

## COMPTE RENDU

# La santé des personnes migrantes entre politiques migratoires et politiques de santé

Journée d'étude  
organisée par l'axe Discriminations et  
politiques catégorielles  
et le Groupe d'Experts sur les  
Migrations

5 février 2020

La journée d'étude « **La santé des personnes migrantes entre politiques migratoires et politiques de santé** » a fait dialoguer autour de ce thème les regards de plusieurs disciplines : science politique, sociologie, épidémiologie, santé, histoire, économie.

### **Présentation des intervenant.e.s :**

[Virginie Guiraudon](#) (Sciences Po, CEE et CNRS) a introduit la journée en partant de trois questions d'actualité : le Coronavirus, les débats sur l'Aide médicale de l'Etat (AME) et la Couverture maladie universelle (CMU) et la situation sanitaire des migrants aux frontières de l'Europe pour retracer la diversité des articulations historiques et contemporaines entre politiques migratoires et politiques de santé.

Dans le cas du traitement médiatique du Coronavirus, nous avons observé un glissement rapide de la question de la mobilité internationale (explosion des voyages aériens notamment) à la question migratoire et aux discriminations ethnoraciales : très vite, des populations migrantes ou ayant une apparence asiatique ont été victimes d'actes et de propos racistes. Cette situation contemporaine renvoie à une histoire longue de mobilisation du vocabulaire de la maladie par la rhétorique raciste, et fait également écho à l'histoire du contrôle sanitaire aux frontières (idée que le migrant ne doit pas être une « charge » pour l'État de destination).

La question de l'articulation entre politiques migratoires et politiques de santé s'est également manifestée dans l'actualité récente autour des débats sur l'AME et la CMU : alors qu'en France la couverture médicale est relativement meilleure que dans d'autres pays, ces débats ont donné lieu à la mobilisation d'une rhétorique de « l'appel d'air », avec l'idée selon laquelle il faudrait être moins accueillant, notamment en termes de couverture médicale, pour dissuader à la migration ; ces débats ont fait surgir une rhétorique du soupçon vis-à-vis de migrants supposés rejoindre la France à des fins de couverture médicale.

Enfin, la situation dramatique aux frontières de l'Europe depuis 2015 témoigne du fait que la frontière tue, et produit, pour celles et ceux qui n'en meurent pas, des pathologies spécifiques. Elise Pestre parle à ce sujet de « géoclinique de la frontière ». En 2015, les camps d'accueil des migrants de l'île de Lesbos en Grèce sont devenus un « hotspot » (où résident encore 10 000 personnes), où de nombreux problèmes de santé ne sont pas pris en charge, et où la situation d'attente pendant des mois voire des années dans des conditions très difficiles induit des problèmes de santé spécifiques. Médecins sans frontières, qui a développé une mission pédopsychiatrique dans ce camp, témoigne d'enfants qui s'y suicident ou s'auto-mutilent. La politique de la frontière ne fonctionne ainsi pas seulement comme un filtre sanitaire, mais est aussi elle-même productrice de problèmes de santé.

[Simeng Wang](#) (CERMES3, CNRS-EHESS-INSERM-Université de Paris) a développé une perspective socio-anthropologique sur l'articulation entre politiques migratoires et

politiques de santé, en s'intéressant au cas de parents chinois d'enfants malades pris en charge en pédopsychiatrie et envisageant une demande de régularisation pour raison médicale.

Son intervention « **Entre politiques migratoires et politiques de santé : des migrants chinois en situation irrégulière face à la *clause de maladie*** » a pris appui sur une enquête ethnographique de quatre ans menée auprès de migrants chinois ayant recours à divers types de soins psychiatriques en Île-de-France (Wang, 2017). Dans ce cadre, la sociologue a rencontré une cinquantaine de familles chinoises sans titre de séjour, ayant au moins un enfant pris en charge en pédopsychiatrie. Elle a pu suivre en parallèle l'évolution du parcours thérapeutique et du parcours migratoire. Le recours aux soins n'a été une motivation de la migration pour aucune des familles rencontrées, qui ont migré pour des raisons économiques, et aucun enfant rencontré n'a été orienté en pédopsychiatrie sur l'initiative de ses parents.

