

Sous la direction de
François Bourdillon

Traité
de prévention

Médecine-Sciences
Flammarion

PRÉVENTION POUR LES POPULATIONS MIGRANTES

Arnaud VEÏSSE et Élodie AÏNA

S'il n'existe pas de maladie spécifique aux migrants, les populations originaires d'un autre pays peuvent toutefois présenter divers facteurs de vulnérabilité qui affectent les stratégies mises en place face aux risques pour la santé ainsi qu'en matière de recours aux soins [57], et la santé des migrants reste avant tout le produit de leur condition sociale et politique [16, 19]. Comme pour tout groupe de population, les représentations liées aux cultures jouent un rôle important dans la réceptivité et l'appropriation des messages de prévention. Mais s'agissant des immigrés étrangers ou français, des réfugiés, demandeurs d'asile ou autres étrangers en situation précaire (Encadré 1), les acteurs de la prévention doivent en tout premier lieu intégrer les représentations de la société d'accueil liées à un contexte politique qui fait de la « question de l'immigration » une thématique particulièrement sensible en France et en Europe depuis une trentaine d'années. Au-delà des objectifs politiques tour à tour affichés d'« intégration », de « lutte contre les discriminations » ou encore de « contrôle de

l'immigration », les actions de prévention doivent avant tout se fonder sur les données d'épidémiologie médicosociale, la contribution des sciences humaines et l'expertise des acteurs de terrain pour la promotion de la santé des migrants [14].

Évolution de l'immigration en France

L'ouverture en 2007 de la Cité nationale de l'histoire de l'immigration, projet initié par le gouvernement Jospin (1998) et poursuivi par la présidence Chirac (2003), a consacré l'immigration comme une question historique majeure constitutive de l'histoire nationale [24]. La France est en effet un pays d'immigration depuis deux siècles, le mouvement s'étant particulièrement développé depuis la fin du XIX^e siècle d'abord jusqu'en 1974, essentiellement

Encadré 1 Définitions.

Termes utilisés

- **Migrant** : personne ayant vécu à l'étranger et résidant désormais en France, terme utilisé notamment en santé publique.
- **Immigré** : personne née étrangère dans un pays étranger et résidant désormais en France, terme et définition du Haut Conseil à l'intégration utilisés pour le recensement démographique (INSEE). Une personne reste immigrée même si elle acquiert la nationalité française.
- **Étranger** : personne qui n'a pas la nationalité française, terme utilisé par les autorités de police et les associations de soutien juridique. L'expression « étranger malade » correspond à la transposition administrative du droit au séjour pour raison médicale.
- **Exilé** : personne contrainte de vivre hors de son pays d'origine, terme évoquant notamment les conséquences psychologiques des migrations contraintes.
- **Demandeur d'asile** : personne ayant demandé le statut de réfugié au titre de la convention de Genève de 1951.
- **Réfugié** : personne ayant obtenu le statut de réfugié ou la protection subsidiaire accordés par l'OFPRA (Office français de protection des réfugiés et apatrides) ou la Cour nationale du droit d'asile (ex-CRR). Sont « déboutés » les demandeurs d'asile à qui ce statut ou cette protection ont été refusés.

- **Sans-papiers ou clandestin** : étranger en séjour irrégulier, termes destinés par leurs utilisateurs à souligner le caractère illégitime (situation irrégulière du « clandestin ») ou légitime (attaches en France du « sans-papiers ») de la présence de la personne.

Titres de séjour pour les étrangers

- **Séjour stable** : titre de séjour avec autorisation de travail et renouvellement « de plein droit ».
- **Séjour précaire** : absence de titre de séjour ou document de séjour sans autorisation de travail et/ou sans garantie de renouvellement.
- **Carte de résident** : conditions légales d'attribution (dont parent d'enfant français, conjoint de Français, réfugié statutaire), validité de 10 ans, avec autorisation de travail.
- **Carte de séjour temporaire (CST)** : conditions légales d'attribution (dont étudiants, scientifiques, membres de famille, malades), validité inférieure ou égale à 1 an, avec ou sans autorisation de travail.
- **Récépissé de demande de carte de séjour** : délivré à l'étranger « admis à souscrire à une première demande de titre », validité de 1 à 6 mois, avec ou sans autorisation de travail.
- **Autorisation provisoire de séjour (APS)** : document provisoire de séjour, le plus souvent sans autorisation de travail, validité de 1 à 6 mois.

avec l'arrivée de travailleurs européens et nord-africains, et depuis lors principalement par le biais de l'immigration familiale [49, 58]. Les politiques d'immigration ont composé, selon les périodes, plutôt avec les principes des droits fondamentaux et de l'universal, d'une part, ou plutôt avec ceux de l'exclusion et de la xénophobie, d'autre part [44, 45]. De la construction de l'État nation aux exigences de l'internationalisation, en passant par les effets de la colonisation-décolonisation, ces politiques ont évolué au gré des changements de majorités politiques, mais dans un cadre très largement commun [5].

