



**THESE DE DOCTORAT DE
L'UNIVERSITE PIERRE ET MARIE CURIE**

**ECOLE DOCTORALE PIERRE LOUIS DE SANTE PUBLIQUE A PARIS :
EPIDEMIOLOGIE ET SCIENCES DE L'INFORMATION BIOMEDICALE.**

Spécialité
Epidémiologie Sociale

Présentée par

Mme Anne JOLIVET

Pour obtenir le grade de
DOCTEUR de l'UNIVERSITÉ PIERRE ET MARIE CURIE

Sujet de la thèse :

Migrations, santé et soins en Guyane

Soutenue le 07 Juillet 2014

Devant le jury composé de :

M. Pierre CHAUVIN, Directeur de thèse

M. Cyrille DELPIERRE, Rapporteur

Mme Annabel DESGREES-DU-LOU, Rapporteur

M. Serge HERSON, Examineur

Migration, health and care in French Guiana

The links between migration and health are intricate and the epidemiological data are scarce in France and French Guiana. On the one hand, health can be a decisive element for migration and on the other hand migration can affect the health of those who emigrate.

This thesis relies on the results coming from different epidemiological surveys led in 2009 in French Guiana. The aim of this research was to estimate the burden of health-related determinants among those of immigration to French Guiana and to analyze the populations' health status and their access to healthcare according to their migratory status.

We found that some immigrants' characteristics in terms of demographics (their native country), migratory process (duration of residence in French Guiana) and hosting conditions provided by French Guiana (the legal status and their socio-economic conditions inside the French territory) were as many factors which do modulate their health status. Our results support the hypothesis of a « healthy migrant effect » and suggest that the immigrants are relatively healthy when they reach the territory. Illegal immigrants appeared to be not only the most vulnerable healthily speaking, but also those who struggled the most to get access to healthcare. Finally our results show that migrations for health care reasons represent only a minority of the migration flows towards French Guiana (3.1%).

Healthcare policies in French Guiana do not address properly the present and future challenges of migrants' health and healthcare needs. Considering its particular feature, French Guiana could be a suitable land of experiments for public health policies dedicated to immigrants.

Key words:

Immigrants, access to healthcare, migration for health, health policy, French Guiana.

Remerciements

A Monsieur Cyrille Delpierre, Madame Annabel Desgrees-Du-Lou, Monsieur le Professeur Serge Herson. Vous me faites l'honneur d'être membres de mon jury. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

Aux membres de l'équipe DS3 et aux chercheurs associés à cette étude : Sophie Florence, Emmanuelle Cadot, Estelle Carde, Sophie Lesieur, Julie Vallée, Pierre Chauvin et Jacques Lebas.

A Pierre Chauvin, pour son accompagnement scientifique et amical tout au long de ce parcours. Un grand merci pour ta confiance, tes enseignements, ta disponibilité et ton engagement pour l'amélioration de la santé de tous.

A toutes celles et ceux qui ont contribué à cette étude en Guyane : Monsieur Jean-Claude Courbain, Madame Joanne Massemin, Monsieur Jean-Marc Victor; et pour leur soutien constant : Mathieu Nacher, Gabriel Carles, Jean-Marc Fischer et Leila Adriouch.

A mes proches et amis, pour leur infinie patience et leur indéfectible soutien.

A Esteban et David, mes rayons de soleil.

A mes grands-parents maternels, exilés de la guerre d'Espagne, qui ont sans doute motivé mon intérêt pour ce sujet.

A toutes les personnes qui ont participé à ces enquêtes. Leur accueil et leur disponibilité ont été exemplaires. La confiance qu'ils nous ont accordée dans un contexte souvent difficile nous engage. Qu'elles soient récompensées en retour par une meilleure prise en compte de leurs besoins de santé et de soins.

Sommaire

Introduction.....	5
1 Première partie : Les interrelations entre migrations, santé et soins.....	6
1.1 Les migrations dans le monde, en Europe, en France et dans les DOM.....	6
1.1.1 Définitions	6
1.1.2 Les migrations dans le monde.....	7
1.1.3 Les migrations en Europe	10
1.1.4 Les migrations en France et dans les DOM	11
1.2 Les interrelations entre migrations, santé et recours aux soins : état des connaissances ...	12
1.2.1 Approche historique des liens entre migration, santé et soins	12
1.2.2 Une approche sur les trajectoires migratoires.....	14
1.2.3 La santé et la maladie : des déterminants de la migration ?	17
1.3 Santé et recours aux soins des migrants en France	18
1.4 Migration, santé et soins en Guyane : état des connaissances.....	21
1.4.1 Une brève présentation de la Guyane	21
1.4.2 Les migrations en Guyane	22
1.4.3 Santé et recours aux soins des immigrés en Guyane	28
1.4.4 Les enjeux politiques des migrations en Guyane (pour le secteur sanitaire)	29
Conclusion de la première partie :	31
2 Deuxième partie : Présentation des analyses	32
2.1 La santé des immigrés : analyse d'une étude en population générale conduite en Guyane (Cayenne et St-Laurent du Maroni).....	33
2.2 Le recours aux soins des migrants : analyse d'une étude conduite dans le service d'urgence de l'hôpital de St-Laurent du Maroni	46
2.3 Les migrations pour soins : analyse de deux études conduites en population générale à Mayotte et en Guyane	56
3 Troisième partie : Discussion et perspectives	59
3.1 Les politiques de santé publique à destination des migrants au niveau international, en Europe et en France. Quelques pistes pour la Guyane.....	61
3.1.1 Les outils législatifs en faveur du droit à la santé des migrants.....	62
3.1.2 En Europe	64
3.1.3 En France	67
3.1.4 En Guyane.....	68
3.2 La santé et l'accès aux soins des personnes en situation irrégulière : aspects législatifs et politiques de santé publique en Europe, en France et en Guyane	70

3.3	Les migrations pour soins : une question éminemment politique : réflexion autour de la question de frontière	77
3.4	Les migrations pendulaires pour soins dans l'ouest guyanais : nécessité d'une approche spécifique	82
	Conclusion	86
	Bibliographie.....	87
	Publications effectuées dans le cadre de la thèse	97
	Annexes	98

Introduction

Les mouvements migratoires dans le Monde et en Europe croissent et se complexifient. Si les migrations sont aujourd'hui considérées comme inévitables et nécessaires [1], notamment pour les pays du Nord à la démographie vieillissante, elles impliquent de nombreux challenges pour les pays d'accueil. La santé fait partie de ces challenges, car élément essentiel du bien-être des migrants et de leur contribution dans les pays d'accueil [2].

Les liens entre migrations et santé sont complexes et dynamiques. La santé des migrants dépend de multiples facteurs, liés à leurs antécédents et conditions de vie dans leur pays d'origine, au processus de migration lui-même, et aux conditions de leur installation dans les pays d'accueil [3-4]. Et si la santé, ou la maladie et la recherche de soins, peuvent être tous deux des déterminants de la migration, à l'inverse, la migration peut affecter la santé de ceux qui émigrent [5].

Dans une première partie de ce travail, nous proposons une description des enjeux liés aux migrations internationales et une revue des connaissances sur les interrelations entre les migrations, la santé et le recours aux soins, dans le contexte international, européen puis français. Nous présentons ensuite une brève description du contexte guyanais, ses principaux courants migratoires, les caractéristiques récentes des populations immigrées, l'état des connaissances sur la question « migration, santé et soins » dans ce département ultramarin et nous poserons, enfin, la problématique développée dans cette thèse. La présentation de résultats d'enquêtes épidémiologiques que nous avons conduites en 2009 en Guyane dans le cadre d'un partenariat entre l'Agence Française de Développement et l'équipe de recherche sur les déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins (DS3) de l'UMRS 707 (INSERM-UPMC) constitue la seconde partie de cette thèse. La discussion sera largement consacrée à l'analyse des politiques de santé publique à destination des migrants, dans le Monde, en Europe et en France afin de dégager quelques pistes pour la Guyane. En effet, afin de comprendre les enjeux et l'écho que ces questions reçoivent en Guyane où la pression migratoire est particulièrement forte, il nous semblait important de les replacer dans le contexte français mais également mondial et plus particulièrement européen.

Cette thèse traite d'un sujet sensible et tout au long du travail sera présente la nature politique de la thématique. Elle aborde ces questions sous l'angle disciplinaire de l'épidémiologie. Plus particulièrement, il s'agit ici de l'aborder sous l'angle de l'épidémiologie sociale et, ainsi, d'examiner si notre système de santé respecte vis-à-vis des migrants un de ses principes fondateurs - celui de l'équité - et un de ses objectifs originels, récemment rappelé comme prioritaire : celui de la lutte contre les inégalités sociales de santé.

1 Première partie : Les interrelations entre migrations, santé et soins

1.1 Les migrations dans le monde, en Europe, en France et dans les DOM

1.1.1 Définitions

La migration est le déplacement d'une personne ou d'un groupe de personnes, soit entre pays (migrations internationales), soit dans un pays entre deux lieux situés sur son territoire (migrations internes). La notion de migration englobe tous les types de mouvements de population impliquant un changement du lieu de résidence habituelle, quelles que soient leur cause, leur composition, leur durée [6].

Au niveau international, il n'existe pas de définition universellement acceptée du terme « migrant ». Au sens de l'Organisation internationale des migrations (OIM), ce terme s'applique aux personnes se déplaçant vers un autre pays ou une autre région aux fins d'améliorer leurs conditions matérielles et sociales, leurs perspectives d'avenir ou celles de leur famille [6]. Le terme de migrant englobe de nombreuses situations, que l'on peut classer selon leur principale raison (migrants économiques, étudiants, réfugiés politiques, migrants environnementaux...), leur durée présumée de résidence (temporaire, permanente, intermittente), les circonstances de la migration (régulière ou « clandestine ») et selon la situation en regard du séjour à un moment donné, dans un territoire donné (migrant en situation régulière ou « légale » ou à l'inverse migrant en situation irrégulière ou « illégale » ou « sans papier »).

Cette thèse s'intéresse aux migrations internationales vers la Guyane. Le terme d'immigré sera préféré au terme de migrant. Il se définit selon le Haut Conseil à l'Intégration comme « une personne née étrangère à l'étranger et entrée en France en cette qualité en vue de s'établir en territoire français de façon durable » [7]. Cette définition ne caractérise toutefois pas l'ensemble des migrations vers la Guyane. En effet, outre ces migrations durables, d'autres types de migrations, plus ponctuelles, sont observées le long des frontières. Le terme de migrations pendulaires sera adopté pour ces types de migrations.

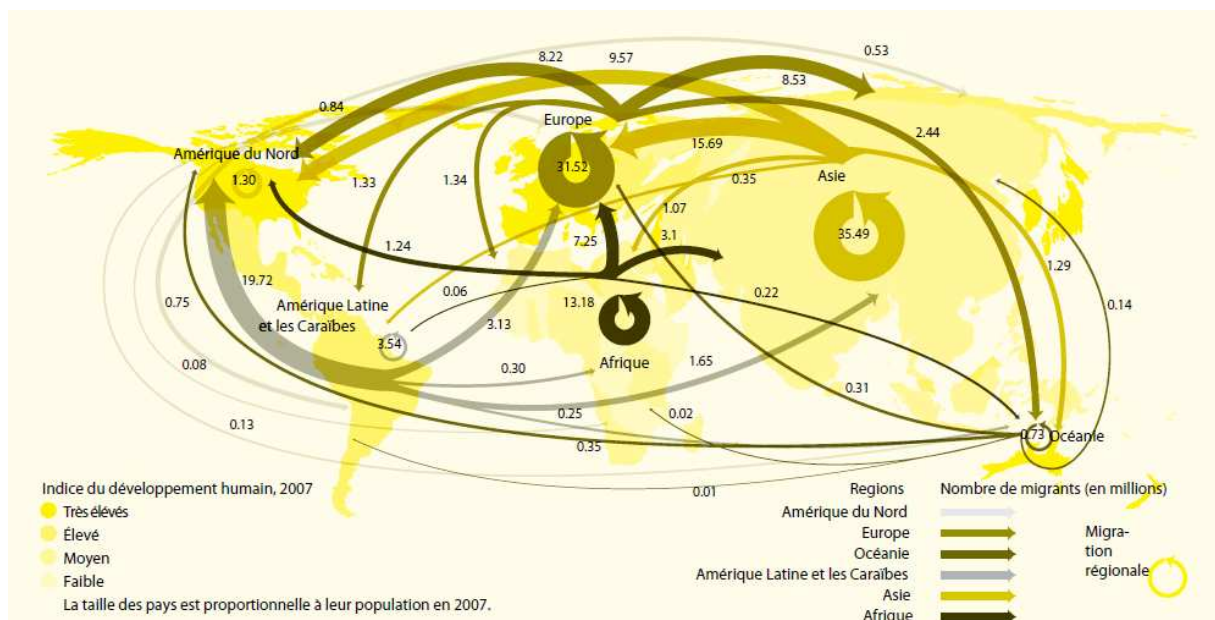
Un lexique des termes relatifs à la migration utilisés dans cette thèse, est présenté en Annexe.

1.1.2 Les migrations dans le monde

La migration des hommes n'est pas un nouveau phénomène mais il a changé significativement en ampleur et en nature depuis les trente dernières années avec l'essor de la mondialisation.

On recense en 2013 dans le monde, environ 240 millions de migrants internationaux, dont environ six sur dix résident dans les régions développées [8]. Rapporté à la population totale, les migrants internationaux représentent environ 3,2 % de la population mondiale en 2013, contre 2,9 % en 1990. Parmi ces migrants internationaux, seul un tiers s'est déplacé d'un pays en développement vers un pays développé, alors que les autres se sont déplacées d'un pays en développement vers un autre ou entre deux pays développés [9].

Figure 1 : Origine et destination des migrants vers 2000 : la majorité des mouvements sont internes aux régions



Source : PNUD 2009, à partir de la base de données de Migration DRC (2007)

A côté de ces migrations internationales, environ 740 millions de personnes sont des migrants internes [1]. Un milliard de la population de la planète est donc en mouvement, surtout à l'intérieur de son propre pays. Des estimations des différentes populations de migrants dans le Monde sont présentées dans le Tableau 1.

Tableau 2 : Estimation des différentes populations de migrants dans le Monde

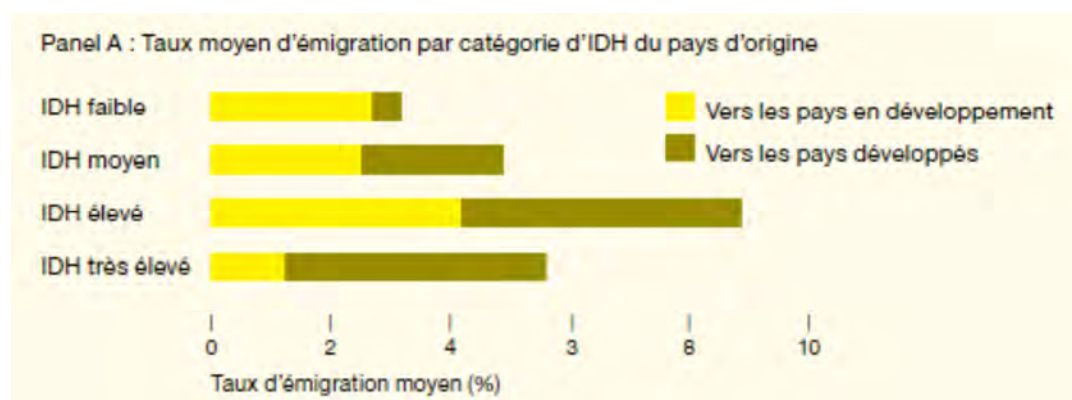
Catégorie de migrant	Estimation de population (stock)
Migrants internes	740 millions (2009)
Migrants internationaux	240 millions (2013)
Travailleurs migrants	100 millions (2010)
Etudiants internationaux	2,1 millions (2003)
Personnes déplacées à l'intérieur d'un même pays	51 millions (2007)
Réfugiés	15,2 millions (2009)
Demandeurs d'asile ou demandeurs du statut de réfugié	838 000 demandes en 2009
Voyageurs (tourisme ou affaire)	922 millions en 2008
Victimes de trafic humain	800 000 personnes par an (2006)

Source : WHO/IOM (2013). *Health of Migrants - The way forward. Report of a global consultation. Madrid, Spain, 3–5 March 2010.*

Les moteurs des migrations internationales sont multiples et évolutifs, déterminés par une relation dynamique entre décisions individuelles et contexte socio-économiques dans lequel elles sont prises. Les principales raisons structurelles de la mobilité des populations à travers le monde incluent : les tendances démographiques (vieillesse de la population des pays développés contrastant avec la jeunesse et la croissance de la population des pays en voie de développement), l'inégale répartition des richesses, les crises politiques, le changement climatique, les facilités de transport de masse. D'autres facteurs la limitent, telles que les politiques sécuritaires et protectionnistes de fermeture des frontières, notamment en Europe [10].

Bien qu'il existe de multiples moteurs de ces migrations internationales, la majorité des personnes choisissent d'émigrer vers des lieux où la vie leur paraît meilleure [11-12]. Plus des trois-quarts des migrants internationaux se rendent dans un pays dont le niveau de développement humain est plus élevé que celui de leur pays d'origine. Pourtant, dans le même temps, les habitants des pays pauvres sont les moins mobiles : par exemple, moins de 1 % des Africains ont émigré en Europe. L'histoire passée comme la situation actuelle montrent que développement et migration vont de pair : le taux d'émigration médian dans les pays à faible développement humain est inférieur à 4 %, contre plus de 8 % dans les pays à haut niveau de développement humain (Figure 2).

Figure 2 : Taux d'émigration par IDH et par revenu



Source : PNUD 2009, à partir de la base de données de Migration DRC (2007) et ONU (2009)

Le Rapport mondial sur le développement humain 2009 [1], montre que la migration peut améliorer le développement humain pour les personnes migrantes, pour les communautés d'accueil et pour celles de départ. Contrairement à ce qui est généralement admis, ce rapport indique que les migrants stimulent l'activité économique des pays d'accueil et donnent plus qu'ils ne reçoivent. De manière générale, l'impact des migrants sur les finances publiques (nationales et locales) reste relativement faible, tandis que les avantages qu'ils apportent dans d'autres domaines, tels que la diversité sociale et la capacité d'innovation, ont été largement démontrés.

Dans les pays d'origine, la migration a pour effet d'augmenter les revenus et de stimuler la consommation, ainsi que d'améliorer l'éducation et la santé. Son impact se fait également sentir plus largement au niveau culturel et social. La migration apporte généralement divers bénéfices, dont la forme la plus directe est l'argent envoyé à la famille proche. En effet, les transferts financiers des migrants vers les pays en développement jouent un rôle essentiel dans la réduction de la pauvreté et sont un enjeu majeur du financement de l'aide au développement. Ils ont atteint 351 milliards de dollars en 2011¹ et sont en augmentation, soit un montant 2,6 supérieur à celui de l'aide publique au développement (133,5 milliards de dollars en 2011²).

¹ Source : Banque mondiale

² Source OCDE

1.1.3 Les migrations en Europe

L'Union Européenne est une des régions les plus riches du monde. Densément peuplée et avec une pyramide démographique qui montre un vieillissement de la population, c'est également une région qui accueille un nombre important de migrants.

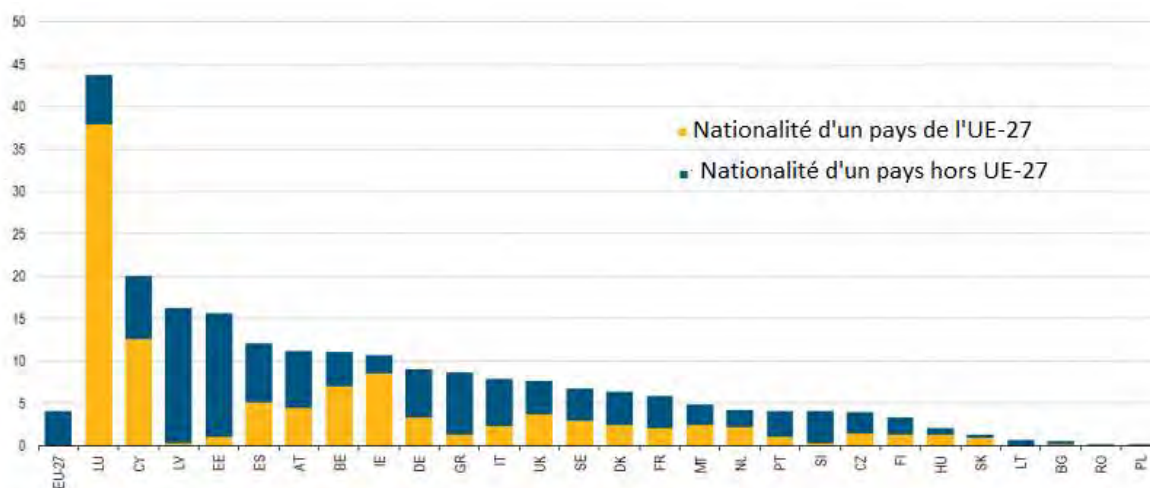
En 2012, dans l'Union Européenne (UE) des 27 pays membres, les personnes étrangères³ représentent 33 millions de personnes (soit 6,8% de la population totale de l'UE), qui se répartissent ainsi : 20,7 millions de personnes n'ayant pas la nationalité d'un des pays membres (soit 4,1% de la population totale des pays membres) et 13,6 millions d'européens (ayant la nationalité d'un des 27 pays membres de l'UE).

En terme de flux, on estime qu'en 2011, 3,2 millions de migrants sont entrés dans l'un ou l'autre des 27 pays de l'UE : 1,3 millions de personnes déjà résidentes dans l'un des 27 pays membre, et 1,7 millions de personnes venus de l'extérieur de l'UE. Parmi les migrants hors UE, 34,6% provenaient d'un pays à indice de développement élevé, 52,4% d'un pays à indice de développement moyen et seulement 6,3% (soit moins de 110 000 personnes) d'un pays à indice de développement bas⁴.

En nombre absolu, les pays qui accueillent le plus grand nombre d'immigrés sont l'Allemagne, la France, le Royaume Uni, l'Espagne et l'Italie.

En proportion de la population totale, le Luxembourg est le pays qui accueille la plus forte proportion de personnes nées à l'étranger (Figure 3).

Figure 3 : Proportion de personnes étrangères dans les 27 pays membres de l'UE, en 2012



Source : Eurostat.

³ Une personne étrangère est ici définie comme une personne ne possédant pas la nationalité du pays de résidence.

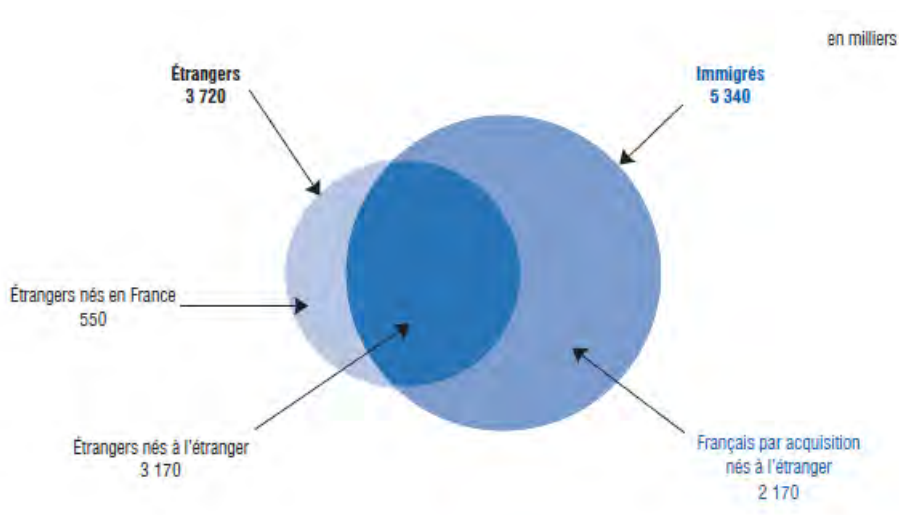
⁴ 3,6% provenaient d'un pays de l'association européenne de libre échange et 3,1% de pays candidats à intégrer l'UE

1.1.4 Les migrations en France et dans les DOM

Par sa situation géographique qui en fait un lieu de croisement des commerces et des populations, puis par son histoire d'ancienne puissance coloniale, la France est un pays d'immigration de longue date.

En 2008, selon la définition de l'INSEE (un immigré est une personne née étrangère à l'étranger), la France métropolitaine compte 5,3 millions d'immigrés, soit 8 % de la population. En 2008, quatre immigrés sur dix sont de nationalité française, acquise par naturalisation ou par mariage. Ils sont principalement originaires de l'Union européenne (34 %) et du Maghreb (29 %), puis d'Asie (14 %, dont près d'un tiers de la Turquie) et d'Afrique subsaharienne (13 %) [13].

Figure 4 : Etrangers et immigrés en France



Source : INSEE, Recensement de la population 2008, Exploitation principale

En France métropolitaine, la proportion d'immigrés est très variable selon les régions, elle varie en 2010 entre 2,7% et 17,6% (en Ile de France, la 2^{ème} région étant l'Alsace avec 10,4% d'immigrés).

Alors que la proportion d'immigrés reste relativement faible dans les autres DOM (4,2% en Guadeloupe, 2,2% en Martinique et 1,9% à la Réunion), la Guyane fait figure de cas unique avec une proportion d'immigrés de 29,2%.

Mayotte, devenue DOM et Région d'outre mer en 2011, présente également une forte proportion d'immigrés, supérieure à 40 % en 2011 [14].

1.2 Les interrelations entre migrations, santé et recours aux soins : état des connaissances

1.2.1 Approche historique des liens entre migration, santé et soins

La question des liens entre migrations et santé s'est construite initialement autour du risque épidémique que les migrants feraient courir aux populations des pays d'accueil [15]. Les politiques en matière de migration et santé ont surtout été des mesures visant à protéger les populations d'accueil vis-à-vis de risques infectieux (tuberculose, lèpre, syphilis...), à travers des politiques d'exclusion (des mesures historiques de quarantaine [16] aux dispositions modernes de contrôle aux frontières ou de dépistages dans les pays d'accueil [17-18]).

Après la seconde guerre mondiale, les migrations sont surtout des migrations de travailleurs pour l'industrialisation fordiste en Europe. L'attention politique et scientifique portée aux migrants démarre dans les années 1970 et 1980 : crise économique, regroupement familial, augmentation du chômage... les migrants s'installent avec leur famille et posent un certain nombre de challenges pour les systèmes scolaires, les systèmes de sécurité sociale et les systèmes de santé [19].

Des travaux de chercheurs anglo-saxons ont mis en évidence, dans les années 1980, que les migrants présenteraient des états de santé meilleurs que ceux de la population d'accueil [20]. Ce phénomène, appelé le « *healthy migrant effect* » [21-25], peut être attribué à plusieurs facteurs. Le premier, et le plus communément admis, est lié au fait que les candidats à la migration présenteraient un meilleur état de santé au départ. En effet, les migrations concernent majoritairement des personnes à la recherche de meilleures conditions de vie et de travail et ayant la motivation et les ressources, notamment physiques et mentales, pour affronter les multiples difficultés liées à la migration. Un second processus de sélection, qualifié dans la littérature de « biais du saumon » (« *salmon bias* ») a ensuite été proposé pour expliquer les différences de santé en faveur des immigrants [26]. Ce processus suppose un retour au pays d'origine des immigrants vieillissants, au moment de leur retraite ou lorsqu'ils sont gravement malades ou en fin de vie. Cet effet de sélection pourrait enfin être une conséquence des politiques migratoires qui ont imposé, ces dernières décennies, des critères de plus en plus sélectifs à l'immigration.

Depuis les années 1990, de nombreuses études et rapports internationaux montrent qu'une fois arrivés dans les pays hôte, les migrants doivent affronter de nombreux obstacles pour se maintenir en bonne santé et que leur avantage sanitaire initial tend à se dissiper au fil du temps [4, 27-30]. Plusieurs raisons sont avancées pour expliquer cela. Tout d'abord les migrants connaissent

généralement des conditions socioéconomiques plus précaires dans les pays d'accueil (des conditions de travail plus pénibles, des taux de chômage plus élevés, des conditions de logement moins bonnes, des niveaux de rémunération plus faibles...). Ils sont plus souvent sujets à l'isolement et à la perte de leur réseau social, qui sont des facteurs que l'on sait associés à une dégradation de l'état de santé [31]. Leur accessibilité aux services de santé et de soins est également plus difficile (du fait de barrières linguistiques et culturelles, d'une moindre connaissance des systèmes de santé, de difficultés d'accès à une couverture maladie...) [32]. Enfin on peut citer des phénomènes de discriminations et de xénophobie à l'encontre des étrangers dans les pays d'accueil – y compris lors de la fréquentation de services de santé - qui peuvent là encore affecter leur santé [33-38].

En termes de morbidité, une revue de la littérature en Europe [39-40], retrouve, compte tenu des données disponibles dans les pays européens, que les migrants semblent plus vulnérables pour certaines maladies infectieuses (notamment la tuberculose [41], le VIH [42] et les hépatites). Cela s'explique par certains facteurs de risque et profils de maladies dans leur pays d'origine (ex : plus forte prévalence des maladies infectieuses). Les migrants semblent également plus à risque d'accidents et de maladies professionnelles. Ils ont tendance à être surreprésentés dans des emplois peu qualifiés, temporaires et à risque, ce qui en résulte des taux plus élevés d'accidents professionnels [43-44]. En ce qui concerne la santé mentale, certains groupes de migrants semblent plus à risques de problèmes de santé mentale (les demandeurs d'asile, les réfugiés, les personnes en situation irrégulière), ce qui peut s'expliquer par des facteurs de stress ou des épisodes de violence, ayant pu être vécus dans leur pays d'origine, à diverses étapes de la migration ou dans le pays d'accueil [45]. En matière de pathologies non infectieuses, les migrants semblent avoir un moindre risque de cancer, ce moindre risque a toutefois tendance à converger vers celui des populations d'accueil avec le temps [46-48]. Certains groupes de migrants semblent néanmoins plus à risque de cancers liés à des agents infectieux (estomac, nasopharynx, foie, col de l'utérus, sarcome de Kaposi, et certains lymphomes) [49]. En ce qui concerne les pathologies cardio-vasculaires, les études ne sont pas concordantes, car il pourrait exister des différences entre les groupes de migrants. Les taux de mortalité et l'incidence de l'AVC sont par exemple plus élevés pour les migrants d'origine africaine (attribuée à des taux d'HTA, de diabète et de surpoids plus élevés) [50-51]. A l'inverse on observe des taux plus faibles de pathologies coronariennes parmi les populations d'origine africaine (liées à des profils lipidiques, et des habitudes alimentaires plus favorables, et à une moindre consommation de tabac) [50]. En général, on observe également des taux d'incidence, de prévalence et de mortalité plus élevés pour le diabète, en particulier pour les migrants originaires d'Afrique du Nord, de la Caraïbes, de l'Asie du Sud et des pays en voie de développement [52], ce qui peut être attribué à l'urbanisation croissante, des facteurs génétiques, des changements d'habitudes alimentaires ou

d'activité physique [53], des changements de statut socio-économique [52], et à un moindre contrôle médical. L'obésité est également plus fréquente chez les migrants originaires de pays en voie de développement, car ceux-ci tendent à abandonner leurs habitudes alimentaires traditionnelles et adopter une alimentation occidentales, riche en graisse et un mode de vie plus sédentaire, que ce soit chez les adultes [54] ou les enfants [55]. Les migrants sont également plus à risque de problèmes de santé maternelle et infantile, avec des taux de mortalité périnatale et infantile plus élevés, en partie liés à des taux plus élevés de prématurité [56-57] et à un moindre recours aux soins ou à des soins disponibles de moindre qualité [58-59]. Les méta-analyses et revues de la littérature montrent toutefois des résultats contradictoires [56, 60]. Mais les études s'accordent sur un point : la grande vulnérabilité des femmes en situation irrégulière [61-64].

