
Santé, besoins de prévention et de soins

Andrainolo Ravalihasy, France Lert et Nicolas Vignier

Les associations humanitaires alertent régulièrement sur les effets délétères sur la santé des conditions de vie des migrants (Chappuis, Tomasino et Didier, 2016 ; Comede, 2016). Elles rendent compte le plus souvent de prises en charge qui se situent tôt dans le parcours des migrants ou parmi ceux dont les droits sociaux ou la situation administrative restent très précaires. Pour les immigrés installés, qui consultent dans le système de soins « classique », la description de l'état de santé reste lacunaire. Lorsque l'intérêt porte sur des populations immigrées particulières, les échantillons qui les concernent dans les grandes enquêtes sont souvent trop petits pour mener des analyses statistiques spécifiques. Cependant, les études qui existent fournissent des résultats contrastés sur l'existence d'un éventuel risque accru pour les immigrés, qu'il s'agisse d'études sur la mortalité, la fréquence de certaines pathologies ou d'indicateurs de santé. Certaines soulignent l'effet de sélection des émigrés par la santé, car ce sont les personnes en bonne santé qui entreprendraient davantage de migrer (« *healthy migrant effect* » (Moullan et Jusot, 2014). Cette sélection par la santé des personnes qui entreprennent d'émigrer peut varier selon les périodes avec par exemple une sélection plus accentuée pour les immigrations de travail. À l'autre extrême du parcours migratoire, les personnes malades ou âgées peuvent préférer rentrer dans leur pays d'origine, sous-estimant ainsi la fréquence de la maladie, des incapacités et de la mortalité parmi les immigrés engendrant un « *salmon bias* » (Attias-Donfut, Wolff et Tessier, 2005). D'un autre côté, certaines analyses mettent en évidence une détérioration de l'état de santé des immigrés avec les années d'immigration en France (Hamel et Moisy, 2012).

Si la santé peut être représentée par des indicateurs synthétiques comme l'état de santé perçu ou la présence de limitations chroniques dans les activités de la vie quotidienne, le tableau épidémiologique des pathologies est plus difficile à établir étant donné la diversité des populations tant du point de vue génétique que des habitudes de vie ou des pathologies plus ou moins fréquentes dans le pays d'origine.

L'immense diversité des migrations explique la difficulté, voire l'impossibilité, de dresser un tableau de la santé précis et exhaustif des immigrés et leur place sur le gradient des inégalités de santé. Cette difficulté est d'autant plus grande que les enquêtes de santé en population générale distinguent rarement les immigrés, parfois les étrangers, et ne donnent pas d'information précise sur leurs pays de naissance ou les repères temporels de la migration essentiels que sont l'âge à la migration et son ancienneté. C'est en particulier le cas en France où ces informations ont été jusqu'à récemment considérées comme « sensibles » du point de vue politique ou devant s'effacer devant la position sociale. Cependant, cette situation change progressivement et certains systèmes de surveillance de la santé recueillent désormais – toujours avec prudence – des informations telles que la nationalité (le Baromètre santé depuis 2010), le pays de naissance (la déclaration obligatoire du VIH) ou plus rarement la nationalité à la naissance (enquête ANRS-Vespa). Ce sont surtout les travaux de recherches sur certaines populations immigrées ou centrés sur certaines thématiques qui tiennent compte de la trajectoire migratoire, telle l'enquête Trajectoires et Origines qui comporte des variables de santé déclarées (Hamel et Moisy, 2012), ou des enquêtes ciblées telle l'étude auprès des populations africaines sur les connaissances, les pratiques de prévention et les comportements sexuels menée par l'Inpes (Lydié, 2007).

Dans le groupe de référence de l'enquête Parcours, nous avons collecté des informations sur les motifs de consultation et les pathologies en cours chez des personnes venues en consultation de médecine générale, soit dans des centres de santé du système classique, soit dans des centres d'accueil pour personnes en grande précarité qui délivrent des soins et une aide à l'obtention des droits. Nous pouvons donc comparer entre ces deux groupes les besoins de santé qui ont entraîné la consultation, ainsi que les pathologies en cours, afin de voir si le tableau de la santé des immigrés subsahariens qui sont accueillis dans les structures d'aide aux plus précaires est très spécifique. Ces informations recueillies sur la santé dans le groupe de référence apportent des touches supplémentaires à un tableau encore à construire de la santé des populations subsahariennes en France. Pour quels troubles cherchent-ils des soins ? Comment sont-ils exposés aux facteurs de risque qui constituent aujourd'hui les déterminants majeurs de la santé : le tabac, l'alcool, les déséquilibres alimentaires ? Certains sont-ils plus exposés que d'autres ?

***Centres de santé généralistes
et centres pour l'accès aux soins et aux droits :
des publics différents, mais des besoins
de santé (presque) similaires***

Les participants de l'enquête Parcours ont été recrutés en Île-de-France à l'occasion d'une consultation de médecine générale dans un centre de santé pour sept sur dix d'entre eux et pour les autres dans un centre accueillant des personnes sans couverture maladie ou sans droits (qui seront nommés dans la suite du chapitre centres pour l'accès à la santé). Ces centres regroupent des PASS (permanences d'accès aux soins de santé institués par la loi de lutte contre l'exclusion du 29 juillet 1998) implantées dans les hôpitaux publics, un centre d'accueil, de soins et d'orientation de Médecins du Monde et le centre de santé du Comité pour la santé des exilés (Comede). Ces structures reçoivent une grande partie d'étrangers sans droit au séjour établi ou dans une situation sociale précaire, en particulier quant à la couverture maladie. Les centres de santé, quant à eux, sont municipaux, associatifs ou privés. Ils ont vocation à offrir une gamme de soins et de services de santé sans dépassement d'honoraires et pratiquent le plus souvent le tiers payant, ce qui en facilite l'accès. La démographie des consultants y reflète le contexte géographique du lieu d'implantation, mais les catégories sociales supérieures y sont sans doute moins représentées que dans les cabinets privés de médecine de ville comme le montre l'étude Epidaure-CDS réalisée auprès d'une vingtaine de centres de santé polyvalents en France, principalement municipaux (Afrite *et al.*, 2011).