À distance de l'idée d'un recours stratégique à la régularisation pour raison médicale, Simeng Wang pointe la difficulté d'appropriation des catégories médicales par les parents due au stigmate associé aux troubles mentaux, mais aussi la dimension morale de leur prise de décision de la régularisation qui mêle des enjeux familiaux, médicaux, juridiques et migratoires. Quand les parents envisagent une régularisation pour raison médicale, ils cherchent à mettre à distance l'accusation d'instrumentalisation de leurs enfants ; ils sont très sensibles au fait d'être « mal vus » pour ce motif. Parler des migrants « tacticiens » ou de « désirant d'une maladie » paraît ainsi réducteur. Et du point de vue des médecins qui jouent dans ce cas le rôle de « gardiens des frontières », il faut que les parents soient « désintéressés ». Autrement dit, en plus de leur fonction d'experts médicaux – délivrer un diagnostic pédopsychiatrique –, ils jouent le rôle de premiers gardiens des frontières dans l'accès au droit au séjour des parents d'enfants malades, qui implique de fortes dimensions morales et politiques.

Enfin, au croisement de l'incertitude médicale et de l'incertitude migratoire, certains parents sont capables de passer d'une décision de régularisation pour raison médicale à celle de retour au pays également pour raison médicale. Avant tout préoccupés par la difficulté de l'enfant plutôt que par une régularisation pour raison médicale tout court, ces parents sont capables d'autogérer leur rapport aux frontières, entre le pays d'origine et le pays d'accueil. Ethnographier la sphère familiale des migrants permet ainsi d'apporter un nouveau regard sur les études des politiques d'immigration françaises (Wang, 2016).

[Marie Moncada](#), politiste à l'Université de Montpellier, a présenté quelques résultats empiriques et théoriques, pour le cas français, issus de sa thèse sur la prise en charge médicale des migrants sans-papier en France et aux Etats-Unis. Son intervention « ***Policy feedbacks, équilibre ponctué et groupes d'intérêt français : la santé des sans-papiers en jeu*** » a permis de mettre en perspective les débats de l'automne 2019 sur l'AME et la CMU, en les réinscrivant dans une histoire plus longue des politiques

migratoires françaises. Marie Moncada a mené une cinquantaine d'entretiens auprès d'acteurs publics, de groupes d'intérêts et de chercheurs du secteur. En prenant appui sur les concepts de *policy feedbacks* et d'effets retours des politiques, elle a développé quatre ensembles de résultats :

1. Il existe une grande proximité entre le ministère de la Santé et les groupes d'intérêts. Ces groupes défendent à l'unanimité l'accès aux soins des sans-papiers.
2. Ces groupes d'intérêts sont actuellement dans une position défensive visant à «limiter les dégâts», en poussant les acteurs publics à revenir sur une remise en cause annoncée des politiques. Par exemple, alors qu'un ticket modérateur de 30 € avait été envisagé dans le cadre du dispositif pour les soins urgents et vitaux (DSUV), les groupes d'intérêts estiment que leur action a permis d'empêcher l'adoption du décret d'application qui aurait rendu effectif cette disposition.
3. Sur le plus long terme, la chercheuse constate toutefois des *policy feedbacks* positifs, avec des cas de renforcement voire de création de nouveaux instruments d'action publique sous l'effet de l'action des associations, notamment Médecins du monde. C'est le cas pour la création des centres de diagnostic anonyme et gratuit (CDAG) et des permanences d'accès aux soins de santé (PASS), créés par Médecins du monde est repris par les pouvoirs publics.
4. Les acteurs du secteur dressent globalement un constat de dégradation lente des politiques mais aussi des représentations depuis une quinzaine d'années : on constate de plus en plus de réticences à traiter des sans-papiers. Cela correspond aussi, institutionnellement, à une prise en main de la question de la santé des migrants par le ministère de l'Intérieur, alors que cela avait historiquement été une prérogative du ministère de la Santé, plus proche des associations du secteur.