Depuis les années 1990 et surtout les années 2000, les travaux de recherche se sont développés dans la littérature internationale, prenant en compte le poids des déterminants sociaux de santé, des inégalités sociales de santé et de l'impact des politiques de santé et d'accès aux soins à destination des migrants dans les pays d'accueil.

Toutefois, les études publiées sur se sont surtout focalisés sur les facteurs socio-économiques ou psychosociaux dans les pays d'accueil et ont eu tendance à ignorer le rôle propre de la migration [40]. D'autres recherches ont plaidé pour intégrer la migration elle-même comme déterminant de la santé [3-4, 15, 65-66].

Nous détaillerons cette dernière approche dans le paragraphe suivant.

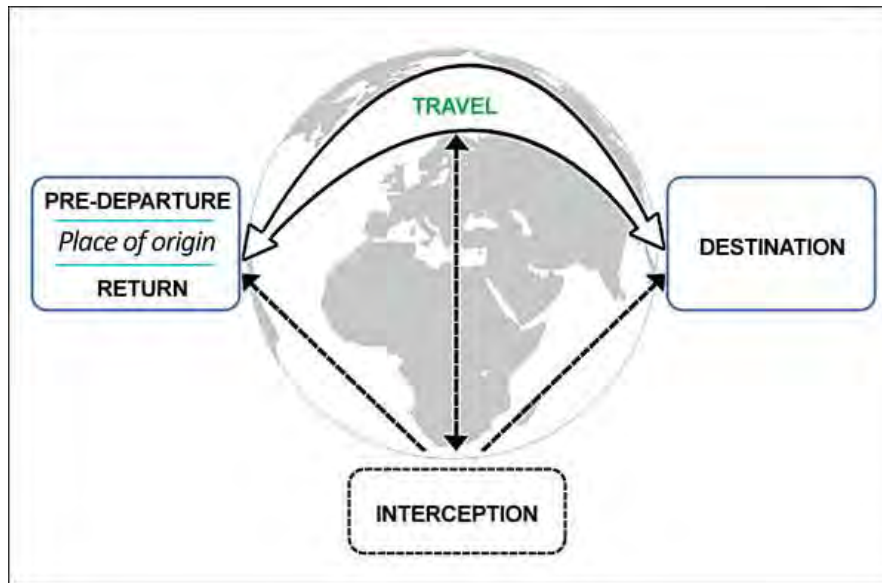
1.2.2 Une approche sur les trajectoires migratoires

En parallèle de cet intérêt croissant pour la santé des migrants au niveau international, se pose le constat d'une diversification et d'une complexification des mouvements migratoires. Dans la littérature récente, la migration n'est plus considérée comme le mouvement d'un point A à un point B mais comme un phénomène complexe, parfois cyclique, et comprenant plusieurs phases [65, 67-68].

Zimmerman *et al.* [65] proposent un modèle décrivant le processus de migration en 5 étapes (Figure 5): avant le départ, le voyage, la destination, l'interception et le retour ; chacune de ces phases pouvant interférer avec la santé de l'individu migrant. Ce modèle met en lumière la nature cumulative des risques pour la santé et les opportunités en matière d'intervention qui ne se

limitent pas seulement aux pays d'accueils. Ces phases ainsi que les liens avec la santé et le recours aux soins sont détaillées.

Figure 5 : Modèle des migrations en 5 étapes.



Source : Zimmerman C, Kiss L, Hossain M (2011) Migration and Health: A Framework for 21st Century Policy-Making. *PLoS Med* 8(5).

Les conditions pré-migratoires :

Cette phase comprend la période avant que l'individu ne quitte son pays d'origine. Certaines caractéristiques des migrants avant leur départ, dans leur pays d'origine, peuvent continuer d'affecter leur santé (de manière positive ou négative), même longtemps après leur arrivée dans le pays d'accueil [69]. Ces facteurs peuvent être présentés ainsi :

- les caractéristiques individuelles (biologiques, génétiques, socio-économiques et culturelles),
- les prévalences de maladies chroniques ou de maladies infectieuses dans le pays d'origine
- les facteurs environnementaux (ex : conditions climatiques, facteurs nutritionnels...)
- les facteurs politiques (ex : violation des droits humains, violences)
- les politiques de santé, de prévention, et d'accès aux soins

Selon Gushulak *et al.* [15], les écarts observés au niveau individuel au sein d'un pays entre migrants et population hôte, en termes de prévalences de pathologies (infectieuses ou non), sont le reflet des

disparités et des inégalités de santé entre pays d'origine et pays d'accueil. Boulogne *et al.* [70] montrent une association claire entre l'Indice de Développement Humain et les taux de mortalité observés en France parmi la population migrante. Il montre que les taux de mortalité observés chez les migrants, sont en partie liés au niveau d'éducation, sanitaire et économique du pays d'origine. Selon ces auteurs, des approches populationnelles, globales et intégrées de politiques de santé à destination des migrants doivent être développées.

La phase de voyage :

Il s'agit de la période pendant laquelle l'individu est entre son lieu d'origine et sa destination. Cette phase peut inclure de multiples lieux de « transit » où l'individu s'arrête pour de courtes ou de longues périodes. D'un point de vue global de santé publique, des pathogènes peuvent être transportés et peuvent être à l'origine de changements dans l'épidémiologie locale et internationale des maladies transmissibles [71].

Certains migrants, notamment ceux en situation irrégulière, peuvent lors de cette phase être victime de différents traumatismes : mode de transports précaires (bateaux de fortune, containers fermés), actes criminels (kidnapping, violence sexuelle chez les enfants et les femmes par exemple) [17].

L'installation dans le pays de destination :

Cette phase correspond à la période où l'individu s'installe temporairement ou sur le long terme dans son pays de destination. Comme nous l'avons vu précédemment, la plupart des recherches se sont focalisées sur cette phase, en décrivant l'impact des déterminants sociaux dans les pays d'accueil (conditions de logement, de vie et de travail, environnement social et physique, statut juridique, discriminations), des politiques d'inclusion ou d'exclusion, et des politiques de santé et d'accès aux soins à destination des migrants dans les pays d'accueil.

L'interception :

Cette phase ne concerne qu'un petit groupe - mais particulièrement à risque - des migrants (demandeurs d'asiles, réfugiés, personnes déplacées, personnes victimes de trafic, ou immigrés en

situation irrégulière). Depuis le début des années 1990, tous les États membres de l'Union européenne (UE) ont développé des dispositifs législatifs, administratifs et politiques destinés à accueillir, trier, contrôler et renvoyer les étrangers, qui se matérialisent notamment par l'installation de centres ou de camps dédiés [72]. Le nombre de ces lieux de regroupement d'étrangers ne cesse d'augmenter, ainsi que les durées de détention des migrants. En 2012, la capacité totale connue – soit pour les deux tiers des camps au sein de l'UE – est d'environ 37 000 places [72]. Ces pratiques contemporaines répressives d'internement et de logement contraints, ont souvent des effets délétères sur la santé mentale et physique des migrants [73-74]. Il existe une claire association entre la durée de détention et la sévérité des troubles mentaux des personnes concernées [73-74]. Ces camps, souvent difficilement accessibles, sont également, parfois, le lieu de dérives, d'abus et de violation des droits humains [72, 75].

Le retour au pays d'origine :

Cette phase éventuelle correspond au retour de l'individu dans son pays d'origine, temporairement ou définitivement. Comme la phase de départ, elle peut être à l'origine d'introduction de pathogènes. Si pour certains migrants, le retour au pays d'accueil s'accompagne d'un niveau de vie et d'un accès aux soins meilleurs pour eux et leur familles, d'autres à l'inverse ne trouveront pas les soins adaptés à leur retour dans leur pays d'origine [76].

1.2.3 La santé et la maladie : des déterminants de la migration ?

Comme nous l'avons vu précédemment, les recherches suggèrent que ce sont plus volontiers les individus les mieux portants qui émigrent [20-21, 23-24, 77]. A l'inverse, des malades qui ne trouvent pas de soins adaptés dans leur pays peuvent vouloir émigrer (temporairement ou définitivement) dans un pays où ceux-ci sont disponibles.

En France, et plus largement en Europe, cette question de « l'immigration pour soins » est une question récurrente dans le débat public, où elle fait écho à bien des préjugés et des instrumentalisation politiques. L'immigration de personnes contagieuses [78], le coût de la prise en charge de ces malades et les risques « d'appel d'air » sont régulièrement utilisés par certains acteurs politiques pour tenter de légitimer les restrictions des droits en matière de santé accordés aux étrangers [79]. Pourtant dans la littérature scientifique internationale, la question de ces migrations pour soins n'est que très rarement abordée. Nous reviendrons sur cette question.

Cette question renvoie également à un tout autre phénomène, le tourisme médical (« *medical tourism* »), qui fait lui, l'objet d'une particulière attention au niveau international [80-82]. Il se réfère aux situations où un individu prend la décision de voyager dans un autre pays dans le but d'obtenir des soins qui lui seront facturés (pris ou non en charge par son assurance maladie) [81]. Ce phénomène est en pleine expansion, principalement sur un axe Nord-Sud (Asie, Moyen-Orient, Amérique du sud) mais également Nord-Nord (Europe). Cette expansion est le fait de plusieurs facteurs : le développement technologique des pays émergents, des coûts du travail qui y restent plus faibles, la popularisation des moyens de transport, une demande globale de soins croissante, et l'essor d'un secteur très lucratif.

1.3 Santé et recours aux soins des migrants en France

Les études épidémiologiques conduites en France sur la santé et le recours aux soins des immigrés sont globalement peu nombreuses dans la mesure où la caractérisation des personnes selon leur origine ou leur nationalité demeure un sujet sensible en France [83-84].

Cependant dès les années 1980, la santé des immigrés a émergé comme objet de recherche démographique en France. Des travaux pionniers sur les disparités de mortalité entre la population de nationalité française et la population étrangère [85-86] ont mis à jour une moindre mortalité des étrangers en France comparativement aux hommes et aux femmes de nationalité française à âge et catégorie socioprofessionnelles identiques. Ce constat a, par la suite, été confirmé par les résultats d'autres études dans les années 1990 [87-89]. D'autres travaux, conduits à cette époque, ont mis également en évidence une moindre morbidité des personnes migrantes [90-91], expliquée notamment par des différences d'habitudes alimentaires des personnes originaires du Maghreb et une moindre consommation d'alcool et de tabac [92].

Depuis les années 2000, les enquêtes de santé en population générale se sont enrichies d'informations permettant d'identifier les migrants (notamment le pays de naissance des enquêtés) ce qui a considérablement fait progresser l'état des connaissances épidémiologiques. Ces études apportent toutefois des résultats contradictoires par rapport aux précédentes en suggérant un moins bon état de santé de la population immigrée. Ces résultats peuvent s'interpréter comme une dégradation de l'état de santé des immigrés mais peuvent également être attribués à une modification des flux migratoires (l'immigration motivée par l'emploi est remplacée par le regroupement familial et l'asile politique). Il est, par ailleurs, envisageable que la définition d'un

immigré ne soit pas complètement comparable entre les différentes études ou entre les différentes périodes d'une même enquête. Enfin, l'incohérence des résultats à travers les études peut s'expliquer par la variété des indicateurs de santé utilisés. Les premières études s'appuient sur des indicateurs objectifs de santé tels que la mortalité ou la prévalence de certaines maladies alors que les derniers travaux sont basés sur des indicateurs plus subjectifs tels que la santé perçue.

L'enquête « Passage à la retraite des immigrés » (CNAV, 2003) indique que, quels que soient leur âge et leur sexe, l'état de santé subjectif des immigrés est plus dégradé que celui de l'ensemble de la population [93]. L'enquête « Histoire de vie » (INSEE, 2003) montre que l'état de santé des immigrés tend à se détériorer à mesure que leur durée de résidence s'accroît sur le territoire français [94]. L'exploitation de l'Enquête décennale santé (INSEE, 2002-2003) confirme le moins bon état de santé perçu des immigrés (qu'ils soient étrangers ou naturalisés) ; et ce après ajustement sur leurs caractéristiques démographiques et leurs conditions socio-économiques [95]. L'Enquête Santé Protection Sociale (IRDES, 2000 et 2002) montre que, quels que soient l'âge et le sexe, l'état de santé des étrangers est plus altéré que celui de l'ensemble des Français en termes de santé subjective et de déclaration de maladie chronique [96]. La comparaison avec les enquêtes conduites en 1980 puis 1991, indique que les étrangers déclaraient, à ces deux dernières périodes, moins de maladies chroniques que l'ensemble des Français.

Quelques travaux mettent en évidence la diversité des situations en matière de santé selon le pays d'origine [97]. Les résultats de l'enquête « Passage à la retraite des immigrés » (CNAV, 2003) indiquent que les hommes originaires d'Afrique du Sud ou d'Asie et les femmes originaires d'Europe du Nord, d'Afrique du Sud ou d'Asie bénéficient d'un meilleur état de santé que les personnes originaires d'Europe de l'Est [93]. Selon les résultats de l'enquête « Histoire de vie » (INSEE, 2003), les hommes immigrés nés en Europe souffrent plus souvent de limitations d'activité que les hommes nés en France de deux parents français, alors que les immigrés originaires des pays non européens en souffrent moins souvent, que l'on prenne en compte ou non leur statut social [15]. Les résultats de l'Enquête décennale santé [17] indiquent que les personnes originaires d'Europe du Sud et du Maghreb présentent un état de santé plus dégradé que la population française après ajustement sur le statut économique et social. Ces conclusions sont par ailleurs confirmées par les résultats de l'Enquête Santé Protection Sociale qui montrent le moins bon état de santé perçu des femmes immigrées originaires d'Europe du Sud et d'Afrique du Nord [19]. Au-delà des habitudes culturelles et d'hygiène de vie propres au pays d'origine, la diversité de l'état de santé des immigrés selon le pays d'origine peut également être le résultat d'un effet à long terme des caractéristiques économiques du pays d'origine.

L'enquête Trajectoires et Origines (INED, 2008) décrit et analyse les conditions de vie et les trajectoires sociales des individus en fonction de leurs origines sociales et de leur lien à la migration. Elle s'interroge sur l'importance et l'impact des expériences de discrimination sur les parcours des individus [98]. Cette étude confirme l'effet de sélection par la bonne santé des candidats à la migration, pour l'ensemble des migrants et en particulier pour ceux originaires d'Afrique subsaharienne. Toutefois, cette meilleure santé à l'arrivée se vérifie surtout pour la population masculine arrivée dans les cinq dernières années précédant l'enquête et pour ceux arrivés à un âge jeune (avant 10 ans) plutôt qu'à l'âge adulte. L'étude corrobore également l'effet délétère des conditions de vie en France sur la santé des migrants, lié à des conditions de travail et de vie plus difficiles, mais également une perte au fil du temps de l'effet protecteur d'habitudes alimentaires du pays d'origine moins néfastes pour la santé et de plus faibles comportements à risque (alcool, tabac). Un autre constat consolidé par les données de cette enquête concerne le moindre recours aux soins des immigrés, notamment des immigrés ayant besoin de soins, en particulier chez les hommes.

En matière de recours aux soins, plusieurs études constatent un moindre recours aux professionnels de santé de la population immigrée [93, 98-99] mais également un taux plus important de renoncement aux soins [98, 100].

En matière de prévention, des disparités sont également retrouvées dans les études : moindre recours au frottis cervico-vaginal chez les femmes étrangères [101], moindre recours au dépistage du cancer du sein [102], dépistage plus tardif du VIH [103-104].

Enfin d'autres travaux en France, plus rares, concernent les disparités de santé ou de recours aux soins résultant de phénomènes de stigmatisation ou de discriminations dans l'accès aux soins [37, 105]. Les travaux d'E. Carde, montrent l'existence de discrimination selon les origines, c'est-à-dire de pratiques différentielles, défavorables et illégitimes qui entravent l'accès aux soins de certains, notamment des minorités ethniques et/ou des étrangers [37]. L'auteur distingue trois types de processus discriminatoires. Les deux premiers se fondent sur la perception, par le professionnel, d'une différence d'origine chez l'utilisateur (« délégitimation » et « différenciation »). Le troisième résulte de logiques institutionnelles indépendantes de l'intentionnalité des professionnels (discriminations indirectes) [37].

1.4 Migration, santé et soins en Guyane : état des connaissances

Dans ce chapitre, nous développerons quelques caractéristiques de la Guyane, ses principaux courants migratoires, les caractéristiques récentes des populations immigrées, l'état des connaissances sur la question « migration, santé et soins » dans ce département ultramarin et nous poserons, enfin, la problématique développée dans cette thèse.

1.4.1 Une brève présentation de la Guyane

La Guyane est un département et une région d'outre-mer (DROM) français d'Amérique du Sud. Elle est également région ultrapériphérique de l'Europe (RUP) depuis 1999.

Entre le Surinam à l'ouest et le Brésil au sud et à l'est, la Guyane s'étend sur 84 000 km², ce qui en fait la plus vaste région de France. Avec une population estimée en janvier 2010 à 229 000 habitants [106], c'est aussi la région moins peuplée, avec trois habitants par km² (la densité moyenne en France est autour de 100 habitants par km²). Les neuf dixièmes de la population se concentrent sur la bande côtière qui longe l'océan Atlantique sur 350 km. À l'ouest, le fleuve Maroni, et à l'est, l'Oyapock, sont les frontières naturelles de ce territoire inséré dans le plateau des Guyanes. Au sud, la forêt amazonienne rend la pénétration du territoire difficile, seulement possible par cours d'eau.

La Guyane connaît une croissance démographique dynamique. Avec une croissance annuelle moyenne de la population de 3,1 %, la Guyane serait peuplée de 574 000 habitants à l'horizon 2040 [107].

L'économie guyanaise se caractérise par une faible compétitivité, une forte dépendance et une balance commerciale lourdement déficitaire. Elle exporte peu et son économie est largement dépendante des transferts publics. L'activité est essentiellement tournée vers les services et la sphère publique a un poids prépondérant dans l'activité économique guyanaise. Le taux de chômage s'élevait à 21 % de la population active en 2011.

1.4.2 Les migrations en Guyane

La Guyane, terre d'immigration

La Guyane est une terre d'immigration et son histoire est marquée par la succession de multiples vagues migratoires (Figure 6).

Les premiers Européens accostent en Guyane au début du XVI^{ème} siècle et la colonie devient française en 1604. Se succèdent plusieurs tentatives de peuplement, qui se soldent par des échecs : la traite des esclaves (1670-1848), « l'expédition de Kourou » (1763-1765), le bagne (1852-1938). La Guyane acquiert alors sa réputation « d'enfer vert ».

La première vague d'immigration « spontanée » est la ruée vers l'or (1880-1930). Ces migrants sont surtout des Créoles issus des Antilles (Guadeloupe, Martinique, Dominique, et surtout Sainte-Lucie). Après avoir été une colonie française pendant presque 350 ans, la Guyane devient, en 1946, un département d'outre-mer. On observe alors une relance de l'immigration en provenance de la France métropolitaine et des Antilles françaises. Surtout, la Guyane attire une importante main-d'œuvre étrangère suite à l'implantation du Centre Spatial Guyanais, en 1962, et au lancement de grands travaux.

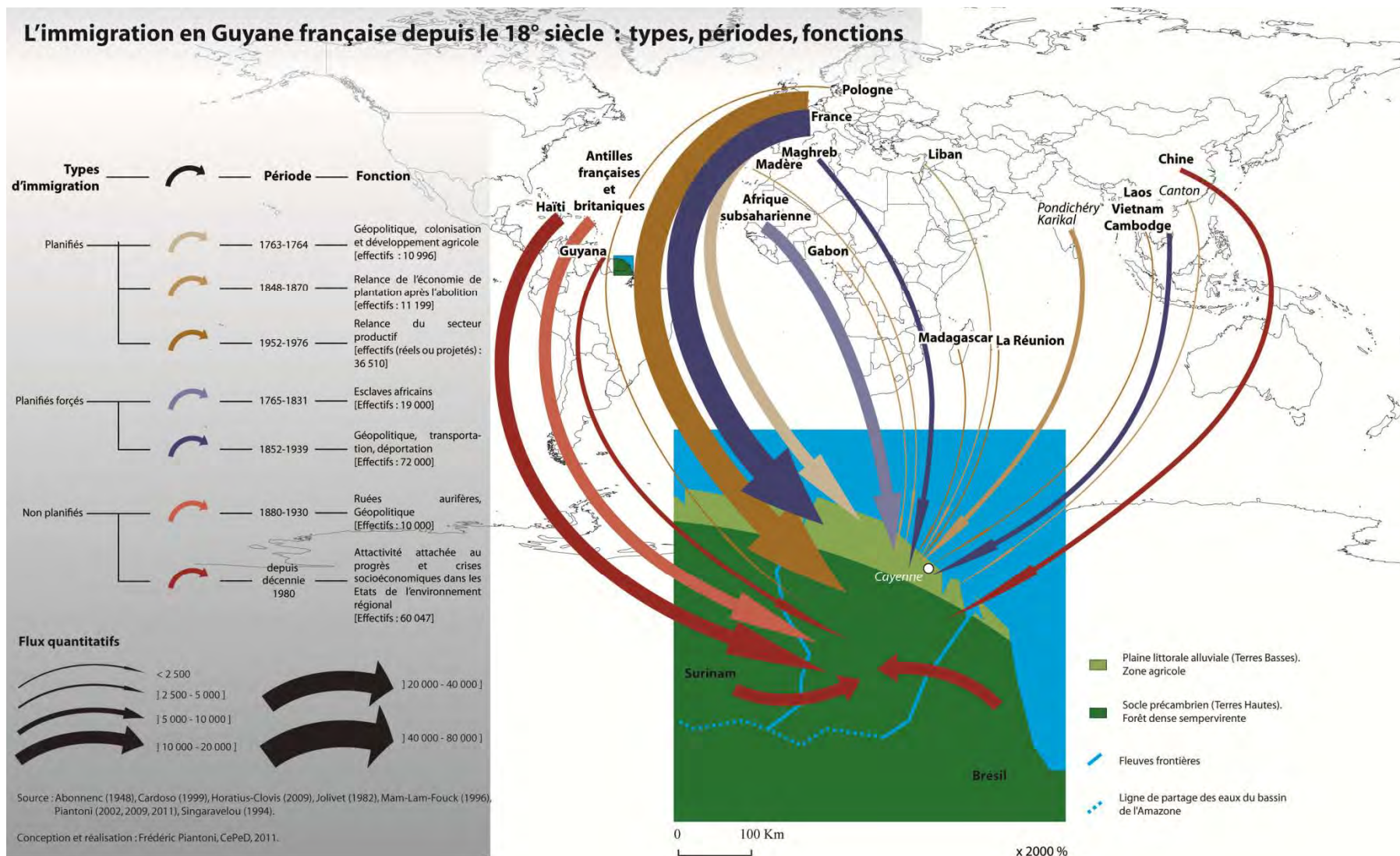
Puis se superposent de nouvelles migrations « forcées » : Noirs Marrons et Amérindiens chassés par la guerre civile au Suriname (1986-1992), migrants fuyant les difficultés économiques et politiques de leurs pays (Haïti, Guyana). Alors que le chômage s'installe, les flux migratoires semblent toujours vigoureux.

Description des principaux mouvements migratoires de la seconde moitié du 20ème siècle : Haïti, Brésil et Surinam

L'immigration des Haïtiens, fuyant les difficultés économiques et politiques de leur pays (le plus pauvre d'Amérique), a débuté au milieu des années 1970. Elle fut particulièrement forte dans les années 1980. La politique de regroupement familial a permis un rebond de cette immigration entre 1990 et 1999. Toutefois la décision d'émigrer vers la Guyane apparaît bien souvent après l'échec de démarches vers d'autres pays.

L'immigration brésilienne est d'abord une immigration de main d'œuvre, majoritairement issue des états fédéraux frontaliers (Amapá et Pará) et motivée par le décalage du niveau de vie entre les deux pays frontaliers. La croissance de la population brésilienne en Guyane est aujourd'hui corrélée à la reprise de l'activité aurifère depuis le milieu des années 1990.

Figure 6: Les mouvements migratoires en Guyane depuis le 18^{ème} siècle

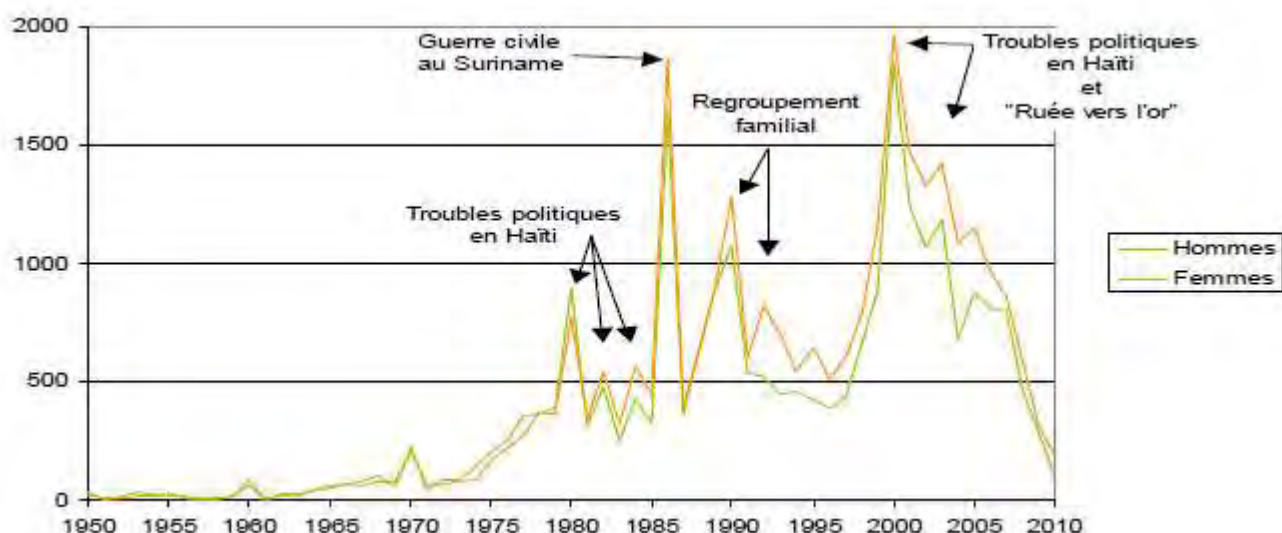


Source : Frédérique PIANTONI (Conception et Réalisation), CePeD, 2011

L'immigration surinamaïse se différencie des deux précédentes. Une faible émigration est enregistrée dès le début des années 1980 (instabilité politique et crise économique au Surinam) mais la Guyane n'est pas, alors, un espace attractif pour les migrations économiques surinamaïses qui optaient préférentiellement pour la Hollande. Les flux majeurs sont constitués par les migrations forcées, touchant essentiellement les communautés de Marrons entre 1986 et 1992 (guerre civile au Surinam) dans le bassin frontalier du Maroni.

A côté de ces grands courants migratoires récents, d'autres mouvements migratoires de moindre ampleur se superposent : d'Asie (Laos, Chine...), d'Amérique du Sud (Guyana, Pérou...), de la région Caraïbes (République Dominicaine, Ste-Lucie...), ou d'Afrique et du Moyen-Orient.

Figure 7 : Année d'arrivée en Guyane selon le sexe des immigrés en 2009

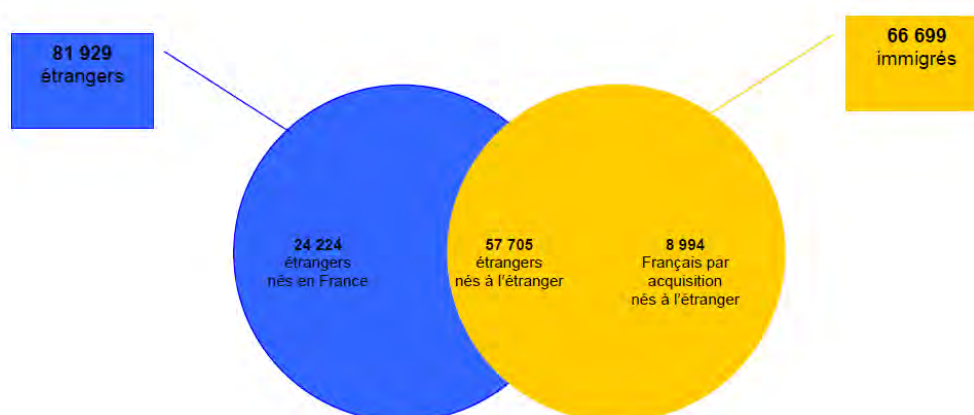


Source : INSEE – Recensement annuel de la population 2009

Panorama de la population immigrée en Guyane en 2009

En 2009, on dénombre 81 900 étrangers et 66 700 immigrés en Guyane [108]. Les immigrés représentent 29,7% de la population (ils représentaient déjà 30,4% de la population en 1990). La croissance de la population immigrée est actuellement plus rapide que celle de la population totale (4,8% par an, versus 3,6% par an).

Figure 8 : Etrangers et immigrés en Guyane en 2009



Source : INSEE, Recensement de la population 2009

Plus de la moitié des immigrés sont des femmes (53%). Cette proportion n'a cessé de croître passant de 46 % en 1990 à 53 % en 2009.

La moyenne d'âge des immigrés est nettement supérieure à celle de l'ensemble de la population : elle est de 34,8 ans contre 23 ans. Il y a proportionnellement plus de personnes aux âges actifs : sept immigrés sur dix ont entre 15 et 64 ans, contre quatre personnes sur dix dans la population régionale.

En 2009, 85% des immigrés sont natifs du Surinam (33%), d'Haïti (28%) ou du Brésil (24%).

La population immigrée compte une grande proportion de personnes sans diplôme. Elles sont plus touchées par le chômage, et, quand elles travaillent, elles occupent plus souvent des emplois précaires ou peu qualifiés. En 2009, les trois quarts des immigrés n'ont aucun diplôme, et moins de 4 % sont diplômés du supérieur (contre respectivement 52% et 13% de l'ensemble de la population guyanaise). En 2011, le taux de chômage des immigrés s'élève à 33 %, contre 21 % de la population régionale. Cette moyenne recouvre de fortes disparités : chez les actifs immigrés, le chômage touche 25 % des hommes et 42 % des femmes. L'insertion sur le marché du travail varie également selon le pays d'origine : 4 % seulement des personnes natives de Chine sont concernées, alors que près de six natifs du Surinam sur dix sont sans emploi, faisant de cette communauté la plus touchée par le chômage.

L'enquête « Migrations, familles et vieillissement » permet une connaissance approfondie des caractéristiques, trajectoires et projets de vie de toutes les personnes qui ne sont pas natives de Guyane (y compris les migrants natifs de métropole et des autres DOM) [109]. Cette enquête conduite auprès d'hommes et de femmes de 18 à 79 ans, au sein d'un échantillon représentatif de 4 000 ménages en Guyane apporte un éclairage supplémentaire par rapport aux données du Recensement général de la population conduit par l'INSEE. L'étude montre que la majorité de ces immigrants est installée de longue date en Guyane : près de quatre sur dix y résident depuis plus de 20 ans (39,1 %). Cette part s'élève à 43,7 % parmi les natifs du Surinam. Par ailleurs, plus de sept personnes sur dix nées en Guyane (73,3 %) sont, à une ou deux générations près, des descendants d'immigrants. En comparaison, la proportion est d'à peine 18 % dans les autres DOM.