Les caractéristiques des participants à l'enquête Parcours diffèrent logiquement selon le type de centres (tableau 1). Parmi les hommes, ceux des centres pour l'accès aux soins sont plus jeunes, arrivés en France plus récemment (64 % depuis 2010 contre 16 % des consultants des centres de santé). Près de la moitié n'a pas de couverture maladie (*vs* à peine un peu plus de 5 % dans les centres de santé) ; ils fréquentent la structure pour la première fois ou depuis moins d'un an (75 %) alors que ceux des centres de santé ont une ancienneté plus longue avec près d'un consultant sur deux (44 %) qui les consulte depuis au moins cinq ans. Chez les femmes, les mêmes différences sont observées, mais il n'y a pas de différence d'âge chez elles entre les deux types de centres. On observe cependant qu'un quart des consultants hommes comme femmes continuent à fréquenter les centres d'accès aux soins plus d'un an, témoignant de difficultés à franchir les barrières administratives, financières ou sociales pour entrer dans le système de soins général.

Tableau 1. Caractéristiques des participants selon le type de centre :
centres pour l'accès aux soins et aux droits et centres de santé

	Hommes				Femmes			
	Ensemble	Centres pour l'accès aux soins et aux droits	Centres de santé	p	Ensemble	Centres pour l'accès aux soins et aux droits	Centres de santé	p
	(N = 356)	(N = 119)	(N = 237)		(N = 407)	(N = 99)	(N = 308)	
Âge à l'enquête								
18-34 ans	32 %	51 %	28 %	***	34 %	39 %	33 %	n.s.
35-44 ans	28 %	31 %	27 %		25 %	27 %	25 %	
45-59 ans	40 %	18 %	45 %		41 %	34 %	42 %	
Période d'arrivée								
Avant 1996	33 %	7 %	40 %	***	37 %	4 %	41 %	***
1996-2004	27 %	14 %	30 %		30 %	12 %	32 %	
2005-2009	14 %	14 %	14 %		15 %	16 %	15 %	
2010-2013	26 %	65 %	16 %		18 %	68 %	12 %	

Ancienneté du suivi dans le centre

Pour la première fois	17 %	28 %	14 %	**	10 %	28 %	8 %	***
Depuis moins d'un an	26 %	47 %	20 %		20 %	47 %	17 %	
Depuis 1 à 5 ans	20 %	16 %	22 %		30 %	20 %	32 %	
Depuis plus de 5 ans	37 %	9 %	44 %		40 %	5 %	44 %	

Type de couverture maladie

Assurance maladie	55 %	16 %	65 %	***	64 %	12 %	70 %	***
CMU	20 %	19 %	20 %		23 %	23 %	23 %	
AME	11 %	19 %	9 %		6 %	14 %	5 %	
Pas de couverture maladie	14 %	47 %	6 %		7 %	51 %	2 %	

Champ : ensemble des répondants du groupe de référence.

Note : CMU : Couverture maladie universelle ; AME : Aide médicale d'État.

Lecture : parmi les hommes recrutés dans des centres d'accès aux soins et aux droits, 28 % venaient pour la première fois vs 14 % dans les centres de santé.

Légende : significativité à n.s. : non significatif, * : 5 %, ** : 1 %, *** : 0,1 %.

Source : enquête ANRS-Parcours, 2012-2013.

Tableau 2. Motifs de consultation des hommes et des femmes du groupe de référence selon le type de centre

	Hommes			Femmes		
	Ensemble	Centres pour l'accès aux soins et aux droits	Centres de santé	Ensemble	Centres pour l'accès aux soins et aux droits	Centres de santé
	(N = 356)	(N = 119)	(N = 237)	(N = 407)	(N = 99)	(N = 308)
Pathologies aiguës	34 %	24 %	36 %	32 %	39 %	31 %
Maladies chroniques	31 %	39 %	29 %	25 %	35 %	24 %
Traumatisme	4 %	3 %	5 %	4 %	2 %	4 %
Motifs gynécologiques	–	–	–	8 %	5 %	8 %
Examen systématique	14 %	28 %	11 %	16 %	17 %	15 %
Demande de certificat	6 %	10 %	5 %	5 %	6 %	4 %
Vaccination	2 %	0 %	3 %	1 %	0 %	1 %
Autre	13 %	13 %	13 %	12 %	9 %	13 %

Champ : ensemble des répondants du groupe de référence.

Lecture : 35 % des femmes consultant dans les centres pour l'accès aux soins et aux droits ont eu pour motif de consultation des maladies chroniques.

Source : enquête ANRS-Parcours, 2012-2013.

Ces différences entre types de structures sont en cohérence avec les objectifs des centres pour l'accès aux soins qui, parallèlement à la réponse médicale immédiate aux besoins de santé, mettent en place les démarches d'accès à l'assurance maladie (Aide médicale d'État, AME, pour les étrangers sans papiers, régime général ou Couverture maladie universelle, CMU, pour les autres). Dès que l'ouverture de droit est effective, le consultant peut être orienté vers les structures de droit commun pour la suite de sa prise en charge. C'est d'ailleurs ce que souligne l'accès rapide à l'assurance maladie pour une grande majorité (chapitre 4).

Les motifs de consultation regroupés en grandes catégories par le médecin mettent au premier rang les pathologies aiguës pour près d'un tiers, suivies des maladies chroniques pour un peu plus d'un quart, avec peu de différences entre hommes et femmes (tableau 2). Ils ne diffèrent pas entre les deux types de centres. Il est intéressant de noter que les bilans de santé concernent environ 15 % des consultants, indiquant que l'approche de médecine préventive est bien présente dans cette population dont une grande part est encore fragilisée par l'adversité de la migration. Cette proportion est similaire à ce qui est observé en population générale dans une étude nationale utilisant les mêmes modes de recueil (Grimaldi-Bensouda *et al.*, 2011).

Trois pour cent des participants avaient un antécédent de tuberculose (13 hommes et 8 femmes) ou une tuberculose en cours (1 femme) sans différence entre les types de structure ou l'ancienneté de suivi dans la structure. Ce résultat rejoint les résultats de la surveillance épidémiologique qui mettent en évidence le risque beaucoup plus élevé de tuberculose pour les étrangers arrivés depuis moins de deux ans et les personnes nées en Afrique subsaharienne (Aït Belghiti et Antoine, 2015).

Lors de la consultation, le médecin rapportait dans le questionnaire médical les pathologies présentes chez les consultants, qu'elles aient été ou non en jeu dans la consultation du jour ; cette information permet de décrire la prévalence des troubles les plus fréquents par grandes catégories (tableau 3).

