

# Plan

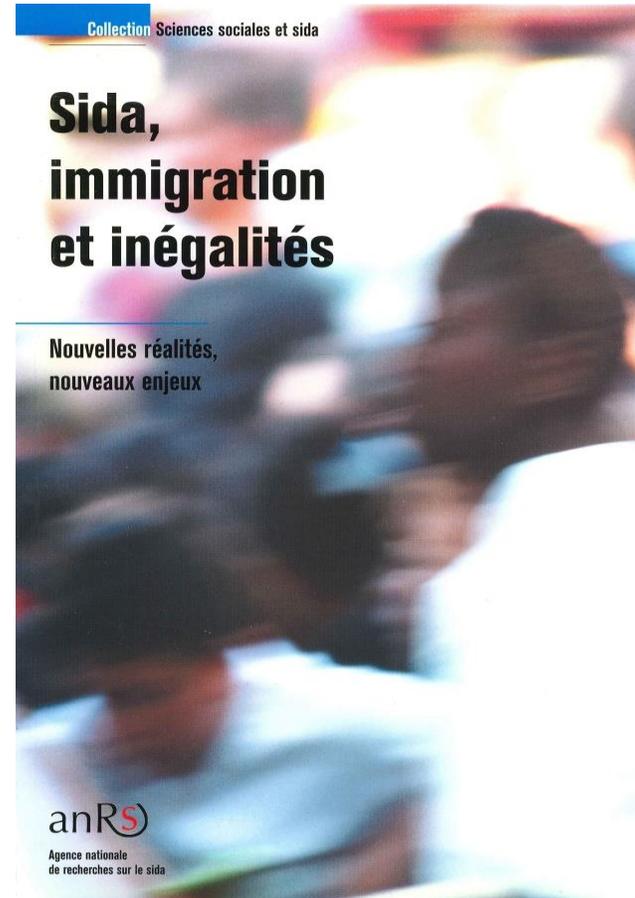
- Santé dans les pays en développement : la transition épidémiologique (mardi 18 janvier)
- Santé et migration : la transition épidémiologique au niveau individuel (mardi 18 janvier)
- **La santé des migrants en France : émergence de la question et données disponibles** (mercredi 19 janvier)
- Etudes de cas : (jeudi 20 janvier)
  - L'enquête Parcours, santé sexuelle et santé mentale chez les Africains subsahariens
  - L'empowerment : une notion utile pour aborder la santé des migrants
  - Les migrants face au COVID

# La santé des migrants en France : émergence de la question et données disponibles

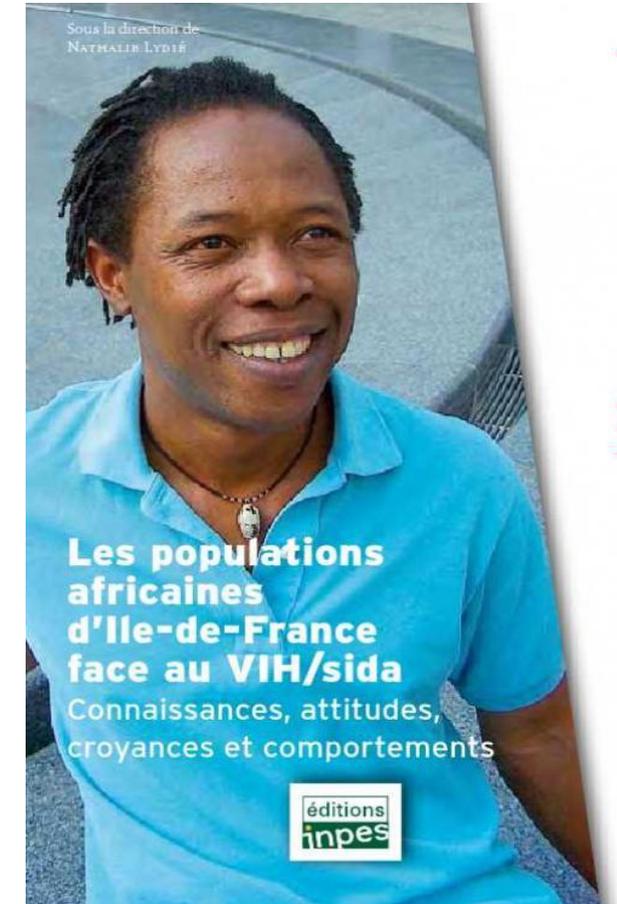
# Emergence de la question immigrée en santé publique