Entre 1945 et 1974, les nouveaux arrivants – dont les réfugiés originaires de nombreux pays – faisaient l'objet d'une politique globale d'admission au séjour. En 1974, avec la crise économique et l'essor du chômage, le gouvernement décide par circulaire l'arrêt de l'immigration du travail, une « fermeture des frontières » qui met fin à soixante années d'immigration planifiée pour répondre aux besoins des entreprises françaises, mais que l'on retrouve dans le projet d'« immigration choisie » porté par la présidence Sarkozy (2007). Depuis la création de la « carte de résident de 10 ans » renouvelable de plein droit, votée à l'unanimité par l'Assemblée nationale en 1984, une succession de réformes législatives a progressivement restreint le champ d'application du droit d'asile et du droit au séjour des étrangers (Pasqua 1986, Joxe 1991, Pasqua 1993, Debré 1997, Chevènement 1998, Sarkozy 2003 et 2006, Hortefeux 2007). Pratiquées depuis quarante ans en fonction des besoins de l'économie [44], les régularisations ont pris un tour humanitaire en 1997-1998, lorsque la maladie est devenue un motif de protection contre l'éloignement (Debré), puis de droit au séjour, parmi d'autres critères de régularisation de plein droit relatifs à la vie privée et familiale (Chevènement).

Le statut des étrangers dépend étroitement de leur nationalité et de leur qualification professionnelle. Si les citoyens de l'Union européenne bénéficient de la liberté de circulation et d'installation, le droit au séjour en France des ressortissants des « pays tiers » est soumis à des conditions particulières (réfugiés, raisons de « vie privée et familiale », travailleurs qualifiés) et reste pratiquement inaccessible pour les travailleurs non qualifiés. Cette évolution s'inscrit dans un contexte sociopolitique où le séjour d'une partie de la population est conçu comme « provisoire » par les pouvoirs publics, bien que la majorité des personnes concernées soient de futurs citoyens [44]. Malgré la fermeture des frontières, la légitimité de l'étranger tient toujours à son corps, force de travail [52] ou source de compassion [9, 18]. La contradiction du « provisoire qui dure » est au cœur des problèmes de santé de nombreux migrants confrontés à la fois à l'aggravation des inégalités sociales en France et à la détérioration de la situation dans leur pays d'origine. Le séjour est de plus en plus précaire et le retour de moins en moins possible.

Caractéristiques démographiques (Figure 44-1)

La France compte officiellement 5,0 millions d'immigrés (dont 40 p. 100 de Français) et 3,5 millions d'étrangers [30]. Un tiers des immigrés sont originaires d'Europe de l'Ouest (Union européenne des vingt-cinq, Espace économique européen et Suisse), un tiers d'Afrique du Nord et un tiers de l'ensemble des autres régions. Au cours des dernières décennies, la proportion

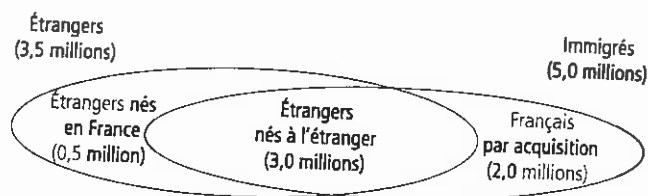


Figure 44-1 Populations d'étrangers et immigrés résidant en France. (Sources : rapport DPM 2006, INSEE 2006, ministère de l'Intérieur 2006. Estimation : 300 000 étrangers en séjour irrégulier nés à l'étranger.)

d'immigrés originaires d'Afrique, d'Asie et d'Europe de l'Est a augmenté, alors qu'elle a diminué pour l'Espagne et l'Italie. Dans la population immigrée, hommes et femmes sont désormais aussi nombreux, par l'effet notamment du regroupement familial. Le niveau de formation s'est nettement élevé pour les immigrés, tout comme pour l'ensemble de la population. Compte tenu du vieillissement des populations plus anciennes sur le territoire, l'âge moyen des immigrés est plus élevé (45 ans) que celui des autochtones (38,5 ans). Quatre immigrés sur dix résident en Île-de-France, un sur dix en Rhône-Alpes et un sur dix en Provence-Alpes-Côte-d'Azur [28].

