

Migration et santé : une approche longitudinale

Maria Melchior

IPLESP, UMRS_1136 INSERM Sorbonne Université

Institut Convergences Migrations



Migrants, immigrés, réfugiés, exilés..
De quoi, de qui parle-t-on?

La migration, un phénomène universel et ubiquitaire

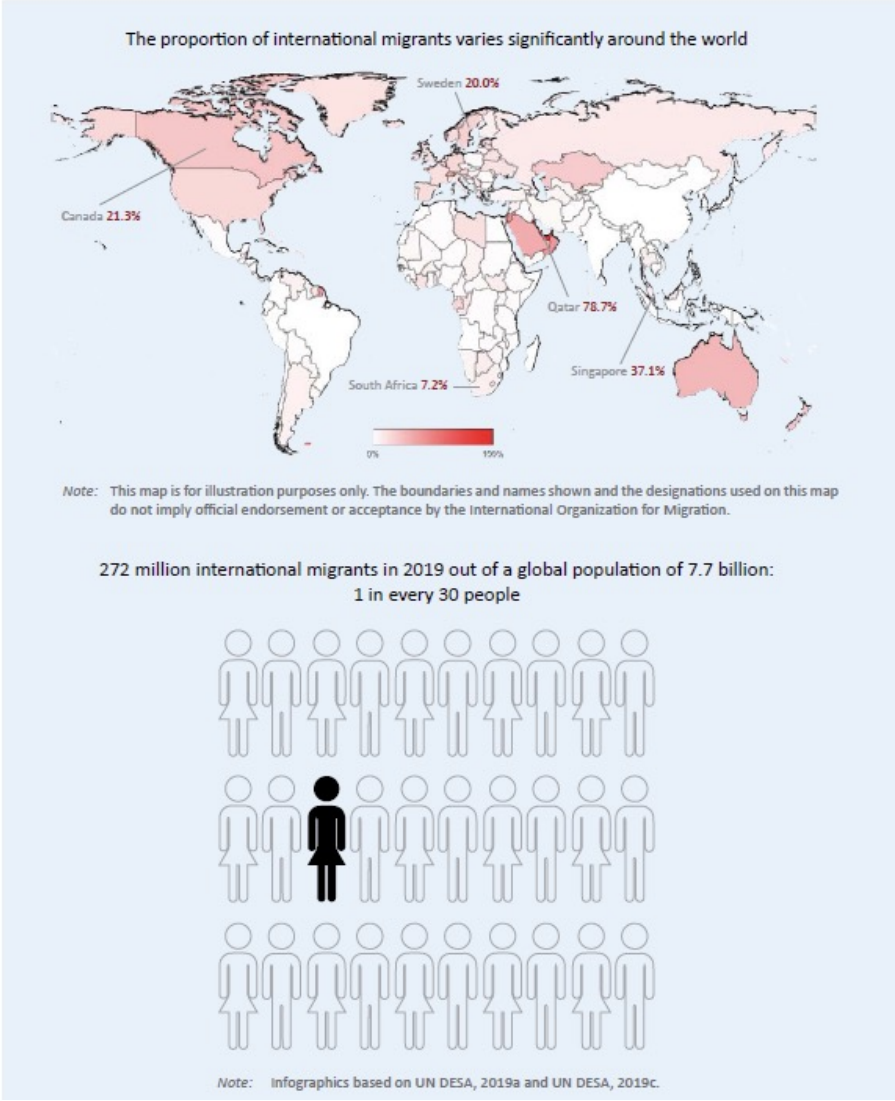


Figure 1. International migrants, by major region of residence, 2005 to 2019 (millions)

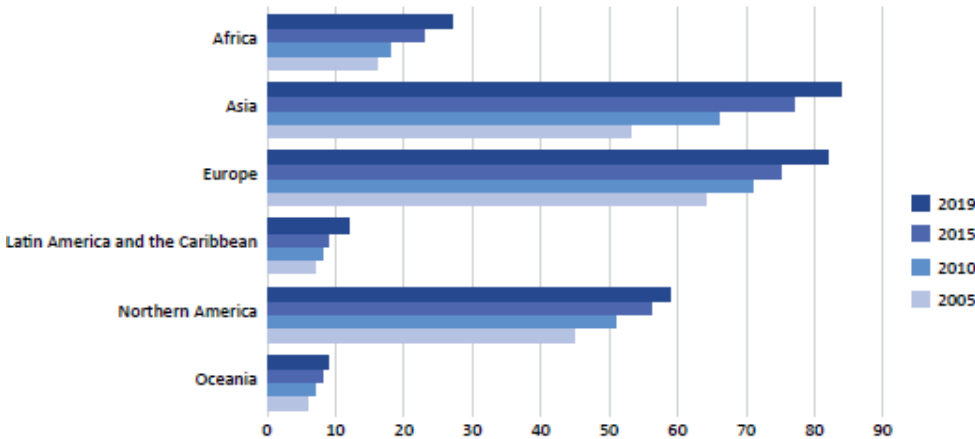
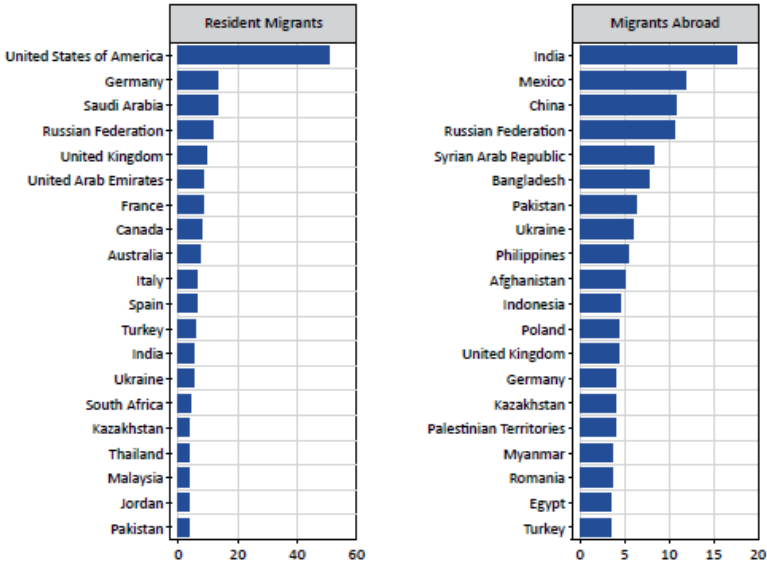


Figure 3. Top 20 destinations (left) and origins (right) of international migrants in 2019 (millions)

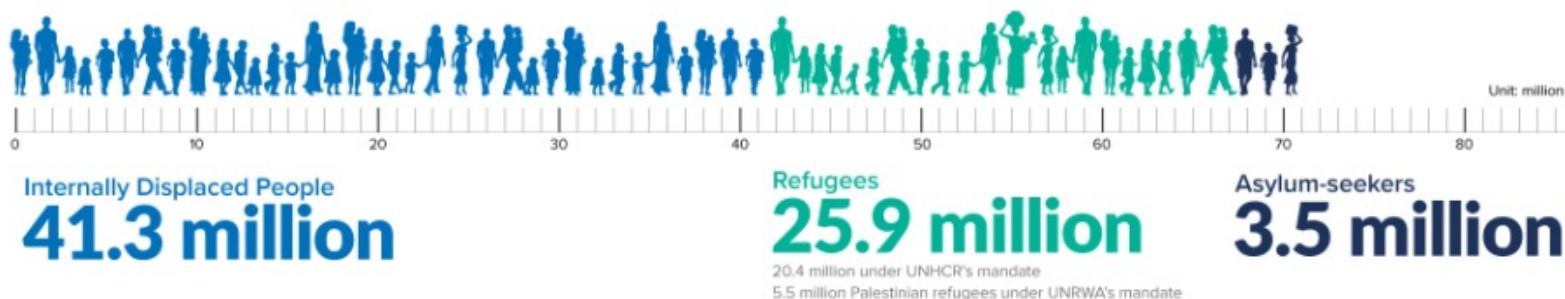


272 millions de personnes en situation de migration internationale dans le monde (UN, 2019)

La plupart des immigrants vivent dans les pays développés (64%), mais les réfugiés ont tendance à rester dans les pays en voie de développement (83%)

La plupart des immigrants dans le monde viennent d'Asie (40%) - dont l'Inde (17 millions), suivie par le Mexique (11,8 millions) et la Chine (10,7 millions)

70.8 million forcibly displaced people worldwide



Where the world's displaced people are being hosted



About 80 per cent of refugees live in countries neighbouring their countries of origin