2000



2002



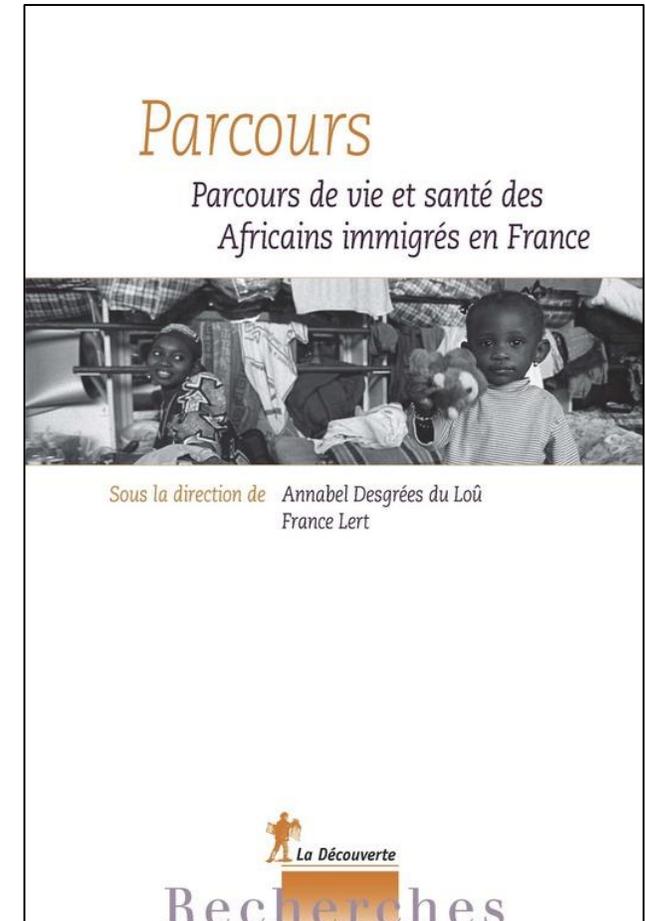
2007



2009



2016



2017

# Un tournant dans les années 2000

- Jusque là, une vraie difficulté à étudier la santé des immigrés en tant que telle:
  - Idée que la prise en compte des inégalités sociales de santé suffit
  - Peur de stigmatiser certains groupes comme « à risque » alors que ces groupes subissent déjà de la discrimination en France
  - Quelques travaux pionniers
    - 1993: Mizrahi et al. Accès aux soins et état de santé des populations immigrées en France
    - 1995: Khlaf et Courbage. Mortalité des immigrés marocains en France, de 1979 à 1991.

# Un tournant dans les années 2000

- La « vulnérabilité passée sous silence » pour promouvoir un modèle républicain d'intégration qui prône la réduction progressive des spécificités socioculturelles des immigrés (Noiriel 1988)
- Souci d'éviter »la surinterprétation culturelle » (Fassin 2000)
- Exemple du saturnisme infantile (Fassin 2005)

# L'étude des politiques de prévention du saturnisme infantile (Fassin 2005)

- Constat: Le saturnisme infantile touche majoritairement des enfants africains.
- **Hypothèse culturaliste** : 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.
- **Hypothèse prenant en compte les conditions sociales** : montre que ce sont 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.

# Un tournant dans les années 2000

- Ne pas considérer les origines ethniques des individus revient à penser que les inégalités dans l'emploi, logement, etc, sont entièrement explicables par des différences de revenus ou d'éducation (Simon, 2002)=> plaidoyer pour collecter ces données
- Rôle de la lutte contre le VIH pour dépasser ces difficultés
  - Mise en lumière d'une sur-prévalence parmi les étrangers
  - Enquête KABP spécifiquement auprès des migrants (2005)
  - Enquête PARCOURS (2012-2013)

# Et depuis ?

- Des études en santé qui prennent plus en compte l'origine des personnes
- Des enquêtes menées spécifiquement auprès des immigrés
- Une situation politique et sociale qui interroge les professionnels de la santé et les chercheurs autour de la question de l'accueil
- Une structuration du champ de recherche en cours

# Les données disponibles en France

# Etudes qui tiennent compte de l'origine des personnes

International Journal of Public Health (2018) 63:1027–1036  
<https://doi.org/10.1007/s00038-018-1146-y>



Khlat et al. BMC Public Health (2018) 18:479  
<https://doi.org/10.1186/s12889-018-5379-8>

BMC Public Health



tionally

> ARTICLE // Article

COMPARAISON DES PROFILS  
DES USAGERS DE DROGUES  
ANRS-COQUELICOT, 2011-2014  
// COMPARISON OF SOCIAL PROFILES  
SPEAKING AND FRENCH-SPEAKING

Marie Jauffret-Roustide<sup>1,2</sup> (marie.jauffret@univ-lyon1.fr)  
Francis Barin<sup>3</sup>, Josiane Pillonel<sup>2</sup>, Cécile

Mais aussi:

- Enquête ESPS (Santé, soins, protection sociale) de l'Irdes : 2000-2002, 2006-2008 .
- Enquête européenne Share
- Données de soins de centres de santé (ONG tels Comède, Médecins du Monde)
- Enquête Conditions de travail de la DARES (2005)

<sup>1</sup>Univ. Lyon, ANRS, ANRS-COQUELICOT, Univ. Paris-Saclay, Univ. Paris-Saclay, UVSQ, Villejuif, France

<sup>2</sup>Inserm, Population-based Epidemiologic Cohorts Unit, UMS 011, Villejuif, France

<sup>3</sup>University of Versailles St-Quentin, UMRS 1018, Villejuif, France

# Enquêtes spécifiques auprès des immigrés

- Enquête TeO Trajectoires et Origines de l'Ined
- Enquête PARCOURS 2012-2013

# Enquête TeO – la santé des migrants

- Une enquête en population générale qui a sur-représenté les populations immigrées
- Immigrés et descendants d'immigrés
- Une plus mauvaise santé perçue des immigrés par rapport à la population native, en grande partie en raison de conditions de vie dégradées
- Un lien entre discrimination et santé perçue (Cognet, Hamel et Moisy 2012)

## Trajectoires et origines

Enquête sur la diversité  
des populations en France



Grandes Enquêtes

Sous la direction de  
Cris Beauchemin, Christelle Hamel et Patrick Simon

*Préface de François Héran*

# La santé des immigrés en France - spécificités

---

- Plus de mortalité par maladies infectieuses et diabète qu'en population non migrante
- Obésité, hypertension, maladies cardio-vasculaires en augmentation
- Plus d'exposition aux cancers liés aux infections dans l'enfance (foie, col, estomac) et moins aux cancers liés au mode de vie occidental (colorectal, sein , prostate)
- Femmes : plus de mortalité maternelle (12,5 pour 100 000 vs 7,9 pour 100 000 chez les natives), fausses couches, naissances prématurées et de petits poids (Saurel-Cubizolles, 2012)
- Violences sexuelles : Mutilations génitales féminines et rapport forcés
- Cas spécifiques :
  - campus de migrants (Guisao, 2017)
  - situations de très grande précarité
    - pathologies infectieuses fréquentes,
    - mauvaise alimentation
    - troubles psychiques importants et peu pris en charge (Chaud, 2017)