Pour la plupart de ces immigrants, la venue en Guyane a constitué la première expérience migratoire. Ils s'y sont installés directement après avoir quitté leur pays ou région d'origine. Les motifs de la venue en Guyane comme les conditions d'installation diffèrent selon l'origine. Pour les natifs d'Haïti et d'Amérique du Sud, les premières raisons évoquées sont la recherche d'un emploi et le souhait de rejoindre un membre de la famille, alors que, pour les métropolitains, prédominent la mutation professionnelle et l'occupation d'un emploi. S'agissant des conditions d'installation, le contraste le plus net oppose, là encore, la situation des métropolitains à celle des Haïtiens. Si en majorité (52,6 %) les premiers occupent leur propre logement ou sont logés par leur employeur dès leur arrivée, aucun Haïtien ou presque ne bénéficie de tels avantages. A l'égal des autres étrangers, ils comptent avant tout sur la solidarité familiale ou communautaire. A ces conditions sociales d'installation, s'ajoutent pour les étrangers les règles qui régissent leur droit à la résidence. En 2010, plus de 25 % d'entre eux ont déclaré n'avoir jamais obtenu de titre de séjour depuis leur arrivée ; ce taux s'élève à plus de quatre sur dix pour les Surinamiens.

Si une forte part des immigrants (48,3%) reconnaît avoir rencontré des difficultés depuis leur arrivée, ils ne sont qu'une infime minorité à émettre un jugement négatif sur leur séjour (1,5%). La plupart se disent satisfaits de leur vie en Guyane. Six sur dix l'estiment clairement « positive », la proportion atteint les neuf sur dix si on y ajoute ceux qui la considèrent « plutôt positive » (33,8%). Sur ce point, ce sont les Haïtiens et les Brésiliens (94 % et 98 %) qui paraissent les plus satisfaits. Cette appréciation s'accorde bien avec leur choix pour l'avenir : un immigrant sur deux tient la Guyane pour sa terre d'adoption et considère son installation comme définitive. Ce choix de vie est particulièrement fort chez les Haïtiens et Surinamiens (près de 69 %), alors qu'il n'est envisagé que par 45 % des immigrants nés dans un autre DOM. A l'inverse, les Métropolitains vivent le plus souvent la Guyane comme une terre de passage : ils sont à peine 20 % à vouloir s'y établir définitivement.

Selon les données du recensement général de la population, en 2009, 13,5 % des immigrés en Guyane ont acquis la nationalité française, soit 5 100 personnes [108]. A titre de comparaison, 41 % des immigrés ont acquis la nationalité française en métropole, 38 % en Martinique et 20 % en Guadeloupe. Cet écart peut s'expliquer par le caractère récent des grandes vagues d'immigration en Guyane.

Une zone d'ombre concerne la population immigrée en situation irrégulière. Au 31 décembre 2011, le nombre d'étrangers en situation régulière est de plus de 33 000, dont près de 11 000 Haïtiens, 7 500 Brésiliens, et 8 000 Surinamiens. Le nombre d'immigrés en situation irrégulière est quand à lui estimé entre 30 000 et 60 000⁵. Ces personnes sont partiellement comptabilisées dans les statistiques régionales (mais dans une proportion qui reste inconnue).

Complexité de la question migratoire en Guyane

L'immigration en Guyane, se caractérise par sa complexité, et déborde largement les catégories de nationalité et de pays de naissance.

En effet, comme nous l'avons décrit précédemment, on retrouve aussi des « migrants français », nés en France métropolitaine ou aux Antilles, et qui s'installent en Guyane au cours de leur vie professionnelle. Ces « migrants français » représentaient 12 % des habitants de la Guyane en 2006.

Les étrangers, en revanche, ne sont pas tous des migrants : certains d'entre eux sont nés en Guyane. C'est le cas des personnes nées sur le fleuve Maroni et qui n'ont pas été déclarées à la naissance. Le nombre de ces personnes « apatrides » (qu'aucun Etat ne considère comme leurs ressortissants) n'est pas connu.

Enfin, comme nous l'avons présenté en introduction, on retrouve aussi des migrants temporaires, le long des frontières. Nous détaillerons ci-dessous le cas des migrations le long du Maroni.

Les migrations pendulaires le long des frontières : l'exemple du bassin du Maroni

Si l'Ouest Guyanais a été peu touché par les migrations économiques des années 1970 et 1980, la guerre civile au Suriname (1986-1992) a entraîné un afflux massif de « réfugiés » (Noirs Marrons et, dans une moindre mesure, Amérindiens) qui se sont progressivement installés sur la rive guyanaise

⁵ Secrétariat général du comité interministériel de contrôle de l'immigration. Rapport au parlement : Les chiffres de la politique de l'immigration et de l'intégration (année 2011). Neuvième rapport établi en application de l'article L.111-10 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile. Décembre 2012.

du fleuve Maroni. Ces « recompositions territoriales » [110] ont entraîné l'émergence d'un nouveau pôle démographique à Saint Laurent du Maroni, dont la population a été multipliée par près de six en 25 ans. L'espace transfrontalier du Maroni constitue aujourd'hui une unité territoriale porteuse d'une identité socioculturelle et démographique commune. Le fleuve Maroni est aussi source de richesse par le biais d'une économie transfrontalière informelle qui constitue souvent une des seules conditions de survie dans cet espace estuarien en crise. Ainsi les populations transfrontalières sont mobiles, sans pour autant être migrantes. La mobilité des populations résulte des pratiques agricoles ou des structures sociales, et est intrinsèquement liée au mode de vie des populations du fleuve.

1.4.3 Santé et recours aux soins des immigrés en Guyane

D'une manière générale, tous les rapports font état d'une offre de soin insuffisante en Guyane [111]. Ces carences se traduisent par un sous-équipement hospitalier pour tous les secteurs, une pénurie et un turnover important des personnels de santé, une absence de certaines spécialités, une démographie médicale vieillissante et une offre inégalement répartie sur l'ensemble du territoire [112].

Les indicateurs de santé dessinent les contours d'une transition épidémiologique inachevée où des spécificités de pays développé (mortalité et morbidité fortement marquées par les affections cardiovasculaires et tumorales) côtoient celles de pays en développement (importance des traumatismes et des maladies infectieuses et parasitaires, mortalité et morbidité périnatales élevées). La prévalence du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est la plus élevée de France mais reste cohérente avec la situation de la région Caraïbe.

Si les études sur la santé et le recours aux soins des migrants sont relativement peu nombreuses en France, elles le sont encore moins en Guyane. A notre connaissance, il n'existe pas d'étude épidémiologique ayant trait à la santé des immigrés en Guyane. Quelques études se sont interrogées sur leur recours aux soins, et concernent essentiellement le VIH/SIDA. Ces études montrent une moindre connaissance des structures de dépistage [113], et des dépistages plus tardifs [114] chez les immigrés en Guyane.

L'enquête « migration, Familles et Vieillessement » apporte quelques informations sur l'état de santé des immigrants [109]. Selon cette étude, c'est en Guyane et à La Réunion que la part des individus se déclarant en difficultés apparaît la plus forte chez les personnes de 60 ans et plus. Parmi les plus âgés

(75 ans et plus), ils sont plus de 70 % en Guyane et à La Réunion à déclarer être en « très mauvaise état de santé » ou « limitées dans leurs activités quotidiennes ». La proportion est supérieure à 60 % aux Antilles contre 40 % en Métropole au même âge [115].

Quelques enquêtes socio-anthropologiques ont également étudié les rapports à la santé et les représentations de la santé dans certaines communautés ethniques. Elles concernent, elles aussi, surtout le VIH/SIDA [116].

La sociologue E. Carde s'intéresse aux difficultés d'accès aux soins en Guyane [117]. Selon elle, les caractéristiques naturelles et institutionnelles de la Guyane engendrent des difficultés dans l'accès aux soins qui affectent de façon différenciée ses habitants, selon leur situation sur le territoire géographique et sur l'échelle socio-économique, mais également selon les origines. Au total, Noirs Marrons, Amérindiens et étrangers, en tant qu'habitants de l'intérieur et/ou populations précaires, s'ont particulièrement exposés aux difficultés dans l'accès aux soins.

1.4.4 Les enjeux politiques des migrations en Guyane (pour le secteur sanitaire)

La Guyane connaît depuis les années 1980 une crise multiforme : économique, identitaire, sociale et politique. Après avoir connu l'« obsession du peuplement » [118], les autorités désignent aujourd'hui l'immigration comme un problème majeur en Guyane. Pour certains, cette « pression migratoire » menacerait l'ordre public et la cohésion sociale, économique et culturelle de la Guyane. Pour d'autres, comme Frédérique Piantoni [110], plus qu'un facteur causal de cette crise, l'immigration en constitue un révélateur.

Le système sanitaire, déjà défaillant et inégalement réparti sur le territoire, n'est pas en marge de ces considérations. L'attention est portée sur les coûts pour l'Etat et les collectivités locales de la présence d'étrangers qui immigreraient pour avoir accès à de meilleurs soins et pour que leurs enfants puissent bénéficier d'un système scolaire de meilleure qualité. Les étrangers sont également accusés de représenter une charge excessive pour un budget social chroniquement déficitaire et de saturer l'offre socio-sanitaire [119]. Dans l'ouest, le Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais (CHOG) à Saint-Laurent du Maroni constitue l'unique offre de soins secondaires de la zone transfrontalière. Il y a une perception grandissante d'un fardeau que représenteraient les étrangers pour cet hôpital. L'attention est portée sur le coût élevé des soins médicaux délivrés aux patients en situation irrégulière et/ou dénués de couverture maladie et/ou venant du Surinam pour bénéficier de soins

(ces trois groupes de population étant souvent confondus). La maternité enregistre un nombre croissant de naissances, et pour de nombreux acteurs, tant élus que soignants, « la possibilité d'accéder ou de faire accéder leurs enfants à la nationalité française inciterait nombre de femmes enceintes ressortissantes du Suriname ou du Guyana, à venir irrégulièrement sur le territoire national afin d'accoucher dans la maternité de Saint-Laurent du Maroni » [120].

Conclusion de la première partie :

La problématique « migrations, santé et soins » en Guyane

Dans le contexte guyanais, la problématique des interrelations entre migration, santé et soins s'articule dans le cadre de cette thèse autour des deux types de migrations précédemment décrites (migrations durables et migrations pendulaires).

Nous avons vu que dans le contexte guyanais, malgré une forte pression migratoire, il n'existe que très peu de données sur l'état de santé et le recours aux soins des immigrés. La littérature internationale sur les migrations pour soins est quasi inexistante.

Quelles sont les caractéristiques de la santé et du recours aux soins des migrants en Guyane ? Quels sont les déterminants de leur état de santé et de leur recours aux soins ? Comment les politiques de santé en Guyane tentent de répondre aux besoins des migrants ?

Quelle est la réalité sociale, épidémiologique, sanitaire et économique des migrations pour soins observées en Guyane ? Quels en sont les déterminants macrostructureaux et sociaux dans les pays d'origine ? Comment s'inscrit ce type de migration dans la biographie et les aspirations migratoires de ces personnes ?

Dans l'Ouest guyanais, quelles sont la nature et l'ampleur de ces « migrations pendulaires » pour soins ? Quels en sont leurs déterminants sanitaires et/ou socio-économiques ? Quel en est l'impact sur l'hôpital de Saint-Laurent du Maroni ?

Toutes ces interrogations se posent dans un contexte international marqué par plusieurs tendances fortes : l'intensification générale des migrations humaines internationales; les révisions restrictives des politiques migratoires européennes (et particulièrement françaises); des débats récurrents sur les conséquences et les enjeux sociaux, politiques, économiques, éthiques et sanitaires de ces migrations; les interrogations des institutions d'aide au développement quant à l'impact d'investissements dans le secteur de la santé sur les flux migratoires.

Cette thèse tentera d'apporter quelques éclairages sur ces questions.

2 Deuxième partie : Présentation des analyses

Cette thèse s'appuie sur un travail de recherche conduit dans l'équipe de recherche sur les déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins de l'UMRS 707 (INSERM – Université Pierre et Marie Curie), dans le cadre d'un partenariat avec l'Agence Française de Développement (AFD).

Les objectifs de cette recherche étaient de mesurer le poids de la santé parmi l'ensemble des déterminants des migrations vers la Guyane et analyser l'état de santé et le recours aux soins des populations en fonction de leur statut migratoire. Plusieurs enquêtes épidémiologiques ont été conduites entre janvier et avril 2009.

Une première enquête transversale a été conduite en population générale auprès d'un échantillon aléatoire et représentatif de plus de 1 000 adultes résidant à Cayenne et Saint-Laurent du Maroni, interrogés en face à face à leur domicile par des enquêteurs en plusieurs langues (français, bushi-nengee tongo, anglais, portugais), entre mars et avril 2009.

Afin d'estimer, décrire et comprendre les migrations pendulaires pour soins à Saint-Laurent du Maroni, plusieurs enquêtes complémentaires ont été conduites au Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais, entre janvier et avril 2009, notamment dans les services de la maternité (étude transversale auprès d'un échantillon consécutif de 260 femmes ayant accouché) et des urgences (étude transversale auprès d'un échantillon aléatoire de 300 patients). L'enquête à la maternité a été précédée d'entretiens semi-directifs auprès de femmes enceintes ayant recours à cette maternité, puis suivie de quelques entretiens conduits auprès de femmes enceintes consultant le centre de santé d'Albina (ville située au Surinam, en face de St-Laurent du Maroni).

L'auteur était chargée de la mise en œuvre de cette recherche en Guyane dans son intégralité : rencontre des partenaires scientifiques et acteurs de terrain, élaboration de la méthodologie des enquêtes (rédaction des protocoles, élaboration des questionnaires), mise en place et coordination du recueil de données (formation et encadrement de 15 enquêteurs, contrôles qualité du recueil et des données), puis analyse et exploitation des données. L'auteur s'est également déplacée au Surinam afin de rencontrer des professionnels de santé surinamais et réaliser les entretiens des femmes enceintes suivies à Albina.

L'intégralité des résultats a été publiée en français dans la collection « Documents de travail » de l'AFD [121] et une synthèse a été publiée dans le Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire [122]. Ne seront présentées ici que les analyses publiées dans des revues internationales référencées.

2.1 La santé des immigrés : analyse d'une étude en population générale conduite en Guyane (Cayenne et St-Laurent du Maroni)

Cet article s'appuie sur une étude représentative en population générale conduite en 2009 dans les deux villes les plus peuplées de la Guyane (Cayenne et St-Laurent du Maroni). Un échantillonnage aléatoire à plusieurs niveaux a été réalisé et 1027 adultes interrogés.

Dans cet article nous nous sommes intéressées à décrire les caractéristiques (démographiques, socio-économiques, sanitaires) de la population immigrée de ces deux villes, et à analyser les disparités de santé entre les personnes immigrés et les personnes nées en Guyane. Pour répondre à ce deuxième objectif, nous avons cherché à analyser les associations entre trois indicateurs de santé (la santé perçue, la déclaration de maladies chroniques et de limitations fonctionnelles) et certaines caractéristiques des immigrés, telles que leur durée de résidence en Guyane, leur pays d'origine, et leur statut de résidence sur le territoire français.

L'analyse descriptive de la population d'enquête montre une forte présence de la population immigrée dans ces deux villes (40 % de la population adulte à Cayenne et près de 58 % à Saint-Laurent du Maroni). Une proportion importante de cette population immigrée est en situation irrégulière de séjour ou dans une situation administrative précaire malgré une ancienneté d'installation parfois longue. L'analyse des conditions sociales et économiques de la population montre de fortes inégalités qui suivent un gradient largement structuré par la situation administrative en regard du séjour des personnes immigrées.

L'analyse des indicateurs de santé montre des inégalités de santé entre les groupes migratoires. Les résultats suggèrent que les personnes les plus vulnérables et dont les indicateurs de santé sont les plus mauvais sont les personnes en situation irrégulière, quels que soient les indicateurs sociaux et sanitaires étudiés. Pour autant, les associations observées ne sont qu'en partie expliquées par le statut socioéconomique des individus, et interrogent donc sur d'autres causes, telles des difficultés d'accès aux soins. Certains groupes d'immigrés apparaissent relativement en bonne santé, compte tenu de leur situation sociale et économique particulièrement précaire, notamment ceux récemment installés en Guyane et ceux nés à Haïti. L'hypothèse du « *healthy migrant effect* » est évoquée.

Globalement les résultats de cette étude suggèrent que, si les déterminants de la santé des immigrés en Guyane renvoient principalement aux dimensions multiples des déterminants sociaux et des inégalités sociales de santé, d'autres caractéristiques spécifiques à l'immigration (pays d'origine, ancienneté et raison de l'immigration, conditions de résidence en Guyane) ont un rôle propre.

RESEARCH ARTICLE

Open Access

Migrant health in French Guiana: Are undocumented immigrants more vulnerable?

Anne Jolivet^{1,2*}, Emmanuelle Cadot^{1,2}, Sophie Florence^{1,2}, Sophie Lesieur^{1,2}, Jacques Lebas^{1,2,3} and Pierre Chauvin^{1,2}

Abstract

Background: Few data exist on the health status of the immigrant population in French Guiana. The main objective of this article was to identify differences in its health status in relation to that of the native-born population.

Methods: A representative, population-based, cross-sectional survey was conducted in 2009 among 1027 adults living in Cayenne and St-Laurent du Maroni. Health status was assessed in terms of self-perceived health, chronic diseases and functional limitations. The migration variables were immigration status, the duration of residence in French Guiana and the country of birth. Logistic regression models were conducted.

Results: Immigrants account for 40.5% and 57.8% of the adult population of Cayenne and St-Laurent du Maroni, respectively. Most of them (60.7% and 77.5%, respectively) had been living in French Guiana for more than 10 years. A large proportion were still undocumented or had a precarious legal status. The undocumented immigrants reported the worst health status (OR = 3.18 [1.21-7.84] for self-perceived health, OR = 2.79 [1.22-6.34] for a chronic disease, and OR = 2.17 [1.00-4.70] for a functional limitation). These differences are partially explained by socioeconomic status and psychosocial factors. The country of birth and the duration of residence also had an impact on health indicators.

Conclusion: Data on immigrant health are scarce in France, and more generally, immigrant health problems have been largely ignored in public health policies. Immigrant health status is of crucial interest to health policy planners, and it is especially relevant in French Guiana, considering the size of the foreign-born population in that region.

Keywords: Immigrant, Undocumented migrant, French Guiana, Health status, Cross-sectional survey

Background

A growing body of studies suggests that there are health disparities between immigrants and local populations [1-4]. Despite growing knowledge, the relationship between migration and health remains complex and dynamic, for many migration-related determinants can have an impact on health [3]. French studies, too, have reported that disparities in health outcomes exist between immigrants and native-born individuals [5-8], although such studies are rare in France, where categorizing people as immigrants is

viewed as a sensitive issue and is governed by strict legal rules.

French Guiana is located in a humid equatorial zone of South America, between Brazil to the southeast and Surinam to the northwest. A former French colony, French Guiana became, in 1946, a French overseas territory, with the same legislation as in mainland France. French Guiana has a multiethnic population, the result of successive migration waves. Up until the early 1960s, the history of French Guiana was characterized by problematic and insufficient human settlement (in 1954, the population was still only 27,000, over an area of 83,350 km², essentially Creoles, Amerindians and Bushinenge). It subsequently attracted a great deal of foreign labour enticed by a job market that had become attractive with the creation

* Correspondence: anne_jolivet@yahoo.fr

¹INSERM, U707, Research Team on the Social Determinants of Health and Health Care, Faculté de médecine Pierre et Marie Curie, site St-Antoine, 27 Rue de Chaligny, 75571 Paris Cedex 12, France

Full list of author information is available at the end of the article

of the Guiana Space Centre and the launch of large infrastructure projects. In the 1970s and 1980s, it took in a large number of migrants fleeing from the political instability and economic hardships in their countries: political turmoil in Haiti, a civil war in Surinam (1986-1992), and social and economic problems in Guyana. French Guiana has been going through a major economic crisis since the 1990s, with a high unemployment rate (20.6% of the active population in 2006), a huge trade deficit and heavy economic dependence on public transfers [9]. Despite this economic crisis and increasingly restrictive immigration policies, there is still significant migratory pressure. In 2009, this department had 229,000 inhabitants, 29.5% of whom were immigrants [9]. There are few data on the health of this immigrant population.

The objective of this article is to analyze health disparities between immigrants and native-born people in light of several migratory characteristics (the immigrants' legal status, their duration of residence in French Guiana, and their country of origin).

Methods

Study design

A representative, population-based, cross-sectional survey was conducted in French Guiana's two largest cities: Cayenne and Saint-Laurent du Maroni, which had 58,004 and 33,707 inhabitants, respectively, as at January 1, 2006 [9]. The target population consisted of the resident adult population (≥ 18 years), "resident" meaning having lived or intending to live in either of these two cities for at least 6 months.

A four-stage random sample was constituted. The objective was to conduct 600 interviews in Cayenne and 400 in Saint-Laurent du Maroni (in order to respect the population ratio between the two cities) and to interview 60 people per neighbourhood. These neighbourhoods constitute an intermediate aggregated geographical level between residential IRIS [10] (IRIS, a French acronym for "blocks for incorporating statistical information", are aggregated census blocks) and census blocks. First, 10 neighbourhoods were selected from the 34 neighbourhoods in Cayenne (which has 25 IRIS) and 7 were selected from the 17 in Saint-Laurent du Maroni (10 IRIS) in proportion to the number of households (according to the 2009 census), and they were stratified according to whether or not they are designated as "underserved neighbourhoods" by French urban public policies (Figure 1). Second, in each neighbourhood, census blocks were selected proportionally to the number of households. In all, 40 census blocks were randomly selected from the 474 eligible census blocks in Cayenne, and 25 were randomly selected from the 160 in Saint-Laurent du Maroni. Subsequently, households were randomly selected using a sampling interval calculated for

each block in proportion to the number of households in that block (the sampling interval varied between 1 and $\frac{1}{4}$). Lastly, one adult within each household was randomly selected by the interviewer. The questionnaire was administered face-to-face at the individuals' residences by local, multilingual interviewers from February to April 2009. This survey did not fall into the category of biomedical research (as defined by French law) and did not collect any personal identification data. Therefore it did not need ethical approval in France. On the other hand, it has been approved by the Department of research of the Agence française de développement (AFD).

Data collection

Health status

We used the three health-related questions from the Mini European Health Module (MEHM) that concern self-assessed health, chronic diseases and functional limitations [11,12]:

- *Self-assessed health* was based on the question, "How would you describe your general health?", to which the possible answers were "very good", "good", "fair", "poor" and "very poor". This indicator was dichotomised between the individuals who assessed their overall health as very poor, poor or fair and those who assessed it as good or very good.

- *Chronic disease status* was assessed by the question, "Do you have any longstanding illness or longstanding health problem?", "longstanding" referring to illnesses or health problems that had lasted or were expected to last for 6 months or longer.

- *Functional limitations* were assessed by the question, "For at least the past six months, have you been limited because of a health problem in activities people usually do?"

Migration variables

Three variables were examined:

- 1) *Migration status* was defined on the basis of four variables: the country of birth, nationality at birth, nationality on the day of the interview and, for those of foreign nationality, their legal status on the day of the interview. Six migration statuses were thus defined:

- Native-born French. Applies to people of French nationality born in French Guiana. They were chosen as the reference category.

- Born French outside French Guiana (in mainland France, another French overseas territory or abroad). Such individuals were differentiated from the previous group in that they constitute a special subgroup (migration is often temporary, and they often enjoy a privileged socioeconomic status).

- Naturalized immigrant. Applies to people who had acquired French citizenship.

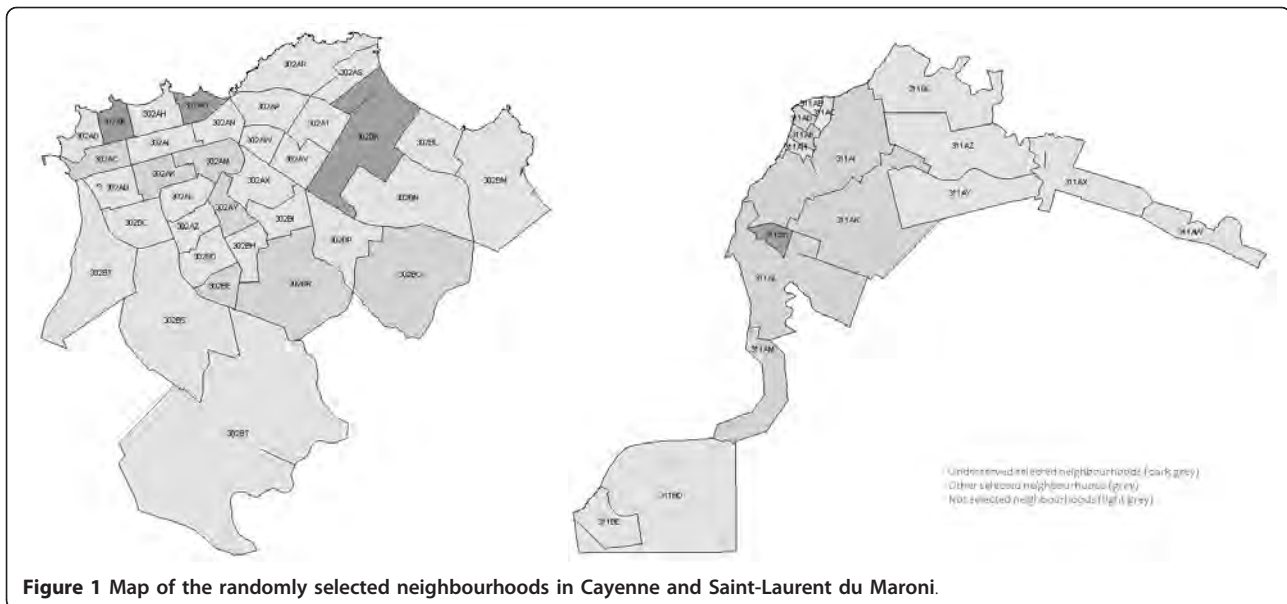


Figure 1 Map of the randomly selected neighbourhoods in Cayenne and Saint-Laurent du Maroni.

- Long-term documented immigrant. Applies to migrants of foreign nationality who had a 10-year French territory residence card. The few citizens of the European Union were included in this subgroup.

- Temporary documented immigrant. Applies to migrants of foreign nationality with a 1-year temporary stay document, authorization for a temporary stay (usually 6 months) or, more rarely, a refugee claim in progress.

- Undocumented immigrants. Applies to migrants of foreign nationality who had no valid stay document on the day of the interview.

Immigrants (born non-French abroad) are therefore represented by the last four categories.

2) *Duration of residence.* In addition, immigrants were classified into two groups according to their duration of residence in French Guiana: ≤ 5 years (recent immigrant) or > 5 years (established immigrant).

3) *Country of birth.* In light of the sample size limitations, the analyses concerned only the two main groups of immigrants: those born in Haiti and those born in Surinam.

Covariables

The demographic variables included *gender* and *age*. Median age and the interquartiles were calculated for the description of the population, and four categories ([18-30 years], [30-40 years], [40-50 years] and > 50 years) were used in logistic regression models.

Socioeconomic status was characterized by three variables: *education level*, of which there were three categories (none or primary, secondary and tertiary); *occupational status*, which was categorized as civil servant, upper white-collar, lower white-collar, blue-collar (including farmer),

unemployed, housewife, student, retired, and inactive; and *perceived financial situation*. The latter was assessed by a question put to the head of the household ("Presently, for this household, would you say that financially..."), for which there were five possible answers ("We don't have enough to live on; we can't get by.", "We have just enough to live on, but we go without a lot of things", "We have enough to live on as long as we're careful.", "We aren't lacking for anything important.", and "We don't go without anything at all; we're very well off."). This variable was divided into three categories: good (the last two answers), fair and poor (the first two answers). Lastly, two binary psychosocial variables were taken into account. One was *fluency in French* (fluent in French, with no difficulty or with some difficulty, versus not fluent in French at all, with a great deal of difficulty). This variable provided an indication of acculturation to French society. The other one was *feeling of loneliness*, which was assessed by the question, "In general, would you say that you...?" ("have a very good circle of people around you" or "have a fairly good circle of people around you" versus "feel fairly alone" or "very alone").

Statistical analyses

All of the following analyses were weighted in order to account for the sample design and the poststratification adjustment for age, gender and citizenship status (French or foreigner) according to the general population census performed in 2006 by the Institut National de la Statistique et des Études Économiques (the French Bureau of Statistics).

First, we described and compared the demographic characteristics, socioeconomic conditions and health

status of the migration status subgroups using a chi-square test. The comparisons of the median durations of residence and age used the nonparametric test of Kruskal-Wallis. Second, we performed logistic regression models, which were systematically adjusted for age and gender, to estimate the associations between the above-mentioned covariables and each of the three health status variables. Third, we compared the odds ratio (OR) estimating the strength of the association between each of the three migration variables and each of the three health status variables separately when successively adding the covariables to the respective models. Fourth, we constructed a new variable - migration status and origin - that combined the undocumented immigrants' migration status and country of birth, and, in the same manner as in step 3, we determined whether the covariables contributed to the associations observed between this migration status-and-origin variable and each of the three health status variables. All the analyses were performed with Stata[®] software, version 10.0.

Results

In all, 1027 people were interviewed (607 in Cayenne and 420 in Saint-Laurent du Maroni). The participation rate was 81.2%. Of the study population, 52.9% were women, and the median age was 36 years (Table 1). The distribution of this population by migration status was as follows: 37.8% were born in French Guiana and were of French nationality; 16.1% were born French outside French Guiana (70.9% of them were born in mainland France); 6.9% were naturalized immigrants (more than half were from the Caribbean, and the median duration of residence was 25 years); 14.2% were long-term documented immigrants and 11.0% were temporary documented immigrants (the median duration of residence was 21 years and 9 years, respectively). These two subgroups consisted mostly of people from Haiti, Surinam and Brazil); and lastly, 14.0% were undocumented immigrants (half of this subgroup were from Surinam, and the median duration of residence was 9 years). It is also worth noting that the age and gender distributions of the native-born French and the undocumented immigrants were quite similar to each other and to the overall distribution, as compared to other migration status groups. A comparison of the socioeconomic conditions according to these six migration profiles showed strong disparities. For the people who perceived their financial situation as having enough to live on, the civil servants and the people who had a higher education, we observed a socioeconomic gradient based on the following six migration profiles: those born French outside French Guiana were always in a more favourable situation, followed by the native-born, naturalized immigrants, long-term documented immigrants and temporary documented immigrants, in that order, with, at the very bottom of this

gradient, undocumented immigrants, who were in the most unfavourable socioeconomic circumstances. People who were fluent in French followed an exactly identical gradient.

All comparisons used Chi2 Test, except comparisons of ages and durations of residence, which used the Kruskal-Wallis test

Since advanced age and female sex were associated with poorer health status indicators, the rest of the analyses were systematically adjusted for these two demographic variables. Table 2 shows that, after such an adjustment, the characteristics significantly associated with poorer health were (regardless of the health variable) being an unemployed, retired or some other inactive individual, being in a poorly perceived financial situation, feeling socially isolated, and having poor fluency in French. Being a homemaker and having a low education level were associated with poorer perceived health and a reported functional limitation, but not of a chronic disease. The blue-collar and lower white-collar were more likely to report poor perceived health.