Par ordre d'importance, l'hypertension est la première pathologie représentée, ce qui concerne, regroupée avec les maladies cardiovasculaires et métaboliques, 27 % des hommes et 31 % des femmes. Le deuxième ensemble de troubles les plus fréquents (15 % des consultants) est constitué des troubles musculo-squelettiques, troubles qui affectent les membres ou la colonne vertébrale. Cette fréquence peut être rapprochée des emplois occupés, peu qualifiés, qui ont une charge physique élevée (*cf.* chapitre 2) et aussi du surpoids très fréquent dans cette population (*cf. infra*). En troisième position viennent les affections respiratoires chroniques (asthme, rhinites allergiques et bronchopneumopathie chronique obstructive : 8 % des hommes et 9 % des femmes). Les prévalences de ces différents grands groupes de pathologies ne diffèrent pas selon le type de centre.

Tableau 3. Pathologies présentes chez les hommes et les femmes du groupe de référence selon le type de centre

	Hommes				Femmes			
	Ensemble (N = 356)	Centres pour l'accès aux soins et aux droits (N = 119)	Centres de santé (N = 237)	p	Ensemble (N = 407)	Centres pour l'accès aux soins et aux droits (N = 99)	Centres de santé (N = 308)	p
Maladies cardiovasculaires et métaboliques								
Au moins une affection cardiovasculaire ou métabolique	27 %	23 %	28 %	n.s.	31 %	37 %	31 %	n.s.
HTA	18 %	18 %	18 %	n.s.	20 %	22 %	20 %	n.s.
Diabète	7 %	8 %	7 %	n.s.	6 %	9 %	6 %	n.s.
Dyslipidémie	4 %	2 %	5 %	n.s.	1 %	4 %	1 %	n.s.
Surpoids/obésité	9 %	6 %	10 %	n.s.	16 %	18 %	15 %	n.s.
Troubles musculo-squelettiques								
Troubles musculo- squelettiques	14 %	15 %	14 %	n.s.	16 %	13 %	16 %	n.s.
Maladies respiratoires								
Asthme et rhinite allergique	7 %	3 %	8 %	n.s.	9 %	4 %	10 %	n.s.
Bronchite chronique	1 %	2 %	0 %	n.s.	0 %	0 %	0 %	n.s.
Infections des voies respiratoires	6 %	3 %	6 %	n.s.	2 %	6 %	2 %	n.s.

Troubles psychologiques/Affections psychiatriques								
Ensemble des personnes présentant ces affections	10 %	29 %	5 %	*	7 %	26 %	5 %	***
Troubles anxieux/dépressifs	8 %	19 %	5 %	*	6 %	16 %	5 %	***
Troubles du sommeil	4 %	17 %	1 %	***	3 %	13 %	2 %	**
Traité pour au moins un trouble d'ordre psychologique	6 %	14 %	4 %	*	3 %	7 %	2 %	n.s.
Autres pathologies								
Endocriniennes	1 %	0 %	1 %	n.s.	3 %	4 %	3 %	n.s.
Génito-urinaires	4 %	5 %	4 %	n.s.	5 %	14 %	4 %	*
Dermatologiques	2 %	7 %	1 %	*	2 %	3 %	2 %	n.s.
Hématologiques	1 %	0 %	1 %	n.s.	5 %	14 %	4 %	**
Oncologiques	0 %	0 %	0 %	n.s.	0 %	1 %	0 %	n.s.
Céphalées/migraines	0 %	1 %	0 %	n.s.	1 %	4 %	1 %	n.s.

Champ : ensemble des répondants du groupe de référence.

Lecture : 18 % des hommes consultant dans les centres pour l'accès aux soins et aux droits présentent une hypertension artérielle sans différence selon le type de centre.

Légende : significativité à n.s. : non significatif, * : 5 %, ** : 1 %, *** : 0,1 %.

Source : enquête ANRS-Parcours, 2012-2013.

Huit pour cent des consultants présentent des troubles psychologiques (troubles anxio-dépressifs ou troubles du sommeil), un consultant sur deux étant traité pour ces troubles. Ils sont nettement plus fréquents parmi les personnes recrutées dans les centres pour l'accès aux soins et ceci tant chez les hommes que chez les femmes : 29 % et 25 % respectivement contre 5 % parmi les consultants des deux sexes des centres de santé. La déclaration du médecin ici est corroborée par le résultat du score d'anxiété-dépression obtenu par la passation directement auprès du participant d'une échelle de santé mentale (PHQ4, *cf.* chapitre 13), montrant un état psychologique beaucoup plus dégradé parmi les consultants des centres d'accès aux soins : ce score est environ 2,5 fois plus élevé chez les consultants des centres pour l'accès aux soins tant chez les hommes que chez les femmes.

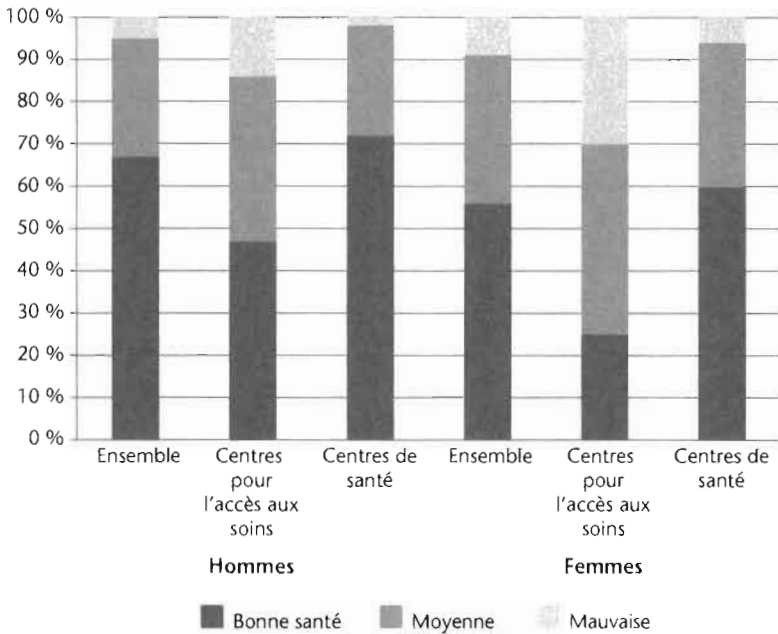
Les autres grandes catégories d'affections représentent chacune moins de 5 %.

La comparaison des niveaux de prévalence est difficile avec la population générale en France, faute de données disponibles avec les mêmes conditions de recueil, les mêmes regroupements en grandes catégories et sur une population du même âge (en effet, les résultats des enquêtes en médecine générale sont souvent présentés sans limite d'âge et donc incluent des populations âgées avec une fréquence et une distribution des pathologies différentes, alors que Parcours porte sur la tranche d'âge 18-59 ans). Cependant, l'intérêt de ces résultats est de montrer que les pathologies chroniques courantes sont bien des motifs importants de recours aux soins des immigrés d'Afrique subsaharienne et de souligner la nécessité d'un accès rapide à l'offre de soins pour des troubles qui requièrent des prises en charge médicalisées et au long cours.

