Il est plus élevé chez les femmes que chez les hommes : 188 pour 1000 *versus* 86 pour 1000. Il varie avec la nationalité, plus élevé chez les personnes ayant des antécédents de violence et de torture dans leur pays d'origine.

### Causes des mouvements migratoires

Il est intéressant de compléter ces études sur les pathologies fréquentes parmi la population migrante, en recherchant les causes des mouvements migratoires. On rappelle que la France a l'une des rares législations favorables aux étrangers malades présents sur son territoire, prévoyant notamment leur non expulsabilité depuis la loi Debré de 1997 et leur régularisation à travers la loi Chevènement de 1998. Malgré ces lois, on est loin d'un afflux massif de malades profitant de cette « aubaine » pour venir se faire soigner en France. Prenons deux exemples qui intéressent deux départements français d'outre-mer.

Des études faites par l'Inserm U 707, Equipe de recherches sur les déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins, l'une à Mayotte, l'autre en Guyane française, montrent que les migrations pour soins ne représentent, en effet, qu'une minorité des mouvements migratoires, aussi bien à Mayotte qu'en Guyane, alors que les conditions de l'immigration sont à l'évidence différentes dans une île de l'océan Indien et dans une terre de l'Amérique du sud située entre le Brésil et le Suriname.

L'enquête faite à Mayotte date de 2007, alors que l'île était encore une collectivité territoriale française. Sa population est d'environ 200 000 habitants, dont 40% d'étrangers, 80% de ceux-ci étant en situation irrégulière. Les immigrés viennent de l'Union des Comores, en particulier d'Anjouan. 50% ont émigré pour des raisons économiques, 26% pour des raisons familiales, 8,8% pour des raisons de santé, 3,9% se sont installés pour des raisons de santé chronique. Il n'y a donc pas une immigration sanitaire importante. Mais, il y a une différence réelle d'accès aux soins entre les personnes de nationalité française et ceux de nationalité étrangère, différence qui ne peut qu'augmenter, compte tenu que les soins, qui étaient gratuits pour tous

jusqu'à 2005, sont, depuis la mise en place de la sécurité sociale, payants pour les personnes ne pouvant faire état de la nationalité française ou ne pouvant être affiliées à la sécurité sociale.

L'enquête faite en Guyane date de 2009. Elle a été menée sur la zone côtière, à l'est à Cayenne et à l'ouest à Saint Laurent du Maroni. Sur une population d'environ 230 000 habitants, 67,5% sont de nationalité française, 32,5% de nationalité étrangère. Les immigrés représentent 40,6% de la population adulte à Cayenne, dont 70,7% sont originaires d'Haïti et 57,8% de la population adulte à Saint Laurent du Maroni, dont 70,7% sont originaires du Suriname. Seulement 3,1% ont migrés ou se sont installés en Guyane pour raisons de santé. La situation à Saint Laurent du Maroni est particulière, marquée par un recours à la maternité des femmes originaires du Suriname pour la qualité des soins (51,5%), la proximité géographique (45,5%) et des raisons familiales (12,1%). Interrogées sur la question des avantages sociaux liés à la naissance d'un enfant sur le territoire français, 7% seulement des femmes en situation irrégulière ont répondu positivement, les disparités dans l'offre de soins expliquant les migrations entre le Suriname et la Guyane.

Dans un contexte bien différent de celui des départements d'outre-mer, une enquête réalisée dans 11 pays par l'Observatoire européen de l'accès aux soins de Médecins du Monde a montré que 6% seulement des sans-papiers consultant des centres de soins gratuits ont déclaré avoir immigré en Europe pour des raisons de santé.

## Références

- Lot F., Antoine D., Pioche C et coll. Trois pathologies infectieuses fréquemment rencontrées chez les migrants en France : le VIH, la tuberculose et l'hépatite B. BEH 2-3-4/17 janvier 2012, 25-29.
- Saurel-Cubizolles M-J., Saucedo M., Drewniak N., Blondel B., Bouvier-Colle M-H. Santé périnatale des femmes étrangères en France. BEH 2-3-4/17 janvier 2012, 30-34.
- Fosse S., Fagot-Compagna A. 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 2-3-4/17 janvier 2012, 35-36.
- Veisse A., Wolmark L., Revault P. Santé mentale des migrants/étrangers : mieux caractériser pour mieux soigner. BEH 2-3-4/17 janvier 2012, 36-40.
- Grillo F., Soler M., Chauvin P. L'absence de dépistage du cancer du col de l'utérus en fonction des caractéristiques migratoires chez les femmes de l'agglomération parisienne en 2010. BEH 2-3-4/17 janvier 2012, 45-47.
- Florence S., Lebas J., Parizot I, Sissoko D., Querre M., Paquet C., Chauvin P.. Migration, santé et recours aux soins à Mayotte en 2007 : enseignements d'une enquête représentative en population générale. Rev. Epidemiol. Santé Publique, 2010, 58, 237-244.
- Jolivet N., Florence S., Lebas J., Paquet C., Chauvin P. Migration, santé et soins en Guyane (France), 2009, BEH 2-3-4/17 janvier 2012, 48-51.
- Acket C. Santé et migrations, l'exemple de la France. In : Santé Internationale. Les enjeux de santé au sud. Dominique Kerouedan (dir.). Paris. Presses de Sciences PO, 2011, pp. 215-225.

Professeur Pierre Aubry. Texte rédigé le 15 mars 2012