The analysis of the associations between the migration variables and the health variables (Table 3) shows that, after adjustment for age and gender, the temporary documented immigrants and undocumented immigrants reported poor perceived health more often than the native-born French (Model 1: OR = 2.32; 95% CI = [1.05-5.11] and OR = 3.08; 95% CI = [1.21-7.84]). On the other hand, people born French outside French Guiana reported better perceived health (Model 1: OR = 0.36; 95% CI = [0.16-0.79]). These associations were no longer statistically significant after adjustment for the socioeconomic conditions, but the strengths of association remained rather stable. The naturalized immigrants and undocumented immigrants reported a chronic disease more often, even after their socioeconomic status was taken into account (Model 2: OR = 2.00; 95% CI = [1.06-3.78] and OR = 2.39; 95% CI = [1.05-5.45], respectively). The addition of the psychosocial variables to the model did not cause the strengths of association to change substantially, even if the latter were no longer significant. The undocumented immigrants reported more functional limitations than the native-born French (Model 1: OR = 2.17; 95% CI = [1.00-4.70]), and the associations decreased sharply after the covariables were added (Model 3: OR = 1.00; 95% CI = [0.33-3.07]). The immigrants born in Surinam reported functional limitations more often (Model 1: OR = 2.19; 95% CI = [1.21-3.95]). This association did not persist after adjustment in Models 2 and 3. However, after adjustment for the socioeconomic conditions and the psychosocial variables, the immigrants born in Haiti reported functional limitations significantly less often (Model 3: OR = 0.44; 95% CI = [0.25-0.76]). The immigrants who had been in French Guiana for more than 5 years reported

Table 1 Description of the population by migration status

		Native -born French	Born French outside French Guiana	Naturalized immigrant	Long-term documented immigrant	Temporary documented immigrant	Undocumented immigrant	Total	p
		%	%	%	%	%	%	%	
Gender	Female	52.5	46.8	60.1	49.7	63.3	52.2	52.9	0.38
	Male	47.5	53.2	39.9	50.3	36.7	47.8	47.1	
Age: Median [Interquartiles]		35 [25-49]	38 [31-50]	47 [32-56]	47 [38-53]	32 [23-41]	30 [24-38]	36 [26-48]	<10 ⁻³
Country of birth	French Guiana	100	-	-	-	-	1.7	38.1	<10 ⁻³
	Mainland France	-	70.9	-	-	-	-	11.4	
	Other French overseas territory	-	19.4	-	-	-	-	3.1	
	Haiti	-	-	29.7	40.8	34.8	33.0	16.3	
	Surinam	-	2.1	6.9	19.6	27.3	50.1	13.6	
	Brazil	-	1.6	5.1	19.4	17.4	3.0	5.7	
	Other South American country	-	-	15.3	9.1	7.4	6.4	4.1	
	Other Caribbean country	-	2.6	23.0	4.8	11.5	5.4	4.7	
	Asia	-	-	9.2	4.3	1.7	0.4	1.5	
	Other	-	3.5	10.8	2.0	0	0	1.6	
Duration of residence: Median [Interquartiles]		-	5 [1-13]	25 [18-31]	21 [17-27]	9 [5-16]	9 [5-16]	16 [7-23]	<10 ⁻³
City	Cayenne	77.4	72.9	80.2	65.7	65.7	41.7	69.0	0.04
	Saint-Laurent du Maroni	22.6	27.1	19.8	34.3	34.3	58.3	31.0	
Educational level	None or primary	12.6	6.2	25.9	41.1	20.0	35.6	20.6	<10 ⁻³
	Secondary	66.0	41.5	52.5	53.5	76.1	61.2	59.8	
	Tertiary	21.4	52.3	21.7	5.4	4.0	3.2	19.7	
Occupational status	Civil servant	13.0	38.9	5.0	2.0	-	-	11.8	<10 ⁻³
	Upper white-collar	5.7	14.6	-	0.4	-	-	4.6	
	Lower white-collar	21.4	12.0	27.0	27.3	19.7	8.3	19.1	
	Blue-collar	14.2	6.6	10.5	20.8	16.4	40.8	17.5	
	Unemployed	10.7	8.8	8.3	18.1	20.2	0.8	10.9	
	Homemaker	8.0	5.6	24.9	17.3	21.8	39.5	15.9	
	Student	8.1	1.0	1.7	-	15.5	3.2	5.4	
	Retired	14.0	11.4	16.6	9.2	2.4	0.4	10.0	
Perceived financial situation	Inactive	5.0	1.1	7.6	4.8	4.0	7.0	4.7	
	Good	30.8	59.4	32.3	11.8	9.8	4.6	20.6	<10 ⁻³
	Fair	35.5	26.5	34.9	38.5	32.3	29.4	34.5	
Poor	33.7	14.1	32.9	49.8	57.9	66.1	44.8		

Table 1 Description of the population by migration status (Continued)

Fluency in French	Good	97.2	100	82.3	71.7	68.9	46.1	82.8	<10⁻³
	Fair	2.8	-	17.7	28.3	31.1	54.0	17.2	
Feeling of loneliness	No	87.1	81.5	73.7	83.2	78.9	73.6	82.0	0.1
	Yes	12.9	18.5	26.3	16.8	21.1	26.4	18.0	
Health status	Poor self-assessed health	35.3	19.4	52.3	50.9	48.4	47.0	39.2	0.008
	Chronic disease	22.4	15.4	44.7	35.0	22.7	33.4	26.2	0.004
	Functional limitation	17.9	10.0	32.2	27.0	13.0	19.8	18.6	0.02
Total		37.8	16.1	6.9	14.2	11.0	14.0	100	

Table 2 Logistic regression models analyzing the health variables according to the demographic, socioeconomic and psychosocial variables (OR and 95% CI)

		Poor self-assessed health		Chronic disease		Functional limitation	
		%	OR (95% CI)	%	OR (95% CI)	%	OR (95% CI)
Gender	Male	34.1	1	21.2	1	16.1	1
	Female	44.0	1.52 (1.10- 2.11)	30.2	1.61 (1.06- 2.46)	20.6	1.35 (0.87- 2.10)
Age	[18-30 years]	27.5	1	15.2	1	6.3	1
	[30-40 years]	32.7	1.28 (0.77- 2.15)	19.1	1.32 (0.78- 2.25)	17.2	3.10 (1.54- 6.27)
	[40-50 years]	40.9	1.83 (0.99- 3.38)	25.1	1.87 (1.02- 3.44)	18.0	3.29 (1.06- 10.19)
	> 50 years	64.2	4.74 (2.59- 8.68)	51.4	5.92 (3.44- 10.17)	39.6	9.79 (3.84- 24.99)
		%	aOR* (95% CI)	%	aOR* (95% CI)	%	aOR* (95% CI)
Education level	Tertiary	12.7	1	18.3	1	7.6	1
	Secondary	38.6	4.32 (2.52- 7.38)	21.3	1.10 (0.62- 1.93)	14.9	2.16 (1.05- 4.42)
	None or primary	68.8	10.72 (4.69- 24.49)	47.8	2.42 (0.89- 6.53)	39.4	4.69 (2.58- 8.53)
Occupational status	Civil servant	14.7	1	17.8	1	8.8	1
	Upper white-collar	10.7	0.78 (0.23- 2.64)	5.0	0.28 (0.06- 1.26)	15.6	2.38 (0.64- 8.87)
	Lower white-collar	36.6	4.25 (1.86- 9.73)	18.2	1.33 (0.48- 3.66)	9.5	1.31 (0.49- 3.51)
	Blue-collar	38.5	5.74 (3.20- 10.28)	24.8	2.17 (0.92- 5.11)	10.3	1.45 (0.54- 3.91)
	Unemployed	39.2	4.74 (2.29- 9.85)	26.3	2.07 (1.03- 4.15)	14.9	2.76 (1.27- 5.99)
	Homemaker	48.9	5.57 (2.74- 10.33)	28.9	1.79 (0.72- 4.45)	28.6	5.42 (2.35- 12.51)
	Student	21.5	3.37 (0.70- 16.28)	13.2	1.59 (0.29- 8.59)	1.2	0.46 (0.07- 3.07)
	Retired	77.5	11.59 (2.62- 51.29)	59.8	3.07 (1.11- 8.46)	50.7	6.30 (2.14- 18.59)
	Inactive	54.0	10.06 (2.46- 43.9)	39.1	4.15 (1.03- 16.70)	38.3	10.73 (3.81- 30.22)
Perceived financial situation	Good	26.0	1	16.1	1	10.2	1
	Fair	40.3	1.81 (0.79- 4.15)	26.7	1.74 (0.96- 3.16)	17.3	1.58 (0.72- 3.50)
	Poor	47.9	2.47 (1.12- 5.43)	32.6	2.22 (1.16- 4.26)	25.5	2.70 (1.29- 5.67)
Fluency in French	Good	35.6	1	23.6	1	15.2	1
	Fair	55.7	2.18 (1.24- 3.82)	38.3	1.93 (1.08- 3.43)	35.0	2.38 (1.44- 3.94)
Feeling of loneliness	No	36.0	1	22.2	1	15.7	1
	Yes	56.6	2.45 (1.71- 3.51)	42.6	2.53 (1.44- 4.43)	32.1	2.79 (1.52- 5.12)

* The models for each socioeconomic and psychosocial variable are adjusted for age and gender

Table 3 Logistic regression models explaining the health variables according to the migration variables (OR and 95% CI)

		Poor self-assessed health			Chronic disease			Functional limitation		
		Model 1	Model 2	Model 3	Model 1	Model 2	Model 3	Model 1	Model 2	Model 3
Migration status	Native-born French	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Born French outside French Guiana	0.36 (0.16-0.79)	0.58 (0.25-1.34)	0.53(0.22-1.27)	0.56(0.19-1.64)	0.66(0.25-1.71)	0.59(0.22-1.58)	0.41(0.12-1.35)	0.50(0.11-2.24)	0.46(0.09-2.27)
	Naturalized immigrant	1.33(0.62-2.87)	1.26(0.59-2.72)	1.21(0.58-2.55)	1.89(1.09-3.28)	2.00(1.06-3.78)	1.87(0.89-3.93)	1.41(0.63-3.16)	1.34(0.54-3.35)	1.13(0.46-2.78)
	Long-term documented immigrant	1.43(0.68-3.01)	1.06(0.53-2.11)	1.09(0.53-2.27)	1.45(0.61-3.43)	1.36(0.58-3.17)	1.37(0.57-3.28)	1.13(0.72-1.76)	0.99(0.62-1.58)	0.91(0.54-1.54)
	Temporary documented immigrant	2.32(1.05-5.11)	1.69(0.81-3.55)	1.74(0.81-3.73)	1.39(0.71-2.75)	1.21(0.60-2.47)	1.14(0.53-2.47)	0.97(0.30-3.07)	0.71(0.18-2.82)	0.50(0.13-1.97)
	Undocumented immigrant	3.08(1.21-7.84)	2.06(0.89-4.74)	2.16(0.83-5.60)	2.79(1.22-6.34)	2.39(1.05-5.45)	2.24(0.82-6.11)	2.17(1.00-4.70)	1.45(0.57-3.72)	1.00(0.33-3.07)
Country of birth	Native-born French	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Born French outside French Guiana	0.37(0.17-0.78)	0.61(0.27-1.41)	0.56 (0.23-1.34)	0.56(0.20-1.61)	0.66(0.25-1.71)	0.59(0.22-1.57)	0.41(0.12-1.36)	0.49(0.10-2.39)	0.45(0.09-2.36)
	Immigrant born in Haiti	2.22(0.92-5.38)	1.31(0.57-2.99)	1.29 (0.53-3.13)	1.89(0.68-5.23)	1.56(0.59-4.12)	1.51(0.54-4.25)	0.83(0.57-1.21)	0.50(0.32-0.77)	0.44(0.25-0.76)
	Immigrant born in Surinam	2.07(0.93-4.60)	1.40(0.70-2.83)	1.50(0.68-3.28)	2.06(0.85-4.99)	1.87(0.69-5.07)	1.88(0.57-6.21)	2.19(1.21-3.95)	1.83(0.79-4.21)	1.42(0.66-3.05)
	Immigrant born elsewhere	1.74(0.82-3.69)	1.60(0.81-3.18)	1.58(0.81-3.11)	1.56(0.98-2.46)	1.60(1.00-2.58)	1.50(0.86-2.61)	1.54(0.61-3.84)	1.65(0.61-4.48)	1.39(0.55-3.50)
Duration of residence	Native-born French	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Born French outside French Guiana	0.37 (0.17-0.79)	0.61(0.27-1.39)	0.56(0.24-1.32)	0.57(0.20-1.60)	0.67(0.26-1.69)	0.59(0.23-1.54)	0.41(0.13-1.31)	0.51(0.12-2.14)	0.46(0.10-2.11)
	Established immigrant (> 5 years)	2.08(1.01-4.25)	1.56(0.78-3.13)	1.54(0.75-3.16)	1.92(1.00-3.70)	1.84(0.97-3.47)	1.74(0.85-3.54)	1.47(0.84-2.57)	1.32(0.71-2.48)	1.07(0.58-1.95)
	Recent immigrant (≤ 5 years)	1.55(0.73-3.30)	1.04(0.52-2.05)	1.02(0.47-2.26)	1.09(0.34-3.45)	0.79(0.28-2.23)	0.70(0.22-2.17)	0.47(0.10-2.18)	0.20(0.04-1.04)	0.14(0.02-0.98)

Model 1: Adjusted for age and gender.

Model 2: Adjusted for age, gender, city and socioeconomic variables (education level, occupational status and perceived financial situation).

Model 3: Adjusted for age, gender, city, socioeconomic variables and psychosocial variables (fluency in French and social isolation).

poorer perceived health (Model 1: OR = 2.08; 95% CI = [1.01-4.25]). The strength of this association decreased with the successive adjustments and was no longer significant in Models 2 and 3. On the other hand, after adjustment for the socioeconomic conditions and the psychosocial variables, the immigrants who had lived in French Guiana for 5 years or less reported a functional limitation less often (Model 3: OR = 0.14; 95% CI = [0.02-0.98]).

Table 4 shows that the associations between health and being an undocumented immigrant were sometimes very different, depending on the individual's country of birth. Undocumented immigrants born in Surinam reported more functional limitations than the native-born French (Model 3: OR = 3.04; 95% CI = [1.02-9.03]). On the other hand, undocumented immigrants born in Haiti reported fewer functional limitations than the native-born French, regardless of which adjustments were made (Model 3: OR = 0.13; 95% CI = [0.05-0.36]). In addition, this table suggests that the undocumented immigrants born in Surinam had poor health indicators, regardless of which health indicator was used or which adjustments were made: all models combined, the ORs associated with poorer health varied, for this subgroup, from 2.40 (95% CI = [0.91-6.34]) to 4.29 (95% CI = [1.55-11.84]).

Discussion

To the best of our knowledge, this study is the first one carried out in French Guiana that describes and analyzes social and health disparities in specific populations on the basis of their origins and migration status. This study shows that these two cities have large immigrant populations (40.5% of the adult population in Cayenne and 57.8% in Saint-Laurent du Maroni) and that many of these individuals' had been there for long while (60.7% of the immigrants living in Cayenne and 77.5% in Saint-Laurent du Maroni had been living there for more than 10 years). Despite this long duration of residence in French Guiana, a substantial portion of the immigrant population had no stay documents or had a precarious status. An analysis of the population's social and economic conditions shows strong inequalities that follow a gradient according to the individual's legal status with regard to his or her stay. The analyses showed that the health of these populations depends on several migration-related factors, but also on how health is measured. Three key findings are noted. First, in general, of all the subgroups of migrants that were studied, those most vulnerable and with the worst health status were those who were undocumented, regardless of which social and health indicators were considered. Second, when health was measured as perceived health, the analyses showed that the undocumented immigrants

and the documented immigrants with a precarious status (with a stay document valid for one year or less) reported poorer perceived health than the native-born. The country of origin and the duration of residence did not change these results very much. These observed associations are only partially explained by the individuals' socioeconomic status. Third, with regard to functional limitations, certain groups of immigrants (recent immigrants and those born in Haiti) reported a more favourable situation than the native-born for a comparable socioeconomic status.

Although the literature on this topic is sparse, several studies and reports suggest it is undocumented immigrants who are the most vulnerable with regard to health [1,13-18]. They suffer from a combination of socioeconomic conditions and working conditions that are precarious or even harmful to their health [19], and they have difficulty accessing health care. In our study, it was mainly the undocumented immigrants who seemed to be the worst off socioeconomically. The socioeconomic indicators used in this study explain only some of the observed differences in health. The remaining differences could be explained by socioeconomic factors that were not taken into account in this study (such as income, working conditions or housing conditions) and by difficulty accessing health care. In French Guiana, as in mainland France, undocumented immigrants can theoretically access health care free of charge through a specific health insurance system called "*Aide Médicale État*" (government medical assistance, which is government-run, unlike the usual health insurance system, which is run by Social Security). If, as several reports have shown, there is, in France, a gap between theoretical rights and actual rights to health care (due to the complexity of the system, the difficulty people have in presenting the required administrative documents, the lack of information on the part of administrative personnel, differences in their practices, and so on [15,16]), then these difficulties are surely much worse in French Guiana [20,21].

Our results for perceived health are consistent with those of several international and French studies. A systematic review with the objective of examining and comparing self-perceived health among migrants and ethnic minority groups in EU countries showed that most migrants and ethnic minority groups appeared to be disadvantaged in relation to the majority population, even after controlling for age, gender and socioeconomic factors [22]. A study carried out in mainland France among a sample of more than 20,000 people that was representative of the general population (Enquête décennale santé [Decennial Health Survey]) found that people of foreign origin living in France reported poorer health than the French born in France. It did not find any

Table 4 Logistic regression models explaining the health variables according to migration status and country of birth (OR and 95% CI)

		Poor self-assessed health			Chronic disease			Functional limitation		
		Model 1	Model 2	Model 3	Model 1	Model 2	Model 3	Model 1	Model 2	Model 3
Migration status and country of birth	Native-born French	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Born French outside French Guiana	0.36(0.16-0.79)	0.58(0.25-1.34)	0.53(0.22-1.28)	0.56(0.19-1.64)	0.66(0.26-1.71)	0.59(0.22-1.57)	0.41(0.12-1.35)	0.49(0.11-2.23)	0.44(0.09-2.27)
	Naturalized immigrant	1.33 (0.61- 2.88)	1.26(0.58-2.76)	1.22(0.57-2.60)	1.89(1.09-3.29)	2.00(1.05-3.80)	1.89(0.90-3.96)	1.40(0.62-3.16)	1.29(0.51-3.24)	1.11(0.44-2.82)
	Long-term documented immigrant	1.43(0.68-3.01)	1.07(0.55-2.10)	1.12(0.55-2.25)	1.45(0.61-3.43)	1.39(0.59-3.29)	1.44(0.60-3.45)	1.12(0.72-1.75)	1.02(0.64-1.63)	0.98(0.58-1.65)
	Temporary documented immigrant	2.32(1.05-5.11)	1.70(0.82-3.53)	1.78(0.87-3.66)	1.39(0.70-2.75)	1.23(0.61-2.51)	1.21(0.56-2.61)	0.97(0.30-3.08)	0.73(0.17-3.03)	0.56(0.14-2.31)
	Undocumented immigrant born in Surinam	3.29(1.11-9.70)	2.40(0.91-6.34)	2.82(0.99-8.40)	3.79(1.73-8.31)	4.07(1.80-9.22)	4.29(1.55-11.84)	4.20(1.89-9.33)	4.17(1.30-13.39)	3.04(1.02-9.03)
	Undocumented immigrant born in Haiti	3.00(0.63-14.22)	1.63(0.33-8.01)	1.54(0.31-7.74)	1.60(0.35-7.20)	1.22(0.27-5.57)	1.12(0.23-5.51)	0.37(0.16-0.83)	0.16(0.06-0.42)	0.13(0.05-0.36)
	Undocumented immigrant born elsewhere	2.72(0.57-12.88)	2.35(0.55-9.98)	2.79(0.59-13.13)	2.94(0.73-11.80)	2.52(0.61-10.35)	2.57(0.53-12.44)	1.97(0.30-13.02)	1.89(0.36-9.89)	1.34(0.16-10.95)

Model 1: Adjusted for age and gender.

Model 2: Adjusted for age, gender, city and socioeconomic variables (education level, occupational status and perceived financial situation).

Model 3: Adjusted for age, gender, city, socioeconomic variables and psychosocial variables (fluency in French and social isolation).

differences in health between foreign immigrants and those who had been naturalized. As in our study, these populations' poor socioeconomic conditions only partially explained their poorer perceived health [23]. A study carried out on Mayotte Island, a French overseas territory in the Comoros Archipelago, found that the health of foreigners was less good there as well (and they were found to have more difficulty accessing health care) than that of the French [24].

The recent immigrants to French Guiana (≤ 5 years) reported fewer functional limitations than the native-born French. This finding supports the "healthy immigrant effect" hypothesis, according to which migrants represent a selectively healthy group that is not representative of all potential migrants from origin societies [25-27]. This hypothesis is also supported by additional analyses in this study suggesting that the migration of sick people (or health care migration) accounts for only a minority of migration movements [28]. This is not observed for perceived health, which may be due to the cut-off that was chosen. Indeed, other studies suggest that the decline in self-perceived health occurs over a very short period after migration [29-31]. In addition, several studies have found relatively better health outcomes for immigrants for indicators such as mortality, chronic conditions and impaired activity than for self-assessed health [26,29,32,33], which suggests that health selection is stronger for chronic and severe conditions.

After adjustment for the socioeconomic conditions, the people born in Haiti reported fewer functional limitations than the native-born French. This subgroup of immigrants had the worst socioeconomic indicators (47.2% of the people born in Haiti had no or only a primary education, 60.7% reported that they did not have enough to live on, and only 34.5% were working). Moreover the proportion of recent immigrants (≤ 5 years) among immigrants born in Haiti (14.2%) was not different from the one among immigrants from other countries (15.5%). Therefore, three hypotheses could explain this paradoxical finding. One is that of cultural differences in reporting functional limitations, although it hardly seems plausible (this hypothesis will be detailed below). Another is that of selection bias due, in this case, to the return of migrants in poor health to their country of origin, which seems even more unlikely, given the overall situation in Haiti. A third hypothesis seems the most probable: that of greater migration selection among migrants from Haiti, the poorest country in the Americas [34]. A recent study carried out in Spain found that "[f]oreign immigrants from poor countries reported the worst socioeconomic conditions, but relatively good health" [33]. Other studies suggest that long distance migration may be associated with a stronger selection effect [7,26,35]. It may be that Haitians in better physical health are the ones more

likely to move to French Guiana because they are able to manage the difficulties and stress associated with immigrating. The undocumented immigrants from Surinam had poor health indicators, regardless of which health indicator was used or which adjustments were made. These people have special attributes: all of them were living in Saint-Laurent du Maroni (a town on the border with Surinam), and their median duration of residence in French Guiana was 16 years (as opposed to 6 years for the other undocumented immigrants). Thus, a number of hypotheses can be proposed to explain their particularly poor health status: the circumstances of their immigration to French Guiana (fleeing from the civil war between 1986 and 1992 and economic hardships in Surinam), the geographical proximity of Saint-Laurent du Maroni (which limits the possibility of positive immigration-selection bias), and the many years spent underground.

Limitations and strengths of this study

This study has a certain number of strengths: a sampling method ensuring that the final sample would be representative, a high participation rate, and the inclusion of several migration variables.

Several limitations should be discussed. First, this was a cross-sectional study, and no definite conclusions can be drawn regarding causality. Second, this survey was conducted among people over the age of 18 years who had been living or were intending to live in French Guiana for at least 6 months and who were residing in single-family dwellings. It therefore excluded people living collectively, people with no fixed address, and transient migrants. Third, we did not have a means of measuring the representativeness of the subgroup consisting of undocumented immigrants, since they are, by definition, undocumented in the national statistics. On the other hand, the sampling procedure (the stratification and sampling intervals used) and the large proportion of this population in the two survey cities make it unlikely that we under- or overrepresented the neighborhoods inhabited by undocumented immigrants. Lastly, a few words need to be said about the choice of indicators. The three health indicators of the MEHM had the advantage of being widely used in epidemiological surveys, and their reliability had been evaluated in a European population [12]. However, they have not been validated in the populations of French overseas departments (especially in French Guiana). Moreover, questions remained about their interindividual comparability, since health perceptions vary according to health norms and people's aspirations, who are influenced by their social and cultural environment [36,37]. Of the three health indicators used, a self-reported chronic disease is the most prone to differential reporting bias between social groups [38]. In this study, homemakers and individuals with little schooling reported poor perceived health

and functional limitations more often, but these associations were not found for the indicator 'chronic disease'. Several analyses have reported a trend toward chronic diseases in population groups in the lowest education and income brackets being underreported [38-40]. This can be explained by less medical information, which is due to less use of the health-care system. In addition, it is questionable whether the concept of chronic disease is clearly understood by all sociocultural groups. Perceived health is the mostly widely used indicator, and numerous studies have shown associations with mortality [36,41], morbidity and the use of the health-care system [42,43], regardless of the ethnic group [44,45]. However, a few studies found that this indicator tended, once again, to underestimate social health inequalities [38,46]. As for the indicator 'functional limitations', its transcultural validity has not been investigated, but several studies that have examined this indicator between different ethnic groups suggest that information biases are weak [47-50].

The choice of migration variable has its limitations, too. The main one is that the groupings that were made (to construct the six subgroups based on migration status) mask very different sociocultural situations and migration paths. For instance, the subgroup consisting of people born in French Guiana was actually quite heterogeneous (among the main ethnic groups that make up the population in French Guiana are the Creoles, the Bushinenge and Amerindians). Furthermore, when constructing these six groups, we took into account the individual's status on the day of the survey. This categorization did not take into account how long the person had had that status, for some statuses are not stable. Immigrants with a temporary stay document can have their renewal request turned down and quickly become undocumented. In contrast, some of the interviewees may have very recently regularized their status.

Conclusion

Overall, the results of this study suggest that, although the determinants of migrant health in French Guiana mainly have to do with the multiple dimensions of the social determinants of health and social health inequalities, other parameters specific to immigration (the country of origin, the duration of residence, the reason for immigrating, and the conditions of residence in French Guiana) play a role of their own. Data on migrant health are scarce in France, and more generally, migrant health problems have been largely ignored in public health policies. Indeed, the notion of a "specific approach" to health issues is creating a debate. Any differential treatment, in particular, according to nationality or ethnic group, is generally perceived as wrong, since it is contrary to the principle of equal treatment

for all citizens guaranteed by the Constitution and that is part of a long republican tradition. In reality, such a view shows a lack of understanding, all the while contributing to the denial of the problems specific to immigrants. We recommend that the specific determinants associated with migration be taken into account in different epidemiological surveys and the current local information systems to improve knowledge of the health of specific populations in French Guiana. The health status of migrants is of crucial interest to health policy planners, and it is especially relevant, considering the size of the foreign-born population in that region.

Acknowledgements

The study was funded by the Agence française de développement (AFD) within the framework of a collaborative contract with INSERM. The AFD did not participate in the writing of this article. The authors would like to thank the INSEE Office in Cayenne for their assistance in constructing the sample.

Author details

¹INSERM, U707, Research Team on the Social Determinants of Health and Health Care, Faculté de médecine Pierre et Marie Curie, site St-Antoine, 27 Rue de Chaligny, 75571 Paris Cedex 12, France. ²Université Pierre et Marie Curie - Paris 06, UMR-S 707 Paris, France. ³AP-HP, Hôpital Saint-Antoine, Paris, France.

Authors' contributions

PC and JL conceived this study and supervised all the aspects of its realisation and dissemination. AJ was involved in the study design, data collection and data analysis. SF and EC were involved in the study design. All the authors approved the final manuscript

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

Received: 10 July 2011 Accepted: 19 January 2012

Published: 19 January 2012

References

1. World Health Organization: *International migration, health & human rights* Geneva; 2003.
2. Mladovsky P: **A framework for analysing migrant health policies in Europe.** *Health Policy* 2009, **93**(1):55-63.
3. McKay L, Macintyre S, Ellaway A: **Migration and Health: A Review of the International Literature.** Glasgow, MRC Social & Public Health Sciences Unit; 2003.
4. Davies A, Basten A, Frattini C: **Migration: A social determinant of migrants' health.** *EuroHealth* 2010, **16**(1):10-12.
5. Darmon N, Khlal M: **An overview of the health status of migrants in France, in relation to their dietary practices.** *Public Health Nutr* 2001, **4**(2):163-172.
6. Lert F, Melchior M, Ville I: **Functional limitations and overweight among migrants in the Histoire de Vie study (Insee, 2003).** *Rev Epidemiol Sante Publique* 2007, **55**(6):391-400.
7. Jusot F, Silva J, Dourgnon P, Sermet C: **Inégalités de santé liées à l'immigration en France : Effet des conditions de vie ou sélection à la migration?** *La revue économique* 2009, **60**(2):385-411.
8. Lapostolle A, Massari V, Chauvin P: **Time since the last HIV test and migration origin in the Paris metropolitan area, France.** *AIDS Care* 2011, **23**(9):1117-27.
9. National Institute of Statistics and Economic Studies (INSEE). [http://www.insee.fr/fr/ppp/bases-de-donnees/recensement/populations-legales/default.asp?annee=2006].
10. National Institute of Statistics and Economic Studies (INSEE): IRIS. [http://www.insee.fr/en/methodes/default.asp?page=definitions/iris.htm].