L'autoévaluation de leur état de santé par les participants, indicateur classiquement utilisé comme indicateur de santé global, met en évidence une situation plus difficile chez les consultants des centres d'accès aux soins que chez ceux des centres de santé, hommes et femmes : ainsi 14 % vs 3 % chez les hommes et 30 % vs 7 % chez les femmes déclarent une mauvaise santé (figure 1). Avec des motifs de recours similaires dans les deux types de structure, cette perception très dégradée peut être vue comme une plus grande sévérité des troubles lors de la consultation ou une plus grande détresse psychologique dans la période qui suit l'arrivée où beaucoup d'entre eux sont encore dans une phase d'insécurité sur tous les plans (*cf.* chapitre 1).

Étant donné que l'inclusion s'est déroulée à l'occasion d'une consultation médicale, elle concerne des personnes qui sont venues consulter pour un problème de santé aigu ou chronique, ce qui tend à surestimer la fréquence des différents problèmes de santé et d'une perception de la santé dégradée. Des proportions similaires ont été observées dans l'enquête Epidaure-CDS, où 36 % des consultants en centre de santé, quelle que soit

FIGURE 1. Perception de la santé selon le type de centre



Champ : ensemble des répondants du groupe de référence.

Lecture : 14 % des hommes déclarent une mauvaise santé dans les centres pour l'accès aux soins et aux droits vs 3 % dans les centres de santé.

Source : enquête ANRS-Parcours, 2012-2013.

leur origine, déclaraient un état de santé moyen et 10 % un état de santé mauvais ou très mauvais, soit 46 %, alors que cette proportion était de 29 % en population générale (Afrite *et al.*, 2011).

Les enquêtes en population qui comparent la perception de la santé selon la nationalité française ou étrangère ou le fait d'être ou non immigré montrent de façon constante une moins bonne santé perçue chez les étrangers ou les immigrés (Berchet et Jusot, 2009 ; Hamel et Moisy, 2016 ; Jusot *et al.*, 2009).

Besoins de prévention

Dans la grande diversité du champ de la prévention, les informations collectées portent sur le dépistage des deux infections chroniques qui sont au cœur de l'étude Parcours, l'infection VIH et l'hépatite B d'une part, et d'autre part sur les facteurs de risque majeurs de la morbidité et de la mortalité prématurée (avant 65 ans) et de leur gradient social en France,

gradient sur lequel les immigrés se trouvent du côté des plus défavorisés : tabagisme, consommation d'alcool et surpoids/obésité.

Dépistage du VIH et de l'hépatite B

Le dépistage du VIH en population générale et sa répétition dans les populations les plus exposées sont recommandés en France comme dans les recommandations internationales (ministère de la Santé et des Sports, 2010 ; Morlat, 2013). Outre le bénéfique, pour la personne atteinte, de l'instauration du traitement, celui-ci, grâce à son effet préventif, peut avoir un effet collectif. Cette recommandation générale est encore plus nécessaire chez les immigrés d'Afrique subsaharienne qui viennent pour certains de pays où la prévalence est élevée et contribuent à une forte proportion des nouveaux cas en France. Certains immigrés sans se savoir infectés, et d'autres sont exposés à la transmission en France, en particulier dans les périodes d'insécurité administrative et de précarité sociale (cf. chapitre 5) et en raison de réseaux sexuels endogames (Marsicano, Lydié et Bajos, 2013). Les données présentées dans le chapitre dépistage (cf. chapitre 7) indiquent que le premier dépistage après l'arrivée en France se produit dans un délai médian de deux ans et qu'un homme sur quatre ne fera un premier test qu'au bout de sept ans ou plus, une femme au bout de cinq ans ou plus. Quand il est réalisé, le dépistage l'est largement à la demande du médecin plutôt que spontané. Pourtant, cette attitude est loin d'être systématique et les occasions de dépistage (c'est-à-dire la proposition systématique à une personne appartenant à un groupe très exposé) ou de diagnostic (la proposition du test en présence d'un signe évoquant une possible infection VIH) ne manquent pas (Champenois *et al.*, 2013).

Que savent les médecins généralistes du statut sérologique des consultants ? Pour 17 %, ils ne documentent pas – et sans doute ne connaissent pas – leur situation vis-à-vis du dépistage tandis qu'une proportion équivalente des consultants n'avaient jamais fait de test selon le médecin (tableau 4). Parmi les deux tiers testés, la moitié l'avait été dans la dernière année. Les femmes ont été davantage et plus récemment testées que les hommes. La réalisation du test de dépistage dans les douze derniers mois est plus importante chez ceux qui fréquentent le centre depuis moins d'un an, ce qui suggère que le test est réalisé le plus souvent lors des premiers contacts et n'est pas répété ensuite ou ne sera pas proposé ensuite. Il existe donc une large marge d'amélioration en matière de dépistage en médecine générale, tant dans les centres d'accès aux soins que dans les centres de santé.

L'hépatite B est une infection plus répandue, mais objet de moins d'attention en raison de la vaccination qui devrait assurer la prévention et du caractère encore récent du traitement des hépatites chroniques actives grâce aux progrès thérapeutiques vers des traitements

Tableau 4. Date du dernier test VIH chez les hommes et les femmes

	Ensemble	Hommes	Femmes
Dans les 12 derniers mois	29 %	25 %	32 %
Il y a plus de 12 mois	36 %	34 %	38 %
Jamais testé	18 %	21 %	15 %
Non connue	17 %	20 %	15 %

Champ : ensemble des répondants du groupe de référence.

Lecture : 25 % des hommes ont fait un test VIH dans les douze derniers mois.

Source : enquête ANRS-Parcours, 2012-2013.

plus simples et mieux tolérés. La majorité des personnes infectées l'ignore en Afrique et en France, les immigrés porteurs d'une hépatite B ne sont diagnostiqués que tardivement (*cf.* chapitre 8). Le statut des consultants vis-à-vis du dépistage d'une infection acquise dans les pays de forte prévalence dans la petite enfance et vis-à-vis de la vaccination était renseigné par le médecin. Les femmes sont plus souvent connues comme testées que les hommes (61 % et 44 %) sans doute grâce au dépistage prénatal. Le médecin ignore plus souvent le statut de dépistage des hommes (43 % vs 30 % pour les femmes). Il n'y a pas de variation statistiquement significative selon l'ancienneté de l'arrivée en France. En ce qui concerne la vaccination, 29 % des hommes et 35 % des femmes sont vaccinés et pour 34 % et 31 % le médecin n'a pas d'information sur le statut vaccinal. La différence selon les périodes d'arrivée n'est pas significative, mais on observe que les personnes arrivées depuis 2010 sont encore moins vaccinées. La connaissance incomplète de la situation du consultant vis-à-vis de l'hépatite B par le médecin indique qu'il existe des marges de progrès importantes en ce qui concerne le dépistage pour l'amélioration de la prise en charge des personnes atteintes d'hépatite chronique et la possibilité d'étendre la vaccination chez des personnes indemnes au sein d'une population où la prévalence est élevée.