# Bref bilan sur santé et immigration en France

---

1. Question de la santé des migrants relève de la problématique des inégalités de santé, sans y être réductible
2. Mieux comprendre les spécificités de la santé des migrants pour mieux les prendre en charge = enjeu majeur de l'accueil.
3. Difficultés :

Peu d'indicateurs de santé précis (sauf pour études VIH ou périnatalité)

Petits effectifs dans le système de surveillance et d'enquête « classique »

Population très hétérogène : « les migrants » n'existent pas...

Peu de données chez les immigrés installés, dans le système de soin classique

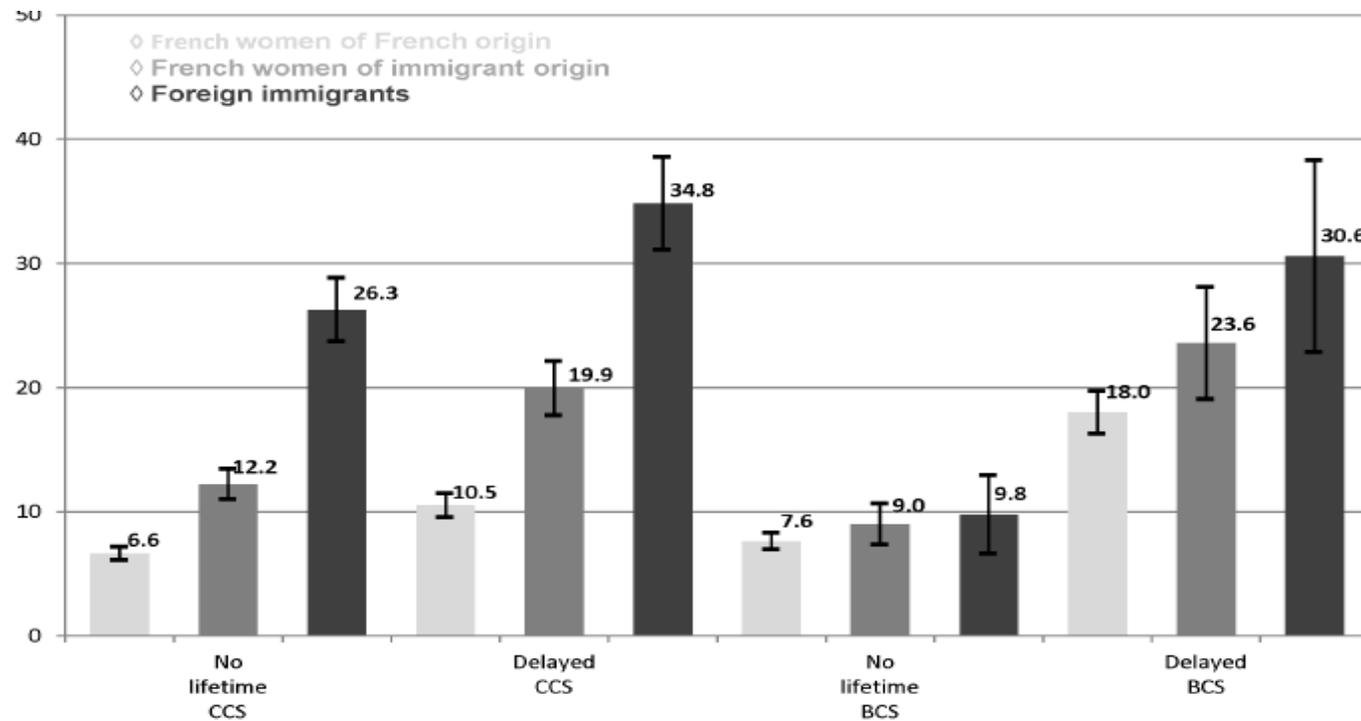
Nécessité d'enquêtes dédiées ou collectes spécifiques, pour repérer les besoins spécifiques de santé pour les migrants et de formation pour les soignants

# Inégalités d'accès aux soins : résultats d'enquêtes

# De nombreux travaux sur l'accès aux soins

- Le système français est universaliste et historiquement l'un des plus protecteurs avec notamment mise en place AME/CMU, etc.
- ... mais des inégalités selon l'origine dans l'accès aux soins
  - Un moindre recours aux soins de ville, en lien avec une situation sociale défavorisée (Dourgnon et al. 2009)
  - Moins de soins de prévention et de spécialiste (Rondet et al., 2014)
  - Problèmes d'accès et de maintien dans la couverture maladie (Vignier et al. 2018, Pian 2012)
  - Discriminations CMU/AME (Boisguérin et Haury 2008, Carde 2007)
  - Grossesse : moins bon suivi prénatal chez les immigrées d'Afrique subsaharienne, en lien avec des soins sous-optimaux (Sauvegrain, 2017)