11. Robine JM, Jagger C: **Creating a coherent set of indicators to monitor health across Europe: the Euro-REVES 2 project.** *Eur J Public Health* 2003, **13**(3 Suppl):6-14.
12. Cox B, van Oyen H, Cambois E, Jagger C, le Roy S, Robine JM, Romieu I: **The reliability of the Minimum European Health Module.** *Int J Public Health* 2009, **54**(2):55-60.
13. Magalhaes L, Carrasco C, Gastaldo D: **Undocumented migrants in Canada: a scope literature review on health, access to services, and working conditions.** *J Immigr Minor Health* 2010, **12**(1):132-151.
14. Castaneda H: **Illegality as risk factor: a survey of unauthorized migrant patients in a Berlin clinic.** *Soc Sci Med* 2009, **68**(8):1552-1560.
15. **Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants. Access to health care for undocumented migrants in Europe** Brussels; 2007.
16. Médecins du Monde: *European Survey on undocumented migrants' access to health care* Paris; 2007.
17. Ravinetto R, Lodesani C, D'Alessandro U, De Filippi L, Pontiroli A: **Access to health care for undocumented migrants in Italy.** *Lancet* 2009, **373**(9681):2111-2112.
18. Wolff H, Epiney M, Lourenco AP, Costanza MC, Delieutraz-Marchand J, Andreoli N, Dubuisson JB, Gaspoz JM, Irion O: **Undocumented migrants lack access to pregnancy care and prevention.** *BMC Public Health* 2008, **8**:93.
19. Benach J, Muntaner C, Delclos C, Menendez M, Ronquillo C: **Migration and "low-skilled" workers in destination countries.** *PLoS Med* 2011, **8**(6): e1001043.
20. Carde E: **Le système de soins français à l'épreuve de l'outre-mer: des inégalités en Guyane.** *Espace Populations Sociétés* 2009, **1**:175-189.
21. Médecins du Monde: **Rapport 2007 de l'observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du Monde.** Paris; 2008.
22. Nielsen SS, Krasnik A: **Poorer self-perceived health among migrants and ethnic minorities versus the majority population in Europe: a systematic review.** *Int J Public Health* 2010, **55**(5):357-371.
23. Dourgnon P, Jusot F, Sermet C, Silva J: **La santé perçue des immigrés en France. Une exploitation de l'Enquête décennale santé 2002-2003.** *Questions d'Economie de la Santé* 2008, **133**:1-6.
24. Florence S, Lebas J, Parizot I, Sissoko D, Querre M, Paquet C, Lesieur S, Chauvin P: **Migration, health and access to care in Mayotte Island in 2007: lessons learned from a representative survey.** *Rev Epidemiol Sante Publique* 2010, **58**(4):237-244.
25. Marmot MG, Shipley MJ, Rose G: **Inequalities in death-specific explanations of a general pattern?** *Lancet* 1984, **1**(8384):1003-1006.
26. Lu Y: **Test of the 'healthy migrant hypothesis': a longitudinal analysis of health selectivity of internal migration in Indonesia.** *Soc Sci Med* 2008, **67**(8):1331-1339.
27. Rubalcava LN, Teruel GM, Thomas D, Goldman N: **The healthy migrant effect: new findings from the Mexican Family Life Survey.** *Am J Public Health* 2008, **98**(1):78-84.
28. Jolivet A, Florence S, Lebas J, Chauvin P: **Migration, health, and care in French overseas territories.** *Lancet* 2010, **376**(9755):1827-1828.
29. Vissandjee B, Desmeules M, Cao Z, Abdool S, Kazanjian A: **Integrating Ethnicity and Migration As Determinants of Canadian Women's Health.** *BMC Womens Health* 2004, **1**(4):32.
30. Newbold KB: **Self-rated health within the Canadian immigrant population: risk and the healthy immigrant effect.** *Soc Sci Med* 2005, **60**(6):1359-1370.
31. Ronellenfitsch U, Razum O: **Deteriorating health satisfaction among immigrants from Eastern Europe to Germany.** *Int J Equity Health* 2004, **3**(1):4.
32. Leung B, Luo N, So L, Quan H: **Comparing three measures of health status (perceived health with Likert-type scale, EQ-5D, and number of chronic conditions) in Chinese and white Canadians.** *Med Care* 2007, **45**(7):610-617.
33. Malmusi D, Borrell C, Benach J: **Migration-related health inequalities: showing the complex interactions between gender, social class and place of origin.** *Soc Sci Med* 2010, **71**(9):1610-1619.
34. United Nations Development Program: *Human Development Report 2010. The real wealth of nations: Key to countries pathways to human development* New York: UNDP; 2010.
35. Jasso G, Massey DS, Rosenzweig MR, Smith JP: **Immigrant health: selectivity and acculturation.** In *Critical perspectives on racial and ethnic differences in health in late life.* Edited by: Anderson NB, Bulatao RA, Cohen B. Washington: National Academies Press; 2004:227-266.
36. Idler EL, Benyamini Y: **Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies.** *J Health Soc Behav* 1997, **38**(1):21-37.
37. Shmueli A: **Socio-economic and demographic variation in health and in its measures: the issue of reporting heterogeneity.** *Soc Sci Med* 2003, **57**(1):125-134.
38. Tubeuf S, Jusot F, Devaux M, Sermet C: **Social heterogeneity in self-reported health status and measurement of inequalities in health.** *IRDES Working Paper* 2008, **12**:1-26.
39. Mackenbach JP, Looman CW, van der Meer JB: **Differences in the misreporting of chronic conditions, by level of education: the effect on inequalities in prevalence rates.** *Am J Public Health* 1996, **86**(5):706-711.
40. Elstad JI: **Inequalities in health related to women's marital, parental, and employment status—a comparison between the early 70s and the late 80s, Norway.** *Soc Sci Med* 1996, **42**(1):75-89.
41. Kaplan GA, Camacho T: **Perceived health and mortality: a nine-year follow-up of the human population laboratory cohort.** *Am J Epidemiol* 1983, **117**(3):292-304.
42. van Doorslaer E, Wagstaff A, van der Burg H, Christiansen T, De Graeve D, Duchesne I, Gerdtham UG, Gerfin M, Geurts J, Gross L, et al: **Equity in the delivery of health care in Europe and the US.** *J Health Econ* 2000, **19**(5):553-583.
43. DeSalvo KB, Fan VS, McDonnell MB, Fihn SD: **Predicting mortality and healthcare utilization with a single question.** *Health Serv Res* 2005, **40**(4):1234-1246.
44. Chandola T, Jenkinson C: **Validating self-rated health in different ethnic groups.** *Ethn Health* 2000, **5**(2):151-159.
45. Molines C, Sapin C, Simeoni MC, Gentile S, Auquier P: **Perceived health and migration: a new sanitary approach?** *Rev Epidemiol Sante Publique* 2000, **48**(2):145-155.
46. Delpierre C, Lauwers-Cances V, Datta GD, Lang T, Berkman L: **Using self-rated health for analysing social inequalities in health: a risk for underestimating the gap between socioeconomic groups?** *J Epidemiol Community Health* 2009, **63**(6):426-432.
47. Harding S, Balarajan R: **Limiting long-term illness among black Caribbeans, black Africans, Indians, Pakistanis, Bangladeshis and Chinese born in the UK.** *Ethn Health* 2000, **5**(1):41-46.
48. Robertson E, Iglesias E, Johansson SE, Sundquist J: **Migration status and limiting long standing illness: a longitudinal study of women of childbearing age in Sweden.** *Eur J Public Health* 2003, **13**(2):99-104.
49. Harding S: **Social mobility and self-reported limiting long-term illness among West Indian and South Asian migrants living in England and Wales.** *Soc Sci Med* 2003, **56**(2):355-361.
50. Sundquist J, Johansson SE: **Long-term illness among indigenous and foreign-born people in Sweden.** *Soc Sci Med* 1997, **44**(2):189-198.

Pre-publication history

The pre-publication history for this paper can be accessed here:
<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/53/prepub>

doi:10.1186/1471-2458-12-53

Cite this article as: Jolivet et al.: Migrant health in French Guiana: Are undocumented immigrants more vulnerable? *BMC Public Health* 2012 **12**:53.

Submit your next manuscript to BioMed Central and take full advantage of:

- Convenient online submission
- Thorough peer review
- No space constraints or color figure charges
- Immediate publication on acceptance
- Inclusion in PubMed, CAS, Scopus and Google Scholar
- Research which is freely available for redistribution

Submit your manuscript at
www.biomedcentral.com/submit



2.2 Le recours aux soins des migrants : analyse d'une étude conduite dans le service d'urgence de l'hôpital de St-Laurent du Maroni

Dans cet article, nous explorons la question du recours aux soins des personnes en situation irrégulière dans l'Ouest guyanais.

L'Ouest guyanais présente plusieurs particularités, notamment une forte présence de la population immigrée et de personnes en situation irrégulière (qui représentent respectivement 60% et environ 25% de la population adulte résidante à St-Laurent du Maroni) et une proximité avec le Surinam, qui la rend sujette à des migrations pendulaires, plus ponctuelles.

Cet article s'appuie sur une étude transversale conduite en 2009 dans le service des urgences de l'hôpital de St-Laurent du Maroni, auprès d'un échantillon représentatif de 177 adultes consultant ce service. L'objectif général de l'étude était de caractériser les personnes qui consultent ce service - notamment celles en situation irrégulière - et celles qui viennent du Surinam.

Au cours de cette étude, nous avons constaté que les personnes en situation irrégulière, qui représentent un peu plus du quart de l'échantillon, étaient plus fréquemment hospitalisées que les autres patients. Dans cet article, nous avons cherché à mettre ce constat en lien à des motifs médicaux (gravité à l'admission, motif médical de la consultation...) et à certains déterminants de l'accès au système de soins (couverture maladie, éloignement géographique de l'hôpital, barrière de la langue...). Pour ce faire, nous avons conduit des modèles statistiques dans lesquels ces déterminants se positionnent comme des médiateurs de la relation existante entre la situation irrégulière de séjour et le fait d'être hospitalisé.

Les résultats suggèrent que les personnes en situation irrégulière ont des indicateurs de santé et d'accès aux soins plus défavorables que les autres patients à leur arrivée aux Urgences.

Les analyses montrent que la différence observée de taux d'hospitalisation est liée, par ordre d'importance, au défaut de couverture maladie, à la moindre maîtrise du français, à une résidence hors Saint-Laurent du Maroni, à des niveaux de gravité plus élevés et, dans une moindre mesure, à un suivi moins régulier chez un médecin.

Ainsi nous concluons sur le fait que les difficultés d'accès aux soins que peuvent rencontrer les personnes en situation irrégulière ont un impact sur leur utilisation des Urgences hospitalières.

Use of an Emergency Department in Saint-Laurent du Maroni, French Guiana: Does Being Undocumented Make a Difference?

Anne Jolivet · Emmanuelle Cadot · Olivier Angénieux ·
Sophie Florence · Sophie Lesieur · Jacques Lebas ·
Pierre Chauvin

© Springer Science+Business Media New York 2013

Abstract Few data exist on the health status and health care utilization of the undocumented migrants in France. Data are particularly scarce in French overseas territories where this population is numerous. We aimed to describe the characteristics of undocumented patients who use the emergency department of Saint-Laurent du Maroni Hospital (SLMH) in French Guiana, and to identify factors associated with their subsequent hospitalization. In a random sample of 177 patients, we used logistic regression models to test the mediational role of health-care system utilization and medical characteristics at admission in the association between residency status and hospitalization. More than a quarter of patients (27.7 %) were undocumented migrants, who were subsequently hospitalized more often than the others [OR 3.11, 95 % CI (1.32–7.34)]. More-severe symptoms at admission, a poorer access to health insurance, a greater distance between their home and SLMH, and poorer French language skills partially explained this higher hospitalization rate. Despite the fact

that France has instituted a specific insurance program for the undocumented, an increasing number of barriers to accessing health care is being reported for these people. Our results suggest that these obstacles have some impacts in the utilization of hospital care.

Keywords Undocumented migrants · Healthcare utilization · Health insurance · Mediational analysis · French Guiana

Introduction

Undocumented migrants are one of the most vulnerable populations in Europe, and they often have poor health [1–4]. Studies on their access to care and their use of health-care systems are relatively rare, but they show that they face numerous obstacles in obtaining care [3, 5–8] even in countries like France that offer, at least theoretically, access to a broad range of care services for undocumented migrants [4]. Available data on undocumented migrants are even scarcer in French overseas territories where—because of their geographic situations and their proximities with far less developed countries—this population is particularly numerous [9].

French Guiana is located in a humid equatorial zone of South America, bounded by Surinam and Brazil. The first French settlers arrived at the beginning of the 17th century. After being a French colony during almost 350 years, French Guiana became in 1946 a full-fledged overseas department of France, with the same legislation and social security system as in mainland France. Up until the early 1960s, the history of French Guiana was characterized by a problematic and insufficient human settlement. Over the last 50 years, the installation of a spatial center (today the

A. Jolivet · E. Cadot · S. Florence · S. Lesieur · J. Lebas ·
P. Chauvin
INSERM, U707, Research Team on the Social Determinants
of Health and Healthcare, Paris, France

A. Jolivet · E. Cadot · S. Florence · S. Lesieur · J. Lebas ·
P. Chauvin
UPMC Univ Paris 06, UMR-S 707, Paris, France

A. Jolivet (✉) · O. Angénieux
Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais, Saint-Laurent du
Maroni, French Guiana
e-mail: anne_jolivet@yahoo.fr

J. Lebas
AP-HP, Hôpital Saint-Antoine, Paris, France

European Space Agency's primary launch site) and a deepening development gap between this department and its neighboring countries have caused successive immigration waves (mainly from Brazil, Surinam and Haiti). In 2009, this department had 229,000 inhabitants, with a multiethnic population, and remains heavily dependent on mainland France for subsidies, trade and goods. Saint-Laurent du Maroni is its second most populous city, with 37,500 inhabitants in 2009. Because, in part, of its geographical location (on the Maroni River, which forms the border with Surinam) and the economic disparity with its neighboring country, this city is a prime destination for migrants, some of whom stay, while others return or shuttle back and forth across the border. In 2008, the French Bureau of statistics indicates that immigrants accounted for 53.6 % of the over-15 population [10], but there are no official statistics available for the undocumented population. A general population study conducted in 2009 found that 26 % of the adults (over 18 years of age) living in Saint-Laurent du Maroni were undocumented, despite having been in French Guiana for a long time [9]. The study also found that undocumented migrants presented with the worst health indicators.

Saint-Laurent du Maroni Hospital (SLMH) is the only source of secondary and emergency care in the cross-border area. There is a growing perception among health professionals, public authorities and local public opinion that people who are in French Guiana illegally constitute a heavy burden for this hospital [11, 12]. Also many of them believe that people from Surinam cross the border to get medical care at this hospital [11, 12]. A recent study found that the proportion of foreign migrants who had emigrated to or settled in French Guiana for health reasons (3.1 %) was low compared to the proportion of those who had done so for other reasons (the main one being economic) [13]. However, no study has ever been conducted to determine what percentage of the people who use this hospital are undocumented or from Surinam and if they have special health needs. We conducted a study in this hospital's ED, which sees 15,000 patients a year. Our objectives were to:

- Describe the population that uses the SLMH's emergency department;
- Compare the patients' sociodemographic and medical characteristics and their use of the health-care system on the basis of their residency status; and
- Compare the hospitalization rate on the basis of residency status and analyze the factors that can explain any difference that might be found.

With regard to the last objective, we tested the hypothesis that certain patients' characteristics (medical and related to access to care) mediate the relationship between residency status and hospitalization, defining here a mediator as a third

variable that helps explain how or why the independent variable predicts the outcome variable and that enables investigators to explore the mechanism behind the relationship between the independent variable and the outcome variables [14, 15]. Our hypothesis was based on a social determinants of health's theoretical framework that position the legal status as a proximal determinant of health [16].

Methods

Study Design

An anonymous, cross-sectional, observational survey was conducted in the Saint-Laurent du Maroni Hospital's ED. All patients 16 years of age or older who presented to the ED for care were eligible. The exclusion criteria were participation in this study during a previous ED visit and having been triaged directly to the obstetrics department or to an outpatient visit with a general practitioner. To ensure the sample's representativeness and to take into account the variations in the number of visits to the emergency room according to the time of day and the day of the week, a random draw of time slots (12 a.m. to 7 a.m., 7 a.m. to 1 p.m., 1 p.m. to 7 p.m. and 7 p.m. to 12 a.m.) was performed in proportion to the average number of visits per time slot and per day (estimated from admission forms for two typical weeks of activity). For the purpose of surveying 150 patients, and with an estimated response rate of 75 %, 25 time slots were randomly selected over two 15-day periods in February and March 2009.

Data Collection

Two instruments were developed for this study: a patient questionnaire and a physician questionnaire. After the triage process, eligible patients were approached by interviewers who spoke the local languages (French, Guyanese Creole, Dutch, Brazilian and Nenguee) and who had been specially trained. The study's objectives were explained to the patients, and they were told that their participation in the study was completely voluntary and anonymous and would not affect the management of their care. Those who agreed to participate were then interviewed in the ED waiting room or one of the treatment areas. The patient questionnaire, which took approximately 15 min, was used to capture their demographics and socioeconomic status (gender, age, place of residence, education level, fluency in French, place of birth, nationality, and, in the case of foreigners, residency status), as well as their health-care system utilization in French Guiana (having or not having a regular family doctor, their health insurance status, and their perceived difficulties accessing health care). For

Table 1 Clinical classification of emergency care patients (CCMU)

CCMU 1	Injury and/or functional prognosis considered stable. No further diagnostic or therapeutic procedures to be performed by the emergency department.
CCMU 2	Injury and/or functional prognosis considered stable. Decision made to perform further diagnostic or therapeutic procedures.
CCMU 3	Injury and/or functional prognosis considered at risk for worsening in the emergency department but not life-threatening.
CCMU 4	Life-threatening illness or injury. Management does not involve immediate resuscitation procedures.
CCMU 5	Life-threatening illness or injury. Management involves immediate resuscitation procedures.

health insurance status, we distinguished between patients who were covered either by the regular social security system or by “Aide Médicale d’État” (AME), a government-run insurance program specifically for undocumented migrants after their third month of residency in a French territory [17], and those who were not. The physician questionnaire was placed in the patient’s file for completion by the attending physician. The medical variables were the patient’s severity at admission, the main reason for visiting the ED (infectious disease, trauma, surgical problem, obstetrical problem, chronic illness, or other health problem), symptom duration, and the outcome (returned home or admitted). Severity at admission was assessed by the CCMU (a French acronym for “clinical classification for emergency care patients”), a 5-point scale widely and routinely used in many French EDs to assess a patient’s clinical status, the severity of the problem and his or her prognosis (see Table 1) [18]. This protocol was approved by the institutional review board of the SLMH.

Data Analysis

The demographics, socioeconomic status, health care utilization and medical characteristics were compared between the individuals without a legal resident permit (referred to as “undocumented migrants” in the rest of this paper) and those with French (or European) citizenship or a resident permit. The qualitative variables were compared using the χ^2 test, and the quantitative data were compared using the Student test, both with a threshold of 0.05. To test the mediational hypothesis, a series of analyses were performed following the procedures outlined by Baron and Kenny [14]. First, factors associated with hospitalization were studied by fitting bivariate logistic regression models with the hospitalization outcome (yes/no) as the dependant variable and estimating odds ratios (ORs) and their 95 % confidence intervals (95 % CIs). The independent variables that were significantly associated both with residency

status and hospitalization were then considered potential mediators of the relationship between these two parameters. Subsequently, we tested all the potential mediators successively by including them simultaneously with residency status in a multiple logistic regression model as predictors of hospitalization. Complete mediation was when the initial variable (residency status) no longer affected the outcome (hospitalization) after the mediator was controlled for. For each model, we calculated the proportion of the reduction in the OR compared to the non-mediated model. These models were systematically adjusted for the following potential confounding variables: age, gender and education level. All the analyses were performed with Stata[®] software, version 10.0.

Results

Sample Description

During the randomly selected time slots, 355 patients presented to the SLMH’s emergency department. Of them, 145 did not meet the eligibility criteria: 120 of them were under the age of 16 years, 17 were referred directly to a general practitioner, 2 were sent to the delivery room, and 6 came to the ED several times during the survey period. Of the 210 eligible patients, 9 (4.3 %) declined to participate and 24 (11.4 %) could not be interviewed (had left before the interview, were too ill to answer or were under arrest). The survey participation rate was therefore 84.3 %. More than half of the 177 patients included (52.5 %) visited during the morning time slot (7 a.m. to 1 p.m.), 28.8 % during the afternoon time slot (1 p.m. to 7 p.m.), and 18.6 % during the evening and night time slots (7 p.m. to 7 a.m.).

Females accounted for 56.5 % of the sample. The median age was 32 years. An analysis of the nationalities, places of birth, and legal status for foreigners, revealed four subgroups in the study population: French nationals born in French Guiana (37.8 %); French nationals born outside French Guiana (18.1 %)—born in mainland France or in other overseas departments (13.0 %), or of foreign origin who had acquired French nationality (5.1 %); foreign nationals with a regular status in French Guiana (“documented foreigners”—16.4 %); and lastly undocumented migrants (27.7 %). Among the documented foreigners and undocumented migrants, 59.0 % were born in Surinam.

Comparison of Undocumented Migrants and Other Patients

The demographic characteristics (age and gender) were not significantly different between the undocumented migrants and the French nationals and documented foreigners

Table 2 Comparison of undocumented patients and patients who were French nationals and documented foreigners

		French nationals and documented foreigners		Undocumented migrants		<i>p</i>
		n	%	n	%	
Sociodemographic variables						
Gender	Male	60	46.9	17	34.7	0.14
	Female	68	53.1	32	65.3	
Age: Mean ± SD		36.1 ± 16.4		36.6 ± 15.1		0.85
Place of birth	French Guiana, mainland France or OST	91	71.1	1	2.0	<0.001
	Surinam	19	14.8	30	61.2	
	Other	18	14.1	18	36.7	
Education level	None or primary	22	17.3	18	37.5	<0.001
	Secondary	30	23.6	20	41.7	
	Tertiary	75	59.1	10	20.8	
Place of residence	Saint-Laurent du Maroni	102	79.7	25	51.0	<0.001
	Other city in French Guiana	26	20.3	13	26.5	
	City in Surinam	0	0	11	22.5	
Fluent in French	No	17	13.3	36	75.0	<0.001
	Yes	111	86.7	12	25.0	
Variables pertaining to health-care system utilization						
Regular family doctor status	Had a regular family doctor	100	78.7	18	37.5	<0.001
	Did not have a regular family doctor	27	21.3	30	62.5	
Health insurance status	Had health insurance	112	88.2	13	27.1	<0.001
	Did not have health insurance	15	11.8	35	72.9	
Perceived difficulties in accessing health care	Access difficult	71	56.4	24	52.2	0.63
	Access easy	55	43.7	22	47.8	
Medical variables						
Main reason for visiting the ED	Infection	26	23.0	9	18.8	0.12
	Assault, accident or trauma	25	22.1	8	16.7	
	Surgical problem	6	5.3	4	8.3	
	Obstetrical problem	5	4.4	8	16.7	
	Decompensation of a chronic disease	4	3.5	3	6.3	
	Other health problem	47	41.6	16	33.3	
Duration of symptoms	The same day or the previous evening	56	44.8	16	33.3	0.33
	2–7 days	37	29.6	19	39.6	
	>1 week	32	25.6	13	27.1	
Severity at admission (CCMU)	1	25	20.7	7	14.3	0.03
	2	88	72.7	32	65.3	
	3 or 4	8	6.6	10	20.4	
Outcome	Returned home	109	89.3	34	72.9	0.007
	Admitted	13	10.7	13	27.1	
Total		128	100 %	49	100 %	

(Table 2). On the other hand, the undocumented migrants lived, for the most part, outside of Saint-Laurent du Maroni (49 vs. 20.3 %, $p < 10^{-3}$), had a lower level of education (37.5 % had never gone to school or only had a primary school education vs. 17.3 %, $p < 10^{-3}$) and were less fluent in French (25 vs. 86.7 %, $p < 10^{-3}$). As for the

health-care system utilization variables, fewer undocumented migrants indicated that they were followed on a regular basis by a physician (37.5 vs. 78.7 %, $p < 10^{-3}$) or had medical coverage (27.1 vs. 88.2 %, $p < 10^{-3}$). However, they did not say that they had more difficulty obtaining care than the others ($p = 0.63$). As regards the

Table 3 Factors associated with hospitalization: proportions of hospitalized patients by subgroup and odds ratio (univariate analysis)

		n	Hospitalized (%)	OR (95 % CI)	Global <i>p</i>
Sociodemographic variables					
Gender	Male	74	21.6	1	0.048
	Female	96	10.4	0.42 (0.18–0.99)*	
Age	16–25 years	55	9.1	1	0.19
	25–40 years	60	18.3	2.24 (0.73–6.94)	
	>40 years	55	18.2	2.22 (0.71–6.99)	
Education level	Tertiary	81	13.6	1	0.24
	Secondary	50	12.0	0.87 (0.30–2.51)	
	None or primary	39	23.1	1.91 (0.72–5.08)	
Residency status	French national or documented foreigner	122	10.7	1	0.009
	Undocumented migrant	48	27.1	3.11 (1.32–7.34)**	
Variables relating to access to care					
Place of residence	Saint-Laurent du Maroni	122	9.0	1	<0.001
	Other city in French Guiana	37	27.0	3.74 (1.44–9.70)**	
	City in Surinam	11	45.5	8.41 (2.20–32.07)**	
Fluent in french	Yes	117	10.3	1	0.009
	No	53	26.4	3.14 (1.34–7.38)**	
Variables pertaining to health-care system utilization					
Regular family doctor status	Had a regular family doctor	113	11.5	1	0.045
	Did not have a regular family doctor	55	23.6	2.38 (1.02–5.56)*	
Health insurance status	Common right or AME	120	10.0	1	0.004
	None	49	28.6	3.60 (1.52–8.51)**	
Perceived difficulties accessing health care	Access easy	75	14.7	1	0.95
	Access difficult	91	14.3	0.97 (0.41–2.31)	
Medical variables					
Main reason for visiting the ED	Infection	34	14.7	1	0.83
	Assault, accident or trauma	33	6.1	0.37 (0.07–2.08)	
	Surgical problem	10	60.0	8.70 (1.79–42.30)**	
	Obstetrical problem	13	23.1	1.74 (0.35–8.63)	
	Decompensation of a chronic disease	7	14.3	0.97 (0.09–9.84)	
	Other health problem	63	14.3	0.97 (0.30–3.15)	
Duration of symptoms	The same day or the previous evening	71	11.3	1	0.139
	2–7 days	54	14.8	1.37 (0.48–3.92)	
	>1 week	41	22.0	2.21 (0.78–6.29)	
Severity at admission (CCMU)	1	32	3.1	1	<0.001
	2	119	10.9	3.80 (0.48–30.22)	
	3 or 4	18	66.7	62.00 (6.74–570.51)***	

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

medical variables, the undocumented migrants had higher baseline severity levels than the others (20.4 % were ranked CCMU 3 or 4 vs. 6.6 %, $p = 0.03$) and a higher hospitalization rate (27.1 vs. 10.7 %, $p = 0.007$). As for the reasons for consultation, only obstetrical problems were more frequent among the undocumented migrants ($p = 0.005$).

Factors Associated with Hospitalization

The analysis of the factors associated with hospitalization (Table 3) shows that the undocumented patients were significantly more likely to be hospitalized [OR 3.11, 95 % CI (1.32–7.34)] than other patients, as were women, patients who lived in other cities in French

Table 4 Change in the association between residency status and hospitalization when adjusting for potential mediating factors (logistic regression models systematically adjusted for age, gender and education level)

		n	Model 0 unmediated model aOR (95 % CI)	Model 1 aOR (95 % CI)	Model 2 aOR (95 % CI)	Model 3 aOR (95 % CI)	Model 4 aOR (95 % CI)	Model 5 aOR (95 % CI)	Model 6 complete model aOR (95 % CI)
Residency status	French national or documented foreigner	122	1	1	1	1	1	1	1
	Undocumented migrant	48	4.09 (1.49–11.24)**	2.59 (0.79–8.41)	2.77 (0.86–8.94)	3.30 (1.09–9.98)*	2.09 (0.58–7.49)	2.95 (0.90–9.65)	1.49 (0.22–9.93)
				Δ OR 36.7 %	Δ OR 32.3 %	Δ OR 19.3 %	Δ OR 48.9 %	Δ OR 27.9 %	Δ OR 63.6 %
Place of residence	Saint-Laurent du Maroni	122		1					1
	Other city in French Guiana	37		3.87 (1.34–11.17)*					3.08 (0.84–11.31)
	Surinam	11		5.31 (1.00–28.21)*					3.52 (0.43–28.83)
Fluent in French	Yes	117			1				1
	No	53			2.26 (0.63–8.05)				1.46 (0.21–10.07)
Had a regular doctor	Yes	113				1			1
	No	55				1.60 (0.56–4.56)			0.68 (0.13–3.54)
Health insurance status	Common right or AME	120					1		1
	None	49					2.98 (0.86–10.28)		1.61 (0.25–10.20)
Severity at admission (CCMU)	1	32						1	1
	2	119						3.57 (0.41–30.73)	2.77 (0.30–25.87)
	3 or 4	18						78.45 (7.00–878.56)***	55.13 (4.52–673.06)**

aOR adjusted odds ratio

Δ OR percent reduction in the aOR compared to Model 0

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

Guiana or who lived in Surinam, patients who were not fluent in French, those who did not have a regular family doctor or no health insurance, and those who had a surgical problem or a severe health problem (CCMU 3 or 4).

Based on the associations presented in Tables 2 and 3, the following variables were tested as potential mediators of the relationship between residency status and hospitalization: place of residence, fluency in French, regular family doctor status, health insurance status and severity at admission. The multivariate analyses (Table 4) concerned 166 patients (6.2 % of the questionnaires were excluded because of missing values for one or more of these variables). Once adjusted for age, gender and education level, the undocumented migrants were 4 times more likely to be hospitalized [OR 4.09, 95 % CI (1.49–11.24)] than the other patients. The punctual estimate of this OR was reduced by half (and no longer statistically significant) when health insurance status was included in the model [see Model 4: OR 2.09, 95 % CI (0.58–7.49), Δ OR 48.9 %]. It was also reduced, but to a lesser extent, when, separately, the patient's place of residence (Model 1, Δ OR 36.7 %), fluency in French (Model 2, Δ OR 32.3 %), level of severity at admission (Model 5, Δ OR 27.9 %) and regular family doctor status (Model 3, Δ OR 19.3 %) were taken into account, in order of decreasing reduction. It should be noted that, because of our relatively small sample size, Model 3 was the only one where the association between residency status and hospitalization was not statistically significant. In addition, of all these potential mediating factors, only the place of residence and the severity of the case were significantly associated with our outcome. When all these factors were introduced into a single model at the same time, the OR in question (4.09) was reduced by 63.6 %.

Discussion

Undocumented migrants accounted for 27.7 % [95 % CI (21.1–34.3)] of the patients over 16 years of age who visited the SLMH's emergency department. Their health needs were different from those of the other patients: their cases were more severe upon their arrival at the ED, and they were hospitalized 3 times more often. The hypothesis of mediation by factors other than case severity is confirmed. Indeed, characteristics associated with their access to care and to their use of the health-care system upstream from the ED visit, such as less access to medical coverage, the distance between their home and the point of care, and their being less fluent in French, seem to explain, partially but significantly, why the undocumented are hospitalized more often.

Limitations and Strengths

This study has several limitations. The small sample size can be considered a weakness of the study, as it decreases its power and increases the likelihood of sampling error. Second, we placed in the same category documented foreigners and French nationals, as a previous study showed that these profiles did not differ in terms of health status [9]. Further analysis comparing the characteristics of these two subgroups showed that documented foreigners were older than French nationals (their mean ages were 42.5 years and 34.2 respectively, $p = 0.01$), were less fluent in French (4.0 vs. 44.8 %), had lower education (44.8 % never been to school or primary level, vs. 9.2 %, $p < 0.001$) and had less often a health insurance (27.6 vs. 7.1 %, $p = 0.003$). However their medical status at admission, health care utilization and hospitalization rate did not differ significantly.

Two of the study's strengths are the sampling method and the high participation rate, which yielded a representative sample of patients visiting the ED (including patients presenting during nights and weekends).

Discussion of the Major Findings

The proportion of undocumented individuals among the patients 16 years of age or older visiting this ED (27.7 %) was similar to the proportion of undocumented individuals among people aged 18 or older living in Saint-Laurent du Maroni (26 %, according to [9]). In contrast, a higher proportion of French nationals visited the ED (55.9 vs. 45.8 % of the population of Saint-Laurent du Maroni, $p = 0.001$). Although delicate because the population area drawn from by the ED extends well beyond Saint-Laurent du Maroni city limits, this comparison enables us to clearly put in perspective the notion of foreigners and undocumented individuals flowing into this ED. This is consistent with other studies that have shown that undocumented migrants use public health-care facilities significantly less than the rest of the population [19–21], even in countries like France (see below), where public policies have created the conditions for comprehensive health-care coverage for illegal immigrants [19].

Our study also shows that the needs of undocumented individuals who visit this ED are different. Their cases are more serious, and they are hospitalized more often. Other studies show that the undocumented are a population at risk for delaying seeking care and for doing so only at a more advanced stage of their illness [1], either because, living in precarious conditions, health is not their primary concern compared to other priorities and basic needs, or because they encounter particularly frequent obstacles in accessing care [8].