57% of UNHCR refugees came from three countries

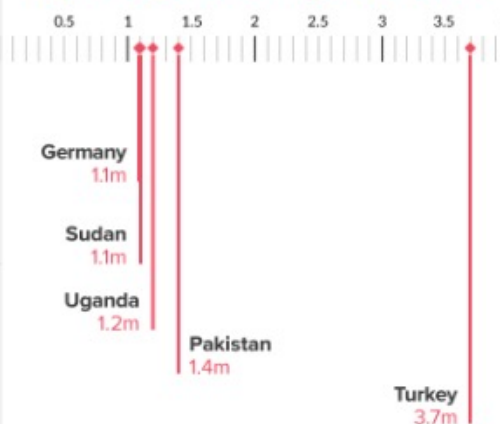


341,800 new asylum seekers

The greatest number of new asylum applications in 2018 was from Venezuelans



Top refugee-hosting countries



UNHCR has data on

3.9 million stateless people

but there are thought to be millions more



92,400 refugees resettled

16,803 personnel

UNHCR employs 16,803 people worldwide (as of 31 May 2019)

134 countries

We work in 134 countries (as of 31 May 2019)

37,000 people

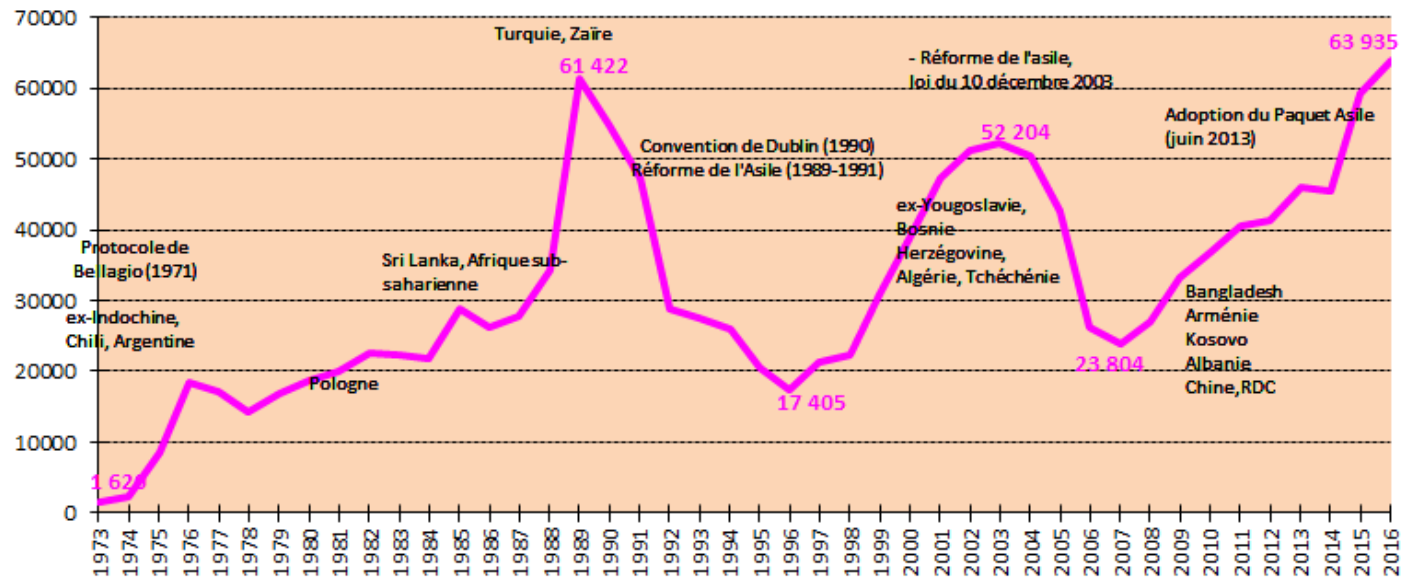
a day forced to flee their homes because of conflict and persecution

We are funded almost entirely by voluntary contributions, with 86 per cent from governments and the European Union and 10 per cent from private donors

Demande d'asile en France

Evolution du nombre de premières demandes depuis 1973 :

Évolution du nombre des premières demandes de protection internationale depuis 1973

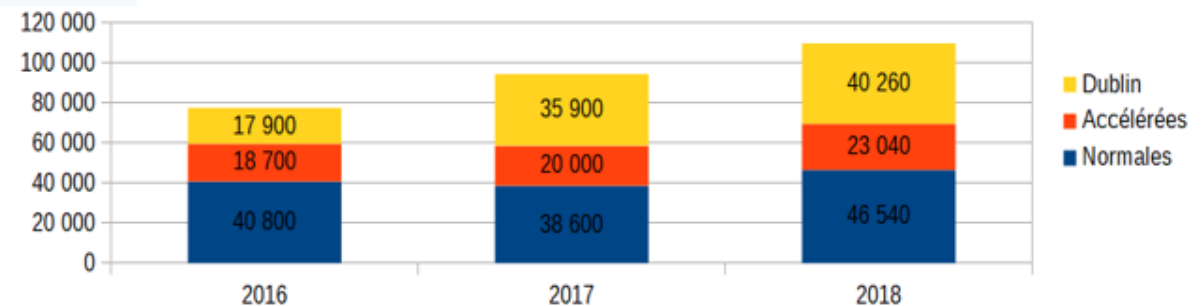


Pays d'origine des personnes en situation de demande d'asile en France en 2020:

- Afghanistan
- Guinée
- Bangladesh
- Côte d'Ivoire
- Nigéria

OFPRA, <https://www.ofpra.gouv.fr/fr/l-ofpra/l-ofpra-en-chiffres/la-mission-etudes-et-statistiques>

da enregistrées



Demandes d'asile enregistrées en 2018

La CIMADE, <https://www.lacimade.org/premier-bilan-de-la-demande-dasile-en-france/>