[Annabel Desgrées du Loû](#) (CEPED, IRD, Université de Paris, Institut Convergence Migrations) a présenté le contexte de conception et quelques résultats de l'enquête Parcours, portant sur les parcours de vie, le VIH et l'hépatite B chez les Africains subsahariens en Île-de-France. Dans son intervention « **Précarité et exposition à la violence et aux risques sexuels : les leçons de l'enquête PARCOURS auprès d'Africains subsahariens en Ile de France** », la chercheuse est d'abord revenue sur les motivations et les conditions de possibilité de l'enquête : pourquoi une enquête spécifique sur deux pathologies auprès d'un groupe de population délimitée ?

Tout d'abord il y a des raisons épidémiologiques à cette démarche : le VIH touche de façon disproportionnée les africains originaires d'Afrique Sub-Saharienne, qui représentent le 2<sup>ème</sup> groupe le plus touché après hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, et qui représentent 25% des personnes suivies pour VIH à l'hôpital (alors qu'ils représentent 1% de la population en France). Mais cette réalité a longtemps été passée sous silence, et le lancement de l'enquête Parcours correspond

aussi à une évolution des questionnements sur les inégalités sociales de santé, qui au cours des années 2000 ont intégré de façon croissante les questions migratoires et raciales. Dans ce contexte, le VIH a été un des moteurs de la prise en compte de la question migratoire dans la santé publique en France. L'enquête Parcours est issue d'une demande de l'agence nationale de recherche sur le sida (ANRS) de faire une enquête spécifique auprès des africains immigrés en France (Desgrées du Loû and Lert, 2017). Les questions de recherches qui ont guidé l'enquête articulaient VIH et immigration : Où ont lieu les infections ? Quel accès au dépistage et au diagnostic ? vivre avec le VIH et être immigré, cela représente-t-il une double peine ? Les objectifs étaient de comprendre : ce qui peut favoriser les risques d'infection, ce qui peut retarder l'arrivée dans le système de soins, et ce qui peut compliquer la vie avec l'infection.

L'enquête a été menée en 2012-2013 auprès de personnes nées en Afrique subsaharienne et vivant en France, quel que soit leur statut en France. Il s'agit d'une enquête biographique, prenant en considération l'ensemble des parcours de vie (et notamment le parcours migratoire et le parcours de dépistage et de soins), auprès de trois groupes : un groupe avec VIH, un groupe avec hépatite B, et un groupe témoin.

Dans le cadre de cette présentation, Annabel Desgrées du Loû a insisté sur trois grands résultats de cette enquête. Premièrement, l'installation est un processus très long. Si l'on définit l'installation comme le fait de posséder un titre de séjour d'au moins un an, un logement personnel, et une activité génératrice de revenus propres, le temps médian d'installation pour les Africains subsahariens en France est de sept ans pour les hommes et six ans pour les femmes. Un homme sur 10 et une femme sur 20 a dû dormir dans la rue au moins une fois. Environ une personne sur 2 déclare avoir connu une année sans titre de séjour : notre système crée de l'irrégularité. Deuxièmement, une part importante (35% à 49%) des infections VIH a eu lieu après l'arrivée en France. De plus, 90% des personnes avec VIH ont été diagnostiquées après l'arrivée, ce qui va à l'encontre de l'hypothèse d'une « migration pour soins ». Troisièmement, la précarité (absence de logement ou de titre de séjour, précarité économique) augmente l'exposition aux risques sexuels et à la violence. Les symptômes anxiodépressifs sont par ailleurs très fréquents dans cette population. Finalement, à rebours de l'hypothèse d'une « épidémie d'importation », l'enquête montre comment les mauvaises conditions d'installation sont productrices de difficultés de santé.

