



# Santé des migrants : épidémiologie infectieuse, transition sanitaire et particularités dans la prise en charge soins

Olivier Bouchaud

Hôpital Avicenne et Université Sorbonne Paris Nord

Bobigny

« les gens heureux ne migrent pas »

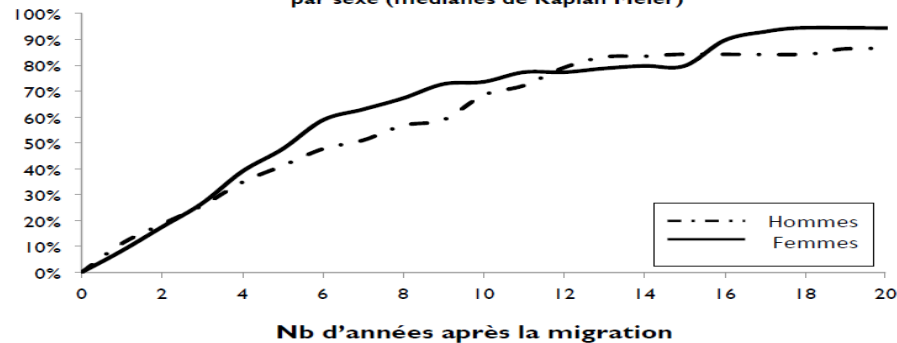


archive of the Tunisian maritime marine, <http://www.huffpostmaghreb.com>

# Primo-arrivants : tant que besoins de base pas stabilisés

## Une longue période de précarité...

Accès à l'installation (au titre de séjour d'au moins un an, au logement personnel et à une activité génératrice de revenus propres) selon le nombre d'années passées en France, par sexe (médianes de Kaplan Meier)



Nb d'années nécessaire pour avoir accès aux éléments d'installation (médianes)

	Hommes	Femmes
Installation (3 éléments)	7	6
Premier logement personnel	3	2
Premier titre de séjour $\geq 1$ an	4	3
Première activité/indepce financière	2	4

- Les personnes connaissent une longue période d'insécurité
- La séquence d'installation est différente pour les hommes et les femmes: elle commence par l'activité pour les hommes, par le logement pour les femmes

(Gosselin *et al.* Populations et Sociétés, mai 2016)

# État de santé perçue et accès aux soins

- ▶ étrangers vs nationaux : moins bon état de santé
    - ▶ si from PED « haut » meilleure santé que PED « moyen »
    - ▶ si from PED « bas » meilleur état de sante (sélection)
    - ▶ pas de ≠ si naturalisé
  - ▶ recours aux soins moindre / pop générale
    - ▶ difficultés d'accès (médecine libérale) ?
      - ▶ difficultés économiques
        - ▶ niveau de vie plus faible = moins de mutuelles
    - ▶ moindre accès prévention et dépistage
      - ▶ ex: OR 5,27 pour aucun dépistage K col c/° migrante/ F française
      - ▶ OR 2.46 entre F. avec 1 parent « étranger »/ F française
- ▶ enquête INSEE 2003 (IRDES, N° 133, juillet 2008) ; BEH 2012

## pas de pathologie « spécifique » mais...

### ➤ certaines + fréquentes

#### ➤ exposition :

##### ➤ parasitoses

➤ paludisme (84%)...(2019 ; CNR palu 2020)

➤ Intestinales, schistosomoses (1 à 5 % Afr SS ; 26,3 % enfants à risque (Leblanc)

➤ VIH : 37 % des découvertes ; 60% si IdF ; 1/3 sida ou < 200 T4 (2019, BSP 12/2020)

➤ 10 000 HTRS + 2000 HSH /24 000 pop « cachée » 2014 (Supervie AIDS 2014)

➤ 30 à 50 % d'infections en France (Parcours)

➤ VHB : 81% des découvertes (Pioche, BEH 2014)

➤ prévalence migrants : 5 % ; Dtic connu = 1/3 ; délai M Dtic : 3 ans (Meffre, InVS, 2007)

➤ VHC : 25 % des découvertes ; prévalence migrants : 1,5 % (Vignier Rev Prat 2019)

➤ TB (incidence x 8) : max dans 2 à 4 années d'arrivée

➤ BMR

# Transition épidémiologique

## ➤ maladies infectieuses ➔ maladies non transmissibles

- cardio-vascu, respiratoires chroniques (BPCO), métaboliques (diabète), cancers, obésité  
+ troubles mentaux
- 2020 : 60 % morbidité ; +/- 70% des DC (40 M)