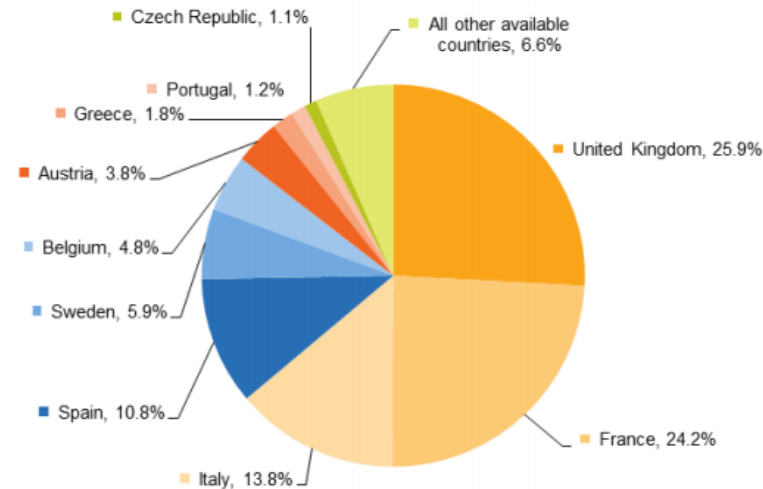
Migration vers l'Union Européenne

- ~ 4,4 millions de nouveaux immigrants / an - ~ 2 millions de pays hors UE

En nombre absolu (2017): Allemagne, Royaume-Uni, France, Italie, Espagne

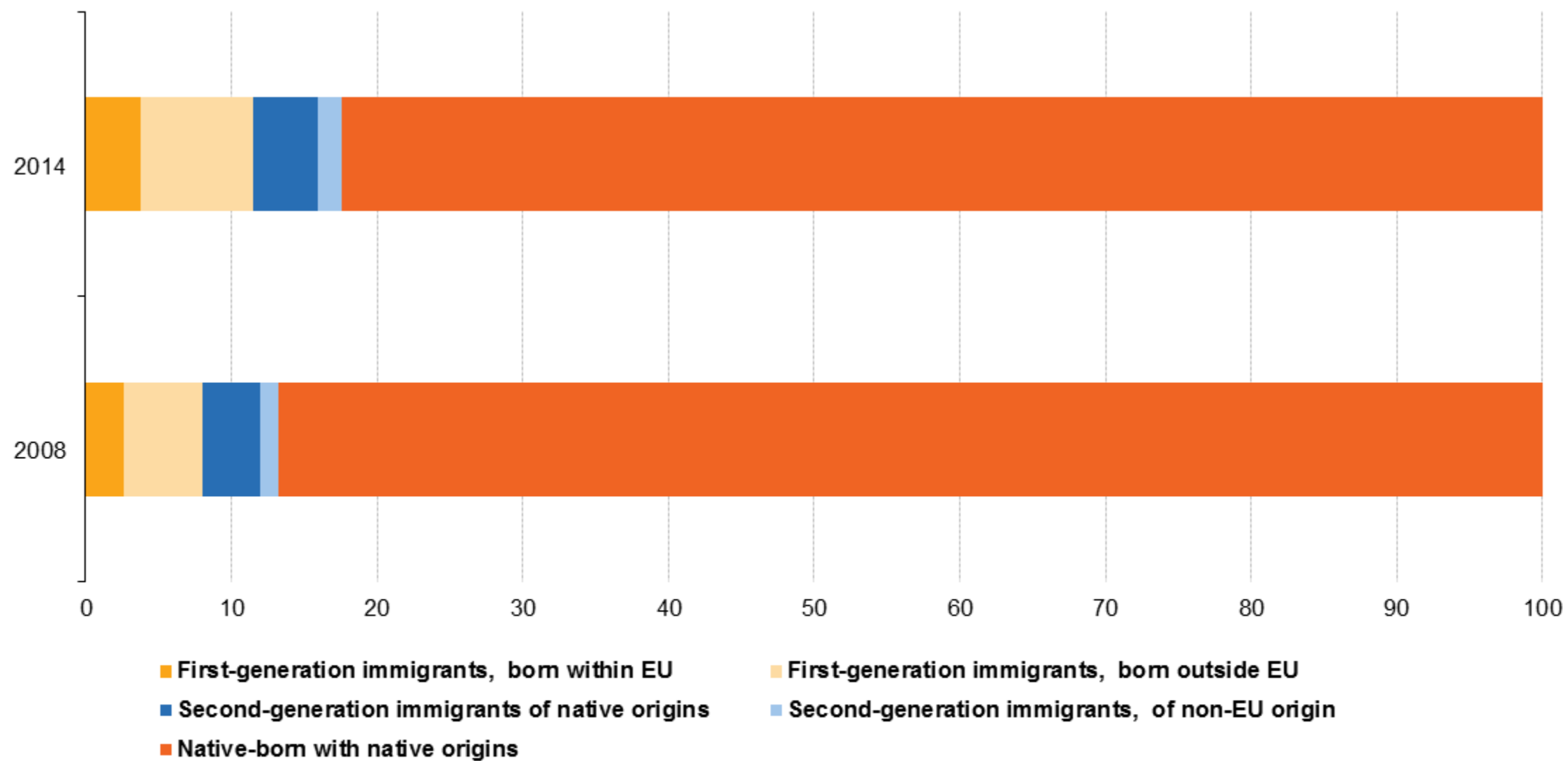
Par rapport à la population (2017): Malte, Luxembourg, Chypre, Irlande, Suède

- 20% des foyers comprennent des immigrants ou descendants d'immigrants
 - 55 millions (dont 22 millions d'un pays hors UE)
 - Majorité dans l'UE ≥ 10 ans



Missing countries: Germany, Denmark, Ireland and the Netherlands

Figure 2: National share of immigrant households in total number of immigrant households living in the EU, 2014, % Source: Eurostat (lfso_14hhcompcob)



Note: For 2014, all EU aggregates do not include data for Denmark, Ireland and the Netherlands

Source: Eurostat, 2008 and 2014 LFS ad hoc module

Migration et santé: quelques concepts essentiels

Healthy migrant effect

Global patterns of mortality in international migrants: a systematic review and meta-analysis

Robert W Aldridge, Laura B Nellums*, Sean Bartlett, Anna Louise Barr, Parth Patel, Rachel Burns, Sally Hargreaves, J Jaime Miranda, Stephen Tollman, Jon S Friedland, Ibrahim Abubakar*



Interpretation Our study showed that international migrants have a mortality advantage compared with general populations, and that this advantage persisted across the majority of ICD-10 disease categories. The mortality advantage identified will be representative of international migrants in high-income countries who are studying, working, or have joined family members in these countries. However, our results might not reflect the health outcomes of more marginalised groups in low-income and middle-income countries because little data were available for these groups, highlighting an important gap in existing research. Our results present an opportunity to reframe the public discourse on international migration and health in high-income countries.

Article

Divergent mortality patterns for second generation men of North-African and South-European origin in France: Role of labour force participation


Myriam Khlát^{a,*}, Matthew Wallace^{a,1}, Michel Guillot^{b,a}
^a French Institute for Demographic Studies (INED), 133 boulevard Davout, 75980, Paris Cedex 20, France

^b Population Studies Center, 239 McNeil Building, University of Pennsylvania, 3718 Locust Walk Philadelphia, PA, 19104-6298, University of Pennsylvania, Philadelphia, USA

Table 3

Parametric survival models: mortality hazard ratios (ages 18–64) for population subgroups, France, 1999–2010, Men.

	Baseline model		Baseline + educational level		Baseline + economic activity		Baseline + education + economic activity	
	HR	95% CI	HR	95% CI	HR	95% CI	HR	95% CI
Population subgroup								
Reference	1		1		1		1	
G2s of South-European origin	0.64*	0.46–0.90	0.62**	0.44–0.87	0.65**	0.46–0.91	0.63**	0.45–0.89
G2s of North-African origin	1.71**	1.09–2.70	1.59*	1.01–2.50	1.20	0.76–1.89	1.16	0.74–1.83
Educational level (ISCED)								
Tertiary	Not adjusted		1		Not adjusted		1	
Secondary			1.68**	1.49–1.89			1.52**	1.35–1.71
Primary			2.34**	2.06–2.67			1.93**	1.69–2.20
Economic activity status								
Employed	Not adjusted		Not adjusted		1		1	
Unemployed					2.85**	2.55–3.18	2.67**	2.39–2.99
Student					1.11	0.77–1.61	1.15	0.79–1.66
Retired					1.55**	1.36–1.76	1.43**	1.26–1.62
Inactive other than student or retired					4.56**	4.05–5.13	4.16**	3.69–4.69

P < 0.01 **; p < 0.05.



Report on the **health of refugees and migrants** in the WHO European Region

No PUBLIC HEALTH
without REFUGEE and MIGRANT HEALTH

Maladies infectieuses (ex. VIH, tuberculose, COVID-19): risque relatif élevé, mais faible transmission à la population générale.

Maladies chroniques: risque faible au moment de l'arrivée, mais qui augmente avec le temps (obésité++).

Cancers: risque faible sauf certaines localisations (col de l'utérus).

Diabète: incidence, prévalence et mortalité élevée, pour certains pays d'origine (femmes++).

Santé mentale: risque élevé, mais des estimations très variables

Migration et santé mentale: des données épidémiologiques

Demandeurs d'asile et réfugiés

- **Adultes:** 2% de troubles psychotiques, 7-8% dépression, 9% Episode de Stress Post-Traumatique (ESPT) (Priebe et al, 2016 WHO)
- **Enfants et adolescents :** 19-52% ESPT; dépression : 10-30% (Kien et al, 2019)
- **Enfants non accompagnés:** ESPT ++ (Curtis et al, 2018)
- **Obstacles à l'accès aux soins de santé mentale++:**
 - Manque de connaissances/ littératie en santé
 - Barrières linguistiques
 - Croyances culturelles/ attentes
 - Manque d'accès/ de confiance dans le système de santé

Immigrés qui ne sont pas réfugiés

- Risque élevé de **psychose**, dont schizophrénie : $RR=2.1$ (Selten, 2019)
- Dépression: $\sim 15\%$ (2 x plus qu'en population générale (Foo, 2018)
- **Descendants d'immigrés** : troubles de l'humeur et anxiété ++ (Dingoyan, 2017)
- Personnes «**left behind**»: enfants (Ding, 2019), parents (Thapa, 2018)

Politiques migratoires et santé mentale

Effects of non-health-targeted policies on migrant health: a systematic review and meta-analysis

Sol Pia Juárez, Helena Honkanen, Andrea C Dunlavy, Robert W Aldridge, Mauricio L Barreto, Srinivasa Vittal Katikireddi*, Mikael Rostila*

Summary

Background Government policies can strongly influence migrants' health. Using a Health in All Policies approach, we systematically reviewed evidence on the impact of public policies outside of the health-care system on migrant health.

Methods We searched the PubMed, Embase, and Web of Science databases from Jan 1, 2000, to Sept 1, 2017, for quantitative studies comparing the health effects of non-health-targeted public policies on migrants with those on a relevant comparison population. We searched for articles written in English, Swedish, Danish, Norwegian, Finnish, French, Spanish, or Portuguese. Qualitative studies and grey literature were excluded. We evaluated policy effects by migration stage (entry, integration, and exit) and by health outcome using narrative synthesis (all included studies) and random-effects meta-analysis (all studies whose results were amenable to statistical pooling). We summarised meta-analysis outcomes as standardised mean difference (SMD, 95% CI) or odds ratio (OR, 95% CI). To assess certainty, we created tables containing a summary of the findings according to the Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation. Our study was registered with PROSPERO, number CRD42017076104.