# Retard de prévention : l'exemple du dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus (C. Rondet et al., 2010)

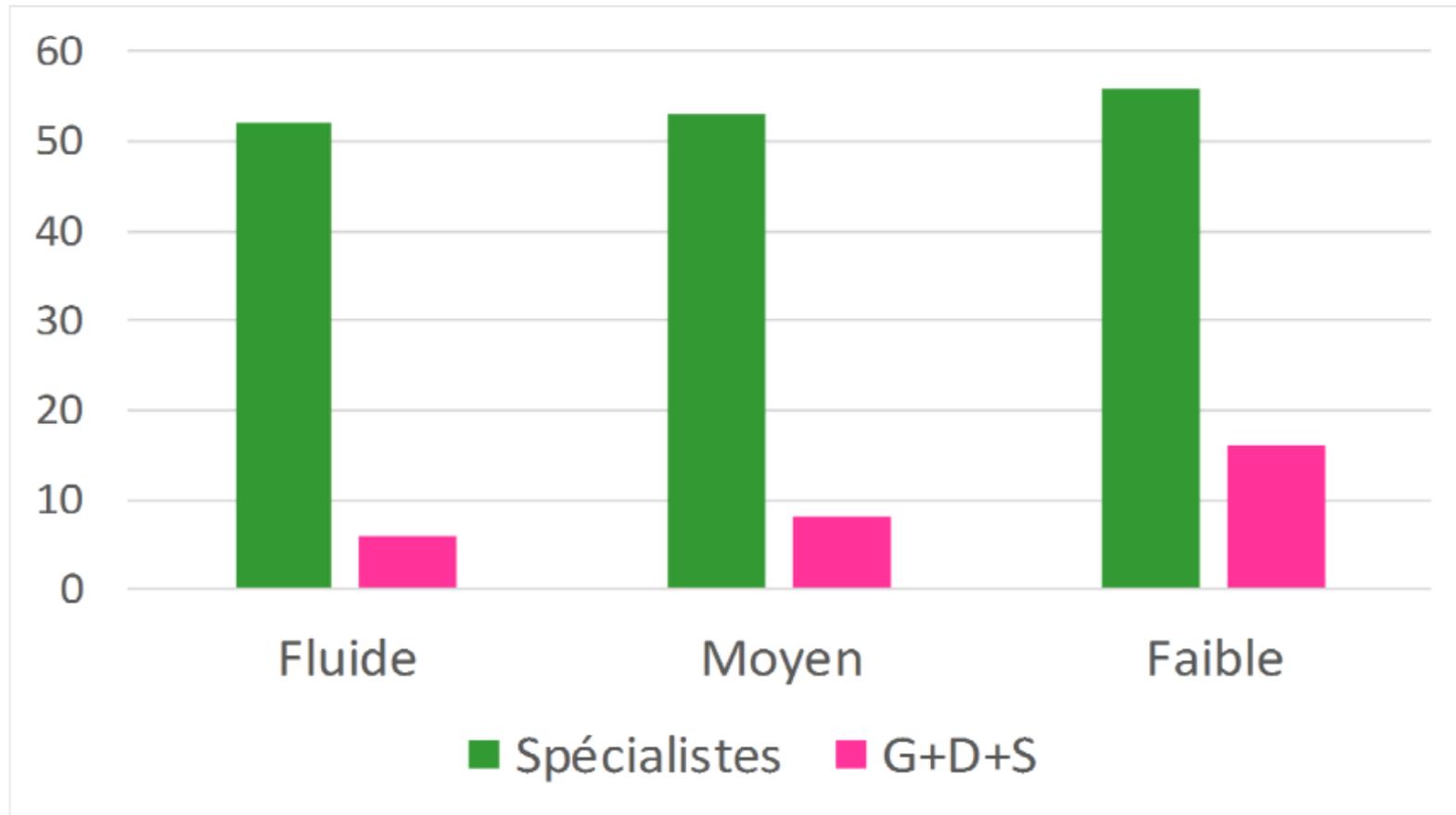


**Figure 1. Standardized prevalence of delayed and no lifetime screening according to the women's immigration status.**

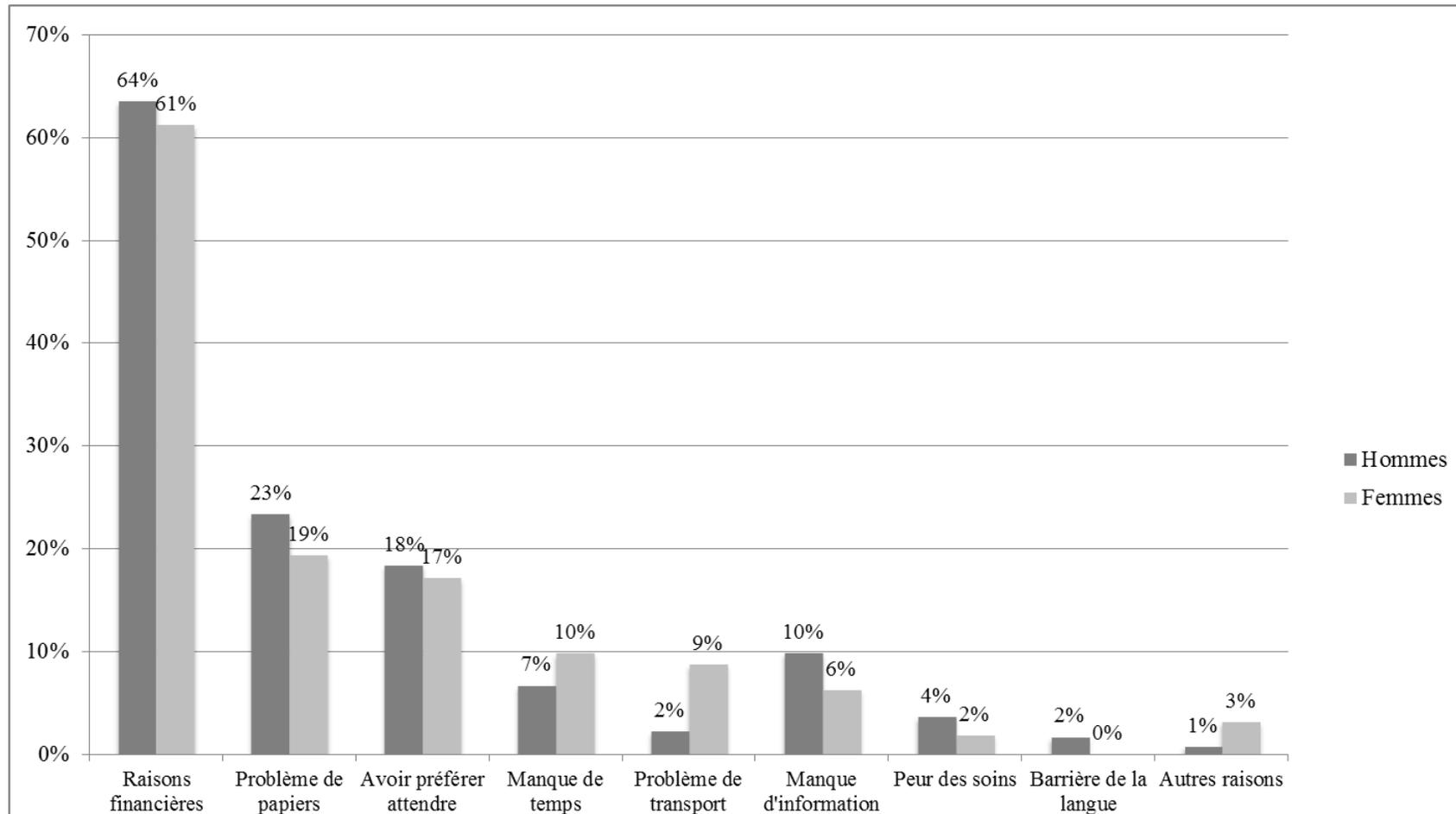
doi:10.1371/journal.pone.0087046.g001

# Non recours aux soins selon l'aisance en français

Enquête « Parcours et Profils des Migrants » 2007, auprès de « nouveaux migrants » venant d'obtenir un titre de séjour d'un an au minimum, éligibles au contrat d'accueil et d'intégration (CAI)