## ➤ urbanisation ➔ alimentation ➔ sédentarisation

- ex. : HTA > 65 ans :
  - Z. rurale (60') < 10%
  - Z. urbaine (2000') 60%
- ex. diabète :
  - 30 M 1985 ➔ 300 (350?) M en 2025

➤ Zuckerman Glob Heath Action 2014



# transition épidémiologique : reflet au niveau individuel (migrants)

- ▶ qualitatif : patho infectieuse du « retour » puis patho non transmissibles
- ▶ quantitatif : décroissance de l'état de santé dans le temps
  - ▶ d'abord *healthy migrant effect* : 10 à 15 ans
  - ▶ puis = idem pop. générale puis < pop générale
    - ▶ FdR (diététique++) : ↗ gras, sucre, alcool, tabac, carcinogènes ; ↘ fibres
    - ▶ psy. : « adaptation » puis « stress » /conditions socio-économiques

# Mortalité plus faible le biais du « saumon »

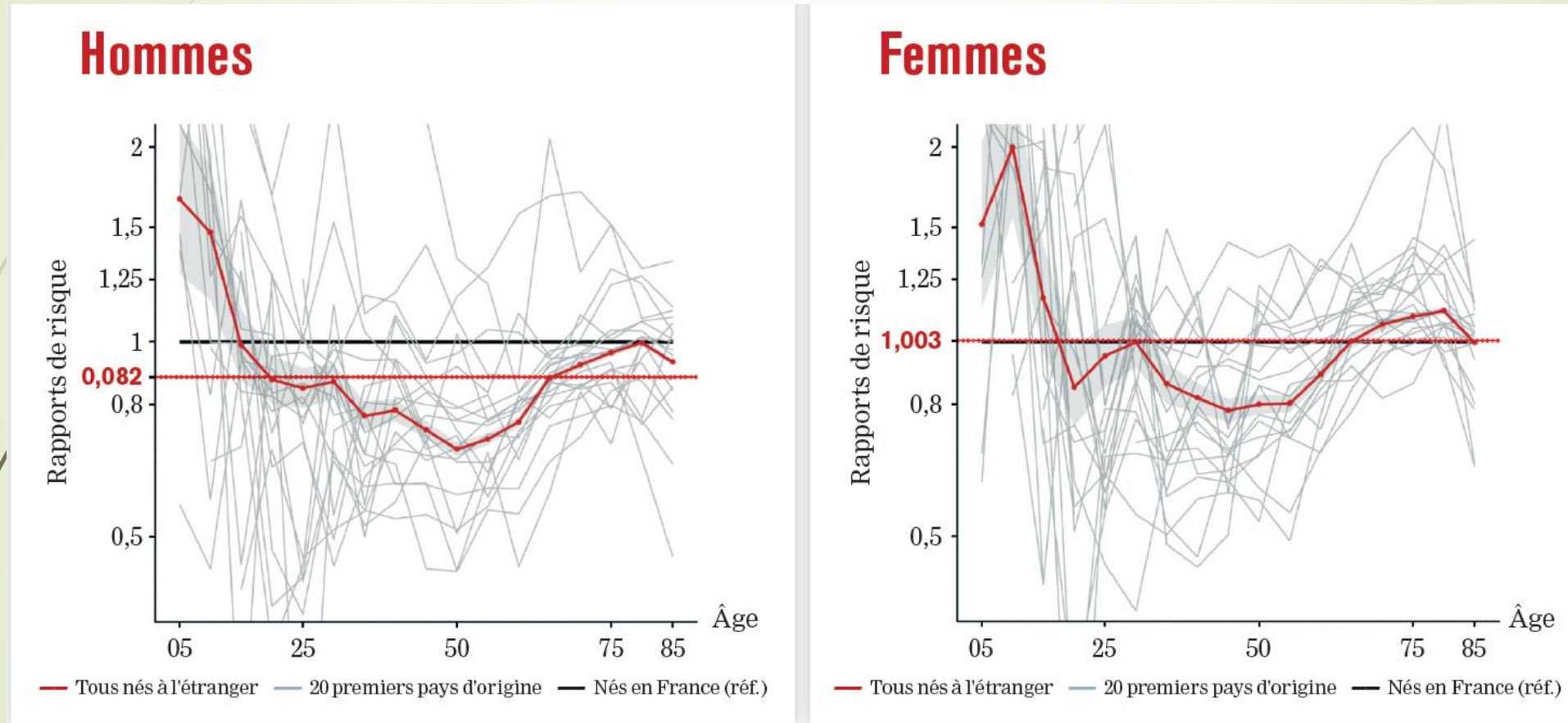


Figure 1. Ratios de mortalité des immigrants par rapport aux natifs par âge, pour chaque sexe (France, 2005-2009).



pas de pathologie « spécifique » mais...