Des consommations basses de tabac et d'alcool et qui n'augmentent pas après l'immigration

Parmi les participants, environ un homme sur cinq fume, et en général fume régulièrement. Chez les femmes, le tabagisme est quasiment absent (figure 2). Ainsi les immigrés d'Afrique subsaharienne se situent très en dessous des chiffres du tabagisme de la population générale en France entre 45 % et 34 % des plus jeunes aux plus âgés chez les hommes et entre 33 % et 29 % chez les femmes (Guignard *et al.*, 2015). Malgré la diffusion du tabagisme en Afrique qui conquiert les populations en commençant par

les adolescents, le tabagisme y reste plus bas qu'en Europe. On y observe partout une très forte différence entre hommes et femmes, la prévalence chez celles-ci ne dépassant 5 % que dans quelques pays, alors que chez les hommes, elle varie au-dessus de 10 % et dépasse 20 % en Côte d'Ivoire, au Congo ou en RDC (WHO, 2016). L'adoption du tabagisme par les immigrés observée dans certains pays (Reiss, Lehnhardt et Razum, 2015) ne se produit pas, semble-t-il, chez les hommes originaires d'Afrique subsaharienne en France, comme l'indique l'absence d'association avec la région d'origine, l'âge à l'immigration ou son ancienneté. En revanche, chez les femmes, les rares femmes qui fument sont plutôt des femmes ayant immigré avant l'âge de 15 ans et des femmes jeunes (18-34 ans) et sans relation de couple.

Ainsi, l'arrivée des Africains en France majoritairement à l'âge adulte les protège du tabagisme et c'est principalement la diffusion en cours du tabagisme dans les nouvelles générations en Afrique qui pourrait modifier cette situation à l'avenir.

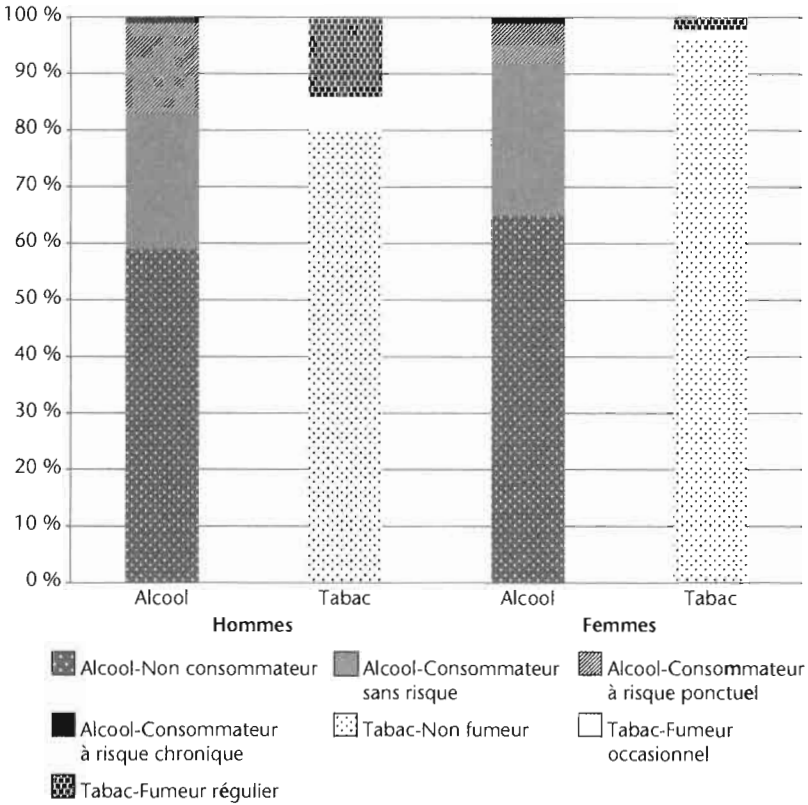
La consommation d'alcool est très faible en Afrique avec des pays dans lesquels l'abstinence est une règle quasi exclusive et des pays dans lesquels la consommation d'alcool concerne des proportions variables de la population et avec toujours, comme partout, des proportions plus basses chez les femmes (WHO, 2016). Selon leurs pays d'origine, les immigrés subsahariens en Europe passent donc d'un contexte d'abstinence ou de faible consommation à un pays où l'alcool est largement accepté avec des niveaux de consommation à risque particulièrement élevés comme c'est le cas en France (Ravalihasy *et al.*, 2016).

Dans l'enquête Parcours, la consommation d'alcool a été documentée avec le questionnaire standard de l'AUDIT-C¹ qui porte sur la quantité et la fréquence de la consommation et permet de catégoriser le risque. Les niveaux de consommation et de consommation à risque d'alcool sont inférieurs à ceux de la population générale française, que ce soit chez les hommes ou chez les femmes (Com-Ruelle et Célant, 2013) : globalement dans la population de référence enquêtée, six hommes sur dix et près d'une femme sur trois ne consomment pas d'alcool. L'alcoolisation à risque concerne moins d'un homme sur cinq et moins d'une femme sur dix, l'alcoolisation chronique excessive est exceptionnelle. Ces chiffres sont beaucoup plus bas que ceux de la population française.

Cependant ces chiffres moyens renvoient à une grande diversité selon les pays d'origine. L'interdit de l'alcool dans les sociétés à dominante

1 L'AUDIT-C (Alcohol Use Disorders Test) a été mis au point par l'OMS pour interroger sur la fréquence et la quantité d'alcool consommée de façon à calculer un score global qui est ensuite catégorisé en abstinence, consommation sans risque, consommation à risque ponctuel, consommation à risque chronique.

FIGURE 2. Consommation de tabac et d'alcool chez les hommes et les femmes du groupe de référence



Champ : ensemble des répondants du groupe de référence.

Lecture : 80 % des hommes sont non fumeurs.