Fin 2006, le Comité interministériel de contrôle de l'immigration (CICI) décomptait 527 964 ressortissants de « pays tiers » titulaires d'un titre de séjour précaire (70 p. 100 de titres d'un an et 30 p. 100 de moins d'un an), et l'Office français de protection des réfugiés et des apatrides (OFPRA) 130 926 réfugiés. En situation de migration contrainte, les exilés se situent dans une population de près d'un million de personnes vulnérables sur le plan de la santé : réfugiés, demandeurs d'asile et autres étrangers en séjour précaire, incluant les « déboutés » et « sans papiers » généralement estimés à 300 000 [53]. Ils sont principalement originaires d'Europe de l'Est, d'Afrique centrale, d'Asie de l'Est, d'Afrique du Nord, d'Afrique de l'Ouest, d'Asie du Sud et des Caraïbes [13]. Ils résident pour la plupart en Île-de-France (70 p. 100 des sans papiers bénéficiaires de l'aide médicale d'État [AME], 42 p. 100 des demandeurs d'asile [DA]), dans les départements d'outre-mer (10 p. 100 DA, 8 p. 100 AME), en Rhône-Alpes (12 p. 100 DA, 3 p. 100 AME) et en Provence-Alpes-Côte-d'Azur (7 p. 100 AME, 5 p. 100 DA).

Vulnérabilité et épidémiologie

Le déracinement et l'exil peuvent entraîner des troubles médicolpsychologiques importants chez de nombreux migrants, troubles que les autres facteurs de vulnérabilité viendront amplifier. Tout à la fois perte d'affection et de protection, perte de l'identité familiale et sociale, l'expérience de l'exil renforce les besoins en matière d'écoute, de reconnaissance et de prise en compte de la globalité du contexte [56]. Plus elle a été vécue comme une rupture, plus la migration sera source de déséquilibres de tous ordres. Au-delà d'un obstacle linguistique très handicapant pour les primo-arrivants non francophones, la compréhension et l'adaptation au fonctionnement de la société d'accueil génèrent une accumulation de difficultés d'ordre administratif, économique et social, dont la résolution prime souvent le besoin de « prendre soin » de soi. Le système de soins paraît opaque aux primo-arrivants [7] et la communication avec les professionnels

Tableau 44-1 Épidémiologie comparative dans le monde [46, 47] et en France [2, 13, 32-34] (taux de prévalence pour 1 000 personnes).

Pathologie	Dans le monde	En France	
		Population générale	Migrants, étrangers et exilés selon la région d'origine
Maladies cardiovasculaires (sauf diabète)	107 (OMS, 2005)	167 (OMS, 2005)	19 toutes régions d'origine (ANAEM, 2005) 71 Afrique centrale, 62 Afrique du Nord, 41 Asie de l'Est (Comede, 2007)
Hépatite B chronique	58 (OMS, 2005)	7 (InVS, 2006)	52 Afrique subsaharienne, 27 Asie du Sud, 24 Moyen-Orient (InVS, 2006) 121 Afrique de l'Ouest, 79 Asie de l'Est, 52 Afrique centrale (Comede, 2007)
Diabète	30 (OMS, 2006)	38 (OMS, 2006)	16 toutes régions d'origine (ANAEM, 2006) 68 Afrique du Nord, 45 Asie du Sud, 40 Caraïbes (Comede, 2007)
Hépatite C chronique	31 (OMS, 2005)	8 (InVS, 2006)	102 Moyen-Orient, 72 Amérique du Nord, 31 Afrique subsaharienne (InVS, 2006) 24 Afrique centrale, 21 Europe de l'Est, 14 Asie de l'Est (Comede, 2007)
Infection par le VIH/SIDA	7 (Onusida, 2006)	2 (Onusida, 2006)	32 Afrique centrale, 16 Afrique de l'Ouest, 16 Caraïbes (Comede, 2007)
Tuberculose	2,4 (OMS, 2005)	0,09 (InVS, 2006)	0,4 toutes régions d'origine (InVS, 2006), 8 toutes régions d'origine (ANAEM, 2006) 13 Afrique centrale, 12 Caraïbes, 9 Asie de l'Est (Comede, 2007)

de santé est rendue difficile par la confrontation de représentations et d'expressions différentes de la maladie physique et mentale [4, 6, 43].

Les migrants étrangers sont également confrontés aux inégalités sociales, se trouvant plus souvent en situation précaire que le reste de la population (revenus et niveau de vie plus faibles, travail à temps partiel plus fréquent, risque de chômage plus élevé, conditions de logement moins favorables [28, 51]). Ils sont exposés à des phénomènes de précarisation spécifiques, notamment du fait de leur statut juridique pour les étrangers en séjour précaire (obstacles à l'hébergement et à un apport de ressources légales, exploitation économique) et de discriminations, en particulier dans le domaine de l'accès aux soins [20]. En outre, la santé des migrants est également affectée par la fréquence plus importante des phénomènes de violence : persécutions ayant entraîné l'exil pour les demandeurs d'asile et les réfugiés [10], « doubles violences » faites aux femmes migrantes, au pays d'origine comme en pays d'accueil [12].