Après avoir rappelé quelques données de cadrage sur les migrations internationales, [Maria Melchior](#) (ERES, INSERM, Sorbonne Université) a concentré son propos sur la question de la santé mentale des personnes immigrées et réfugiées. Dans sa présentation « **Santé mentale des personnes immigrées et réfugiées : des données épidémiologiques** », la chercheuse a rappelé au préalable le constat général d'un « *Healthy migrant effect* » : les immigrés sont globalement en meilleure santé que les natifs, ce qui s'explique notamment par le fait qu'être jeune et en bonne santé facilite la conception et la réalisation d'un projet migratoire. Les demandeurs d'asile et les réfugiés connaissent toutefois des difficultés spécifiques de santé mentale. Ceci

s'explique d'abord par le fait qu'ils ont vécu des situations de violence et de conflits. C'est notamment le cas chez les enfants, particulièrement pour les mineurs étrangers isolés. Mais les réfugiés sont par ailleurs d'autant plus à risque, notamment sur le plan de la santé mentale, qu'ils vivent dans des situations d'instabilité, sont mal accueillis.

La chercheuse présente ensuite quelques données issues de deux enquêtes menées en France, l'étude ENFAMS et la cohorte ELFE (El-Khoury et al., 2018; Roze et al., 2018; Schmengler et al., 2019). L'étude ENFAMS, qui date de 2014, porte sur des personnes prises en charge par le Samu social : 30 000 personnes ont été enquêtées, dont 10 000 familles (surtout des femmes avec enfants, 95% de familles immigrées). Parmi les femmes participant à ENFAMS (N=733), 29% ont connu une dépression dans les 12 derniers mois ; 18 % sont à risque de suicide et 17 % sont en situation de stress post-traumatique. Le fait d'être parti du pays pour cause de violence est un facteur important associé aux problèmes de santé mentale, mais c'est aussi le cas de l'instabilité résidentielle. La cohorte ELFE porte sur 18 000 enfants nés en 2011. On note un risque de dépression post-partum multiplié par 1.6 pour les mères immigrées. Les cas d'autisme chez les enfants interpellent : on peut se poser la question du lien avec des risques pendant la grossesse, ou de modalités différentes du diagnostic. Globalement, ces enquêtes permettent de pointer l'importance des politiques en matière d'éducation, d'emploi et de logement, au-delà des seules politiques sanitaires. Les déterminants de la santé se situent pour beaucoup à l'extérieur du système de santé : titre de séjour, emploi, logement, transport... Conformément à l'approche « *Health in all policies* », il conviendrait d'intégrer une évaluation de l'impact sur la santé dans l'ensemble des politiques publiques.

**Florence Jusot**, économiste de la santé (Université Paris Dauphine, IRDES), a ensuite présenté les premiers résultats de l'enquête « **Premiers pas** » sur le recours à l'Aide médicale de l'Etat des personnes en situation irrégulière en France (Jusot et al., 2019). Elle souligne d'abord que la France a une longue tradition d'offrir des soins aux personnes en situation irrégulière : la première instauration d'une aide médicale gratuite date de 1893, et ce n'est qu'à partir de 1993 que la question de la régularité de la résidence est devenue un critère de la couverture médicale. En 2000 est créée l'aide médicale d'Etat (AME) : publique, gratuite et sous condition de ressources, pour les personnes en situation irrégulière en France depuis plus de 3 mois. L'AME compte aujourd'hui 311 000 bénéficiaires, pour un coût un peu en-dessous d'un milliard d'euros. A côté de l'AME de droit commun, le dispositif des soins urgents et vitaux (DSUV) vise les personnes présentes sur le territoire depuis moins de 3 mois (ce dispositif concerne aussi les français à l'étranger qui ne sont plus couverts par la sécurité sociale française et reviennent en France pour des soins). Son coût est beaucoup plus faible, de l'ordre de 40 millions d'euros. La création de l'AME répondait à des motivations éthiques et de santé publique (garantir l'accès aux soins et contrôler les épidémies), mais aussi à une recherche d'efficacité du système de santé (éviter les recours aux soins plus tardifs, et éviter que les soins ne se reportent pas sur les urgences et les associations).