Findings We identified 43 243 potentially eligible records. 46 articles were narratively synthesised and 19 contributed to the meta-analysis. All studies were published in high-income countries and examined policies of entry (nine articles) and integration (37 articles). Restrictive entry policies (eg, temporary visa status, detention) were associated with poor mental health (SMD 0.44, 95% CI 0.13–0.75; $P=92.1\%$). In the integration phase, restrictive policies in general, and specifically regarding welfare eligibility and documentation requirements, were found to increase odds of poor self-rated health (OR 1.67, 95% CI 1.35–1.98; $P=82.0\%$) and mortality (1.38, 1.10–1.65; $P=98.9\%$). Restricted eligibility for welfare support decreased the odds of general health-care service use (0.92, 0.85–0.98; $P=0.0\%$), but did not reduce public health insurance coverage (0.89, 0.71–1.07; $P=99.4\%$), nor markedly affect proportions of people without health insurance (1.06, 0.90–1.21; $P=54.9\%$).

Interpretation Restrictive entry and integration policies are linked to poor migrant health outcomes in high-income countries. Efforts to improve the health of migrants would benefit from adopting a Health in All Policies perspective.

Funding Swedish Council for Health, Working Life, and Social Research; UK Medical Research Council; Scottish Government Chief Scientist Office.

Copyright © 2019 The Author(s). Published by Elsevier Ltd. This is an Open Access article under the CC BY 4.0 license.

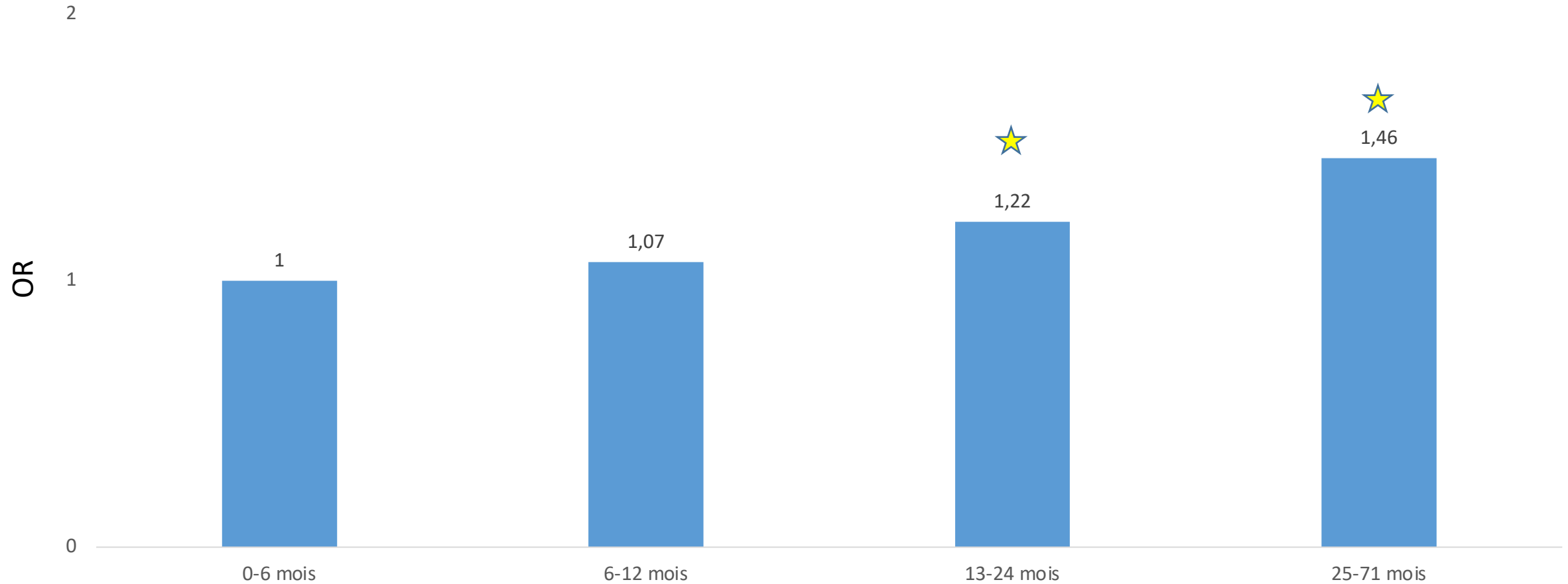
Juarez et al, The Lancet 2019

Détention et santé mentale

	Estimation basse	Estimation haute
Dépression	52%	88%
Anxiété	12%	72%
Episode de stress posttraumatique	23%	
Psychose	10%	
Idées suicidaires	26%	47%
Actes suicidaires	3%	19%

Von Werthern et al, BMC Psychiatry 2018

Durée de la période de traitement de la demande d'asile et troubles psychiatriques



Hvidtfeldt et al, International Journal of Epidemiology, 2019

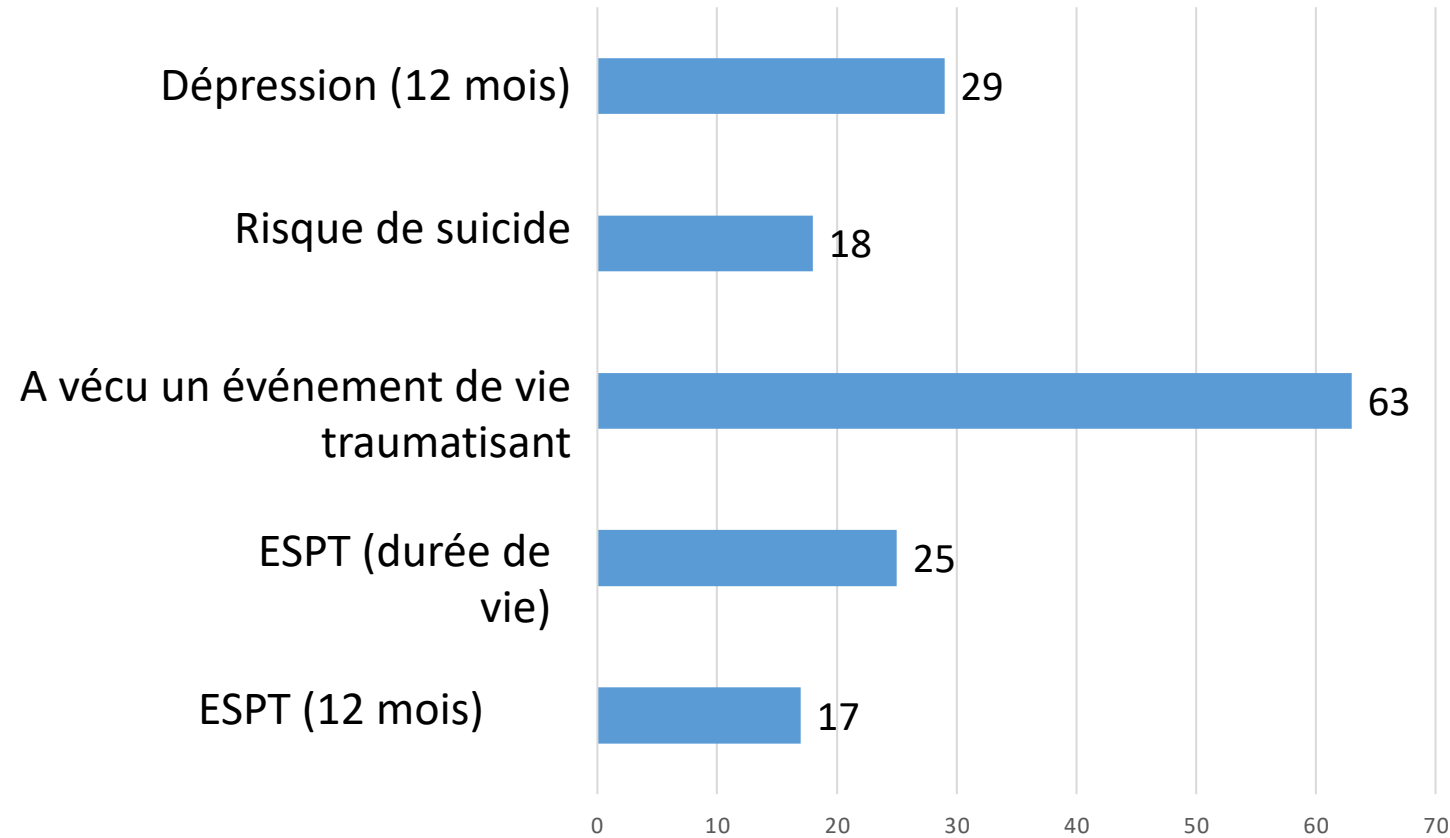
Quelques données françaises

Femmes et enfants immigrés vivant dans la pauvreté: l'étude ENFAMS (2014)



~ 10 000 familles / 30 000 personnes hébergées en Ile-de-France
> 95% d'immigrés (65% d'un pays africain)
~50% sans papiers
~50% parent célibataire,
~20% ≥ 3 enfants,
~25% violence domestique

Santé mentale des femmes (ENFAMS, n=733, % pondérée)



Facteurs associés à l'ESPT chez les femmes (ENFAMS, n=691)