Only 27.1 % of the undocumented individuals had a health insurance (35.1 % if the people living in Surinam are excluded). In French Guiana, as in mainland France, after their third month of uninterrupted stay in the country, undocumented migrants can theoretically access health care free of charge through AME, a specific, government-run, public health insurance system separate from the usual social security system, which is intended for French citizens and documented migrants only. In mainland France, several reports have shown the gap that exists between theoretical rights and actual rights to health care, due, among other things, to the complexity of the AME system, the numerous difficulties that people have in presenting the required documents, their lack of information about their rights, and the discriminatory attitudes and practices of some employees [1, 8, 22]. In French Guiana, these difficulties appear to be even worse [23–25]. We show here that not having health insurance seems to account for much of the observed association between being undocumented and being hospitalized. Indeed, the lack of health insurance can influence this association in two ways. First, it can do this upstream from the visit, since not having health insurance limits access to primary and preventive care, which could potentially obviate the need for hospitalization. Studies conducted in the US [26] and Switzerland [27, 28] have shown, in the context of prenatal care, that undocumented women lack access to important preventive measures. Not having health insurance can also influence caregiver practices. Very often, patients in this situation can only be managed in a hospital, and hospitalization can be a guarantee of adequate management. However, European [5, 6, 29] and French [22] studies have shown that health professionals' attitudes toward undocumented patients can be characterized by discrimination (intentional or otherwise).

Other studies have shown that language problems and communication problems between patients and care providers can increase the risk of hospitalization [30], again because of care providers who prefer to ensure optimal management of patients by keeping them under observation. What is surprising is that while patients who are not fluent in French account for a total of 30.1 % of this ED's users, it does not have any interpreters or cultural mediators. The care providers, who are not chosen on the basis of their language skills, can only call on multilingual coworkers on an as-needed basis, when they are present and available. Therefore, it is not unusual for there to be no one available to translate.

The place of residence also plays an important role in this context. It, too, is an access-to-care indicator. The geographical remoteness of a certain number of villages and access problems, particularly for the populations on the Maroni River, are obstacles to accessing care significantly associated with the likelihood of hospitalization. Once

again, we can think of three reasons that could explain this high hospitalization rate: higher levels of severity (which would not perfectly fit the CCMU classification, since the association with the place of residence persisted after it was taken into account in the final model); the lack of health-care facilities in the border area in Surinam (some of these patients did, in fact, indicate that they had been referred to the SLMH by the physician at the health centre in Albina, a border town in Surinam); and the care providers' preference when only a follow-up on an outpatient basis is needed but which would prove difficult, given the distance (they prefer to hospitalize the patient instead of asking him or her to come back for a visit).

Conclusion

Undocumented migrants are underrepresented in the research literature on health care utilization in European countries in general and in European overseas territories in particular (even though many of the latter may be prone to illegal immigration pressure). Carried out in an environment that is emblematic of the particular attributes of such overseas border areas, this study sheds light on the health characteristics of and health care utilization by undocumented individuals who present to a particular ED. Our results show that much (nearly two-thirds) of their overuse of this ED can be explained by geographical and language problems, less access to primary care and more-severe clinical problems. As regards primary care, France nonetheless has, as have certain other European countries, instituted a specific (and free) insurance program for the undocumented. In practice, an increasing number of obstacles to accessing care are being reported for these people. Our results suggest that these difficulties accessing care are not without impact on the use of health-care facilities. Thus, rather than being immigration issue, the use of hospital care—particularly emergency care—should be seen, paradoxically and counterintuitively, as a consequence of the undocumented exercising their right to health care.

Acknowledgments The study was funded by the Agence française de développement (AFD) within the framework of a collaborative contract with INSERM. The AFD did not participate in the writing of this article.

References

1. Platform for international cooperation on undocumented migrants (PICUM): Access to health care for undocumented migrants in Europe. Brussels; 2007.
2. World Health Organization (WHO): International migration, health and human rights. Health and Human Rights Publications Series Issue N°4. Geneva; 2003.

3. Castaneda H. Illegality as risk factor: a survey of unauthorized migrant patients in a Berlin clinic. *Soc Sci Med.* 2009;68(8):1552–60.
4. Cuadra CB. Right of access to health care for undocumented migrants in EU: a comparative study of national policies. *Eur J Public Health.* 2011;. doi:10.1093/eurpub/ckr049.
5. Jensen NK, Norredam M, Draebel T, Bogic M, Priebe S, Krasnik A. Providing medical care for undocumented migrants in Denmark: what are the challenges for health professionals? *BMC Health Serv Res.* 2011;11:154.
6. Biswas D, Kristiansen M, Krasnik A, Norredam M. Access to healthcare and alternative health-seeking strategies among undocumented migrants in Denmark. *BMC Public Health.* 2011;11:560.
7. Romero-Ortuno R. Access to health care for illegal immigrants in the EU: should we be concerned? *Eur J Health Law.* 2004;11:245–72.
8. Chauvin P, Parizot I, Simonnot N. Access to healthcare for the undocumented migrants in 11 European countries. Paris: Médecins du Monde European observatory on acces to healthcare; 2009.
9. Jolivet A, Cadot E, Florence S, Lesieur S, Lebas J, Chauvin P. Migrant health in French Guiana: are undocumented immigrants more vulnerable? *BMC Public Health.* 2012;12(1):53.
10. INSEE: Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (French Bureau of Statistics) [<http://www.recensement.insee.fr/tableauxDetailles.action?zoneSearchField=SAINT+LAURENT+DU+MARONI&codeZone=97311-COM&idTheme=9&idTableauDetaille=22&niveauDetail=1>]. 2008.
11. Othily G, Buffet FN. Rapport de la commission d'enquête du Sénat sur l'immigration clandestine. Paris; 2006.
12. Jolivet A, Cadot E, Carde E, Florence S, Lesieur S, Lebas J, Chauvin P. Migrations, santé et soins en Guyane. Paris: Agence Française de développement; 2011.
13. Jolivet A, Florence S, Lebas J, Chauvin P. Migration, health, and care in French overseas territories. *Lancet.* 2010;376(9755):1827–8.
14. Baron RM, Kenny DA. The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations. *J Pers Soc Psychol.* 1986;51(6):1173–82.
15. Bennett JA. Mediator and moderator variables in nursing research: conceptual and statistical differences. *Res Nurs Health.* 2000;23(5):415–20.
16. Davies A, Basten A, Frattini C. Migration: a social determinant of migrants' health. *Euro Health.* 2010;16(1):10–2.
17. Chevreur K, Durand-Zaleski I, Bahrami SB, Hernandez-Quevedo C, Mladovsky P. France: health system review. *Health Syst Transit.* 2010;12(6):1–291.
18. Berthier F, Andreu M, Bourjac M, Baron D, Branger B, Turbide A. Analysis of cost and of non-medical care load of patients seen in an accident and emergency department—the importance of clinical classification of emergency patients. *Eur J Emerg Med.* 1998;5(2):235–40.
19. Torres AM, Sanz B. Health care provision for illegal immigrants: should public health be concerned? *J Epidemiol Community Health.* 2000;54(6):478–9.
20. Reijneveld S, Verheij R, van Herten L, de Bakker D. Contacts of general practitioners with illegal immigrants. *Scand J Public Health.* 2001;29(4):308–13.
21. Vargas Bustamante A, Fang H, Garza J, Carter-Pokras O, Wallace SP, Rizzo JA, Ortega AN. Variations in healthcare access and utilization among Mexican immigrants: the role of documentation status. *J Immigr Minor Health.* 2012;14(1):146–55.
22. Larchanche S. Intangible obstacles: health implications of stigmatization, structural violence, and fear among undocumented immigrants in France. *Soc Sci Med.* 2012;74(6):858–63.
23. Carde E. Le système de soins français à l'épreuve de l'outre-mer: des inégalités en Guyane. *Espace Populations Sociétés.* 2009;1:175–89.
24. Médecins du Monde: Rapport 2007 de l'observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du Monde. Paris; 2008.
25. Health for Undocumented Migrants and Asylum seekers (HUMA network): Access to health care for undocumented migrants and asylum seekers in 10 European countries. Paris; 2009.
26. Korinek K, Smith KR. Prenatal care among immigrant and racial-ethnic minority women in a new immigrant destination: exploring the impact of immigrant legal status. *Soc Sci Med.* 2011;72(10):1695–703.
27. Wolff H, Epiney M, Lourenco AP, Costanza MC, Delieutraz-Marchand J, Andreoli N, Dubuisson JB, Gaspoz JM, Irion O. Undocumented migrants lack access to pregnancy care and prevention. *BMC Public Health.* 2008;8:93.
28. Wolff H, Stalder H, Epiney M, Walder A, Irion O, Morabia A. Health care and illegality: a survey of undocumented pregnant immigrants in Geneva. *Soc Sci Med.* 2005;60(9):2149–54.
29. Goossens MC, Depoorter AM. Contacts between general practitioners and migrants without a residence permit and the use of “urgent” medical care. *Scand J Public Health.* 2011;39(6):649–55.
30. Lee ED, Rosenberg CR, Sixsmith DM, Pang D, Abularrage J. Does a physician-patient language difference increase the probability of hospital admission? *Acad Emerg Med.* 1998;5(1):86–9.

2.3 Les migrations pour soins : analyse de deux études conduites en population générale à Mayotte et en Guyane

Dans cette lettre au Lancet, nous abordons la question des migrations pour soins dans sa dimension politique, cherchant à déconstruire les idées reçues et les discours politiques qui tendent à instrumentaliser les politiques de santé pour lutter contre l'immigration clandestine.

Cette lettre s'appuie sur les résultats de l'étude en population générale conduite en Guyane en 2009 et d'une étude similaire conduite préalablement dans la même équipe de recherche à Mayotte en 2008 [79].

Mayotte, île de l'archipel des Comores, compte environ 200 000 habitants, dont plus du quart est en situation irrégulière. Sur ce territoire français, en voie de départementalisation lors de l'écriture de cette lettre⁶, les obstacles à l'accès aux soins y sont nombreux.

Depuis 2005, le gouvernement a mis en place un système de santé dérogatoire à Mayotte concernant les étrangers en situation irrégulière : seuls les Français et les étrangers en situation régulière peuvent bénéficier d'un accès effectif aux soins grâce à une affiliation à la Sécurité sociale, le dispositif de l'aide médicale d'Etat (AME) accordé aux personnes en situation irrégulière n'existant pas à Mayotte⁷. Cette situation a conduit plusieurs associations à saisir la HALDE (Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité) qui souligne que l'absence du dispositif d'Aide Médicale d'Etat à Mayotte constitue une entrave au droit à la protection de la santé garanti par la Constitution et par plusieurs traités internationaux ratifiés par la France, dans la mesure où l'accès à une assistance médicale gratuite pour les personnes démunies en situation irrégulière, leurs enfants et les mineurs étrangers isolés, n'est envisagé que pour les seuls soins urgents, et, ce sans aucune limite de durée dans le temps⁸.

Les résultats des deux enquêtes conduites en population générale à Mayotte et en Guyane montrent que la part des immigrés ayant émigré sur ces territoires pour une raison de santé est faible (respectivement 8,6% et 1%) au regard d'autres motifs de migration. En outre, les motifs de santé étaient avancés avec une fréquence qui n'était d'aucune manière corrélée au fait que les législations soient favorables (ce qui est le cas en Guyane) ou non à l'accès aux soins des étrangers sans papiers.

⁶ La reconnaissance officielle du statut de département français de l'île de Mayotte est actée le 31 mars 2011

⁷ En novembre 2013, le gouvernement a formellement réaffirmé que le fait que l'île soit devenue le 101^{ème} département français n'implique pas une application intégrale du droit commun et qu'il n'était pas envisagé d'appliquer l'aide médicale d'Etat à Mayotte.

⁸ HALDE - Délibération n° 2010-87 du 1er mars 2010

Funk and colleagues' study underscores the urgent need for resources to implement and assess interventions that reduce global disparities in access to essential surgical care, which should be seen as a basic human right.⁵

We declare that we have no conflicts of interest.

**Doruk Ozgediz,
Jacqueline Mabweijano,
Cephas Mijumbi, Sudha Jayaraman,
Michael Lipnick
dozgediz@hotmail.com*

University of Toronto, Toronto, ON M5G 2J8, Canada (DO); Makerere University, Kampala, Uganda (JM, CM); University of California at San Francisco, San Francisco, CA, USA (SJ); and Global Partners in Anesthesia and Surgery, San Francisco, CA, USA (DO, JM, CM, SJ, ML)

- 1 Funk L, Weiser TG, Berry WR, et al. Global operating theatre distribution and pulse oximetry supply: an estimation from reported data. *Lancet* 2010; **376**: 1055–61.
- 2 Myles PS, Haller G. Global distribution of access to surgical services. *Lancet* 2010; **376**: 1027–28.
- 3 Mock CN, Jurkovic GJ, Nii-Amon Kotei D, et al. Trauma mortality patterns in three nations of different economic levels: implications for global trauma system development. *J Trauma* 1998; **44**: 804–14.
- 4 Jayaraman S, Mabweijano JR, Lipnick M, et al. First things first: effectiveness and scalability of a basic prehospital program for lay first responders in Kampala, Uganda. *PLoS One* 2010; **4**: 1–7.
- 5 McQueen KA, Ozgediz D, Riviello R, et al. Essential surgery: integral to the right to health. *Health Human Rights J* 2010; **12**: 137–52.

Cancer funding in developing countries: the next health-care crisis?

We welcome the call to expand cancer control in low-income and middle-income countries (LMIC) by Paul Farmer and colleagues (Oct 2, p 1186).¹ The Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria was formed in 2002 after a call in *The Lancet* by Amir Attaran and Jeffrey Sachs² for a special funding stream for HIV/AIDS. Can we expect the same for cancer?

In less developed countries alone, more people develop (7.1 million) and die from cancer (4.8 million) each year³

than are infected or die from HIV/AIDS throughout the world (an estimated 2.7 million and 2 million, respectively, in 2008).⁴ Cancer, unlike HIV/AIDS, is also often curable, particularly if diagnosed early.

Although there is much to be learned from the achievements of the focused approaches to AIDS, malaria, and tuberculosis, cancer care requires a much more individualised approach, based on the type and stage of cancer—both of which require expertise to determine. Notwithstanding the mention by Farmer and colleagues of the provision of cancer chemotherapy in rural regions in Rwanda and Malawi by non-specialists, successful cancer treatment mostly requires a team of skilled specialists to ensure good diagnosis and the availability of appropriate surgery, radiotherapy, systemic therapy, and supportive care.

Doubtless, the complexities and cost of cancer care have much to do with the low priority assigned to cancer control, which has created a kind of “triple penalty” in which poor access to care results in patients presenting with advanced disease, greatly increasing both the cost⁵ and toxicity of treatment (including more surgical mutilation) and resulting in much lower survival rates. In turn, the poor results back up the assumption that poor countries—and wealthy donors—cannot afford to include cancer care on their health agendas.

Funding will initially be required to generate evidence on what works and what doesn't in low-resource settings, coupled with the development of sustainable cancer control programmes and an improvement in the results of existing cancer treatment centres through education of all stakeholders with respect to what is possible when diagnosis is early and basic cancer care is accessible. This should lead to an increase in available funding from a wide range of sources, and a gradual amelioration of the situation, although the challenges involved

should not be underestimated, nor too much expected as a result of the successes achieved with HIV/AIDS.

We declare that we have no conflicts of interest.

**Ian Magrath, Pierre Bey, Aziza Shad,
Simon Sutcliffe*

International Network for Cancer Treatment and Research (INCTR), 1180 Brussels, Belgium (IM); Alliance Mondiale Contre le Cancer (INCTR France), Paris, France (PB); INCTR USA, Chevy Chase, MD, USA (AS); and INCTR Canada, Vancouver, BC, Canada (SS)

- 1 Farmer P, Frenk J, Knaul FM, et al. Expansion of cancer care and control in countries of low and middle income: a call to action. *Lancet* 2010; **376**: 1186–93.
- 2 Attaran A, Sachs J. Defining and refining international donor support for combating the AIDS pandemic. *Lancet* 2001; **357**: 57–61.
- 3 International Agency for Research on Cancer. Globocan database. <http://globocan.iarc.fr> (accessed Nov 17, 2010).
- 4 Avert. Global HIV/AIDS estimates, end of 2008. <http://www.avert.org/worldstats.htm> (accessed Nov 9, 2010).
- 5 Kerr DJ, Midgley R. Can we treat cancer for a dollar a day? Guidelines for low income countries. *N Engl J Med* 2010; **363**: 9.

Migration, health, and care in French overseas territories

France was recently reprimanded by a UN human rights body¹ concerned about discriminatory political discourse and an increase in acts and expressions of racism and xenophobia in this country. The report also called attention to “the increasing difficulties faced by certain inhabitants of [French] overseas territories in accessing health care without discrimination”.

In Mayotte, especially, access to health care is very precarious, and it is further hampered by security and financial concerns. Located in the Comoros Archipelago, this French island, with a population of 200 000, of whom nearly a third do not have regular residence status, holds the record for a policy of expelling undocumented foreigners. During the first quarter of 2010, there were 12 300 expulsions from Mayotte compared with 14 700 from mainland France,

The printed journal includes an image merely for illustration

or about 62 and 0.2 expulsions, respectively, per 1000 population.²

Since 2005, so as not to create an open invitation for illegal immigration, these people have been denied health coverage and, with the exception of rare emergency situations, access to free health care. Yet, a study that we did among a representative sample of the island's inhabitants³ found that the proportion of foreign migrants who had emigrated for health reasons (8.8%) was low compared with the proportion of those who had done so for other reasons (the main one being economic: 49.4%). A similar study in French Guiana,⁴ bordering Brazil and Surinam and, like Mayotte, a destination of significant migratory movements, shows that despite more favourable legislation (people without regular residence status can theoretically obtain medical coverage under the same conditions as in mainland France), the rate of immigration for health reasons is even lower (1%).

The fact that there is no public medical assistance for people without regular residence status in Mayotte constitutes an impediment to the right to health protection guaranteed by the French constitution and several international treaties ratified by France. This situation was condemned by an independent French public authority, the Haute Autorité de Lutte contre les Discriminations (HALDE), on March 1, 2010,⁵ after pressure from several organisations, but so far to no avail. It has also asked the government to make social security available to unaccompanied minors and children of persons without regular residence status. We, too, urge the French national and local authorities to distinguish—in overseas territories particularly—health and health-care policies from immigration policy.

We declare that we have no conflicts of interest.

Anne Jolivet, Sophie Florence,
Jacques Lebas, *Pierre Chauvin
chauvin@u707.jussieu.fr

*Inserm, U707, Research Team on Social Determinants of Health and Health Care, 75012 Paris, France (AJ, SF, JL, PC); Université Pierre-et-Marie-Curie Paris-6, UMR S 707, Paris, France (AJ, SF, JL, PC); and AP-HP, Hôpital Saint-Antoine, Paris, France (JL, PC)

- 1 Committee on the Elimination of Racial Discrimination. France: concluding observations. Geneva: Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, 77th session, 2010, report CERD/C/FRA/CO/17-19.
- 2 République Française, Préfecture de Mayotte. Résultats de la lutte contre l'immigration clandestine et le travail illégal: première semestre, 2010. Dzaoudzi: Préfecture de Mayotte, 2010.
- 3 Florence S, Lebas J, Parizot I, et al. Migration, health and access to care in Mayotte Island in 2007: lessons learned from a representative survey. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2010; **58**: 237-44.
- 4 Jolivet A, Cadot E, Carde E, et al. Migration, santé et soins en Guyane. Paris: Agence Française de Développement, 2010 (in press).
- 5 HALDE. Délibération relative aux conditions d'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière et de leurs enfants ainsi que des mineurs étrangers isolés, résidant à Mayotte. Paris: Haute Autorité de Lutte contre les Discriminations et pour l'Égalité, 2010, délibération n°2010-87 du 01/03/2010.

Compassionate optimism

Many non-clinical factors can interfere with the pure, evidence-based process of physicians' decision making.¹ They include diverse personal factors such as physicians' reactions to fear of litigation and poor tolerance of common clinical uncertainty, but also overconfidence and hidden financial incentives.^{2,3} A previously unreported personal factor affecting objective evidence-based decision making by physicians might be termed "compassionate optimism".

Compassionate optimism might occur when a physician's empathy and compassion towards his or her patient causes erroneous interpretation of clinical data to favour a more benign, less ominous diagnosis, contrary to the facts and clinical probability. For example, a clinician who strongly sympathises with a young mother who has osteolytic spine lesions might adhere to a false belief that they represent a treatable granulomatous disease,⁴ whereas

metastatic cancer would be much more likely. Such an attitude can lead to erroneous treatment decisions.

Physicians need to be aware of this all too human tendency towards compassionate optimism and aim to correct it by means of a more balanced, bias-free interpretation of the facts.

I declare that we have no conflicts of interest.

Ami Schattner
amiMD@clalit.org.il

Department of Medicine, Kaplan Medical Center, POB 1, Rehovot 76100, Israel

- 1 Eisenberg JM. Sociologic influences on decision-making by clinicians. *Ann Intern Med* 1979; **90**: 957-64.
- 2 Landon BE, Reschovsky J, Reed M, Blumenthal D. Personal, organizational, and market level influences on physicians' practice patterns: results of a national survey of primary care physicians. *Med Care* 2001; **39**: 889-905.
- 3 Logan RL, Scott PJ. Uncertainty in clinical practice: implications for quality and costs of health care. *Lancet* 1996; **347**: 595-98.
- 4 Nanda S, Prakash Bhatt S, Steinberg D, Volk SA. Unusual cause of generalized osteolytic vertebral lesions: a case report. *J Med Case Reports* 2007; **1**: 33.

Department of Error

Alwan A, MacLean DR, Riley LM, et al. Monitoring and surveillance of chronic non-communicable diseases: progress and capacity in high-burden countries. *Lancet* 2010; **376**: 1861-68—In the Summary and line 7 of the Mortality section of this Series (Nov 27), the proportion of deaths occurring in people younger than 70 years should have been 47%. This correction has been made to the online version as of Nov 15, 2010, and to the printed version.

Fernald LCH, Gertler PJ, Neufeld LM. 10-year effect of Oportunidades, Mexico's conditional cash transfer programme, on child growth, cognition, language, and behaviour: a longitudinal follow-up study. *Lancet* 2009; **374**: 1997-2005—In this Article (Dec 12, 2009), the last sentence of the Findings section in the Summary should have read: "An additional 18 months of the programme before age 3 years for children aged 8-10 years whose mothers had no education resulted in improved child growth of about 1.5 cm assessed as height-for-age Z score (β 0.23 [0.023-0.44] $p=0.029$), independently of cash received." This correction has been made to the online version as of Nov 26, 2010.



Published Online
November 15, 2010
DOI:10.1016/S0140-6736(10)62108-3



3 Troisième partie : Discussion et perspectives

Il existe peu d'études en Guyane, et d'une manière générale en France, qui s'intéressent à la santé et au recours aux soins des immigrés. Les études relatives à la santé ou au recours aux soins des personnes en situation irrégulière sont encore plus rares, en dehors des statistiques produites par des organisations non gouvernementales qui, comme Médecins du monde le font en France et en Europe, et fournissent des indicateurs sur les patients qu'ils prennent en charge [123-126].

Nous avons pu mener plusieurs enquêtes sur ces questions, en population générale et dans le système de soins. Quels enseignements peut-on retenir de ces analyses ? Notons en premier lieu qu'elles tendent à confirmer le constat établi dans d'autres pays, à savoir l'existence de disparités de santé et d'accès aux soins en fonction du statut migratoire. Nous avons mis en évidence que certaines caractéristiques des immigrés (leur pays d'origine), du processus migratoire (la durée de résidence en Guyane) ou des conditions d'accueil en Guyane (le statut de résidence sur le territoire français et le statut socio-économique) sont des facteurs qui modulent leur état de santé. Certains de nos résultats, sont en faveur de l'hypothèse du « *healthy migrant effect* », suggérant que les migrants arrivent sur le territoire en relativement bonne santé. Des différences apparaissent en fonction des pays d'origine : les personnes nées à Haïti apparaissent relativement en bonne santé, compte tenu de leur situation sociale et économique particulièrement précaire, contrairement aux personnes originaires du Surinam. Quelques hypothèses sont évoquées pour expliquer ces résultats, mais ces analyses mériteraient d'être confirmées et approfondies. Le statut juridique de résidence semble être un important déterminant de santé en Guyane : les personnes en situation irrégulière étant tout en bas de l'échelle sociale, se retrouvent également en bas de « l'échelle sanitaire ». Les analyses montrent également des différences en fonction de l'indicateur de santé utilisé, celles-ci sont discutées dans le premier article.

Le deuxième article confirme l'état de précarité sanitaire des personnes en situation irrégulière. Loin de venir saturer le service des Urgences de St-Laurent du Maroni (un point de vue pourtant largement partagé localement), elles représentent une proportion de l'ensemble des consultants du même ordre que la proportion d'habitants en situation irrégulière estimée à Saint-Laurent du Maroni et semblent plutôt recourir à ce service en dernier recours lorsqu'elles en ont vraiment besoin. Des difficultés d'accès aux soins sont mises en avant : moindre taux de couverture maladie, isolement géographique, barrière de la langue et moindre accès aux soins primaires en amont du service des Urgences.

La question des migrations pour soins a été présentée ici dans une lettre au Lancet. Nos résultats montrent que les migrations pour soins ne représentent qu'une minorité des mouvements migratoires vers la Guyane. Ces résultats s'inscrivent dans une littérature internationale pauvre sur ce sujet et vont à l'encontre d'un effet « d'appel d'air » de la migration pour soins, mis en avant dans certains discours politiques, et largement repris dans les discours communs, pour justifier la limitation de l'accès aux soins des personnes en situation irrégulière.

L'ensemble des résultats doit toutefois être nuancé par les limites méthodologiques des ces enquêtes, dont les principales sont d'être des enquêtes transversales et déclaratives. Par ailleurs ces études se limitent à la population du littoral et ne prennent pas du tout en compte les populations de l'intérieur de la Guyane⁹. Ensuite, cette recherche se limite à analyser l'état de santé des migrants selon leur pays de naissance et leur situation administrative et juridique mais elle ne prend pas en compte les origines ethniques qui masquent d'importantes disparités au sein même de la population « non migrante ». Enfin cette étude s'intéresse à la santé (dans son sens le plus large, défini par l'Organisation Mondiale de la Santé), mais n'apporte pas d'information sur des pathologies spécifiques rencontrées chez les migrants en Guyane.

Dans la discussion, quatre points seront développés. Dans un premier temps, nous nous interrogerons sur les politiques de santé publique à destination des migrants. A partir des outils législatifs existants en matière de droits à la santé des migrants et des recommandations de bonnes pratiques en matière de politique de santé à destination des migrants qui se développent dans la littérature internationale, nous verrons comment s'inscrivent les politiques de santé européennes et française. Nous tenterons à la lumière de ces modèles ou pratiques, de dégager quelques pistes pour la Guyane. Dans un deuxième temps, nous poserons ces mêmes questions plus spécifiquement pour les personnes en situation irrégulière. Dans un troisième temps nous discuterons de la question des migrations pour soins et de l'écho qu'elle reçoit au niveau européen et en France. Nous reprendrons quelques résultats de l'enquête en population générale qui nous amèneront à nous questionner sur la notion même de frontière. Enfin nous approfondirons la problématique des migrations pendulaires

⁹ La population des territoires isolés, assimilée ici à la population des communes desservies par le réseau de Centres Délocalisés de Prévention et de Soins (CDPS) gérés par le Centre Hospitalier de Cayenne (CHAR), s'élève, en 2013, à 56 236 habitants (soit 21,9 % de la population guyanaise). Ces territoires isolés, à l'instar de l'ensemble de la Guyane, sont promis à une explosion démographique : cette population doublerait vers 2030, dépassant les 150 000 habitants, elle représenterait alors près du tiers (29,9 %) de la population Guyanaise. (Source : ARS – Document de stratégie : Prise en charge de la santé des populations des territoires isolés, Avril 2013).

pour soins dans l'Ouest guyanais, qui nécessiterait une approche spécifique et des travaux de recherche complémentaires.

3.1 Les politiques de santé publique à destination des migrants au niveau international, en Europe et en France. Quelques pistes pour la Guyane

Comme nous l'avons vu en introduction, les politiques en matière de migration et santé ont surtout été des mesures de contrôle des frontières durant la majeure partie du 20^{ème} siècle.

L'attention politique et scientifique portée aux migrants démarre dans les années 1970 et 1980 : crise économique, augmentation du chômage... les migrants posent un certain nombre de challenges pour les systèmes scolaires, les systèmes de sécurité sociale et les systèmes de santé [19].

Le droit de toute personne à jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible est consacré depuis longtemps dans les instruments internationaux relatifs aux Droits de l'homme. Il en va de même pour les principes d'égalité et de non-discrimination. Toutefois ce n'est que depuis la fin des années 2000 que la nécessité de protéger les droits humains des migrants, y compris leur droit à la santé, occupe une place grandissante parmi les préoccupations internationales [127].

En 2007, le gouvernement portugais, assurant alors la présidence de l'Union Européenne (Juillet-Décembre 2007), a fait de la santé des migrants une priorité [2]. Cette dynamique s'est poursuivie sous la présidence espagnole de 2010 (Janvier-Juin 2010) qui a développé la problématique des inégalités sociales de santé, à travers notamment l'adoption par le conseil de l'Union Européenne, de conclusions en faveur de l' « Équité et santé dans toutes les politiques ».

Ainsi depuis 2007, de nombreux articles et rapports ont fourni des analyses comparatives des politiques de santé européennes et des pratiques à destination des migrants [40, 128-135] et ont fait émerger des bonnes pratiques et des recommandations à l'échelle européenne et internationale en matière de politique de santé à destination des migrants [40, 127, 129-130, 136-138].

Cependant le constat en 2013 demeure mitigé. Malgré ces principes que les gouvernements ont approuvés, les migrants font face à une variété d'obstacles, légaux ou pratiques pour accéder à leurs droits à la santé, et notamment aux soins [40]. La crise économique et financière et les déficits publics ont fait passer au second plan, dans de nombreux pays, le développement et la réflexion sur les politiques de santé à destination des migrants, quand ils n'ont pas eu pour effet une restriction

pure et simple de certains droits préalablement acquis (l'Espagne par exemple, a depuis septembre 2012, exclu les étrangers en situation irrégulière de l'accès au système de santé de droit commun).

Les principaux outils législatifs et recommandations au niveau européen ou international seront détaillés. Quelques politiques européennes et la politique française en matière de migration et santé seront présentées afin de dégager quelques pistes pour la Guyane.

3.1.1 Les outils législatifs en faveur du droit à la santé des migrants

La santé est un droit humain, énoncé et garanti par la loi dans un certain nombre d'instruments internationaux, ainsi que dans de nombreuses constitutions et législations nationales [127].

Si plusieurs traités relatifs aux Droits de l'homme mentionnent le droit à la santé, telles que la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé (1946) ou l'article 25 de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme (1948), l'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques sociaux et culturels (Assemblée générale des Nations unies, 1966)¹⁰ en donne l'expression la plus large en établissant « le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre ». Un aspect fondamental du droit à la santé est qu'il confère à la fois des « libertés » et des « droits ». Le Pacte international relatif aux droits économiques sociaux et culturels impose expressément aux gouvernements, en vertu du droit à la santé, de satisfaire à l'obligation suivante : « les installations, biens et services en matière de santé doivent être accessibles à tous, en particulier aux groupes de population les plus vulnérables ou marginalisés, conformément à la loi et dans les faits, sans discrimination fondée sur l'un quelconque des motifs proscrits ». Les Etats ne peuvent limiter la jouissance d'aucun droit de l'homme, ni établir, à l'encontre des non-nationaux, une discrimination fondée sur « la race, la couleur, le sexe, la langue, la religion, l'opinion politique ou toute autre opinion, l'origine nationale ou sociale, la fortune, la naissance ou toute autre situation » (Article 2).