Source : enquête ANRS-Parcours, 2012-2013.

musulmane se marque par des niveaux d'abstinence très élevés ; à titre d'exemple, une très grande majorité des hommes venant du Mali ou du Sénégal sont totalement abstinentes alors qu'au Cameroun et en République démocratique du Congo plus de huit hommes sur dix consomment de l'alcool. Les niveaux de consommation sont plus faibles encore pour les femmes, mais l'écart entre hommes et femmes est variable selon les pays d'origine : pas de différence en Côte d'Ivoire, 13 % d'écart entre hommes et femmes venant du Cameroun et 38 % pour ceux de RDC². Certaines

2 On trouvera le détail des chiffres par pays dans l'annexe du chapitre 12 sur le site http://ceped.org/parcours/annexes-chapitre_12.xlsx.

études émettent l'hypothèse d'une adoption du mode de consommation dans le pays d'accueil après l'immigration (Taïeb *et al.*, 2008). Ce n'est pas le cas dans les populations subsahariennes en France puisque l'on n'observe pas d'association statistique de la consommation d'alcool avec les variables caractérisant la trajectoire migratoire (âge à l'arrivée, durée de la présence en France, français parlé en famille) chez les hommes. Chez les femmes le niveau reste extrêmement bas, quelle que soit l'ancienneté de la migration. Cela peut s'expliquer par le fait que les habitudes de boire s'installent majoritairement par la socialisation à l'adolescence, elles ne sont donc pas adoptées par les immigrés qui arrivent majoritairement à l'âge adulte et maintiennent des comportements correspondant aux normes de leur société d'origine.

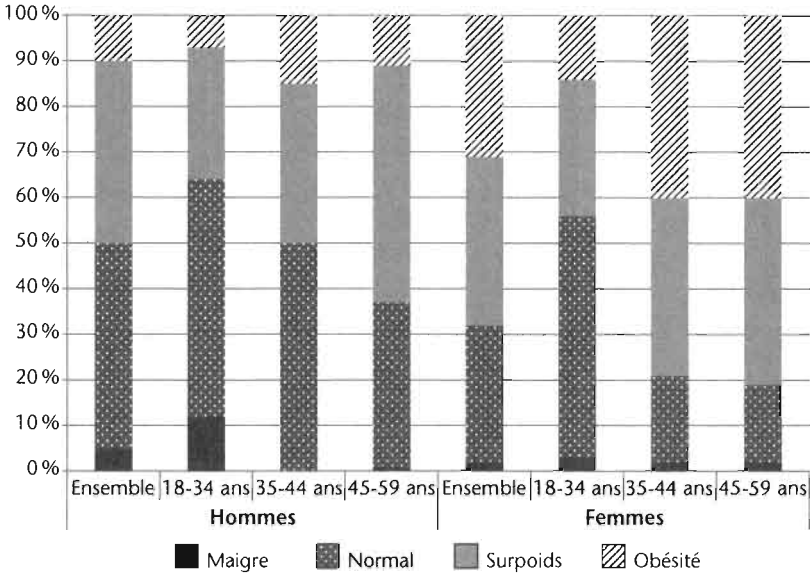
Ainsi, les populations immigrées africaines vivant en France apparaissent plutôt protégées des risques liés à l'alcool et au tabac.

Surpoids et obésité : un phénomène qui se développe en Afrique comme ailleurs et à l'origine de fortes inégalités pour les immigrés

Avec la transition démographique, l'urbanisation, la transformation des modes de vie, le surpoids et l'obésité sont devenus des enjeux de santé publique planétaires. L'Afrique connaît une hausse rapide de l'obésité avec une forte accentuation dans les populations urbaines et particulièrement chez les femmes (Abubakari *et al.*, 2008). Toutefois, il existe là encore une grande variabilité entre les pays (WHO, 2016). Dans les transformations partout à l'œuvre dans les pays riches ou à revenus intermédiaires (Stringhini *et al.*, 2016) comme en France (Singh-Manoux *et al.*, 2009), le surpoids suit un gradient social avec un risque qui augmente chez les plus défavorisés. Cette question concerne donc doublement les immigrés subsahariens avec l'évolution de la situation en Afrique et le phénomène de pauvreté et de précarité après l'immigration.

Parmi les enquêtés, 40 % des hommes et 37 % des femmes ont un surpoids, 11 % des hommes et 31 % des femmes souffrent d'obésité. Le surpoids et l'obésité augmentent avec l'âge. Comparés à la population générale, à âge égal, la fréquence de l'obésité est plus faible chez les hommes d'Afrique subsaharienne mais plus forte chez les femmes, en particulier après 35 ans (Roche SAS, 2012). Cette augmentation avec l'âge observée dans toutes les populations est-elle liée aussi aux conditions de vie après la migration ? La littérature n'est pas tout à fait convergente en raison de l'hétérogénéité des populations immigrées selon leur pays d'origine et des différences par sexe (Martin-Fernandez *et al.*, 2012). Une des études les plus récentes porte sur cinq groupes de Ghanéens ruraux, urbains et immigrés à Londres, Berlin et Amsterdam. Elle montre une prévalence importante de l'obésité des urbains par rapport aux ruraux au Ghana, et

FIGURE 3. Surpoids et obésité par âge chez les hommes et les femmes du groupe de référence



Champ : ensemble des répondants du groupe de référence.

Lecture : 52 % des hommes de 45 à 59 ans sont en surpoids.

Source : enquête ANRS-Parcours, 2012-2013.

un niveau plus élevé encore chez les immigrés en Europe. Cette accentuation de l'obésité se maintient même après prise en compte du niveau d'études et de l'âge pour tenir compte des différences possibles de composition des flux migratoires selon les destinations. Un tel résultat va dans le sens d'un rôle propre du contexte migratoire, qui lui aussi varie selon les pays d'accueil (Agyemang *et al.*, 2016). Plusieurs hypothèses peuvent être avancées pour expliquer cette fréquence du surpoids en particulier parmi les femmes : des raisons culturelles avec des représentations sociales de la réussite sociale et de la féminité pouvant se traduire par un corps généreux ou un surpoids qui n'est pas toujours perçu comme tel (Darmon et Khlaf, 2001 ; Holdsworth *et al.*, 2004 ; Kronenfeld *et al.*, 2010), les habitudes alimentaires et leur transition après la migration (Beydoun *et al.*, 2008 ; Blanchet *et al.*, 2016), une sédentarité plus fréquente (La Rosa *et al.*, 2003), mais aussi le rôle joué par les conditions socioéconomiques, la précarité et l'insécurité alimentaire (Martin-Fernandez *et al.*, 2014). Cependant, ni chez les hommes, ni chez les femmes enquêtés, le surpoids et l'obésité ne sont clairement associés au niveau d'études ou au type d'activité en France, ce qui suggère plutôt un faisceau de causalités.