Les données d'épidémiologie médicale relatives aux migrants sont rares, en dehors de la lutte contre le VIH et la tuberculose où le profil épidémiologique de certains groupes est bien documenté. Pourtant, si les références ethno-raciales sont interdites en France, la caractérisation de l'« origine » des individus peut se fonder sur le recueil de variables sociodémographiques classiques (pays de naissance et nationalité) et ne constitue pas un obstacle à la conduite d'enquêtes en santé publique [36], le recours à l'interprétariat professionnel permettant d'éviter des biais de sélection. Il semble ainsi que la pauvreté des études disponibles sur la santé des migrants s'explique en premier lieu par des réticences culturelles et politiques à voir ce champ de la santé investi par la recherche et les pouvoirs publics [23]. Outre les travaux consacrés par l'Institut de veille sanitaire (InVS) aux principales maladies infectieuses, les connaissances sur la pathologie en cause émanent des rapports d'observation effectués par les principales associations et institutions d'accueil et de soins aux migrants/étrangers.

L'InVS décrit dans certaines populations étrangères des taux de prévalence significativement plus importants pour le VIH [33, 39], les hépatites virales chroniques [32] et la tuberculose [34] que dans le reste de la population. Selon le rapport de l'ANAEM [1, 27] réalisé à partir des résultats de 7 938 visites médicales obligatoires en mai et novembre 2006, l'obésité, les

maladies cardiovasculaires et le diabète sont les principales affections dépistées chez les nouveaux bénéficiaires d'une carte de résident. Les résultats des bilans de santé proposés par le Comede à 21 742 patients exilés accueillis entre 2001 et 2007 (Tableau 44-1) mettent en évidence trois principaux groupes pathologiques : les psychotraumatismes, les maladies infectieuses (dont le diagnostic est effectué en France dans 94 p. 100 des cas) et les maladies chroniques [13]. La fréquence significativement plus importante des psychotraumatismes chez les migrants est également retrouvée par l'INPES dans une étude réalisée par téléphone auprès d'un échantillon aléatoire de 2 000 personnes en population générale, parmi lesquelles 174 personnes étaient nées à l'étranger (enquête ANADEP/INPES, 2006, données non publiées).

Enfin, des données convergentes révèlent une plus grande vulnérabilité dans certains groupes démographiques de migrants : les enfants (47 p. 100 des enfants primo-dépistés entre 1995 et 2002 pour le saturnisme sont originaires d'Afrique subsaharienne, 23 p. 100 d'Afrique du Nord ou de Méditerranée orientale [29] ; deux tiers des enfants défenestrés sont d'origine étrangère, dont 55 p. 100 d'origine africaine [31]), les femmes (prévalences du VIH, des psychotraumatismes, des maladies cardiovasculaires et de l'hépatite C chronique significativement plus élevées que celles observées chez les hommes [13]), les migrants âgés vivant en foyer [3, 22] et, d'une manière générale, les migrants originaires d'Afrique subsaharienne, qui cumulent des taux de prévalence plus élevés que les autres groupes pour de nombreuses maladies graves [13].

Prévention individuelle et éducation pour la santé

Les résultats d'observation et de recherche sur la santé des migrants conduisent à redéfinir les populations cibles pour les différentes actions spécifiques de prévention. La prévention du VIH s'adresse ainsi non pas aux migrants en général, mais bien aux migrants originaires d'Afrique subsaharienne et de Haïti, seules populations migrantes ayant des taux de prévalence très supérieurs à la moyenne nationale. De même, la prévention de la tuberculose prend en compte, au-delà des migrants primo-arrivants de toute origine, l'ensemble de la population en situation de grande précarité

Dépistage et bilan de santé

sociale, migrants ou autochtones. Plus généralement, en raison d'un statut social stable, les ressortissants d'Europe de l'Ouest et la grande majorité de ceux d'Afrique du Nord ne présentent pas les différents facteurs de vulnérabilité affectant les autres migrants, et c'est essentiellement aux exilés d'Afrique, d'Europe de l'Est, d'Asie et des Caraïbes que s'adresseront les messages de prévention.

Or ces groupes géographiques sont à la fois très inégalement répartis sur le territoire [13] et, de surcroît, constitués d'individus souvent très isolés ; les actions de prévention ne peuvent donc se limiter à cibler des communautés structurées ou des foyers de migrants. Pour ces raisons, les structures institutionnelles et associatives de premier accueil, de soins et de soutien pour les migrants/étrangers en situation précaire constituent de précieuses opportunités d'échange autour des questions de prévention. Qu'elles soient ou non médicalisées, ces structures sont amenées à prendre en compte les multiples facteurs de vulnérabilité des migrants. Face à une demande également multiple dans les champs médicopsychologique et sociojuridique, la capacité d'accueil, d'écoute, de reconnaissance, l'exercice pluridisciplinaire et la prise en compte du contexte administratif déterminent alors l'efficacité de la prise en charge [14] (Tableau 44-II).