		Regression multivariée	
		Rapport de prévalence	IC 95%
CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES			
Départ du pays d'origine pour violence	Non	Réf	
	Oui	1,45	[1,03;2,04]
SANTE MENTALE			
Dépression (12 mois)	Non	Réf	
	Oui	1,82	[1,20;2,76]
CONDITIONS DE VIE			
Instabilité résidentielle	Non	Réf	
	Oui	1,82	[1,27;2,93]

Ajustement : âge, pays de naissance, revenus, maîtrise du français, événements de vie, santé déclarée, problèmes de santé chroniques, grossesse en cours, risque suicidaire, expérience de vie à la rue, type d'hébergement, réseau social en France

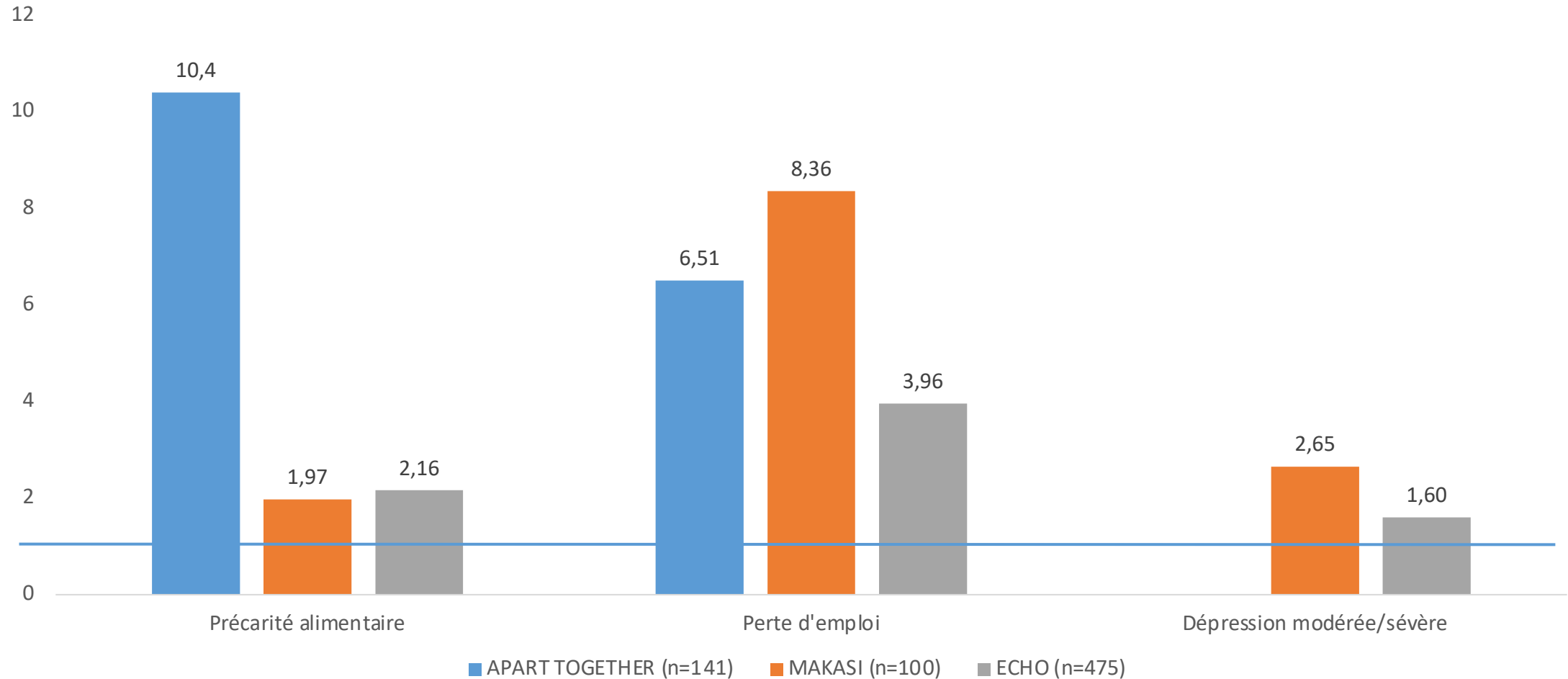
Roze et al, International Journal of Environmental Research and Public Health, 2020

Difficultés émotionnelles et de comportement des enfants (ENFAMS, n=343, 4-13 ans)

		Modèle multivarié		
		Coefficient	IC 95	pglobal
CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES				
Région de naissance de la mère	Afrique du Nord	ref		0,020
	Afrique Sub-Saharienne	1,74	[-0,14;3,62]	
	L'Europe de l'Est	0,60	[-1,76;2,95]	
	Autre	3,22	[1,04;5,39]	
N déménagements/an		0,22	[0,05;0,38]	0,012
SANTÉ PHYSIQUE DE L'ENFANT				
Problème de santé chronique	Non	ref		<0,001
	Oui	3,49	[2,00;4,97]	
BMI	Normal ou insuffisante pondérale	ref		0,007
	En surpoids ou obèse	2,14	[0,54;3,75]	
Heure de coucher	< 22 heures	ref		0,002
	≥ 22 heures	2,82	[1,43;4,21]	
SANTÉ DE LA MÈRE				
Risque de suicide	Oui	ref		<0,001
	Non	4,13	[1,98;6,28]	
EXPERIENCE DE VIE DE L'ENFANT				
Aime son logement	Oui	ref		<0,001
	Non	3,59	[1,78;5,41]	
Victime de harcèlement à l'école	Non	ref		0,002
	Oui	3,21	[1,29;5,12]	

Ajustement : âge, sexe, pays de naissance, nombre d'enfants dans la fratrie, âge de la mère, situation administrative de la mère, réseau social de la mère en France, problèmes de santé respiratoires de l'enfant, dépression ou ESPT de la mère, violences conjugales et santé physique de la mère.

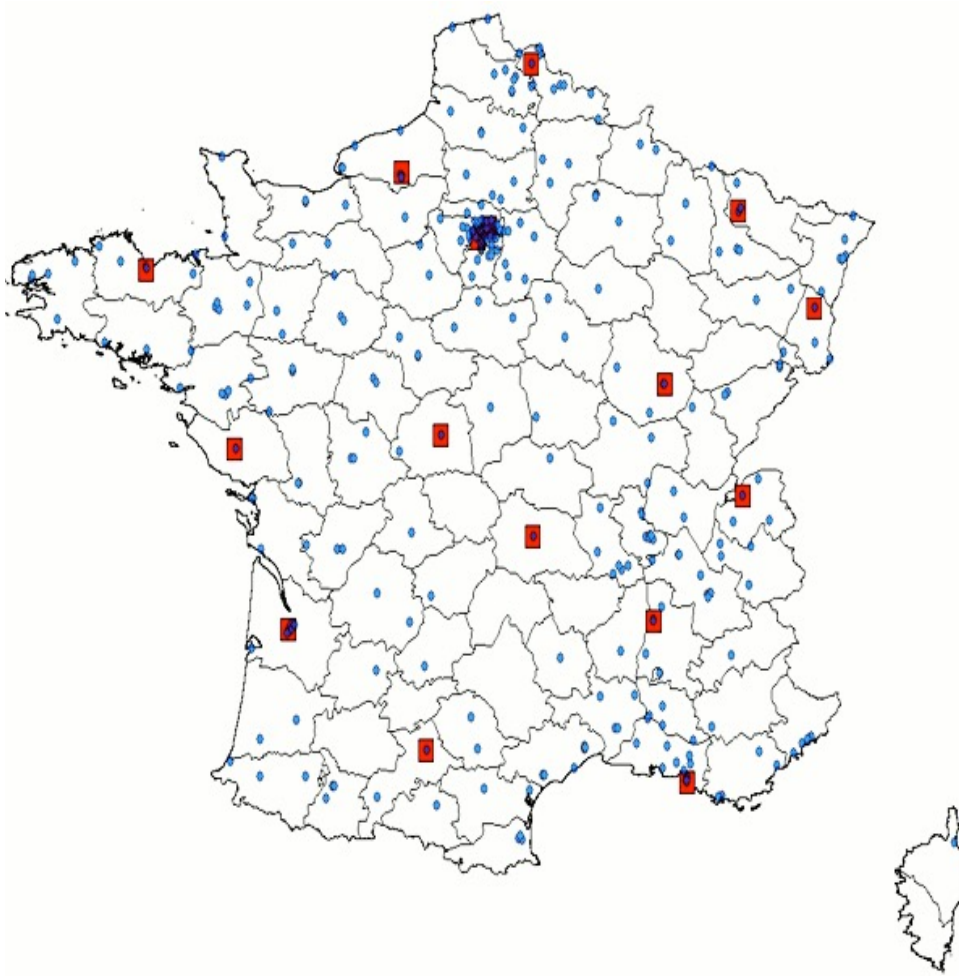
Situation administrative instable et impact de la crise sanitaire sur les personnes immigrées en France (ORs ajustés)



Gosselin et al, soumis.