Conclusion

Les informations apportées par Parcours avec la double entrée par les services de santé donnant accès aux personnes sans droit et par les centres de santé qui ont une patientèle plus large mettent bien en évidence le rôle des premiers comme vecteur majeur de l'accès aux soins. Ce premier accès dans les PASS hospitalières et dans les associations humanitaires est d'autant plus indispensable que les motifs de consultation tiennent pour une large part à des maladies chroniques présentes dès l'arrivée, notamment dans la sphère des risques cardiovasculaires, et nécessitent une prise en charge continue et souvent un traitement. Les données de Parcours renforcent la nécessité d'un accès pour les étrangers sans papiers, permis en France par l'AME malgré ses restrictions successives, alors que dans de nombreux pays d'Europe l'accès aux soins est limité aux soins urgents (De Vito *et al.*, 2015).

Le niveau plus élevé des recours pour troubles psychologiques et d'un mauvais état de santé perçu chez les consultants des centres pour l'accès aux soins témoigne de la détresse psychologique générée par les conditions difficiles des premiers temps de l'immigration. Ces résultats sont retrouvés dans d'autres travaux menés en Europe avec le constat que la réponse du système de soins est d'une façon générale insuffisante ou inadaptée (Priebe, Giacco et El-Nagib, 2016). Cette insuffisance est d'autant plus marquée que les services de santé mentale souffrent d'une carence accentuée dans les zones urbaines où s'installent les immigrés³. Ces résultats interpellent aussi les politiques migratoires qui accentuent l'insécurité sociale et administrative dans laquelle vivent les nouveaux arrivants.

En termes de prévention, si les immigrés de l'Afrique subsaharienne sont protégés des risques liés à l'alcool et au tabac pour avoir vécu leur adolescence, âge de l'expérimentation des conduites addictives, dans des pays où l'usage est limité par des normes encore solidement ancrées, ils sont particulièrement concernés par l'excès de poids et ses conséquences en termes de risque cardiovasculaire. Ici se conjuguent les transformations des modes de vie en Afrique et le confinement des étrangers dans des conditions de vie matérielles difficiles. En matière de nutrition/santé, l'efficacité des mesures contextuelles et éducatives reste limitée de façon générale (Menninger *et al.*, 2010), elle l'est plus encore dans les catégories les plus précaires auxquelles appartiennent en grande partie les immigrés africains.

En revanche, dans le champ de la prévention secondaire (les dépistages et la prévention médicalisée), les résultats indiquent qu'il existe

3 www.seine-saint-denis.fr/IMG/pdf/tableaudebordediton2013.pdf

des marges d'amélioration qui dépendent essentiellement des pratiques professionnelles en médecine générale.

Bibliographie

- ABUBAKARI A.R., LAUDER W., AGYEMANG C., JONES M., KIRK A., BHOPAL R.S., 2008, « Prevalence and time trends in obesity among adult West African populations : a meta-analysis », *Obesity Reviews*, 9, 4, p. 297-311.
- AFRITE A., BOURGUEIL Y., DUFOURNET M., MOUSQUÈS J., 2011, « Les personnes recourant aux 21 centres de santé de l'étude Epidaure-CDS sont-elles plus précaires », *Questions d'économie de la Santé*.
- AGYEMANG C., MEEKS K., BEUNE E., OWUSU-DABO E., MOCKENHAUPT F.P., ADDO J., GRAFT AIKINS A. DE, BAHENDEKA S., DANQUAH I., SCHULZE M.B., SPRANGER J., BURR T., AGYEI-BAFFOUR P., AMOAH S.K., GALBETE C., HENNEMAN P., KLIPSTEIN-GROBUSCH K., NICOLAOU M., ADEYEMO A., STRAALEN J. VAN, SMEETH L., STRONKS K., 2016, « Obesity and type 2 diabetes in sub-Saharan Africans – Is the burden in today's Africa similar to African migrants in Europe ? The RODAM study », *BMC Medicine*, 14, 1, p. 166.
- AÏT BELGHITI F., ANTOINE D., 2015, « L'épidémiologie de la tuberculose en France en 2013 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 9, 10, p. 164-171.
- ATTIAS-DONFUT C., WOLFF F.-C., TESSIER P., 2005, « Les transferts intergénérationnels des migrants âgés », *Économie et statistique*, 390, 1, p. 3-23.
- BERCHET C., JUSOT F., 2009, « Inégalités de santé liées à l'immigration et capital social : une analyse en décomposition », *Économie publique*, 24, 25, p. 73-100.
- BEYDOUN M.A., GARY T.L., CABALLERO B.H., LAWRENCE R.S., CHESKIN L.J., WANG Y., 2008, « Ethnic differences in dairy and related nutrient consumption among US adults and their association with obesity, central obesity, and the metabolic syndrome », *The American Journal of Clinical Nutrition*, 87, 6, p. 1914-1925.
- BLANCHET R., SANOU D., BATEL M., P. NANA C., GIROUX I., 2016, « Dietary transition among black immigrant families in Ottawa, Canada », EUPHA Migration Health Conference, Oslo.
- CHAMPENOIS K., COUSIEN A., CUZIN L., LE VU S., DEUFFIC-BURBAN S., LANOY E., LACOMBE K., PATEY O., BÉCHU P., CALVEZ M., SEMAILLE C., YAZDANPANAHI Y., 2013, « Missed opportunities for HIV testing in newly-HIV-diagnosed patients, a cross sectional study », *BMC Infectious Diseases*, 13, 1.
- CHAPPUIS M., TOMASINO A., DIDIER E., 2016, « Observatoire de l'accès aux droits et aux soins de la mission France », *Rapport 2015*,