Plus récemment, les Etats membres de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) ont adopté en 2008, lors de la 61^{ème} Assemblée mondiale de la Santé, la résolution 61.17 sur la santé des migrants [139]. Les principaux points de cette résolution sont présentés dans le Tableau 2.

¹⁰ Au 25/02/2014 : 74 Etats signataires et 167 parties contractantes (Source : Nations Unies – Collection des Traités)

Tableau 2 : Résolution 61.17 adoptée sur la santé des migrants (OMS, 61ème Assemblée mondiale de la Santé, 2008)

L'OMS engage les Etats Membres :

- 1) à promouvoir des politiques de santé qui tiennent compte des besoins des migrants ;
- 2) à favoriser un accès équitable à la promotion de la santé, à la prévention des maladies et aux soins pour les migrants compte tenu de la législation et des pratiques en vigueur dans les pays sans discriminations basées sur le sexe, l'âge, la religion, la nationalité ou la race ;
- 3) à mettre en place des systèmes d'information sanitaire pour évaluer et analyser les tendances de l'état de santé des migrants en ventilant les données sanitaires par catégories pertinentes ;
- 4) à mettre au point des mécanismes pour améliorer la santé de toutes les populations, y compris les migrants, notamment en cernant et comblant les lacunes dans la prestation des services de santé ;
- 5) à recueillir, archiver et échanger les informations et les meilleures pratiques permettant de répondre aux besoins sanitaires des migrants dans les pays d'origine ou de retour, de transit et de destination ;
- 6) à sensibiliser les dispensateurs de services de santé et les professionnels de la santé aux aspects culturels et sexospécifiques de la santé des migrants ;
- 7) à former des professionnels de la santé à traiter les questions de santé associées aux mouvements de population ;
- 8) à promouvoir la coopération bilatérale et multilatérale en matière de santé des migrants dans les pays concernés par l'ensemble du processus migratoire ;
- 9) à contribuer à réduire le déficit mondial de professionnels de la santé et ses conséquences sur la viabilité à long terme des systèmes de santé et la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement ;

Source : 61ème Assemblée mondiale de la santé. Genève, 24 mai 2008. Santé des migrants. Document WHA61.17.

En mars 2010, l'OMS, l'Organisation internationale pour les migrations (OIM) et le Ministère de la santé et des services sociaux du Gouvernement espagnol ont organisé à Madrid, une consultation mondiale sur la santé des migrants en vue de donner suite à cette résolution [140]. Les priorités d'actions arrêtées lors de cette consultation sont détaillées dans le Tableau 3.

Tableau 3 : Priorités d'action arrêtées lors de la consultation mondiale sur la santé des migrants (WHO/IOM, Madrid, 2010)

- 1. Surveillance de la santé des migrants.** Garantir la normalisation et la comparabilité des données sur la santé des migrants et faciliter la ventilation et le regroupement de cette information comme il convient.
- 2. Cadres politiques et juridiques.** Adopter des lois et des pratiques nationales qui respectent le droit des migrants à la santé, conformément aux lois et normes internationales ; mettre en œuvre des politiques nationales qui favorisent l'égalité d'accès des migrants aux services de santé ; étendre la protection sociale à la santé et améliorer la sécurité sociale pour tous les migrants.
- 3. Systèmes de santé attentifs aux besoins des migrants :** Veiller à ce que les services de santé offerts aux migrants soient adaptés sur le plan linguistique et culturel ; renforcer la capacité du personnel de santé et des autres intervenants à répondre aux questions sanitaires liées à la migration ; dispenser de manière globale, concertée et financièrement viable des services qui incluent les migrants.
- 4. Partenariats, réseaux et cadres multinationaux.** Promouvoir la coopération et la collaboration transfrontalières et intersectorielles dans le domaine de la santé des migrants

Source: Health of migrants – The way forward. Report of a global consultation, Madrid, Spain, 3–5 March 2010 (WHO/IOM)

3.1.2 En Europe

Depuis 2007, se sont multipliées en Europe des rapports et études ayant trait à la santé des migrants, soit en multipliant les comparaisons entre pays à la recherche de bonnes pratiques ou de « modèles », soit dans le but d'élaborer des recommandations.

En matière de comparaison, les études s'accordent sur plusieurs points : le manque de données et la non homogénéité des données sur la santé et le recours aux soins des migrants, l'existence d'inégalités en matière de santé ou d'accès aux services de santé entre les migrants et les non migrants, l'existence de barrières dans l'accès aux soins (que les systèmes de santé soient, d'ailleurs, plus ou moins favorables – en théorie – à l'accès aux soins des migrants) et finalement, la grande diversité des politiques européennes à destination des migrants [19, 40, 128, 130, 132].

Une analyse conduite auprès d'experts de santé publique dans 25 pays de l'Union Européenne, montre qu'en 2009, seulement 11 pays ont mis en place des politiques nationales qui vont au-delà de textes législatifs accordant un droit à la santé aux migrants [130]. Cette analyse repose sur un modèle comprenant quatre dimensions : la collecte de données, les groupes de population ciblées, les problèmes de santé ciblés et la mise en œuvre de ces politiques [128]. Les pays qui ont le plus développé de politiques de santé à destination des migrants sont les pays les plus touchés par les flux migratoires (les pays du sud de l'Europe, plutôt que ceux de l'Europe de l'est ou du centre). Rare sont les pays qui ont développé une approche intégrée des problématiques de santé à destination des migrants, à l'exception toutefois de l'Irlande (*National Intercultural Health Strategy for 2007–2012*). La plupart des pays ont privilégié des approches sur certains groupes de migrants (les nouveaux arrivants, certaines minorités ethniques...) ou des approches sur des pathologies spécifiques (la santé mentale, la santé maternelle et infantile, les maladies infectieuses...). Toutefois les choix semblent assez arbitraires au regard des besoins des migrants. Les initiatives concernent le plus souvent la formation des professionnels de santé, la mise à disposition de services d'interprétariat ou de médiateurs culturels, l'information des migrants sur les systèmes de soins, et l'éducation à la santé.

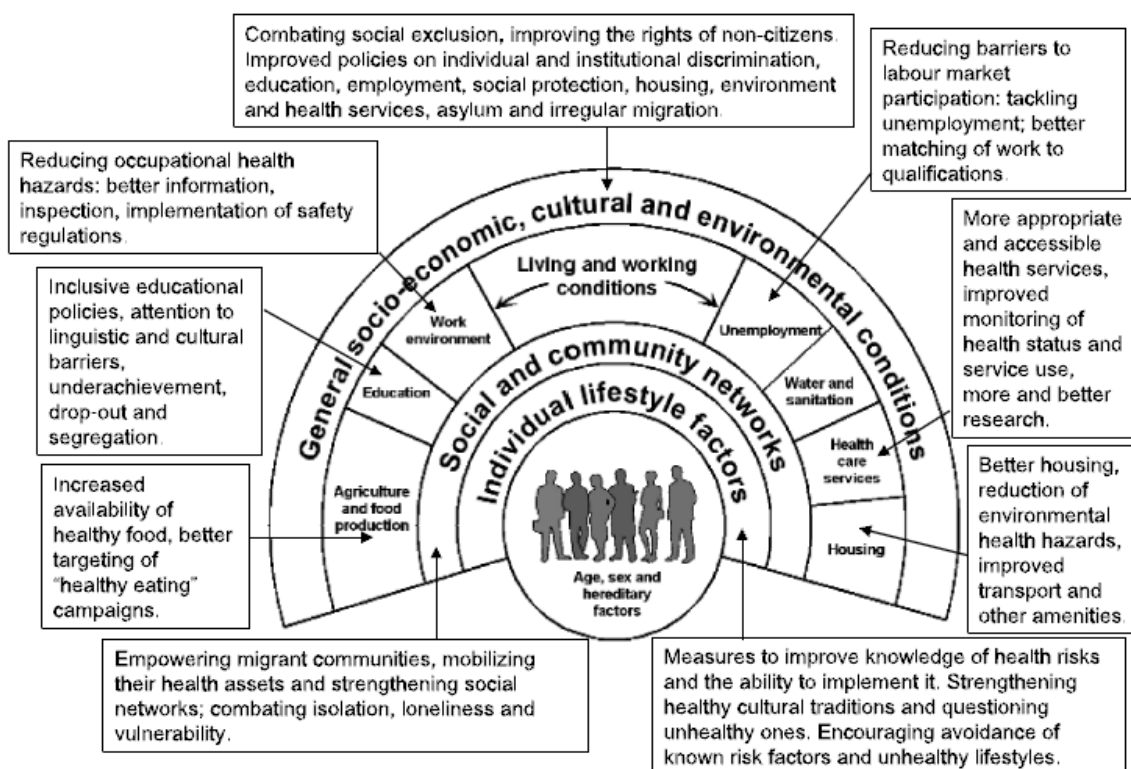
L'analyse de Cattacin *et al.* est particulièrement intéressante [19]. Selon cet auteur les réponses politiques au regard de la question « migration et santé » varient en fonction de l'histoire d'un pays, de son contexte social et culturel et de ses valeurs. Il classe les pays en fonction de leur type de système de santé (universel ou « bismarckien ») et des valeurs qui régissent l'intégration de la diversité (selon qu'elles soient basées sur une reconnaissance de la diversité ou qu'elles se réclament d'une approche républicaine, aveugle à la différence). Les systèmes de santé fondés sur une reconnaissance de la diversité (tels que le Royaume-Uni, les Pays-Bas ou la Suisse) sont plus à même d'incorporer des politiques de santé à destination des migrants (« *migrant-friendly health policies* »), que les pays reposant sur des valeurs républicaines (telles que la France, l'Autriche ou l'Allemagne). Toutefois cet auteur conclut qu'il n'y a pas de modèle, chaque contexte ayant ses forces et ses faiblesses.

D'autres auteurs, plutôt que d'identifier des pays modèles, ont plutôt identifiés des « bonnes pratiques ». Ainsi, selon Gijón-Sánchez *et al.* [138], l'approche doit être globale et inclure tout le spectre du secteur de la santé : politiques de santé publique, législation, régulation et provision de soins, formation des professionnels. L'auteur insiste sur la formation des professionnels, qui doivent acquérir de nouvelles compétences (compétences interculturelles, compétences linguistiques et de communication, respect des cultures, compréhension des déterminants sociaux de la santé, connaissance de l'épidémiologie des maladies rencontrées chez les migrants...).

Priebe *et al.* (2011) a identifié les bonnes pratiques visant à résoudre les difficultés rencontrées par les migrants ou limiter leur impact [134]. A partir de l'interview de 240 professionnels dans 16 pays européens, l'auteur a identifié sept composants de bonnes pratiques à l'intention des migrants : la flexibilité (avec suffisamment de temps et de ressources), des services d'interprétariat, le travail avec les familles et les services sociaux, des équipes sensibilisées à la question culturelle, des outils d'information et d'éducation adaptés aux migrants, des relations positives et stables avec l'équipe, des recommandations en matière de prise en charge des différents groupes de migrants.

En matière de recommandations, le modèle proposé par Rechel *et al.* (2011) est intéressant [136]. Basé sur le modèle des déterminants sociaux de la santé de Dahlgren et Whitehead de 1991, adapté à ces populations, la Figure 7 illustre les besoins des migrants et le champ des politiques de santé publique qui doivent dépasser le champ des services de santé mais concerner l'amélioration des conditions de travail, d'éducation, de logement....

Figure 7 : Mesures politiques visant les déterminants de la santé des migrants



Source : Rechel B *et al.* *Migration and health in the European Union: an introduction*. In: *Migration and Health in the European Union*. Ed: Open University Press, Maidenhead. 2011.

Adapté de Dahlgren & Whitehead (1991) [141]

3.1.3 En France

En France, les problématiques de santé des migrants restent peu prises en compte dans les politiques de santé publique. Dans notre pays, la notion d'« approche spécifique » des questions de santé fait débat au nom de l'universalisme républicain. En effet, tout traitement différentiel, notamment en fonction de critères de nationalité ou de groupes ethniques, est généralement perçu comme illégitime puisqu'il s'oppose au principe d'égalité de traitement de tous les citoyens, garanti par la Constitution et hérité d'une longue tradition républicaine [142]. En réalité, une telle approche signe la méconnaissance en même temps qu'elle contribue au déni des problématiques spécifiques aux migrants [84] alors même que la santé jouit - ou jouissait jusqu'à une période très récente, celle de la remise en cause de l'Aide médicale d'Etat notamment - de ce que D. Fassin appelait un régime de « légitimité privilégiée » dans notre société [83].

Ainsi, il n'existe pas de politique spécifique et globale à destination des migrants en France. Les premières mesures spécifiques en matière de santé destinées aux migrants datent de l'épidémie de VIH/SIDA suite à la publication de données épidémiologiques à la fin des années 1990, montrant un fossé entre migrants et autochtones et à la mobilisation d'association de lutte contre l'expulsion des migrants malades. L'État a ainsi mis en place un « programme national de lutte contre le VIH/SIDA en direction des étrangers/migrants vivant en France (2004-2006) », avec une approche qui se voulait globale et intégrée mais, par définition, circonscrite à cette pathologie.

Comme dans bien d'autres domaines, la lutte contre le VIH a ainsi permis d'ouvrir la porte à d'autres initiatives. L'INPES (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé) a étendu le développement d'approches spécifiques à d'autres pathologies auxquelles les migrants sont particulièrement exposés, afin de mieux prendre en compte les multiples facteurs de vulnérabilité de ces populations. De même, certains programmes d'information, d'éducation et de prévention s'adressent à tous les publics tout en cherchant souvent à adapter le contenu de leurs messages et leurs modalités d'intervention aux conditions spécifiques d'existence et de réception des migrants [142].

S'il n'existe pas de politique nationale à destination des migrants, A.C. Hoyez [143] formule que c'est à l'échelle locale que se joue leur accès effectif aux soins. Ce sont en effet les acteurs de la santé, du social et du politique qui, au niveau local, vont se saisir ou non de la question de la santé des migrants, et créer, ou non, des dispositifs pour rendre effectif et efficace l'accès aux soins des migrants les plus précaires, par la mise en place d'actions de prévention, de soins, d'éducation à la

santé, de formation des personnels de santé et l'établissement de rapports coopératifs entre décideurs politiques, professionnels de santé et familles de migrants.

3.1.4 En Guyane

En Guyane, malgré son importance numérique, la population immigrée fait l'objet de peu d'attention spécifique.

En matière de santé, les Agences Régionales de Santé (ARS) ont pour mission d'assurer le pilotage de la politique de santé publique en région. Pour l'ARS-Guyane, une des premières priorités régionales est de réduire les inégalités d'accès à la prévention et aux soins (projet régional stratégique de santé PSRS 2011-2015).

Une recherche des termes « migrants » et « immigrés » dans le PSRS et ses différentes déclinaisons - Schéma Régional de Prévention (SRP), Schéma Régional de l'Offre de Soins (SROS), Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux soins (PRAPS) - ne retrouve ces termes que dans l'introduction (descriptif de la population). Les termes « populations vulnérables », « populations socialement ou géographiquement isolées », « publics précaires » ou « publics marginalisés » sont préférentiellement utilisés. Dans le PRAPS, la définition proposée des personnes cibles est la suivante : « les personnes sont notamment celles qui présentent le plus de difficultés d'accès aux droits, qui ont des difficultés de repérage dans le parcours de soins ainsi que des difficultés d'accès aux soins et qui sont isolées socialement ou géographiquement ». La prise en compte des spécificités linguistiques et culturelles des populations de la Guyane est une des mesures qui revient le plus souvent, notamment à travers le développement de la médiation culturelle dans les domaines de la santé mentale, de la santé maternelle et infantile, des soins palliatifs, ou encore de l'éducation thérapeutique (SROS).

Les plans VIH/SIDA (que ce soit localement le « Plan Stratégique VIH/SIDA Guyane (2011-2015) » ou à l'échelle nationale le « Plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST (2010-2014) en direction des populations d'outre-mer ») font là encore exception puisque des actions spécifiques sont proposées à destination des migrants, que ce soit en matière de prévention, de dépistage ciblé, de recherche, ou de qualité de la prise en charge (interprétariat, médiation)... Toutefois, aucune définition ou précision sur les groupes de migrants spécifiquement ciblés ne sont précisées.

Sur le terrain, l'adaptation des pratiques au contexte multiculturel est le principal défi en Guyane. Depuis quelques années, un réseau d'acteurs se met progressivement en place. Se développent

également des actions de santé communautaire et de coopérations transfrontalières en matière de santé [144].

La question des médiateurs de santé est particulièrement intéressante, car si le besoin et leur intérêt sont bien reconnus par les acteurs, le métier de « médiateur de santé » n'est pas reconnu en tant que tel et il n'existe pas de filière professionnelle spécifique, ni en France, ni en Guyane¹¹ et encore très peu de formations reconnues. Des exemples de professionnalisation existent au Brésil par exemple où le métier d' « agent de santé communautaire » est reconnu par le Ministère de la santé, mais la Guyane (et la France) tardent à s'inspirer de tels modèles.

Il n'existe pas non plus de traducteurs attachés aux hôpitaux de Guyane : libres à eux de proposer ce service ou non, ce qui n'est pas le cas, ou de manière très superficielle.

Pour toutes les raisons citées ci-dessus, les politiques de santé en Guyane ne semblent pas à la hauteur des enjeux.

Le tableau suivant reprend les principales recommandations que nous pourrions émettre pour le terrain guyanais. Ce tableau reprend les idées précédemment exposées, et adaptées au contexte guyanais.

Tableau 4 : Recommandations d'actions pour la Guyane

Connaissances	Améliorer les connaissances sur l'état de santé et les pathologies rencontrées chez les migrants et les différents groupes ethniques en Guyane. Analyse des bases de données (hospitalières, CGSS) et enquêtes existantes (Enquête Migrations, Familles et Vieillesse notamment) et conduite d'enquêtes ad-hoc en populations générale et au sein de groupes ciblés
Médiation culturelle et interprétariat	Développer l'offre de médiation culturelle et d'interprétariat au sein de toutes les structures sanitaires et médico-sociales
Formation	Assurer une formation continue des professionnels de santé sur : les liens entre migrations, santé et soins ; les inégalités de santé et les déterminants de la santé ; les discriminations dans l'accès aux soins ; les principaux problèmes de santé rencontrés chez les migrants ; Sensibiliser les professionnels de la santé aux aspects culturels de la prise

¹¹ Compte rendu des ateliers « Médiateur : un métier incontournable pour la promotion de la santé en Guyane » Organisés par GPS et MDM (Nov 2010).

	<p>en charge de la santé des populations</p> <p>Développer les compétences interculturelles et linguistiques des soignants</p>
Coopération Internationale	<p>Développer la coopération avec les pays frontaliers (Surinam, Brésil) ;</p> <p>S’inspirer des modèles d’organisation sanitaire qui ont montré leur efficacité dans ces pays frontaliers</p>
Santé communautaire	<p>Développer la santé communautaire et l’empowerment des communautés ethniques ou des communautés de migrants</p>
Cadre politique et juridique	<p>Mettre en œuvre des politiques régionales qui favorisent l’égalité d’accès des migrants aux services de santé ; étendre la protection sociale à la santé et améliorer la sécurité sociale pour tous les migrants.</p>

Hormis le dernier point qui reste largement dépendant des politiques locales et nationales, les autres points semblent réalisables par une mobilisation des acteurs de terrain et des chercheurs.

Enfin pour reprendre les éléments de la Figure 7, la réduction des inégalités sociales de santé doit dépasser le champ de la politique de santé. L’amélioration des conditions d’accès à un travail, à l’éducation, et à un logement sont des champs prioritaires en Guyane. Dans le cadre d’une analyse des tendances démographiques et migratoires dans les régions ultrapériphériques de l’Europe [145], Claude-Valentin Marie met l’accent sur le renforcement de l’emploi des jeunes. Dans le contexte guyanais de forte immigration, de forte natalité et de forte croissance démographique, l’ensemble des questions relatives l’éducation, à la scolarisation, à l’échec scolaire ou de l’insertion professionnelle des jeunes adultes, s’y trouvent posés avec une intensité plus vive encore que dans les autres DOM. Continuer de le méconnaître en leur appliquant une gestion institutionnelle visant à l’homogénéité est facteur de nouvelles et profondes inégalités.

3.2 La santé et l’accès aux soins des personnes en situation irrégulière : aspects législatifs et politiques de santé publique en Europe, en France et en Guyane

Contrairement aux idées reçues et aux messages véhiculés par les médias, le nombre de personnes en situation irrégulière en Europe aurait plutôt tendance à décroître depuis une dizaine d’années, à la fois en nombre absolu et en proportion de la population totale européenne [146]. Ceci peut s’expliquer par l’augmentation des mesures de protection aux frontières et plus récemment par la

crise économique en Europe [147]. En effet, comme nous l'avons vu en introduction, la force d'une économie et l'offre de travail sont des facteurs déterminants des migrations internationales.

En 2008, le nombre de migrants en situation irrégulière dans l'Europe des 27 est estimé entre 1,9 et 3,8 millions sur une population totale de 500 millions d'Européens, soit moins de 1% de la population totale des états membres [146]. A titre de comparaison, aux USA, la population en situation irrégulière est estimée à 11,2 millions sur une population totale de 300 millions [148].

Etat des connaissances sur la santé et l'accès aux soins des personnes en situation irrégulière

Comme nous l'avons développé dans les discussions des deux articles, plusieurs études et rapports suggèrent que les personnes en situation irrégulière sont les personnes les plus vulnérables en matière de santé [27, 63, 149-155]. Elles cumulent des conditions socio-économiques et des conditions d'emploi précaires, voir néfastes pour leur santé [29, 156] et des difficultés d'accès aux soins.

Parmi les principaux obstacles identifiés comme entravant l'accès aux soins de ces personnes, les études retrouvent le coût des soins et la complexité des procédures de remboursement, la méconnaissance des droits par les prestataires de santé et les bénéficiaires, la peur d'être signalé auprès des autorités policières par les prestataires de santé, le pouvoir discrétionnaire des autorités publiques et de celles en charge de la santé, enfin la qualité et la continuité des soins.

Droits à la santé pour les migrants en situation irrégulière - Rappel des dispositifs législatifs au niveau international et en Europe

L'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (ONU, 1966) s'applique également aux migrants en situation irrégulière. La déclaration universelle des droits de l'Homme (ONU, 1948) reconnaît également la nécessité de protéger les groupes ayant des besoins spécifiques, en particulier les enfants, les femmes enceintes et les mères (Article 25).

Les dispositions européennes relatives aux Droits de l'Homme autorisent certaines différences en matière de droit aux soins de santé entre les migrants en situation régulière et ceux en situation irrégulière. La disposition sur le droit à l'assistance sociale et médicale de la Charte Sociale Européenne (CSE) est, selon son annexe, limitée aux étrangers dont le séjour est régulier. Cependant,

en 2004 et 2006, le Comité européen des droits sociaux a estimé à deux reprises que les migrants en situation irrégulière ont droit aux soins d'urgence, conformément à l'article 13 (4) CSE/ CSE révisée¹².

L'article 24 de la Convention Internationale des Droits des Enfants (Nations Unies, 1989) oblige les États à assurer aux enfants l'accès aux soins de santé, ainsi que l'accès des mères aux soins de santé pré et postnatals appropriés. Cette convention a été ratifiée par tous les États membres de l'UE et s'applique à tous les enfants relevant de leur juridiction.

En mars 2011, le Parlement européen s'est penché sur le droit fondamental à la santé des migrants en situation irrégulière. Dans une résolution sur les inégalités de santé, il a reconnu que les soins de santé n'étaient pas garantis, de fait comme de droit, pour les migrants sans documents d'identification. Il a appelé les États membres à évaluer la faisabilité d'une prise en charge des soins de santé pour les migrants en situation irrégulière en proposant une définition fondée sur des principes communs relatifs aux éléments fondamentaux des soins de santé, tels qu'ils sont énoncés dans les législations nationales. Il a également appelé les États membres à s'assurer que toutes les femmes enceintes et les enfants, indépendamment de leur statut, aient droit, dans les législations nationales, à une protection sociale et qu'ils en bénéficient dans la pratique¹³.

L'accès aux soins pour les personnes en situation irrégulière en Europe

La faible force exécutoire des dispositions juridiquement contraignantes du droit international concernant le droit à la santé, le peu de précision des termes utilisés, ont conduit à une divergence dans la compréhension et l'application du cadre juridique européen.

La plupart des pays d'Europe ne proposent pas d'accès aux soins pour les personnes en situation irrégulières. Cet état de fait a été régulièrement dénoncé comme allant à l'encontre des droits humains et des conventions et traités internationaux [40, 151, 157-160].

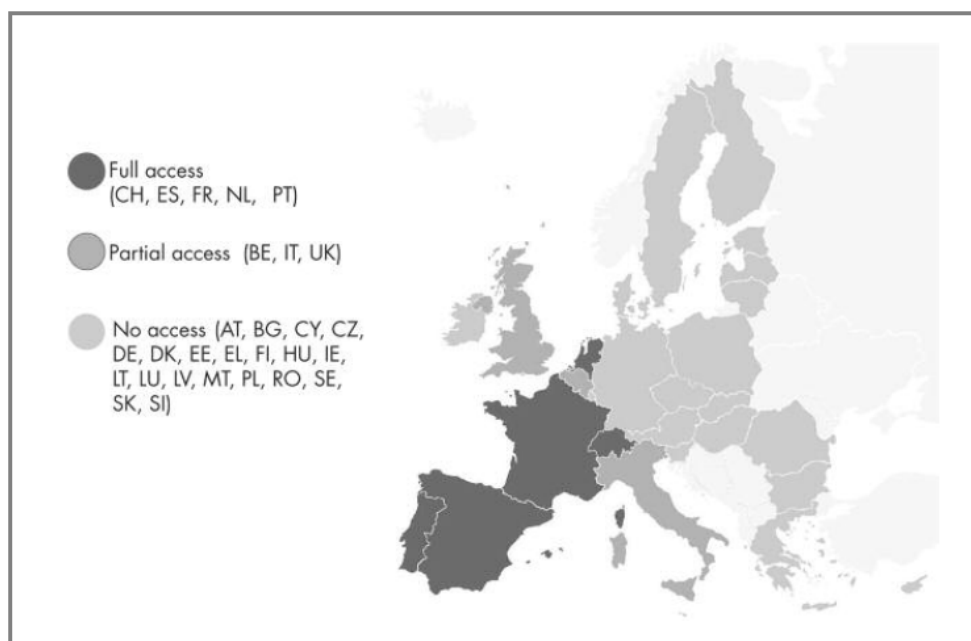
En 2010, une étude conduite auprès des 27 pays membres de l'UE, montre que seulement quatre pays (France, Pays-Bas, Portugal et Espagne) proposent aux personnes en situation irrégulière pratiquement les mêmes niveaux d'accès aux services de santé que les nationaux [161], sous

¹² Réclamation n° 14/2003, Fédération internationale des ligues des droits de l'homme (FIDH) c. France, Décision sur le bienfondé du 8 septembre 2004, Conclusions XVIII-1 et 2006. Toutefois, huit États membres de l'UE n'ont pas signé l'article 13 (4) CSE/CSE révisée : la Bulgarie, Chypre, l'Estonie, la Lituanie, la Pologne, la Roumanie, la Slovaquie et la Slovénie.

¹³ Parlement européen (2011), Résolution sur la réduction des inégalités de santé dans l'UE, P7_TA (2011) 0081, Bruxelles, 8 mars 2011, paragraphes 5 et 22.

certaines conditions (preuve d'identité, de résidence, de pauvreté, durée minimum de résidence...). Trois pays proposent des services partiels (Belgique, Italie et Royaume-Uni), cela peut inclure des services spécifiques ou ciblés pour des groupes de population (enfants, femmes enceintes) ou pour certaines pathologies. Vingt pays ne proposent aucun accès pour les personnes en situation irrégulière, hormis les situations d'urgence (Figure 8). Dans certains pays, les fonctionnaires et professionnels de santé sont obligés de dénoncer aux autorités les personnes en situation irrégulière, c'est le cas en Allemagne – même si l'obligation de dénonciation par les médecins hospitaliers a été récemment levée – et en Italie où l'immigration irrégulière est considérée comme un crime depuis mai 2009 [153].

Figure 8 : Accès aux soins pour les personnes en situation irrégulière en Europe



Source: Karl-Trummer U, Novak-Zezula S, Metzler B: Access to health care for undocumented migrants in the EU: A first landscape of NowHereland. Eurohealth 2010; 16(1):13-16.

Depuis cette étude, plusieurs pays ont encore réduit leur accès aux soins aux personnes en situation irrégulière. En avril 2012, dans le cadre des mesures d'austérité prises pour combattre les déficits publics suite à la crise économique, le gouvernement espagnol a entrepris une transformation profonde de son système de santé, passant d'un concept d'accès universel aux soins de santé à un régime de sécurité sociale basé sur le travail. Les services proposés aux personnes en situation irrégulière ont été profondément réduits, malgré la mobilisation et la dénonciation de ces mesures par les professionnels de santé [162-163]. A l'inverse et malgré la crise, le Portugal a décidé de

maintenir un système de santé solidaire pour les migrants sans-papiers, même si les dépenses non remboursées, restant à la charge des patients, ont augmenté [164].

Accès aux soins des personnes en situation irrégulière en France

Le système de protection sociale mis en place à l'issue de la seconde guerre mondiale est destiné aux résidents en France. Ni la nationalité, ni la régularité du séjour ne constituent initialement un critère déterminant pour l'accès aux prestations. Une succession de réformes a progressivement compliqué l'accès des sans-papiers à une couverture médicale : exclusion de l'assurance maladie en 1993, constitution d'un régime spécifique (l'Aide médicale) en 1999 volontairement séparé de la Couverture médicale universelle mise en place à la même époque, restriction de l'accès à cette dernière en 2003, mise en place d'une cotisation annuelle en 2010 (supprimée en 2012) et menaces récurrentes de limiter l'étendue de ses prestations [165].

D'un point de vue législatif et par rapport aux autres pays européens, la France reste un pays qui permet à la plupart des personnes en situation irrégulière d'accéder aux soins. Sous réserve de justification d'identité, d'une durée de résidence supérieure à trois mois et de revenus inférieurs à un seuil, l'Aide Médicale d'Etat (AME) permet l'accès pour les personnes en situation irrégulière à quasiment les mêmes prestations de santé que la couverture maladie universelle (de base et complémentaire). En outre, les personnes dépourvues de droit à l'AME peuvent bénéficier d'une prise en charge des soins dans les établissements hospitaliers au titre du Fond pour les Soins Urgents et vitaux. Cela ne concerne toutefois que « *les soins urgents dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou d'un enfant à naître, et qui sont dispensés par les établissements de santé* »¹⁴.