# Motif de renoncement aux soins – Enquête Parcours 2012-2013 (Vignier 2017)



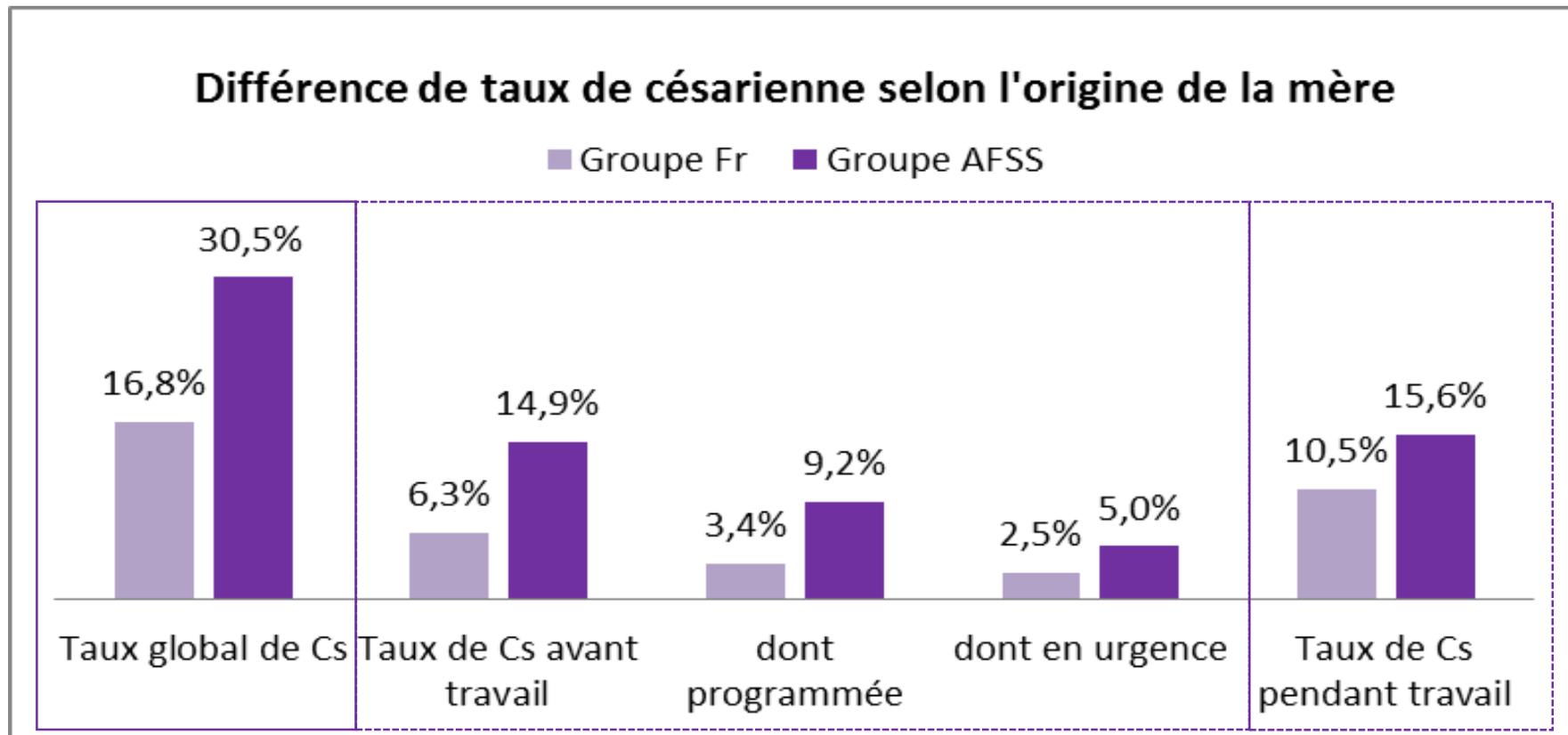
*Champ* : groupe de référence de l'étude Parcours (immigrés originaires d'Afrique subsaharienne âgés de 18 à 59 ans interrogés dans un centre de santé en Ile-de-France ayant déclaré avoir renoncé à des soins depuis leur arrivée en France - 125 hommes et 136 femmes). *Lecture*: Parmi les hommes ayant déclaré avoir renoncé à des soins depuis leur arrivée en France, 64% rapportent que cela était pour des raisons financières (soit 24% des hommes). *Source* : enquête ANRS-Parcours, 2012-2013