La présence d'un interprète professionnel est parfois indispensable, à la place d'accompagnateurs qui peuvent manquer de la neutralité nécessaire dans les domaines les plus sensibles (prévention du VIH, psychothérapie). Parfois mis en avant pour justifier la nécessité d'une prise en charge spécifique axée sur la seule différence ethnique, les « malentendus culturels » résultent le plus souvent de situations où l'étranger a été « mal écouté », faute de temps, d'interprète et parfois de motivation [13]. Pour les étrangers en séjour précaire et quelle que soit leur origine, la culture commune est celle de la survie au quotidien, les démarches administratives et sociales primant logiquement le recours aux soins curatifs, et plus encore préventifs [35]. La méconnaissance de la culture d'origine n'est pas en soi un obstacle pour l'éducation à la santé ou la rencontre thérapeutique [48], mais peut justifier le recours aux relais communautaires et aux médiateurs de santé publique [50].

Dans la course d'obstacles que constitue le « parcours d'intégration » pour les migrants les plus vulnérables, la découverte tardive d'une maladie grave peut constituer un handicap fatal. Destinées à prévenir cette « perte de chance », les actions de dépistage nécessitent une volonté politique de protéger la santé des migrants au-delà du seul « risque sanitaire » pour la population générale [15]. Si la lutte contre le VIH et la tuberculose a permis de développer des actions efficaces de prévention, de dépistage et de soins, de telles actions se font toujours attendre face aux psychotraumatismes ou aux hépatites virales chroniques, affections bien plus nombreuses dans ces populations. Dispositifs de « premiers recours » pour de nombreux étrangers exclus des soins, les associations humanitaires et les centres de prévention constatent quotidiennement l'adhésion des patients à une démarche de dépistage librement consenti, pourvu que les conditions de confidentialité et de communication soient réunies [13, 37].

Aussi, dans un rapport remis en mai 2007 sur la gestion de l'aide médicale d'État, l'Inspection générale des affaires sociales et l'Inspection générale des finances recommandent de « proposer systématiquement une visite de prévention lors de la délivrance d'une attestation AME pour permettre d'éviter des dépenses de soins potentiellement plus lourdes » [26]. La Direction générale de la santé a mis en place, début 2008, un groupe de travail dont les recommandations, fondées sur des principes de l'OMS dans une logique de prévention individuelle et non de contrôle sanitaire, pourront valoir également pour les publics migrants bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU) [15]. Première expérience initiée par les pouvoirs publics d'un bilan de santé pour les migrants en situation précaire, cette action pilote devra prendre en compte la variété des problèmes de santé en cause (maladies infectieuses, maladies chroniques, santé mentale) et la nécessité de favoriser l'accès aux services de santé et aux dispositifs sociaux requis par la situation de chaque patient.

Accès aux soins et accès aux droits

Du fait de leur statut juridique particulier, les migrants étrangers se trouvent confrontés à des difficultés spécifiques d'accès aux soins et aux prestations sociales liées à l'état de santé. Exclus pour la première fois de la Sécurité sociale en 1993, puis de la CMU en 1999 [42], les étrangers en séjour irrégulier se trouvent également, depuis les lois de 2002 et 2003, exclus de l'AME pendant certaines périodes (instauration d'un délai de 3 mois de séjour et suppression de la procédure d'admission immédiate prévue jusqu'alors en cas de nécessité médicale) [41]. Dans le même temps, l'accès à la CMU s'est encore compliqué pour d'autres étrangers en séjour régulier mais précaire en raison de la difficulté pour la Sécurité sociale de déterminer le statut des étrangers face à la diversité des documents de séjour délivrés par les préfetures [11].

Or pour des patients très démunis financièrement, seule l'obtention d'une protection maladie intégrale (base et complémentaire) permet de garantir la continuité des soins, au-delà des premiers soins délivrés dans les dispositifs de soins « gratuits » [17]. Bien qu'ils aient théoriquement droit à une telle protection au terme des périodes d'exclusion pouvant atteindre 3 mois, les

Tableau 44-II Principales ressources dans le domaine de la santé des migrants.

Revue et documents

Guide Comede 2008 de prise en charge médico-psycho-sociale des migrants/étrangers en situation précaire (www.comede.org)

Hommes et migrations, Cité nationale de l'histoire de l'immigration (www.hommes-et-migrations.fr)

Livret de santé bilingue en 24 langues, Comede, DGS, INPES (www.inpes.sante.fr)

Remisis, Réseau d'information sur les migrations internationales et les relations interethniques (<http://remisis.org>)

Terra, Travaux, études et recherche sur les réfugiés et l'asile (<http://terra.rezo.net/>)

Sites internet

Centre Minkowska, Portail santé mentale et cultures (www.minkowska.com)

Le Comede, Comité médical pour les exilés (www.comede.org)

Médecins du monde (www.medecinsdumonde.org)

Migrations santé, comité médicosocial pour la santé des migrants (www.migrations-sante.org)