Cohorte nationale représentative ELFE

INSERM/INED; PI Marie-Aline Charles



Enfants nés en 2011

Grossesse simple ou gémellaire

≥ 33 semaines de gestation

Mères ≥ 18 ans, parlant français /
anglais / arabe / turc

18 312 enfants

18 042 mères

320 maternités

Participation : 49%

Région d'origine des femmes immigrées et descendantes d'immigrées (ELFE, % pondéré)

Table 2 Region of origin of immigrant women participating in the ELFE (Etude Longitudinale Française Depuis l'Enfance) cohort study (*n* = 17,988, France, 2011)

Region of origin ^a	Non-immigrants	Descendants of immigrants	Immigrants	Missing value
EU/France	12,294 (100%)	1064 (53.2%)	335 (15.4%)	1407 (92.9%)
North Africa, Turkey	–	644 (32.2%)	807 (37.0%)	15 (0.1%)
Sub-Saharan Africa	–	157 (7.9%)	561 (25.8%)	8 (0.5%)
Eastern Europe, Asia	–	75 (3.8%)	225 (10.3%)	4 (0.3%)
Others, non-declared	–	51 (2.8%)	239 (11.0%)	23 (0.8%)
Missing value		9 (0.4%)	12 (0.8%)	69 (4.5%)

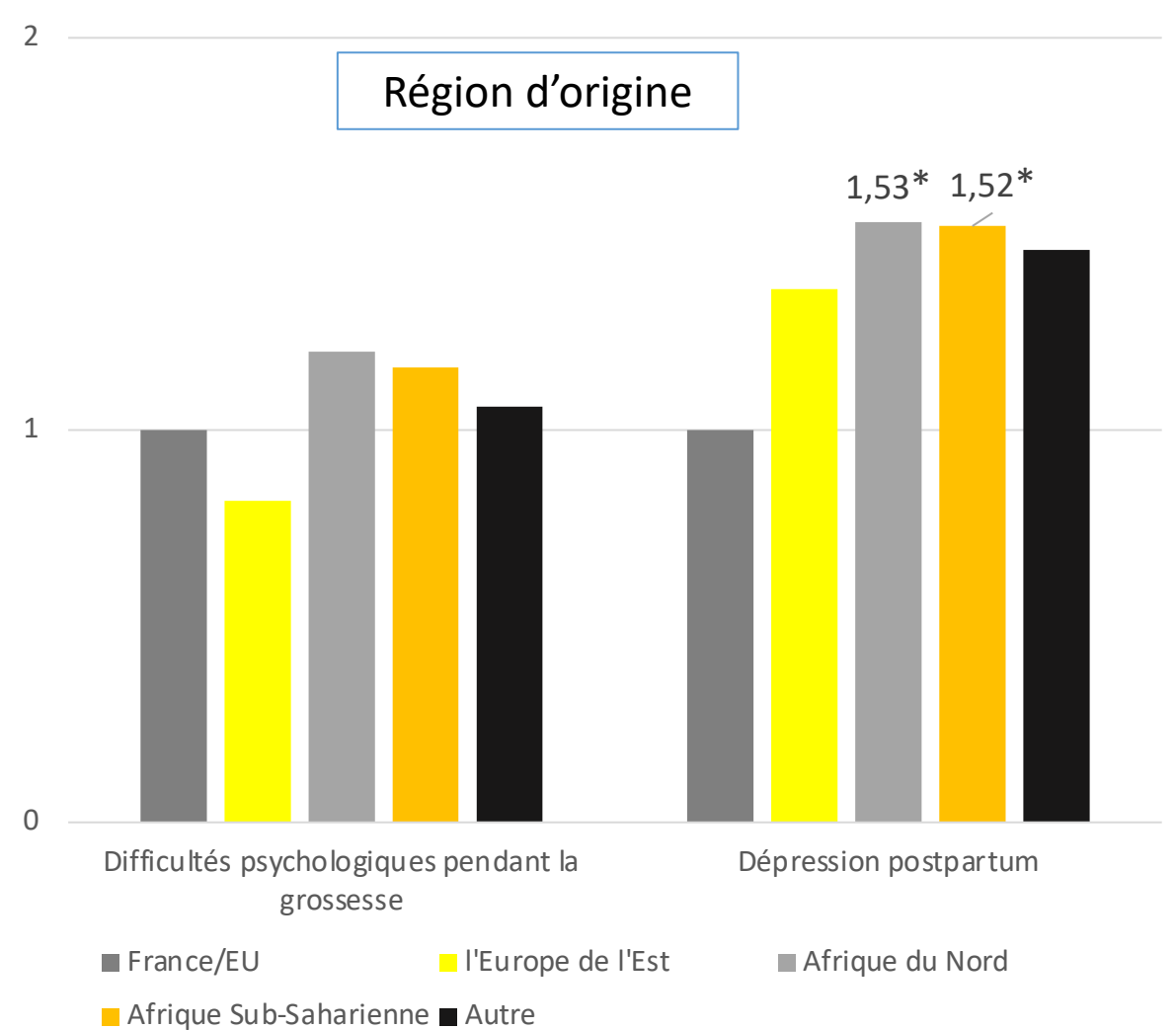
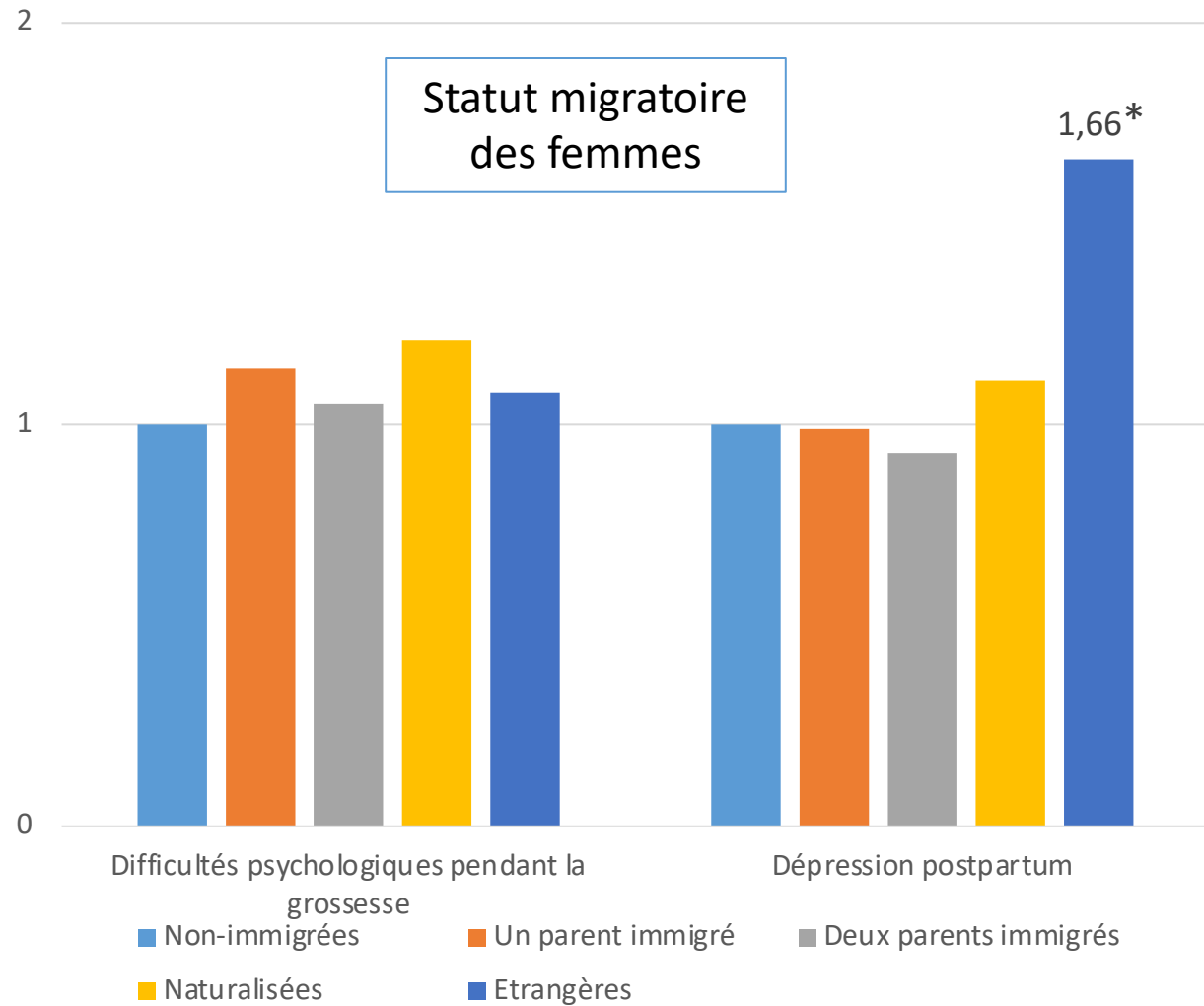
^aRegion of birth for immigrant women, and parents' region of birth for descendant of immigrants