➤ Femmes migrantes plus exposées

➤ risque périnatal ↗ /pop G

➤ ↗ césariennes, mortinatalité, prématurité, hypotrophie (AFR ss++)

➤ mortalité mères ↗ : 12.5/100000 naissances vs 7.9

➤ X 2 ou 3 pour F. autres que Maghreb et Europe

➤ incidence ↗ psycho-traumatismes



pas de pathologie « spécifique » mais...

➤ vieillissement :

- accéléré : décalage de ~15 ans /pop générale
  - pathologies professionnelles
  - maladies métaboliques + tabac +alcool
  - psy : double peine = double étranger
- âge moyen « dépendance » : 75 ans vs 82 ans



# l'essentiel

- état de santé meilleur en début de migration
  - biais de sélection « *healthy migrant effet* »
- dégradation rapide dans le temps
  - + 10 ans : idem ; + 25/30 ans < pop générale
  - transition épidémiologique à l'échelle individuelle
  - mortalité : biais du saumon
- moins de consommation de soin
- recours moindre dépistage et prévention
  - information + accès
- bilan de santé : accès universel
  - mission des PASS



# La place de l'interculturalité dans la prise en soin

UGC présente

4 mariages, 2 têtes d'enterrement

# QU'EST-CE QU'ON A FAIT AU BON DIEU ?

UN FILM DE PHILIPPE DE CHAUVERON

Leurs filles

Laure, Ségolène, Odile, Isabelle

Leurs gendres

Rachid, David, Chao, Charles



Claude et Marie

CHRISTIAN CHANTAL ARY MEDI FRÉDÉRIC NOOM FRÉDÉRIQUE JULIA ÉMILIE ÉLODIE PASCAL  
CLAVIER LAUBY ABITTAN SADOUN CHAU DIAWARA BEL PIATON CAEN FONTAN NZONZI

Produit par ROMAIN ROJTMAN pour UGC SCHNAPPS. ADAPTATION ET DIALOGUES DE PHILIPPE DE CHAUVERON ET GUY LAURENT  
RÉVISÉ PAR MARC CHOUAÏRAN AVEC SAMANTA SABATE. TATIANA PELLI. AVEC LA PARTICIPATION DE LA PRODUCTION VINCENT MAGNIAS A LA PRÉSENTATION ASSOCIÉE DE LUC BRICARD AVEC FRANCESCO LONARDELLI AVEC SANDRO LANGEZI AVEC MOÏSE KHARIF  
CÉCILE BOUQUARD, ENIC YICSEKIAN AVEC LA PARTICIPATION DE LA PRODUCTION BATAVUS BOUARD AVEC LA PRÉSENTATION ASSOCIÉE DE BARBARA COUDROT A LA PRODUCTION UGC LA PRODUCTION AVEC TFI BRITTS AUDIOVISUELS ET TFI FILMS PRODUCTION  
UN FILM UGC SCHNAPPS EN ASSOCIATION AVEC LA GRANDE PRODUCTION 7 ANS LA PRODUCTION UGC - CMC - TFI ET TFI FILMS PRODUCTION. TFI INTERNATIONAL. ASSOCIATION AVEC TFI BRITTS AUDIOVISUELS ET TFI FILMS PRODUCTION  
© 2014 UGC SCHNAPPS. TOUS DROITS RÉSERVÉS.