INPES, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (www.inpes.sante.fr et www.lasantepourtous.com)

ISM interprétariat, Interservice-migrants (<http://www.ism-interpretariat.com/>)

étrangers en séjour précaire restent confrontés par la suite à la complexité de la réglementation et à sa méconnaissance par les acteurs du système de santé et de la Sécurité sociale, ce qui se traduit par des refus illégaux, des délais non réglementaires ou encore l'admission erronée à l'AME d'un demandeur assurable [13]. Et si l'intervention des professionnels et associations spécialisés permet de résoudre les principales difficultés d'accès à la protection maladie, ils sont impuissants face à d'autres problèmes d'accès aux soins, comme les carences en interprétariat ou encore les refus de soins de la part de certains professionnels de santé à l'encontre des bénéficiaires de l'AME ou de la CMU [25].

L'importance des besoins en matière de soutien juridique nécessite pour les acteurs de la santé et du social de connaître la signification du statut administratif et le cadre légal, au besoin à l'aide d'une association ou d'un avocat spécialisé [14]. Sans entretenir l'illusion d'un quelconque bénéfice de la maladie et de la souffrance, il faut pouvoir informer les personnes vulnérables de leurs droits et des procédures d'application : protection maladie pour tous, protection sociale pour quelques-uns, droit à une carte de séjour pour les étrangers en séjour irrégulier atteints d'une maladie grave qui ne pourrait être soignée au pays d'origine. Il s'agit également d'éviter les dérives, préjudiciables pour la santé et le droit des étrangers, de la certification médicale destinée au droit au séjour pour raison médicale [9, 55] et/ou à la demande de statut de réfugié [21, 54]. Il faut enfin connaître les moyens d'obtenir ces droits, face aux pratiques restrictives observées en matière de protection maladie comme de droit au séjour [11, 14].

Enjeux de la communication santé pour les migrants

Face à la vulnérabilité multiforme des populations migrantes, l'État tente de développer une stratégie d'actions différencielles adaptées aux spécificités des migrants. Cette tentative trouve par exemple à s'épanouir dans une approche nouvelle de la communication santé, prenant en compte les conditions de réception des messages de prévention par les migrants. Il s'agit de donner aux messages une dimension « affinitaire » suffisamment forte pour que leur impact et leur mémorisation soient davantage garanties. On s'éloigne dès lors d'une communication généraliste dont on a pu constater, étudés à l'appui, l'inefficacité partielle, puisque les personnes concernées ne s'estimaient pas être destinataires des messages [27]. Cette nouvelle approche n'émerge cependant pas sans peine ; en effet, l'insuffisance des données sur les soubassements du rapport des migrants à la santé, d'une part, la carence en termes de données épidémiologiques les concernant, d'autre part, mêlées à la crainte d'une « mise à l'index » communicationnelle porteuse de stigmatisation ont longtemps constitué un obstacle majeur. On notera que cette difficulté touchait autant les pouvoirs publics que la sphère associative.

C'est la lutte contre le VIH qui servira de déclencheur à la mise en place progressive d'une autre voie. Ainsi, dès la fin des années 1990, l'InVS, grâce au recensement des déclarations obligatoires des cas de SIDA lance une alerte épidémiologique sur l'infection par le VIH des populations de nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne vivant en France. La nécessité s'impose alors : on développe des études portant sur les connaissances, croyances, attitudes et comportements spécifiques des populations

subsahariennes vis-à-vis du VIH [27, 40]. Le socle de connaissances disponibles sur la population concernée permet dès lors de s'adresser à elle de manière ciblée.

Demeure toutefois la crainte de la stigmatisation. Les éléments de contexte ne sont en effet pas très favorables : l'absence d'une tradition de communication dédiée aux migrants des pouvoirs publics, la non-appropriation par les migrants eux-mêmes de la parole sur le sujet (a contrario de ce qui a pu être organisé autour de la communication sur le SIDA chez les homosexuels masculins) viennent s'ajouter à un climat polémique sur les questions touchant aux politiques migratoires, à l'intégration et à la représentation médiatique des minorités visibles. En dépit de ces freins multiples, la première campagne sur l'incitation au dépistage voit le jour en 2002. Elle sera suivie par de nombreuses autres campagnes ciblées, sur un rythme bisannuel. C'est l'occasion de vérifier que la crainte de la stigmatisation est dépassable : si entre 8 et 12 p. 100 des personnes interrogées dans le cadre des post-tests (réalisés par des instituts de sondage sur un échantillon de 400 migrants d'origine subsaharienne franciliens) persistent à pointer le risque de stigmatisation, la majorité des migrants accueille favorablement cette démarche, avec des taux d'agréments dépassant systématiquement les 80 p. 100. En outre, le pari d'une appropriation accrue du message semble pouvoir être remporté dans la mesure où l'impact des campagnes destinées aux migrants est nettement supérieur à celui enregistré précédemment sur les campagnes grand public.