Statut migratoire et caractéristiques socio-démographiques des personnes (ELFE,% pondéré)

	Non-immigrées (n=15,143)	Immigrées (n=2330)	P-value
25-29 ans	31.9	26.6	<0.0001
>=35 ans	20.5	28.8	
>=1 enfant	53.5	58.1	<0.0001
Conjoint immigré	8.0	56.2	<0.0001
Ne vit pas avec le père de l'enfant	4.7	10.5	<0.0001
<=niveau scolaire primaire	3.0	17.5	<0.0001
Au chômage / inactive	16.5	44.2	<0.0001
Conjoint au chômage / inactif	7.3	15.7	<0.0001
<7 visites médicales prénatales	9.7	14.7	<0.0001

Statut migratoire et santé mentale périnatale

(ELFE, n=17 988/ 16 280, ORs multivariés)



Prévalence de la dépression post-partum parentale **conjointe** (n=12 350)

EPDS dans 2 mois ; ≥ 12 chez les femmes; ≥ 10 chez les hommes

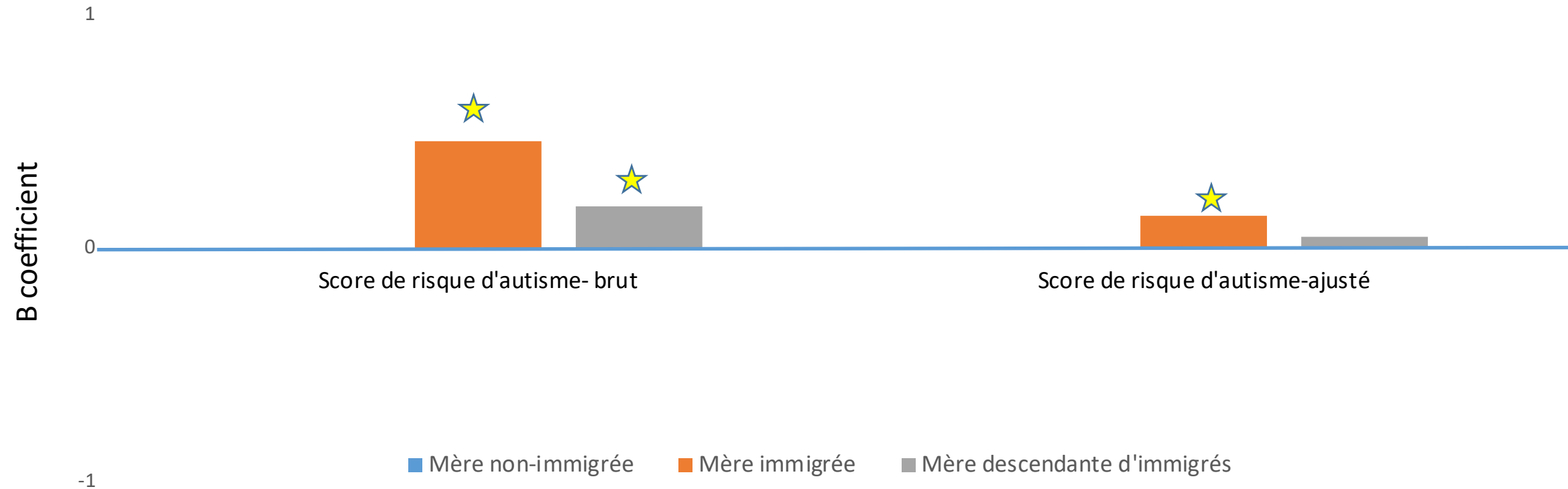
Père \ Mère	Déprimée	Non déprimée
Déprimé	167 (1.3%)	703 (5.7%)
Non déprimé	1 238 (10.0%)	10 278 (83.0%)

Statut migratoire et dépression parentale conjointe (ELFE, n=167, multivarié ORs, 95% CI)

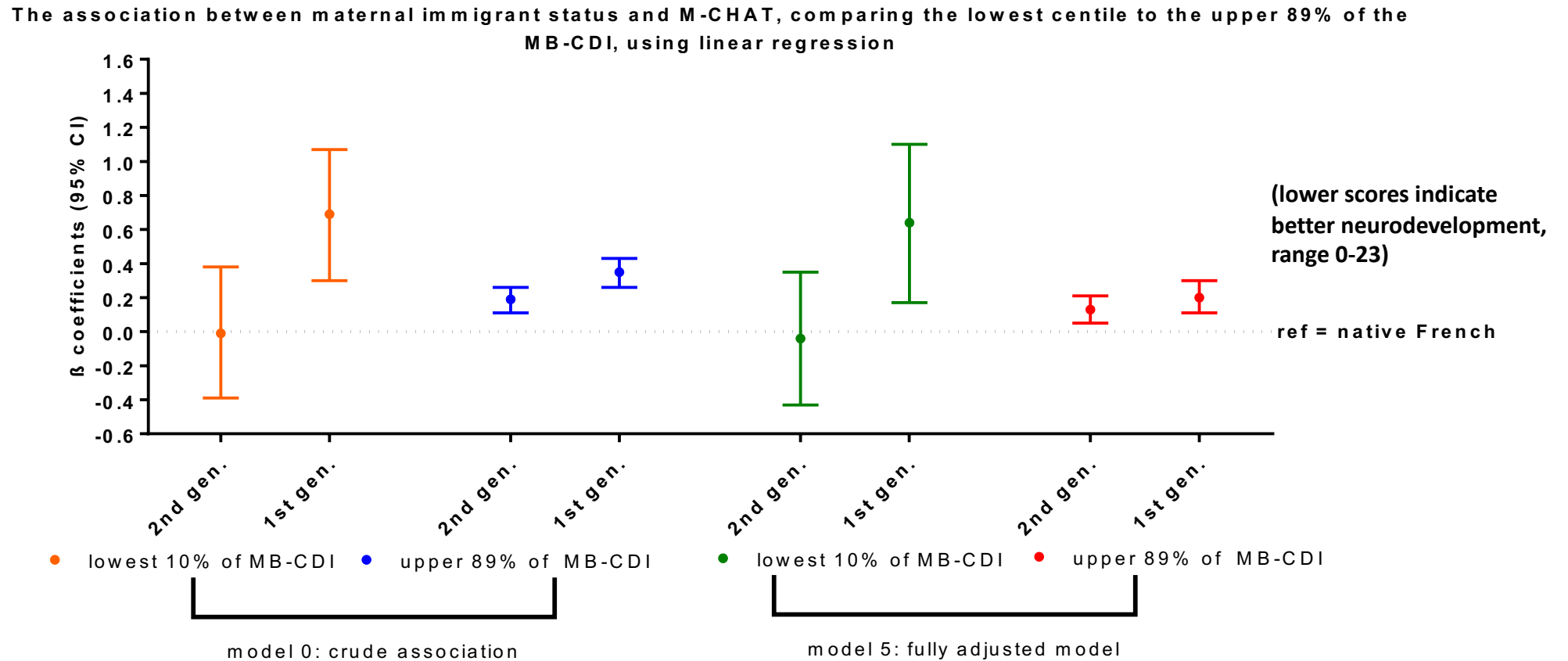
	Mère et père déprimés
Éducation maternelle (vs. >=Bachelor): école secondaire	1.19 (1.15-1.24)
Éducation paternelle (vs. >=Bachelor): < école secondaire ou = école secondaire	1.29 (1.25-1.34) 1.12 (1.07-1.17)
Emploi maternel (vs. yes): non	1.43 (1.31-1.56)
Emploi paternel (vs. yes): non	1.05 (0.95-1.15)
Difficultés financières (vs. no): oui	1.65 (1.61-1.69)
Mère immigrée (vs. non-immigrée)	1.53 (1.43-1.63)
Père immigré (vs. non-immigrée)	1.85 (1.66-2.06)

Statut migratoire de la mère et développement de l'enfant à 2 ans

(ELFE, régression linéaire pondérée)



Score de risque d'autisme (MCHAT): 0-23



- Augmentation du score de **risque d'autisme et d'un faible développement lexical** chez les enfants de mères immigrées++

Pourquoi les immigrants sont-ils à risque de problèmes de santé mentale?