- France, Direction des opérations France de Médecins du Monde et Observatoire régional de la santé de Midi-Pyrénées.
- COMEDE, 2016, « Rapport 2016 du Comede », Comede, Kremlin-Bicêtre.
- COM-RUELLE L., CÉLANT N., 2013, « Évolution de la prévalence des différents profils d'alcoolisation chez les adultes en France de 2002 à 2010 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 16-17-18, p. 185-190.
- DARMON N., KHLAT M., 2001, « An overview of the health status of migrants in France, in relation to their dietary practices », *Public Health Nutrition*, 4, 2, p. 163-172.
- DE VITO E., DE WAURE C., SPECCHIA M.L., RICCIARDI W., 2015, *Public Health Aspects of Migrant Health : a review of the evidence on health status for undocumented migrants in the European Region*, World Health Organisation Regional Office for Europe.
- GUIGNARD R., BECK F., WILQUIN J.-L., ANDLER R., NGUYEN-THANH V., RICHARD J.-B., ARWIDSON P., 2015, « Evolution of tobacco smoking in France : results from the health barometer 2014 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, p. 281-288.
- GRIMALDI-BENSOUDA L., BEGAUD B., LERT F., ROUILLON F., MASSOL J., GUILLEMOT D., AVOUAC B., DURU G., MAGNIER A.-M., ROSSIGNOL M., ABENHAIM L., FOR THE EPI3-LA-SER GROUP, 2011, « Benchmarking the burden of 100 diseases : results of a nationwide representative survey within general practices », *BMJ Open*, 1, 2, p. e000215-e000215.
- HAMEL C., MOISY M., 2016, « Migration et conditions de vie : leur impact sur la santé », in *Trajectoires et origines : enquête sur la diversité des populations en France*, Ined, Paris, p. 263-290.
- HAMEL C., MOISY M., 2012, « Migrations, conditions de vie et santé en France à partir de l'enquête Trajectoires et Origines, 2008 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2-3-4, p. 21-24.
- HOLDSWORTH M., GARTNER A., LANDAIS E., MAIRE B., DELPEUCH F., 2004, « Perceptions of healthy and desirable body size in urban Senegalese women », *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 28, 12, p. 1561-1568.
- JUSOT F., SILVA J., DOURGNON P., SERMET C., 2009, « Inégalités de santé liées à l'immigration en France », *Revue économique*, 60, 2, p. 385-411.
- KRONENFELD L.W., REBA-HARRELSON L., VON HOLLE A., REYES M.L., BULIK C.M., 2010, « Ethnic and racial differences in body size perception and satisfaction », *Body Image*, 7, 2, p. 131-136.
- LA ROSA E., VALENSI P., COHEN R., SOUFI K., ROBACHE C., LE CLESIAU H., 2003, « Déterminisme socioéconomique de l'obésité en Seine-Saint-Denis », *La Presse médicale*, 32, 2, p. 55-60.
- LYDIÉ N. (dir.), 2007, *Les Populations africaines d'Île-de-France face au VIH/sida*, Inpes, Paris (Études Santé), 160 p.
- MARSICANO E., LYDIÉ N., BAJOS N., 2013, « "Migrants from over there" or "racial minority here" ? Sexual networks and prevention

- practices among sub-Saharan African migrants in France », *Culture, Health & Sexuality*, 15, 7, p. 819-835.
- MARTIN-FERNANDEZ J., CAILLAVET F., LHUISSIER A., CHAUVIN P., 2014, « Food insecurity, a determinant of obesity ? – an analysis from a population-based survey in the Paris metropolitan area, 2010 », *Obesity Facts*, 7, 2, p. 120-129.
- MARTIN-FERNANDEZ J., GRILLO F., TICHIT C., PARIZOT I., CHAUVIN P., 2012, « Overweight according to geographical origin and time spent in France : a cross sectional study in the Paris metropolitan area », *BMC Public Health*, 12, 1, p. 937.
- MENNINGER D.J., LECOQ G., GUEDJ J., BOUTET P., DANIEL J.-B., MATHIEU G., 2010, « Évaluation du programme national nutrition santé PNNS2 2006-2010 », Inspection générale des affaires sociales, Conseil général de l'alimentation, de l'agriculture et des espaces ruraux.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS, 2010, « Plan national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2010-2014 », France.
- MORLAT P., 2013, « Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH », ministère des Affaires sociales et de la Santé, Conseil national du sida, Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales, La Documentation française, Paris.
- MOULLAN Y., JUSOT F., 2014, « Why is the “healthy immigrant effect” different between European countries ? », *The European Journal of Public Health*, 24, suppl 1, p. 80-86.
- PRIEBE S., GIACCO D., EL-NAGIB R., 2016, *Public Health Aspects of Mental Health Among Migrants and Refugees. A Review of the Evidence on Mental Health Care for Refugees, Asylum Seekers and Irregular Migrants in the WHO European Region*, WHO Regional Office for Europe (WHO Health Evidence Network Synthesis Reports), Copenhagen.
- RAVALIHASY A., DESGRÉES DU LOÛ A., PANNETIER J., VIGNIER N., LERT F., DRAY-SPIRA R., LYDIÉ N., GROUPE PARCOURS, 2016, « La consommation d'alcool chez les migrants originaires d'Afrique subsaharienne en France », pour le groupe Parcours », Working Papers du Ceped, 35, Ceped, Paris.
- REISS K., LEHNHARDT J., RAZUM O., 2015, « Factors associated with smoking in immigrants from non-western to western countries – what role does acculturation play ? A systematic review », *Tobacco Induced Diseases*, 13, 1.
- ROCHE SAS, 2012, « ObÉpi 2012. Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité », Inserm, Kantar Health, Roche.
- SINGH-MANOUX A., GOURMELEN J., LAJNEF M., SABIA S., SITTA R., MENVIELLE G., MELCHIOR M., NABI H., LANOE J.-L., GUÉGUEN A., LERT F., 2009, « Prevalence of educational inequalities in obesity between 1970 and 2003 in France », *Obesity Reviews*, 10, 5, p. 511-518.
- STRINGHINI S., FORRESTER T.E., PLANGE-RHULE J., LAMBERT E.V., VISWANATHAN B., RIESEN W., KORTE W., LEVITT N., TONG L., DUGAS L.R.,

« Et la santé on dit quoi » ?

SHOHAM D., DURAZO-ARVIZU R.A., LUKE A., BOVET P., 2016, « The social patterning of risk factors for non-communicable diseases in five countries : evidence from the modeling the epidemiologic transition study (METS) », *BMC Public Health*, 16, p. 956.

TAÏEB O., BAUBET T., FERRADJI T., MORO M.-R., 2008, « Consommations d'alcool et de drogues, et migrations en Amérique du Nord : revue critique de la littérature », *Annales médico-psychologiques*, 6, 166, p. 431-441.

WHO, 2016, « Report on the status of major health risk factors on non-communicable diseases : WHO African Region, 2015 », World Health Organization regional office for Africa.

Ravalihasy Andrainolo, Lert F., Vignier N.
Santé, besoins de prévention et de soins.
In Desgrées du Loû Annabel (ed.), Lert F.
(ed.). Parcours : parcours de vie et santé
des Africains immigrés en France.

Paris (FRA) : La Découverte, 2017, 265-
286. ISBN 978-2-7071-9645-3