L'existence de ce dispositif ne garantit toutefois pas que les personnes qui en relèvent y aient recours. Le non-recours peut résulter d'un manque d'information sur le dispositif, les conditions d'éligibilité et les démarches, mais aussi d'un arbitrage coûts/bénéfices : les bénéfices sont jugés trop faibles (absence de problèmes de santé, problèmes de santé jugés moins prioritaires que d'autres besoins, anticipation de problèmes d'accès aux soins) et/ou les coûts jugés trop élevés (découragement devant la complexité des démarches qui peut expliquer le non-renouvellement des demandes au bout d'un an, impossibilité à obtenir les justificatifs, crainte de stigmatisation, anticipation des discriminations à l'accès à l'hôpital, ou peur d'être dénoncé).

Le non-recours peut aussi être transitoire. Inversement, parmi les facteurs déclencheurs du recours, on peut lister la baisse de revenus (on ne peut plus payer ses soins), un choc de santé, le contact avec des proches, des associations ou des professionnels de santé. L'étude du non-recours à l'AME était l'enjeu central de l'enquête « Premiers pas ».

Cette enquête pluridisciplinaire a été financée par l'ANR et la fondation Médecins du monde. Elle se heurtait à d'importantes difficultés méthodologiques, notamment le manque d'information sur la population cible (population sans-papiers), et du côté des répondants, des difficultés de compréhension du français, et une possible appréhension à participer. Pour surmonter ces difficultés, l'enquête a procédé en deux étapes : une première enquête auprès des structures accueillant des sans-papiers entre autres publics (structures d'accès aux droits, soins, dépistage, cours de français, soupe populaire, bains-douches), qui a permis d'identifier les structures les plus stratégiques pour rejoindre les répondants dans le cadre de la deuxième enquête, l'enquête migrants.

Dans le cadre de l'enquête structures, 728 structures ont été sollicitées, pour 455 interviews réalisées, permettant d'identifier 95 structures déclarant recevoir au moins 20 personnes sans-papiers par semaine. Le protocole de l'enquête migrants a été adapté à la diversité des structures : dans certaines, toutes les personnes ont été interrogées, dans d'autres on a procédé par tirage aléatoire. Le questionnaire a été traduit en 13 langues, et administré par des étudiants en sciences sociales dont certains parlaient certaines de ces langues. Le taux d'acceptation a été de 49 %, permettant la réalisation de 1223 entretiens. 26 % des répondants sont en France depuis plus de cinq ans. Concernant les motifs de venue en France, 47 % invoquent des raisons économiques, 22% des raisons politiques, et 10 % des raisons de santé.

Les problèmes de santé sont fréquents chez les répondants, avec beaucoup de limitations fonctionnelles, 30 % de troubles musculo-squelettiques, 20 % de troubles du sommeil. Le taux de non-recours à l'AME est de 51 %. La durée du séjour en France est, avec la langue, le principal déterminant du recours à l'AME : le recours à l'AME augmente avec la durée de séjour sur le territoire et la maîtrise du français. 1/3 des personnes qui n'ont pas recours n'ont jamais entendu parler de l'AME. On note également beaucoup de cas de non-renouvellement en raison de l'incapacité à prouver l'éligibilité, de la complexité des démarches. En revanche, l'absence de besoins

ressentis ou la peur de la dénonciation n'ont pas été évoquées comme motif du non-recours. En conclusion, on peut parler d'une politique qui manque sa cible.

**Guillaume Lachenal** (Sciences Po, Médialab), historien des sciences, présente un projet en cours de conception : « **Pistes pour une archéologie du Sida africain à Paris. Autour de l'Hôpital Claude Bernard** ».

Sa démarche relève d'une approche archéologique sur l'histoire des épidémies (Geissler et al., 2016) qu'il a développé sur d'autres objets, notamment une enquête au Cameroun sur la maladie du sommeil. Cette grande maladie coloniale avait donné lieu à la ségrégation des malades dans des camps comme celui d'Ayos dont Guillaume Lachenal a retracé l'histoire à partir de ses bâtiments.