## Cesarean section rate differences by migration indicators

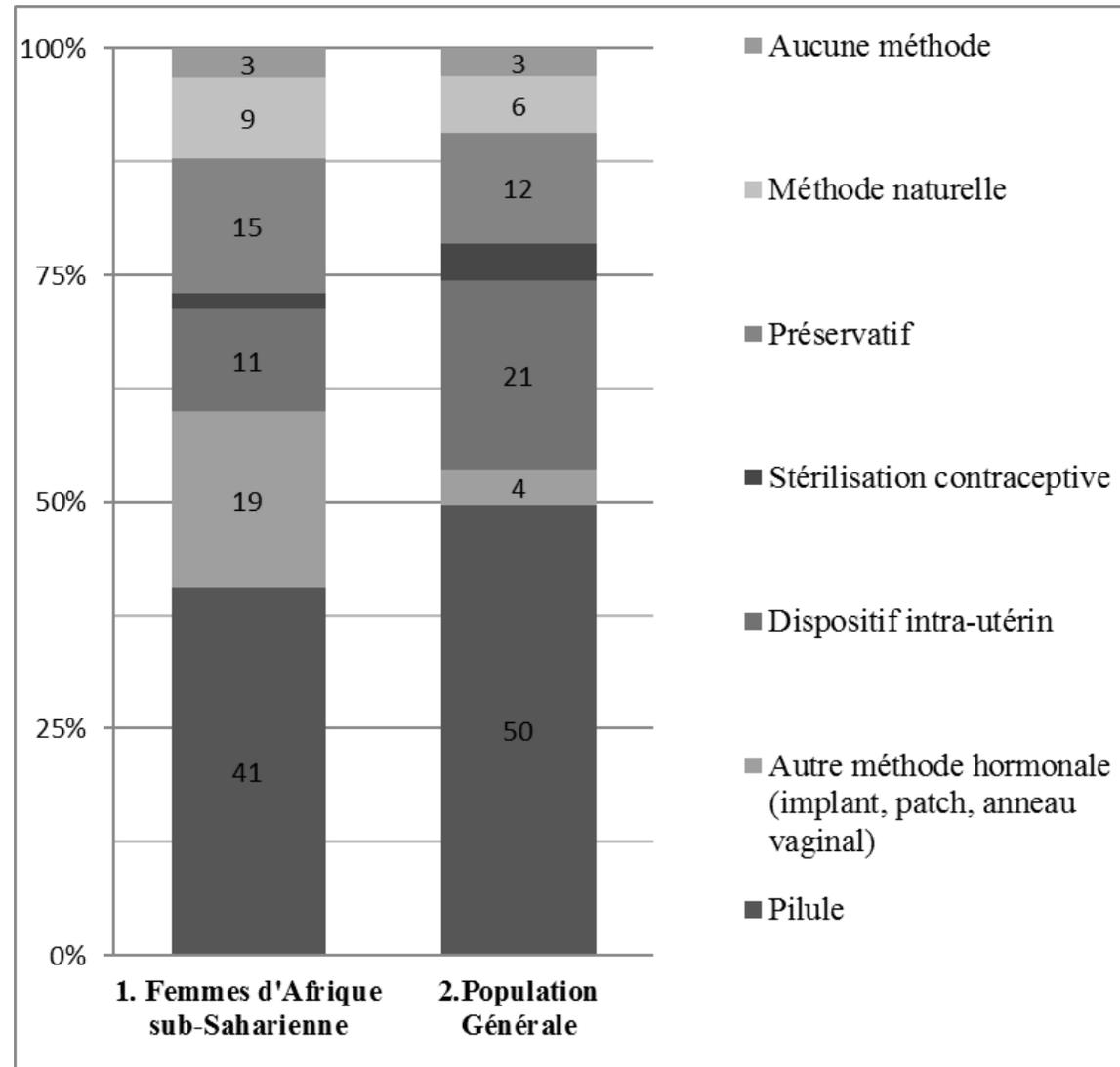
Anita J. Gagnon · Andrea Van Hulst · Lisa Merry ·  
Anne George · Jean-François Saucier · Elizabeth Stanger ·  
Olive Wahoush · Donna E. Stewart