Fort de cette expérience, la prévention se doit dès lors d'articuler un discours global sur la santé des migrants en sortant désormais de la seule thématique du VIH. Une nouvelle étape s'engage, caractérisée par des actions ciblées au plus près des communautés en s'appuyant sur des stratégies de diffusion plus fines, une recherche accrue d'affinité dans les modes de communication et les supports retenus, des outils d'aide à la prise en charge mis à la disposition des professionnels travaillant avec les migrants. Cela concerne des problématiques aussi variées que la nutrition, la prévention du paludisme, de la tuberculose, des hépatites virales ou des accidents domestiques. On qualifiera donc cette approche de plurithématique et populationnelle.

Mais la communication ne saurait épuiser les tâches à accomplir pour mener une politique de prévention efficiente en direction d'une population caractérisée par son hétérogénéité, sa vulnérabilité et l'isolement qui touche une partie de ses membres. Rien ne saurait donc se substituer à l'action de terrain, qui demeure le vecteur le plus efficace pour atteindre ces populations en adaptant efficacement à chacun le message de prévention [1, 8]. Là où la communication s'adresse à des masses indistinctes en délivrant un message global, l'action de proximité permet d'être en contact avec des individus, saisis dans la particularité même de leur trajectoire personnelle, ce qui appelle un soutien renforcé des pouvoirs publics à ce type d'action, car aucune politique de prévention conséquente ne saurait faire l'impasse sur la nécessaire articulation entre communication publique et soutien à l'action de proximité.

Conclusion

Pays d'immigration depuis plus d'un siècle, la France entretient pourtant avec cette question des relations complexes, au gré des fluctuations économiques et politiques, nationales comme

internationales. Les migrants forment une population très hétérogène sur le plan sociodémographique, et certaines populations présentent des facteurs de vulnérabilité pour la santé dont l'association fait la spécificité : prévalence plus importante de certaines affections médicopsychologiques graves, précarité sociale plus profonde que dans le reste de la population, obstacles juridiques et difficultés de communication spécifiques. Les étrangers en séjour précaire connaissent, en outre, des difficultés d'accès aux soins, aggravées par les dernières réformes législatives.

Aujourd'hui, les pouvoirs publics en charge de la prévention s'engagent sur la voie d'une approche ciblée étendue à d'autres pathologies auxquelles les migrants sont particulièrement exposés. Face à l'inadapation de certains dispositifs de communication « grand public », la prise en compte des multiples facteurs de vulnérabilité et des représentations culturelles a progressivement évincé l'approche uniforme à laquelle est parfois réduite l'application des principes universalistes.

Cependant, les réticences à cette approche « spécifique » persistent et ces avancées restent fragiles, ses détracteurs alléguant tantôt le manque de travaux épidémiologiques représentatifs, tantôt la « nécessité » de dissoudre la question des migrations dans celle de la précarité sociale, ignorant ainsi les particularités épidémiologiques et juridiques des migrants dont la connaissance détermine l'efficacité des actions de santé. Faisant écho au débat sur l'immigration, la peur du communautarisme et l'argument de l'intégration républicaine alimentent parfois l'illusion de l'existence d'une égalité de fait, que la seule égalité de droit ne peut garantir.