L'approche archéologique présente plusieurs avantages par rapport aux méthodes historiographiques classiques : un regard plus ouvert car moins guidé par la nature des sources, et une méthode qui permet plus facilement de retracer les gestes, la matérialité, et les expériences de minorités passées sous silence. Il souhaite désormais appliquer le même type d'approche à l'hôpital Claude Bernard (porte d'Aubervilliers), hôpital pavillonnaire qui a été le premier haut lieu du Sida en France à partir de son service de médecine tropicale.

L'archéologie de ce lieu permettrait de relier trois histoires : l'histoire franco-africaine de la médecine (l'histoire de la médecine en France est marquée par la colonisation, y compris la politique de santé publique, voir le rôle de l'institut Pasteur par exemple), l'histoire de la migration africaine en France (qui coïncide plutôt avec la décolonisation, à partir des années 1950) et l'histoire du VIH-Sida à Paris, notamment de sa dimension africaine qui a longtemps été passée sous silence. À ce propos, l'historien note que l'intérêt mémoriel actuel pour l'épidémie du VIH reste centré sur l'histoire de l'activisme, en tendant à laisser de côté d'autres expériences moins publicisées de l'épidémie chez d'autres minorités, notamment les Africains et les usagers de drogues.

Parmi le public, de nombreux acteurs de terrain (associatifs, juristes, médecins...) ont apporté des compléments utiles aux réflexions : par exemple, confirmation de l'hypothèse d'un durcissement de la mise en œuvre du droit à la régularisation pour raison de santé, ouverture d'une réflexion sur les difficultés d'accès aux données de santé (dans le cadre du système national des données de santé).



## **Pour en savoir plus :**

Desgrées du Loû, A., France L. (2017). [Parcours: Parcours de Vie et Santé Des Africains Immigrés En France](#). Paris: La Découverte.

Lesueur, F. E. K., Sutter-Dallay, A. L., Panico, L., Azria, E., Van der Waerden, J., Vauvillier, N. R. & Melchior, M. (2018). [The perinatal health of immigrant women in France: a nationally representative study](#). *International journal of public health*, 63(9), 1027-1036.

El-Khoury, F., Sutter-Dallay, A. L., Panico, L., Charles, M. A., Azria, E., Van der Waerden, J., ... & Melchior, M. (2018). [Women's mental health in the perinatal period according to migrant status: the French representative ELFE birth cohort](#). *The European Journal of Public Health*, 28(3), 458-463.

Geissler, P., Lachenal, G., Manton, J., Tousignant, N. (2016). [Traces of the Future: An Archaeology of Medical Science in Africa](#). Bristol: Intellect.

Jusot, F., Dourgnon, P., Wittwer, J., Sarhiri, J. (2019). [Le Recours à l'Aide Médicale de l'État Des Personnes En Situation Irrégulière En France : Premiers Enseignements de l'enquête Premiers Pas](#). *Questions d'économie de La Santé* n°245.

Roze, M., Vandentorren, S., & Melchior, M. (2018). [Factors associated with depression among homeless mothers. Results of the ENFAMS survey](#). *Journal of affective disorders*, 229, 314-321.

Schmengler, H., El-Khoury Lesueur, F., Yermachenko, A., Taine, M., Cohen, D., Peyre, H., ... & Melchior, M. (2019). [Maternal immigrant status and signs of neurodevelopmental problems in early childhood: The French representative ELFE birth cohort](#). *Autism Research*, 12(12), 1845-1859.

Wang, S. (2016). [Entre stratégie et moralité : Des migrants chinois en situation irrégulière face à la « clause de maladie](#). *Politix*, 114(2), 205-227. doi:10.3917/pox.114.0203.

Wang, S. (2017). [Illusions et Souffrances. Les Migrants Chinois à Paris](#). Paris: Editions Rue d'Ulm.