Bienvenue dans la famille Verneuil



# Quelques repères :

- ▶ culture rarement obstacle premier à la PES +++
  - ▶ difficultés socio-économiques +/- psy
- ▶ le réflexion « culturelle » interroge la culture de l'Autre mais aussi la sienne
  - ▶ décentrage
    - ▶ culture dominante ≠ *meilleure* !
- ▶ pas si ≠ que ça !!!
  - ▶ dimensions universelles
  - ▶ origine commune ? tous des animistes !!
- ▶ WARNING : culturalisme
  - ▶ variations individuelles + effet de « dilution »

# Pas de prise en soin « spécifique » mais...

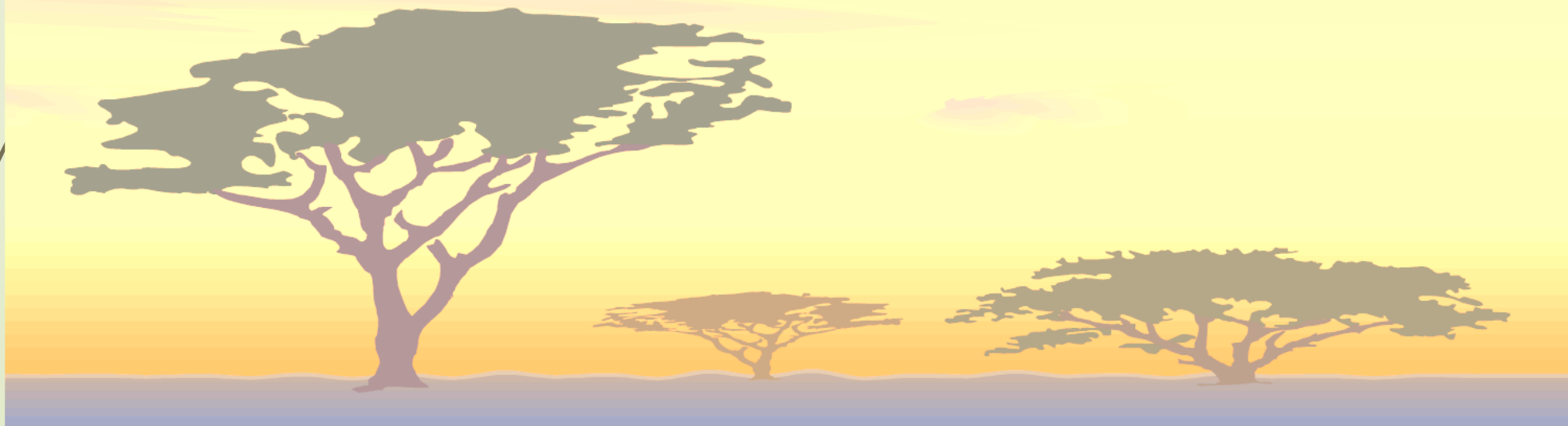
- ▶ être conscient des difficultés de certains migrants
  - ▶ précarité administrative (« sans papiers »++)
    - ▶ « libre » interprétation de la loi de 1998 « étrangers malades »
      - ▶ délai de 1 an, titre provisoire 3 mois, autorisation de travail...
  - ▶ précarité sociale et de la PES sociale
    - ▶ besoins de base : logement, alimentation, transports ...
    - ▶ restrictions à l'AME
  - ▶ précarité linguistique
    - ▶ !!! Piège de la francophonie « superficielle »
    - ▶ accès à l'interprétariat professionnel (> familial, amis, soignants,...) +++
  - ▶ précarité affective : isolement
    - ▶ éloignement
    - ▶ maladie / stigmatisation (VIH +++)



# Pas besoin d'être anthropologue mais

- Qq repères:
  - 1<sup>er</sup> repère social : communauté
  - lignage
    - qui est responsable ?
      - pb du référent
  - « vécu » > « su »
    - pb des maladies invisibles : VIH, HTA, diabète ....
- représentation de la maladie

- ▶ Mr M., Malien, découverte VIH pas encore annoncée, infection pulmonaire grave
- ▶ refus des prises de sang à l'arrivée dans le service
- ▶ pourquoi ?
- ▶ que faire ?





Mme S, Sénégalaise

- Sd de Guillain Barré sévère post ARV
- sort de réa et veut absolument aller au pays sous corticoïdes en décroissance
- quoi faire ? La laisser partir ?
  - « à ses risques et périls »
  - l'accompagner voire l'encourager ?
  - le lui « interdire » ?



# Et encore...

Mme W, gens du voyage

- IDM grave, troubles de la conscience
- 15 personnes dans la chambre ...à 2 lits
- la cadre intervient ...

- Djenaba, 22 ans, enceinte
- 3 fausses couches au Mali
- urgences gynéco (douleurs pelviennes + sang)
- l'interne passe ... elle disparaît ...