Facteurs de risque (Priebe, 2016)

- **Prémigration:**
 - Expériences traumatisantes, persécutions, difficultés économiques
- **Périmigration:**
 - Violences / discriminations, séparation et perte de réseaux sociaux
- **Postmigration:**
 - Instabilité administrative, détention
 - Difficultés socioéconomiques
 - Distance culturelle? Exclusion sociale? (Curtis, 2018)
 - Racisme, discriminations (Jannesari, 2020)
 - Stress? (Breslau, 2007)

Facteurs de résilience (Priebe, 2016)

- **Intégration sociale :**
 - Activités sociales et scolarisation pour développer le capital social et le sentiment d'appartenance chez les enfants et adolescents (Curtis, 2018)
 - Éducation et emploi chez les adultes (Priebe, 2016)
- **Accès à un traitement en cas de difficultés psychologiques :**
 - Formation/sensibilisation des professionnels de santé / travailleurs sociaux
 - Interprétariat
 - 'Aller-vers' (ex. STRENGTHS H2020 program)
 - Coordination des services / santé globale, aide sociale et juridique

Politiques migratoires positives pour la santé

A l'échelle individuelle:

- Réduction de l'exposition à la violence (violences conjugales, harcèlement, racisme)
- Accès aux services de santé somatique et psychologique

A l'échelle des familles:

- Renforcement des communautés/réseaux locaux pour favoriser l'intégration des familles et des enfants
- Promotion du droit à vivre en famille
- Permettre aux familles de résoudre les conflits éventuels et rester intactes

A l'échelle sociétale:

- Améliorer l'accompagnement des demandeurs d'asile en permettant une résolution rapide des demandes de protection, en limitant les relocalisations, en aidant à l'intégration scolaire et professionnelle, en permettant la continuité religieuse et de langue
- Coordination des actions en santé, sociales, économiques et politiques pour lutter contre le racisme et les discriminations



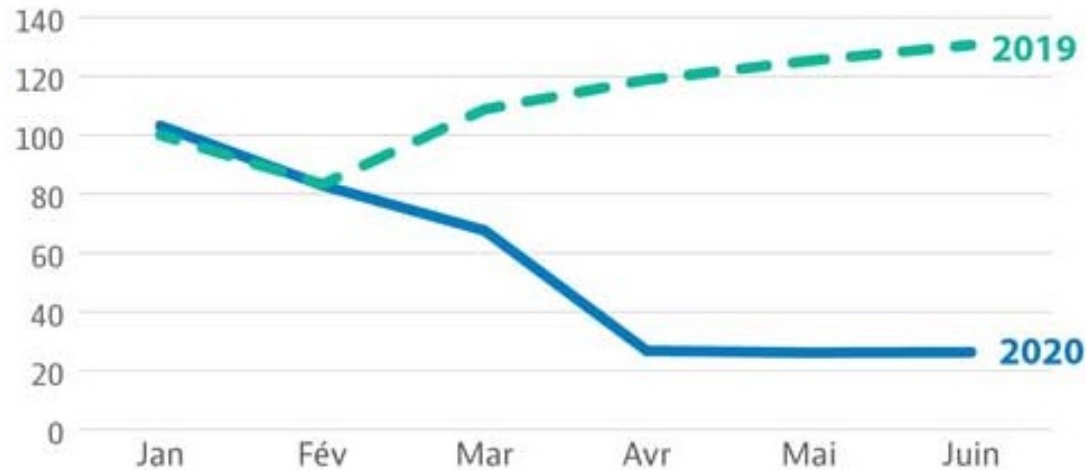
La crise du COVID-19 met en péril les migrations et les progrès accomplis en matière d'intégration

Le Monde



Le nombre de permis de séjour a chuté

2019 vs 2020, indice jan 2019=100



Source: Perspectives des migrations internationales de l'OCDE 2020



TRIBUNE

Andrea Tortelli
Psychiatre

Maria Melchior
Epidémiologiste

« Seule l'amélioration des conditions d'accueil offre l'espoir de diminuer le risque de psychose chez des migrants »

Après l'agression de passants à Villeurbanne par un réfugié afghan déséquilibré, deux chercheuses rappellent, dans une tribune au « Monde », que le risque de troubles psychiatriques est deux à trois fois plus élevé chez les migrants que dans le reste de la population.

Publié le 09 septembre 2019 à 05h00 | Lecture 3 min.

TRIBUNE

Marie Melchior
Epidémiologiste

Immigration : « La crise liée au Covid-19 précipite des milliers de personnes dans un abîme de non-droit »

Déjà fortement touchée par l'épidémie, la population immigrée a vu sa situation empirer en matière d'emploi ou de démarches administratives. Ce qui n'est pas sans conséquence sur leur santé, alerte, dans une tribune au « Monde », l'épidémiologiste Maria Melchior.

Publié aujourd'hui à 06h00, mis à jour à 06h00 | Lecture 4 min.

TRIBUNE

Collectif

« Les demandeurs d'asile et les réfugiés venant d'autres pays que l'Ukraine devraient bénéficier de conditions d'accueil équivalentes »

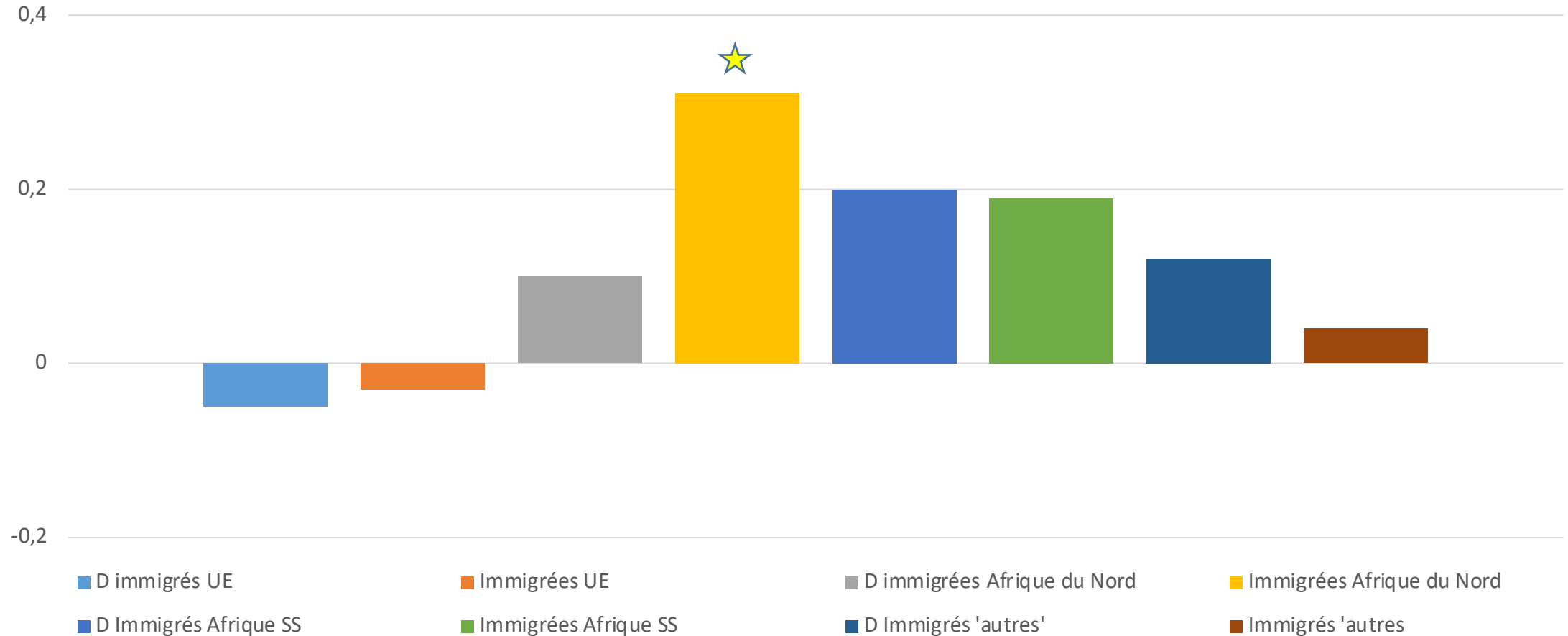
La détresse psychique est directement déclenchée ou majorée par les politiques européennes d'immigration, souvent longues et restrictives. A ce titre, la vitesse et l'efficacité avec laquelle sont accueillis les Ukrainiens en France doivent servir de modèle pour favoriser la santé mentale de tous les exilés, estiment les psychiatres Alain Mercuel, Andrea Tortelli et l'épidémiologiste Maria Melchior.

Publié le 04 avril 2022 à 11h30 - Mis à jour le 04 avril 2022 à 11h30 | Lecture 4 min.

Merci pour votre attention

maria.melchior@inserm.fr

Statut migratoire maternel et région d'origine et score de risque d'autisme à 2 ans (ELFE, régression linéaire pondérée et ajustée)



Statut migratoire maternel et région d'origine et scores de développement langagier des enfants à 2 ans (ELFE, régression linéaire pondérée et ajustée)