BIBLIOGRAPHIE

1. AÏNA-STANOJEVICH É et al. La santé des migrants. *La Santé de l'homme*, 2007, 392 : 13-41.
2. ANAEM. La santé des primo-migrants en 2006. Paris, ANAEM, 2006.
3. ATTIAS-DONFUT C, TESSIER P. Santé et vieillissement des immigrés. *Retraite et société*, 2005, 46 : 89.
4. BAUBET T, MORO MR. Psychiatrie et migrations. Issy-les-Moulineaux, Masson, 2003, 250 pages.
5. BLANC-CHALEARD MC. Histoire de l'immigration. Paris, La Découverte, 2001, 120 pages.
6. BOUCHAUD O. Intégrer les représentations culturelles dans la prise en charge des migrants. *La santé de l'homme*, 2007, 392 : 25.
7. CFES. Étude qualitative exploratoire sur les modes et les sources d'information des migrants concernant le VIH/SIDA. Sorgem, 2002.
8. CHARDIN C. La place des associations de migrants dans la prévention du SIDA. *La santé de l'homme*, 2007, 392 : 34.
9. COMEDE. La raison médicale et le droit au séjour. *Maux d'exil*, 2005, 12.
10. COMEDE. Violence et torture, survivants et soignants. *Maux d'exil*, 2006, 14.
11. COMEDE. Accès aux soins des étrangers, année zéro. *Maux d'exil*, 2007, 18.
12. COMEDE. Femmes et exilées, une double discrimination. *Maux d'exil*, 2007, 20.
13. COMEDE. Rapport 2007 sur la santé des exilés. Le Kremlin-Bicêtre, Le Comede, 2008.
14. COMEDE. Guide de prise en charge médico-psycho-sociale des migrants/étrangers en situation précaire. Saint-Denis, INPES, 2008.
15. COMEDE. Un bilan de santé pour protéger les migrants. *Maux d'exil*, 2008, 22.
16. CONSEIL NATIONAL DU SIDA. Rapport sur l'épidémie d'infection à VIH en Guyane : un problème politique. Paris, 2008.
17. DELBECCHI G, FLEURY F, VEISSE A et al. Charité et continuité des soins, des logiques divergentes. *Presse Méd*, 1999, 28 : 20.
18. FASSIN D. Quand le corps fait loi, la raison humanitaire dans les procédures de régularisation des étrangers. *Sciences sociales et santé*, 2001, 19.
19. FASSIN D. La santé des étrangers : une question politique. *La Santé de l'homme*, 2007, 392 : 15.
20. FASSIN D, CARDE E, FERRÉ N, MUSSO-DIMITRIJEVIC S. Un traitement inégal, les discriminations dans l'accès aux soins. CRESO, 2001.
21. FASSIN D, RECHTMAN R, D'HALLUIN E et al. Traumatisme, victimologie et psychiatrie humanitaire. *Cahiers de la Mire*, 2003, 16 : 1623.
22. HALLOUCHE O. Migrants âgés : le drame du double exil. *La Santé de l'homme*, 2007, 392 : 19.
23. HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE. La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé. Paris, ministère de la Santé, 1998.
24. HERAUD N. La Cité nationale de l'histoire de l'immigration : diffuser une histoire encore méconnue. *Maux d'exil*, 2007, 19.
25. IGAS. Les refus de soins aux bénéficiaires de la CMU. Rapport Chadelat, 2006.
26. IGAS, IGF. Aide médicale de l'État : ajuster besoins et moyens. Paris, 2007.
27. INPES. Post-test des campagnes de communication sur la prévention du VIH. BVA, 2002-2008.
28. INSEE. Les immigrés en France. Statistique publique. 2005.
29. INSEE. Près de 5 millions d'immigrés à la mi-2004. *INSEE Première*, 2006 : 1098.
30. INVS. Dépistage du saturnisme de l'enfant en France de 1995 à 2002. Saint-Maurice, InVS, 2005.
31. INVS. Les accidents de la vie courante. Saint-Maurice, InVS, 2006.
32. INVS. Les cas de tuberculose déclarés en France en 2006. *BEH*, 2008, 10-11.
33. INVS. Prévalence des hépatites B et C en France en 2004. Saint-Maurice, InVS, 2006.
34. INVS. L'infection à VIH/SIDA en France et en Europe. *BEH*, 2007, 46-47.
35. LAMOUR P. Éducation pour la santé des migrants : à quelles conditions ? *La Santé de l'homme*, 2007, 392 : 30.
36. LERT F, MARTIN M, MELCHIR M et al. Comment caractériser l'éthnicité dans les travaux épidémiologiques en France. *Épidémiologie sociale et inégalités de santé*, colloque thématique de l'ADELF, 2006.
37. LE VU S, LYDIE N. Pratiques de dépistage du VIH chez les personnes originaires d'Afrique subsaharienne en Île-de-France, 2005. *BEH*, 2008, 7-8.
38. LOCHAK D. Concilier protection des plus vulnérables et principe d'égalité. Audition publique sur la vaccination des enfants par le BCG. Nancy, Société française de santé publique, 2006.
39. LOT F. Place des étrangers dans l'épidémie de VIH-SIDA en France. *Maux d'exil*, 2006, 17.
40. LYDIE N, BELTZER N, FÉNIES K et al. Les populations africaines d'Île-de-France face au VIH/SIDA : connaissances, attitudes, croyances et comportements. Saint-Denis, INPES, *Études santé*, 2007.
41. MAILLE D, TOULLIER A, VOLOVITCH P. L'aide médicale d'État : comment un droit se vide de son sens faute d'être réellement universel. *Revue de droit sanitaire et social*, 2005, 4.
42. MAILLE D, VEISSE A. Exclus des soins à l'heure de la CMU. *Rev prat*, 2000, 502.
43. MIGRATIONS SANTÉ. La santé mentale des migrants et des réfugiés. Actes du colloque de l'association Minkowska, 2003/2004, 115/120.
44. NOIRIEL G. Le creuset français, histoire de l'immigration XIX^e-XX^e siècle. Paris, Le Seuil, 1988, 473 pages.
45. NOIRIEL G. Réfugiés et sans-papiers, la République face au droit d'asile, XIX^e-XX^e siècle. Paris, Hachette-Pluriel, 1998, 355 pages.
46. OMS. Rapport sur la santé dans le monde. Genève, OMS, 2005.
47. ONUSIDA. Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA. Genève, Onusida, 2006.