# DOUBLE CAUSALITE

- principe universel
- la maladie a toujours un sens
  - le « malheur » / + aussi !!





l'essentiel...

**LA MALADIE A TOUJOURS UN SENS**

- ▶ le culturel n'est pas un allié thérapeutique qu'un « problème »
- ▶ universalisme
- ▶ altérité : acceptation / intérêt-curiosté de « l'Autre différent »
  - ▶ petits trucs simples ...
- ▶ représentation de la maladie : LE DOUBTE CAUSALITE
- ▶ oser s'intéresser au « pourquoi moi ? »

# merci



Biblio:

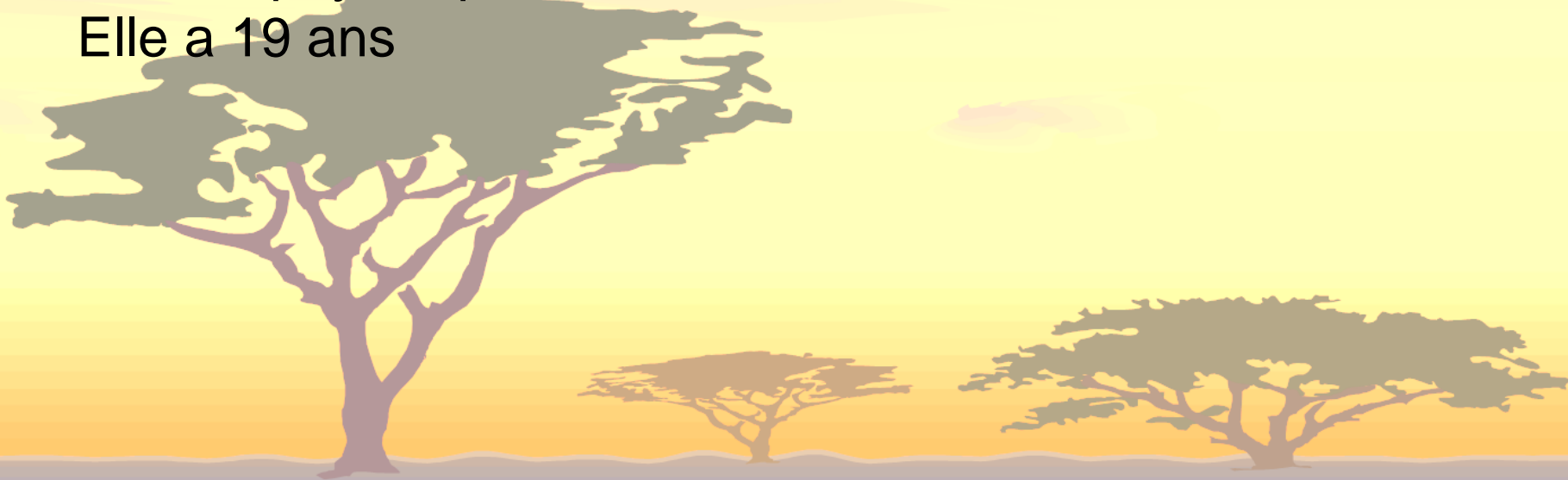
- BEH 2012 : santé et recours aux soins des migrants en France (17/01/12)
- Coméde. Prise en charge medico-psycho-sociale. Migrants/étrangers en situation précaire. [www.inpes.sante.fr](http://www.inpes.sante.fr) et [www.comede.org](http://www.comede.org)
- Revue du Praticien 2019 dossier santé des migrants mai et juin
- Abrégé Masson –Elsevier médecine des voyages et tropicale-médecine des migrants 4<sup>e</sup> ed




Travail en atelier

- A., Malien, 38 ans, VIH+ début 90',
  - 1<sup>ère</sup> femme DCD au pays
  - séparé de sa 2<sup>ème</sup> femme qu'il a infectée  
« il m'a volé ma vie, il m'a gâché ma vie, il n'a rien fait pour me protéger alors qu'il savait pour lui »

Part au pays ...pour se remarier  
Elle a 19 ans



- 
- M, 78 ans, Ivoirien dioula
  - ATCD HTA, diabète...
  - transfert pour échec TT d'une TB+ par refus
  - ici : 2 femmes + 3 fils-2 filles
  - très autoritaire avec sa famille ; exigeant avec l'équipe