Migration indicators	Total cesarean section % ( <i>n/N</i> ) ( <i>n</i> = 191)	Emergency cesarean section % ( <i>n/N</i> ) ( <i>n</i> = 183) <sup>a</sup>
<b>Migration status</b>		
Refugee	38.2 (13/34)	28.1 (9/32)
Asylum seeker	33.3 (19/57)	22.8 (13/57)
Non-refugee immigrant	32.7 (16/49)	17.0 (8/47)
Canadian-born	25.5 (13/51)	10.6 (5/47)
<b>Migration source region</b>		
Europe	31.6 (6/19)	26.3 (5/19)
Latin America	20.0 (6/30)	13.3 (4/30)
Africa	39.3 (11/28)	21.4 (6/28)
North-Africa and West- Asia	25.0 (2/8)	0 (0/6)
South-East and Central Asia	41.8 (23/55)	28.3 (15/53)
Canada	25.5 (13/51)	10.6 (5/47)

# Variation du taux de césarienne en fonction de l'origine géographique



# Couverture et méthodes contraceptives parmi les femmes en besoin de contraception - Comparaison femmes d'Afrique subsaharienne (Enquête Parcours)/population générale (enquête Fécond) (Maraux, 2017)

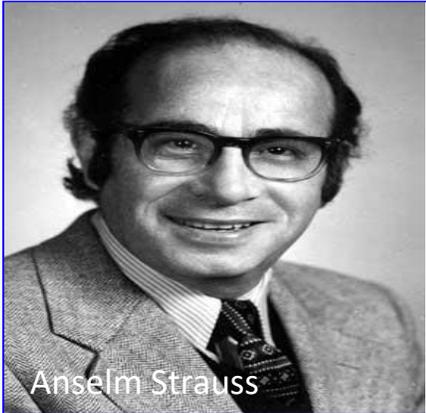


# Le suivi périnatal en France (Sauvegrain et al., beh 2017)

- 22% des naissances concernent des femmes nées à l'étranger
  - Dans la cohorte PRECARE :
    - 35% de suivi prénatal inadéquat pour les femmes nées en Afrique sub-saharienne
    - 27% de suivi prénatal inadéquat pour les femmes nées au Maghreb
    - 17% de suivi prénatal inadéquat pour les femmes nées en France
  - Facteurs explicatifs :
    - Caractéristiques des femmes (histoire migratoire, âge, niveau d'instruction, grossesse non planifiée, précarité sociale, compétence linguistique)
- MAIS AUSSI**
- Fonctionnement des systèmes de soins (distance sociale entre soignants et patientes, biais implicites, stéréotypes vis à vis de certaines femmes, occultation des conditions de vie)
- « Il semble que le système de soins ne soit pas assez souple pour répondre aux besoins divers de la population et produise en lui-même des obstacles qui réduisent l'accès aux soins prénatals ou diminuent leur efficacité ». (Sauvegrain et al., 2017)*

Des biais implicites dans la prise en charge ?

# Les biais implicites, moteur inconscient de discrimination



Introduction dans les années 60 de la notion de **valeur sociale attribuée** par des soignants à leurs patients

**Valeur sociale** dépendante

- du groupe ethnique
- de la position sociale

Effet sur la qualité de l'accompagnement proposé aux patients

**Biais Implicite** Notion développée par psychologues sociaux

Phénomène **inconscient** qui laisse des stéréotypes inexprimés, associations inconscientes entre appartenance à un groupe social et un attribut négatif, prédisposer les agents en situation de décider à traiter différemment des personnes issues de groupes sociaux différents

# Existence des BI chez les soignants

## Catégories race /ethnicity

Mesure des BI par des test d'association implicite



Project Implicit®

<https://implicit.harvard.edu/implicit/>

Existence de BI mis en évidence dans différents champs médicaux

### - Chirurgiens traumatologie

Préférence implicite pour patients blancs (73,5%) – Pas d'association avec décisions

*Haider et al, J Trauma acute care surg 2014*

### - Etudiants 1<sup>ère</sup> année médecine

Préférence implicite pour patients blancs (69%) – Pas d'association avec décisions

*Haider et al, JAMA 2011*

### - Neurochirurgiens

Biais important en faveur des patients blancs - Association avec santé rapportées par patients

*Hausmann et al, J Spinal cord Med 2015*

### - Pédiatres

Moins de BI raciaux que pour autres spécialistes

*Sabin et al, Medical care 2008*

# Etude de cohorte PreCARE

Cohorte multicentrique – Equipe Elie Azria et al.

Beaujon



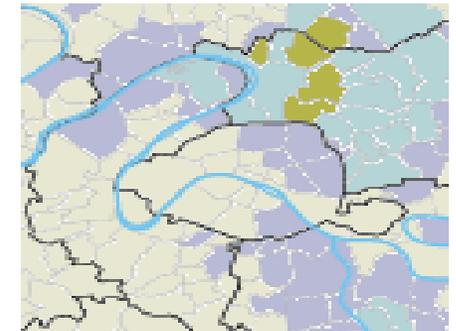
Bichat



Robert Debré

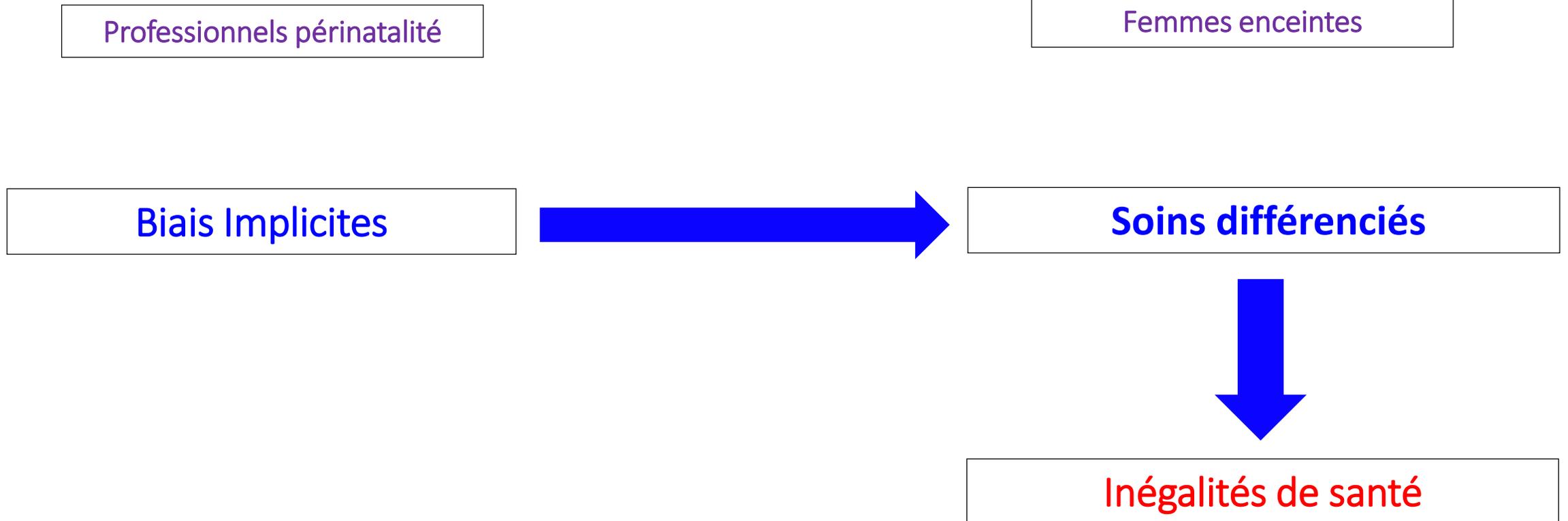


Louis Mourier



# Migration et soins différenciés en périnatalité

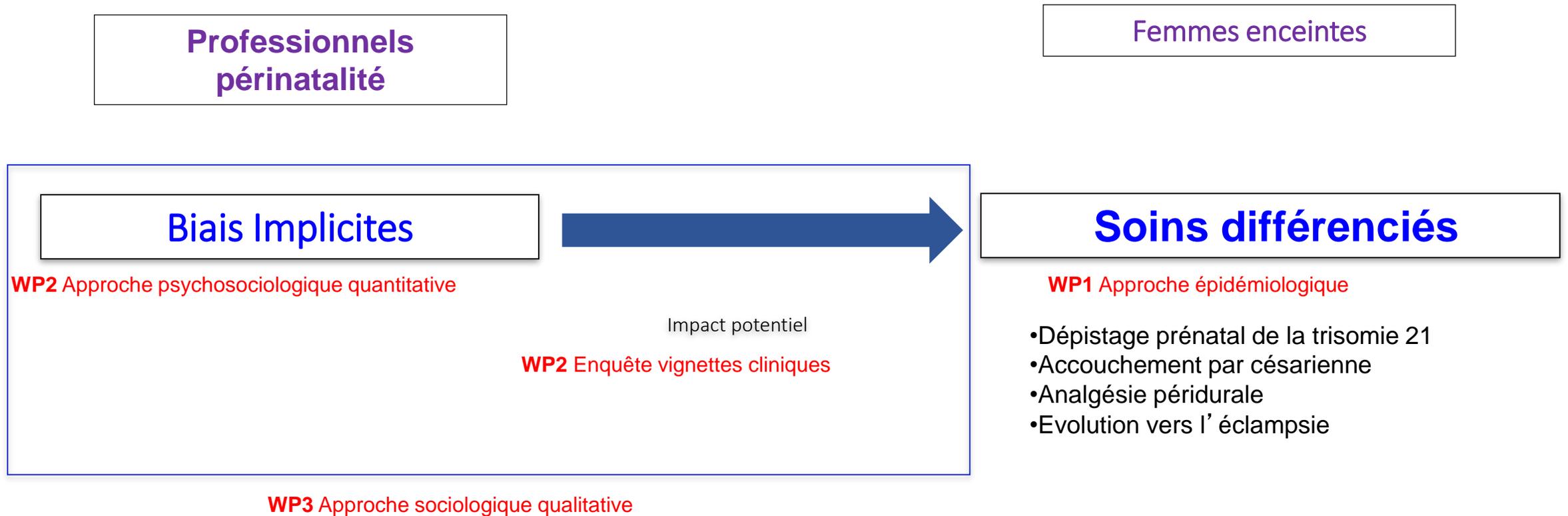
## Effets des biais implicites



# Migration et soins différenciés en périnatalité

## Effets des biais implicites

Approche méthodologique mixte



# Exemple : Soins sous optimaux et pathologie hypertensive

## Approche socio-anthropologique - Priscille Sauvegrain

### Programme TRAJECTOIRES



**Méthode** : 33 entretiens semi structurés conduits par une sociologue auprès de femmes avec une pathologie hypertensive en cours de grossesse - 3 maternités –

**Résultats** : Mise en évidence de différences de prise en charge « fines » entre femmes nées en France et femmes nées en Afrique sub Saharienne (Soins différenciés pour le dépistage de l’HTA et de la protéinurie)

Différences susceptibles de retarder le diagnostic de la pathologie et de différer des décisions  
Différences susceptibles d’expliquer davantage d’évolutions vers des formes sévères

Mise en évidence de soins différenciés susceptibles d’avoir un retentissement en termes de morbidité maternelle sévère