Toutefois, plusieurs rapports ont montré qu'il existe en France un décalage entre les droits théoriques et les droits effectifs à la santé. Du fait de la complexité du système, des difficultés pour les personnes à présenter les documents administratifs requis, du manque d'information des agents administratifs et de la variabilité de leurs pratiques (notamment l'exigence abusive de justificatifs qui tournent parfois à la discrimination et à l'abus de droit), des délais de traitement des dossiers... le droit à la santé pour les personnes en situation irrégulière demeure complexe en France [37, 105, 151-152, 164]. Et une fois obtenue l'AME, les personnes en situation irrégulière ne sont pas garanties d'accéder aux soins. Une étude conduite par Médecins du Monde en 2006 montrait que 37% des

¹⁴ Article L254-1 du Code de l'action sociale et des familles

médecins refusent de prodiguer des soins aux bénéficiaires de l'AME¹⁵. Enfin les renouvellements sont complexes, avec de fréquentes ruptures de droits, les étrangers restant des perpétuels « entrant dans le système » dans l'obligation de démontrer qu'ils résident depuis plus de trois mois en France.

Là encore, l'accès aux droits fondamentaux des personnes en situation irrégulière va reposer en partie sur les acteurs locaux, confrontés à des conflits entre leur éthique professionnelle, l'inertie des administrations et un contexte parfois délétère où les personnes en situation irrégulière sont les boucs émissaires d'un système déficitaire et bureaucratique et de discours populistes.

Droit au séjour pour soins en France

L'accès à une carte de séjour pour raison médicale – telle qu'elle a été instituée par la loi Chevènement de 1998 – ouvre droit au titre de séjour « à l'étranger résidant habituellement en France, dont l'état de santé nécessite une prise en charge dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve qu'il ne puisse effectivement bénéficier d'un *traitement approprié* dans le pays dont il est originaire ». Ce régime permet à des ressortissants étrangers, quelles que soient leurs conditions d'entrée en France (régulière ou non), d'obtenir un titre de séjour afin de bénéficier de soins appropriés indispensables, lorsque ceux-ci ne sont pas disponibles dans leur pays d'origine et que la maladie peut avoir des conséquences d'une exceptionnelle gravité pour la personne.

Ce dispositif a fait l'objet d'attaques politiques récurrentes. Si ce dispositif a été jusqu'à présent maintenu, différentes mesures ont été mises en œuvre pour restreindre le champ d'application du droit au séjour pour raisons médicales (mise en place de quotas, élaboration de fiches pays). La dernière restriction, date de 2011. Depuis cette date¹⁶, la Loi a supprimé la référence au « bénéfice effectif » d'un traitement approprié pour subordonner désormais le droit au séjour de l'étranger malade à « l'absence » d'un traitement approprié dans son pays d'origine. Les particularités de la situation individuelle de l'étranger (son éloignement géographique par rapport aux services de santé spécialisés, l'absence de prise en charge par une assurance médicale donnant accès aux soins, le coût des traitements, l'exclusion discriminatoire des soins en raison de son appartenance à une minorité ethnique, sexuelle ou religieuse, etc.) ne sont plus – ou plus toujours – prises en compte.

À cela s'ajoutent des dysfonctionnements dans les procédures qui ont conduit l'Observatoire du droit à la santé des étrangers (ODSE) à dresser, en 2008, un « bilan de santé alarmant » de la régularisation

¹⁵ Médecins du Monde (2006). « Je ne m'occupe pas de ces patients » - Testing sur les refus de soins des médecins généralistes pour les bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle ou de l'Aide Médicale Etat dans 10 villes de France.

¹⁶ Loi n° 2011-672 du 16 juin 2011 relative à l'immigration, à l'intégration et à la nationalité.

pour raison médicale en France [166]. Un récent rapport de l'IGAS [167] montre qu'il existe des disparités importantes selon le lieu du dépôt de la demande, voire des irrégularités dans le traitement des dossiers, qu'il s'agisse du volet administratif (exigences de documents non prévus pas la Loi, non respect des délais...) ou du volet médical. Ce rapport relève également plusieurs défauts du dispositif actuel : complexité de la procédure, insuffisance de pilotage, hétérogénéité des pratiques sur le territoire, difficultés rencontrées par les professionnels chargés de traiter ces dossiers sur le terrain.

Accès aux soins des personnes en situation irrégulière en Guyane

Si l'accès aux soins des personnes en situation irrégulière est complexe en France, ces difficultés sont amplifiées en Guyane du fait, notamment, d'une moindre présence du tissu associatif, limitant les recours pour les usagers discriminés dans le droit commun, du faible nombre de professionnels de l'action sociale qualifiés, et des dysfonctionnements des institutions [117, 168]. Parmi les multiples dysfonctionnements qui entravent l'accès aux droits sociaux, on retrouve des délais d'attente interminables au guichet CGSS¹⁷, le défaut d'information des usagers, des demandes de justificatifs non requis par les textes, des délais excessifs d'instruction de dossiers, des pertes de dossiers, le manque de traducteurs et de médiateurs [117, 169]...

Des problématiques spécifiques au terrain guyanais viennent compléter ces difficultés. Nous en soulignerons deux en particulier : la question des populations nées et résidant sur le territoire français mais qui peinent à obtenir un état civil ou qui en sont privés, et la question des populations dont le mode de vie est fondamentalement transfrontalier, alors que tout le droit social français est fondé sur l'exigence d'une résidence habituelle en France. Nous reviendrons plus bas sur ce dernier point.

Enfin se posent des problèmes de continuité des soins à l'intérieur même du territoire guyanais. Deux barrages policiers permanents sont établis sur la seule route permettant l'accès à Cayenne, l'un à l'Est, l'autre à l'Ouest. Ces barrages impactent directement les droits des étrangers en situation irrégulière pour accéder à des soins puisque seuls les patients adressés par un établissement hospitalier (et sous réserves de démarches administratives lourdes et chronophages) peuvent franchir ces barrages. En invoquant la violation de plusieurs droits fondamentaux protégés par des conventions internationales (liberté d'aller et venir, droit à un recours effectif lorsque la vie privée et familiale est en jeu, égalité devant la loi, droit à la santé et à l'éducation), huit associations ont

¹⁷ Caisse Générale de Sécurité Sociale

déposé devant le Tribunal administratif de Cayenne un recours en annulation contre les arrêtés concernant le barrage de l'est (octobre 2013) et le barrage de l'ouest (février 2014)¹⁸.

Les politiques migratoires en Guyane sont plus restrictives que dans l'Hexagone du fait d'un ensemble de dérogations au droit commun (article 73 et 74 de la Constitution). Cela se traduit par des expulsions élevées (9 740 éloignements en 2012, pour un total de 36 800 en France) et parfois en dehors de la légalité [72]. Ces politiques de lutte contre l'immigration, qui – dans le même temps, par les difficultés toujours accrues à obtenir un titre de séjour – tendent à « produire » des étrangers sans-papiers et alimentent également des représentations négatives à leur rencontre, dans la société guyanaise et également chez les professionnels chargés de leur accorder des droits. Selon E. Carde, ces représentations se traduisent, parfois, dans des pratiques plus restrictives encore que ne le prévoient les textes de loi. Et si elle l'observe également en métropole, les professionnels guyanais se caractérisent par leur tendance à les assumer ouvertement [119].

3.3 Les migrations pour soins : une question éminemment politique : réflexion autour de la question de frontière

La question de l'immigration pour soins, est une question récurrente dans les discours politiques en France [165] et plus largement en Europe [40, 155, 157, 162, 170]. L'immigration de personnes contagieuses, le coût économique de la prise en charge de ces malades et les risques d'« appel d'air » sont régulièrement utilisés par certains acteurs politiques pour tenter de légitimer les restrictions des droits en matière de santé accordés aux étrangers. Ces peurs et ces préjugés à l'encontre des migrants alimentent un débat d'autant plus délétère qu'il n'est pas informé.

Plusieurs études récentes tendent à montrer que l'accès aux soins n'est ni un facteur d'attraction (« *pulling factor* ») ni un facteur d'impulsion (« *pushing factor* ») pour la migration.

Les résultats de l'enquête en population générale conduite en Guyane montrent que les migrations pour raison de santé ne représentent qu'une minorité des mouvements migratoires en Guyane (3,1%). Ces résultats peuvent être rapprochés de ceux d'une enquête similaire conduite en 2007

¹⁸ Voir à ce sujet le Communiqué de presse (Migrants-Outre-Mer, Paris, 28/10/2013). « Guyane : des barrages policiers entravent l'accès aux droits. Une requête en annulation déposée par huit associations le 24 octobre 2013 ». <http://www.migrantsoutremer.org/Guyane-des-barrages-policiers>

auprès d'un échantillon représentatif d'habitants de l'île de Mayotte, où cette proportion de migration pour soins parmi la population immigrée avait été estimée à 11% [79].

Ces études ont été conduites en population générale et peuvent donc sous-estimer la proportion de personnes malades recourant aux soins (ex : personnes hospitalisées). Toutefois d'autres études, conduites directement dans le système de soins, montrent des résultats similaires.

Une étude conduite auprès de 540 migrants consultants la PASS¹⁹ de l'hôpital St-Antoine à Paris, montre que parmi les motifs de migration, seulement 9% des consultants avaient migré pour une raison de santé [171].

Une enquête réalisée par l'Observatoire européen de l'accès aux soins de Médecin du Monde auprès de 1100 personnes en situation irrégulière consultant les centres de soins gratuits de médecins du monde dans 11 pays d'Europe montrait que 6% de ces personnes ont déclaré avoir migré pour des raisons de santé [159].

L'étude conduite en 2012, auprès d'un échantillon de 8 400 patients vus dans les centres de Médecins du Monde dans quatorze villes de sept pays européens, montrent que parmi les raisons invoquées pour la migration, la santé ne représente que 1,6 %, la fuite d'une zone de guerre 6 % et la survie économique 43 % [164]. Par ailleurs cette étude montre que les migrants en situation irrégulière ignorent leurs pathologies avant d'émigrer, ne connaissent pas le fonctionnement des systèmes de santé des pays européens et ne savent pas qu'ils peuvent potentiellement s'y faire soigner.

Au-delà du risque d'appel d'air causé par les systèmes de santé, c'est aussi plus généralement l'accès au système de protection sociale et aux prestations sociales qui sont mises en avant dans les discours politiques. Une étude récente financée par la Commission Européenne analyse l'impact sur les systèmes sociaux des prestations dont bénéficient les migrants intra européens non actifs (retraités, étudiants, chercheurs d'emploi...) [172]. Cette étude montre que les migrants intra européens ne bénéficient pas plus que les nationaux des systèmes de protection sociale ou de santé, mais contribuent davantage aux finances publiques qu'ils n'en retirent de bénéfices.

¹⁹ Permanence d'Accès aux Soins de Santé. Instaurées dans les établissements de santé, les PASS sont des cellules de prise en charge médico-sociale, qui doivent faciliter l'accès des personnes démunies au système hospitalier mais aussi aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social.

Analyse des différences du taux de migration pour soins observées entre Cayenne et St-Laurent du Maroni

Certains résultats de l'étude en population générale conduite en Guyane concernant la mesure des migrations pour soins seront ici repris et commentés, car ils interrogent sur la notion même de frontière.

Les causes ou les motivations de migration vers la Guyane ont été interrogées dans l'enquête en population générale par trois questions : les raisons d'immigrer en Guyane, les raisons de l'installation et, chez les patients atteints de maladies chroniques, la part de la maladie comme motif de migration et/ou d'installation en Guyane.

Au total, toutes questions confondues (migration pour raison de santé, installation pour raison de santé, maladie chronique ayant été une raison de migration ou d'installation en Guyane), 3,1% [0,5-5,7%] de la population des immigrants de plus de 18 ans ont migré ou se sont installés en Guyane pour une raison de santé.

On observe une différence entre les deux villes : à Cayenne, ce taux de migration pour soins est estimé à 4,2% [0-8,7%] et à Saint-Laurent du Maroni, il est estimé à 1,3% [0-3,0%, $p=0,10$].

Plusieurs hypothèses peuvent être avancées pour expliquer cette différence. Tout d'abord l'offre de soins à Saint-Laurent du Maroni reste limitée et la plupart des soins spécialisés ne peut être assurée qu'à Cayenne, cette offre de soins inégale peut expliquer en partie cette différence entre les deux villes si on fait l'hypothèse d'une attractivité plus grande de Cayenne pour des soins plus spécialisés.

En réalité, la comparaison entre les deux villes montre que la différence n'a pas trait au motif de migration mais aux motifs d'installation (les motifs d'installation en Guyane pour raison de santé sont de 3,2% à Cayenne et 0,5% à Saint-Laurent du Maroni, la différence observée entre les deux villes est à la limite de la significativité, $p=0,053$). La localisation de Saint-Laurent du Maroni, à la frontière du Suriname, favorise un type de migrations « pendulaires » (la population fait d'incessants allers-retours entre la Guyane et le Suriname au gré de ses besoins ou obligations). Si migrations pour soin il y a, elles s'apparenteraient plus à des migrations ponctuelles qu'à des installations définitives. L'accès à Cayenne à partir de Saint-Laurent du Maroni est limité par le poste frontière d'Iracoubo (à 100 km de Saint-Laurent du Maroni), compliquant les déplacements entre ces deux villes pour les personnes en situation irrégulière. Ainsi dans l'Ouest guyanais, la perméabilité des frontières permet des déplacements au grès des besoins tandis que les installations pour raison de santé sont faibles. Tandis qu'à Cayenne une frontière limite ces déplacements et les installations pour raison de santé sont proportionnellement plus nombreuses. On peut dès lors s'interroger sur l'effet de la

« fermeture des frontières » sur les mobilités des populations; serait-elle un facteur de captivité des immigrés malades sur la ville de Cayenne ?

La Guyane comprend des frontières externes (poreuses aux migrations) et des frontières internes (matérialisées par des postes barrages, inaccessibles aux personnes en situation irrégulières). Cela nous conduit à nous interroger sur deux notions, celle de la construction de l' « étranger » et celles de libre circulation des individus et de frontière.

Concernant le premier point, il est important de rappeler qu'elle relève de la décision d'un Etat, qui peut aussi bien décider de régulariser les étrangers que de les laisser dans la clandestinité.

Rappelons qu'à la suite de différents combats et massacres liés à la guerre civile au Surinam (1986-1992), la Guyane française a vu affluer plusieurs milliers de réfugiés (entre 9000 et 13000 personnes) dans les environs de Saint-Laurent du Maroni. Ni le statut de réfugié, ni toute autre forme de statut juridique ne leur sera accordé. Ils seront des « PPDS » (populations provisoirement déplacées du Surinam). Avec la fin de la guerre civile et l'installation au Surinam d'un gouvernement élu, la France a adopté une politique d'aide financière au retour de ces personnes. Mais la paupérisation accrue du pays après six ans de guerre civile, la destruction des villes surinamaises et les craintes de représailles ne les incitèrent guère à retourner dans leur pays d'origine [110]. L'implantation des surinamais devient dès lors effective dans les années 1990. Selon notre étude, une personne sur quatre est en situation irrégulière à St-Laurent du Maroni, en dépit d'une installation de longue date : près de 43,7 % des natifs du Surinam y résident depuis plus de 20 ans [109].

La guerre au Suriname a par ailleurs matérialisé des frontières : non seulement internationale (matérialisée par le fleuve Maroni), mais également à l'intérieur du territoire guyanais. Concernant la première, la guerre civile a créé les conditions d'émergence d'une économie transfrontalière dans l'estuaire [110]. Dans cet espace, la mobilité des migrants s'inscrit dans une logique d'adaptation interne fondée sur le contournement des systèmes nationaux (échanges informels qui deviennent une des seules conditions de survie dans cet espace estuarien). Concernant les secondes, dès décembre 1986 l'Etat français installe le poste frontière d'Iracoubo (à 110 kilomètres de Saint-Laurent du Maroni). L'idée est alors de « protéger » les villes de Cayenne et de Kourou de l'afflux de ces migrants du Surinam.

La question des papiers devient dès lors une question centrale dans cet espace estuarien car elle a de multiples conséquences : les droits au travail, à un logement, à la libre circulation, à une protection sociale en dépendent. L'application stricte du droit français et de ses conditions de naturalisation ou de résidence produit de l'exclusion et pousse une partie non négligeable de la population à vivre

dans la clandestinité et à s'y fixer. Elle engendre par ailleurs une fragmentation de l'espace social selon la situation administrative individuelle ou selon le statut du groupe d'appartenance [173]. Actuellement la régularisation des Noirs Marrons sans papiers font l'objet d'enjeux et de débats importants.

Un autre exemple de « création d'étrangers » en Guyane concerne les personnes qui n'ont pas été déclarées à l'état civil. En dépit de la commission créée en 1998 par la préfecture pour établir leur lieu de naissance, nombre d'entre elles n'ont toujours pas d'état civil, en particulier le long du fleuve Maroni. Des enfants naissent encore sans être déclarés, en raison des difficultés matérielles que les parents rencontrent pour faire la déclaration ou parce que les conditions requises pour la faire ne correspondent pas aux réalités familiales — c'est notamment ce à quoi se heurtent les Noirs Marrons pour qui l'autorité paternelle est exercée par l'oncle maternel le plus âgé, et non le père [10]. Le nombre de personnes apatrides n'est pas connu en Guyane, mais constitue également un enjeu important.

Concernant la question des frontières, Michel Agier [174] souligne la multiplication récente, dans le monde, des murs et des frontières érigés afin de limiter les déplacements humains. Selon cet auteur, les murs n'empêchent pas de passer mais rendent le passage plus dangereux et placent les migrants à la merci des profiteurs. En entretenant le fantasme de l'invasion, les murs entretiennent la peur et ils appellent plus de murs encore.

Catherine Withol de Wenden [175] montre de façon convaincante que la fermeture des frontières est une idée fautive, coûteuse, inefficace, et qui va à l'encontre de la rencontre du monde dans lequel nous vivons, de plus en plus interdépendant et dont les migrations sont le fruit.

La liberté de circulation est le droit de tout individu, de se déplacer seul et librement dans un pays, de quitter celui-ci et d'y revenir. La liberté de circulation est reconnue dans la Déclaration universelle des droits de l'homme. Elle est contrariée par les législations nationales limitant les déplacements intérieurs en créant des frontières entre les États, plus ou moins étanches. La Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales exclut par exemple les étrangers en situation irrégulière de ce droit pourtant fondamental, tandis que la Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille (non ratifiée par les États de l'Union Européenne) réaffirme ce droit tout en y admettant une série de restrictions. En réalité, la mobilité des personnes est très inégalitaire. Notre monde globalisé valorise la mobilité pour les uns (les plus riches, les plus diplômés, les plus entreprenants) et la réprime pour les autres (les moins qualifiés, les plus vulnérables) par un régime des frontières différentiel, ouvertes aux uns et semi-ouvertes ou fermées aux autres. Nombre d'effets pervers en résultent : violations des Droits

de l'homme pour les sans-papiers, morts aux frontières, économie criminalisée du passage, coût de la gestion militarisée des frontières.

Le droit à la mobilité tend à s'imposer comme nouveau droit à conquérir dans l'agenda du 21^{ème} siècle, où la mobilité des capitaux, des biens et des services, des lieux de production et des savoir-faires est valorisée comme autant d'attribut de la modernité économique mais où les deux tiers de la population de la planète ne peuvent circuler librement.

L'Amérique du Sud n'échappe pas à ce contexte globalisé. Elle est devenue, elle aussi, un espace de libre circulation. L'Union des nations sud-américaines (UNASUR) est composée des douze États d'Amérique du Sud, dont la population totale a été estimée à 396 millions d'habitants au 1er juillet 2010. Tout citoyen Sud-Américain peut visiter un pays d'Amérique du Sud autre que le sien pendant au plus 90 jours en n'ayant besoin de ne présenter que ses papiers nationaux d'identité. Seuls la Guyane française et le Suriname ne font pas parti de cet espace de libre circulation.

L'ouvrage « Lever les barrières : mobilité et développement humains » publié par le PNUD en 2009 [1] invite les gouvernements à limiter les restrictions sur les déplacements à l'intérieur de leur pays et au-delà des frontières afin d'élargir les choix humains et les libertés. Il plaide en faveur d'orientations politiques et de mesures pratiques qui permettent d'améliorer les perspectives à l'arrivée. Les réformes ne concernent pas uniquement les gouvernements de destination. Elles s'étendent également aux gouvernements d'origine, à d'autres acteurs clé (notamment le secteur privé, les syndicats et les organisations non gouvernementales) et aux migrants eux-mêmes.

Un ensemble de réformes est proposé : ouvrir les canaux d'entrée existants afin qu'un plus grand nombre de travailleurs puissent émigrer, garantir les droits fondamentaux des migrants, abaisser les coûts de transaction de la migration, trouver des solutions qui profitent aux communautés de destination et aux migrants qu'elles accueillent, faciliter les déplacements des personnes à l'intérieur de leur propre pays et intégrer la migration dans des stratégies nationales de développement. Toutes ces mesures sont complémentaires et contribuent activement au développement humain.

3.4 Les migrations pendulaires pour soins dans l'ouest guyanais : nécessité d'une approche spécifique

Pour finir, nous avons souhaité revenir dans cette dernière partie sur les principaux résultats de nos enquêtes conduites à la maternité et aux urgences de l'hôpital de St-Laurent du Maroni afin de mesurer et comprendre les migrations pour soins du Surinam vers la Guyane. Ces résultats n'ont pas

fait l'objet, en eux-mêmes, de publications au niveau international ; toutefois ces questions mériteraient, de notre point de vue, des recherches plus approfondies.

L'étude conduite dans le service des urgences du CHOG a montré que la part des patients qui déclarent résider au Surinam est faible : 4,5% des patients qui ont consulté ce service. Même si la résidence au Surinam était sous déclarée, on est loin d'un « afflux » de patients traversant le Maroni à la recherche de soins à Saint-Laurent du Maroni. Les motifs du recours aux soins de ces patients étaient variées (gravité de la maladie, adressage par un médecin du Surinam, qualité des soins en Guyane jugée supérieurs à celle des soins au Surinam, gratuité des soins en Guyane, proximité géographique) mais le faible nombre de personnes ayant déclaré résider au Surinam ne nous a pas permis de dégager quels pouvaient être les moteurs de ces migrations pendulaires pour soins dans un contexte d'urgence.

L'étude quantitative conduite à la maternité montrait que la part des patientes qui déclarent résider au Surinam est de 12,5%. Les motifs de recours à la maternité de Saint-Laurent du Maroni cités par les femmes déclarant résider au Surinam étaient la qualité des soins (51,5%), la proximité géographique (45,5%) et des raisons familiales (12,1%). Si l'espoir d'avantages sociaux - tels que la possibilité de bénéficier des allocations familiales ou d'une régularisation - ont été exprimés, aussi bien par les femmes résidentes au Surinam que par des femmes en situation irrégulière déclarant habiter en Guyane, ces motifs de recours à la maternité étaient très peu fréquents. D'autre part les entretiens qualitatifs conduits montraient que les femmes expriment rarement un intérêt, du point de vue des droits sociaux, d'avoir des enfants nés en France. La plupart des femmes restaient évasives sur l'intérêt social que représente la naissance en France de leurs enfants. Sont à plusieurs reprises évoquées des « démarches », qui seraient plus faciles, ou exprimant simplement parfois le sentiment qu'en Guyane il y a « des droits », mais sans savoir que mettre derrière ces expressions.

Parmi les quelques entretiens réalisés à Albina, là encore les principaux moteurs de la décision d'accoucher à la maternité de St-Laurent était la proximité géographique et la qualité des soins.

Ces différentes enquêtes à Saint-Laurent du Maroni et à Albina ont montré que le recours aux soins s'inscrit dans la logique des mobilités transfrontalières : les populations recourent à des soins de part et d'autre du fleuve. Les déterminants de ces recours sont multiples et complexes, liés tant à l'offre de soins (infrastructures sanitaires, qualité et sécurité des soins réelle et perçue, accès à une couverture maladie, coût des soins, attentes en consultation) qu'à des facteurs individuels multiples (statut administratif et juridique, situation financière, parcours de soins, liens familiaux, confiance

envers les soignants, proximité culturelle et linguistique avec les professionnels de santé). Enfin, le lieu du soin est souvent déterminé tout simplement par l'endroit où la personne se trouve lorsqu'elle en a besoin, au gré des migrations pendulaires familiales, économiques ou liées à la vie quotidienne.

Ces questions n'ont été abordées que sur la partie littorale du bassin transfrontalier du Maroni alors que les mêmes problématiques se posent également tout le long du fleuve Maroni. Un réseau de dispensaires assurant des missions de prévention et de soins est constitué de part et d'autre de ce fleuve. Selon une étude conduite par le CICEC-Antilles Guyane, en 2012, plus d'un tiers des personnes résidant sur la rive guyanaise du fleuve Maroni se rendent dans les centres de santé au Surinam²⁰. Les populations du fleuve recourent aux soins de part et d'autre du fleuve, sans que les moteurs ne soient là non plus encore bien identifiés.

Ces dynamiques posent plusieurs défis aux systèmes de soins des deux pays : au français, car la majorité des patients qui viennent du Surinam pour recourir à des soins en Guyane ne bénéficient ni d'une prise en charge de l'assurance maladie ni de l'Aide Médicale de l'Etat (AME) française (s'ils ne peuvent justifier d'une résidence de plus de trois mois en Guyane) ; au surinamais qui invite régulièrement les Guyanais à ré-adresser ces patients au Surinam dès lors que les soins sont disponibles. Elles posent un défi aux deux systèmes sur la continuité des soins et des prises en charge dans le cadre du suivi des maladies chroniques ou d'activités préventives. Elles interrogent les professionnels de terrain qui ne connaissent pas ou peu leurs homologues, et plus généralement le mode d'organisation sanitaire et social sur ce territoire frontalier. Elles interrogent également les institutions d'aide au développement quant à l'impact d'investissements dans le secteur de la santé surinamais sur les flux migratoires. L'Agence Française de Développement a notamment octroyé un prêt au Surinam pour la reconstruction de l'hôpital d'Albina. Cet hôpital devrait ouvrir fin 2014. L'hôpital de St-Laurent du Maroni fait aussi l'objet d'un projet de reconstruction (attendu pour 2017).

Ainsi, dans ce contexte dynamique (mobilité des populations) et changeant (modification de l'offre de soins), ces questions mériteraient d'être développées par des recherches complémentaires. La problématique de ces migrations pendulaires pour soins nécessite notamment une approche spécifique qui pourrait tirer partie de cette « expérience naturelle » que vont constituer, à très courts termes, la construction d'une nouvelle offre de soins de part et d'autre du fleuve, dans l'une des rares zones frontalières qui sépare un territoire français d'un territoire moins développé.

²⁰ CICEC-Antilles-Guyane. Etude INTERREG-CAP Maroni. Résultats non encore publiés.

Les recherches récentes sur le tourisme médical, développées en introduction, ne semblent pas répondre à l'analyse de ce phénomène. La typologie proposée par Glinos *et al.* [176] nous semble plus intéressante. Plutôt que de « tourisme médical », l'auteur se réfère au terme de mobilité des patients (« *patient mobility* »), qu'il définit comme le mouvement de patient qui voyage dans un autre pays dans le but de recevoir des soins. Cela implique un choix délibéré de l'individu de sortir de son pays de résidence (où il peut avoir, ou pas, une couverture maladie). Cet auteur propose une typologie des mobilités des patients construite autour de deux dimensions : les motivations des patients et le type de couverture maladie leur permettant de disposer de ces soins. Les motivations sont de quatre types : la disponibilité des soins (quantitative et qualitative, délais d'accès aux soins), le coût des soins (restant à la charge du patient), la familiarité avec le système de soins (linguistique, culturelle et historique) et la qualité perçue des soins. L'utilisation de ce modèle, en associant à la fois des recherches quantitatives et qualitatives pourrait permettre de mieux appréhender et comprendre ces mobilités pour soins dans cet espace transfrontalier.

Conclusion

Territoire français en marge dans l'espace sud-américain, espace paradoxal où se juxtaposent progrès économique et retard de développement, la Guyane connaît de profonds bouleversements depuis une trentaine d'années. Cette thèse apporte quelques éléments de connaissance sur la santé des immigrés et de leur recours aux soins, et quelques éclairages sur la question des migrations pour soins. Certains résultats vont à l'encontre de certains préjugés ou fantasmes largement répandus.

Les politiques de santé publique en Guyane ne semblent pas répondre aux enjeux, ni actuels, ni futurs, des besoins de santé et de soins des migrants sur son territoire. De part ses caractéristiques, la Guyane pourrait pourtant constituer un terrain d'expérimentation emblématique en matière de politique de santé publique à destination des migrants pour peu qu'on s'en donne, localement, les moyens politiques et scientifiques.

La question de la santé des migrants interroge sur l'organisation de la solidarité dans une société et sur son système de valeurs. Les idées reçues et les fantasmes à l'encontre des migrants alimentent souvent sur une confusion entre les missions de protection de la santé publique des populations et de la santé individuelle des personnes et celles des politiques de sécurité et de contrôle des flux migratoires et débouchent trop souvent sur une interprétation restrictive du droit à la santé.

A l'heure où il y a une montée des partis extrémistes et xénophobes dans toute l'Europe, et où les pays pratiquent des mesures d'austérité en réponse à la crise économique, la question de la santé et du bien-être des plus vulnérables, dont les migrants constituent un archétype, est plus que jamais à l'ordre du jour.

Bibliographie

Références citées dans la thèse :

1. PNUD. Lever les barrières : Mobilité et développement humain. Rapport mondial sur le développement humain 2009.
2. Peiro MJ, Benedict R. Migrant health policy. The Portuguese and Spanish EU Presidencies. *EuroHealth* 2010; 16(1):1-4.
3. Davies A, Basten A, Frattini C. Migration: A social determinant of migrants' health. *EuroHealth* 2010; 16(1):10-12.
4. McKay L, Macintyre S, Ellaway A. Migration and Health: A Review of the International Literature. Glasgow: MRC Social & Public Health Sciences Unit, Occasional Paper No 12. 2003.
5. Hull D. Migration, adaptation, and illness: a review. *Soc Sci Med Med Psychol Med Sociol* 1979; 13A(1):25-36.
6. IOM (International Organization for Migration). <http://www.iom.int/cms/en/sites/iom/home/about-migration/key-migration-terms-1.html#Migration>.
7. HCI (Haut Conseil à l'Intégration). <http://www.hci.gouv.fr/-Mots-de-l-integration-.html#l>.
8. OCDE (2013). Perspectives des migrations internationales 2013. Editions OCDE. http://dx.doi.org/10.1787/migr_outlook-2013-fr.
9. PNUD. Rapport sur le développement humain 2013. L'essor du Sud : le progrès humain dans un monde diversifié.
10. MIGREUROPE. Atlas des migrants en Europe. Géographie critique des politiques migratoires. Editions : Armand Colin, Paris 2009.
11. OCDE. Perspectives des migrations internationales : SOPEMI. Edition 2008.
12. IOM. World Migration Report 2008: Managing Labour Mobility in the Evolving Global Economy. http://publications.iom.int/bookstore/index.php?main_page=index&cPath=37.
13. INSEE. « Fiches thématiques : Population immigrée ». In : Immigrés et descendants d'immigrés en France - Insee Références - Édition 2012, Insee, p. 94-135.
14. Secrétariat général du comité interministériel de contrôle de l'immigration (2012). Les chiffres de la politique de l'immigration et de l'intégration : année 2011. Neuvième rapport établi en application de l'article L. 111-10 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile. Ed : La documentation Française, Paris.
15. Gushulak BD, MacPherson DW. The basic principles of migration health: population mobility and gaps in disease prevalence. *Emerg Themes Epidemiol* 2006; 3:3.
16. Gensini GF, Yacoub MH, Conti AA. The concept of quarantine in history: from plague to SARS. *J Infect* 2004; 49(4):257-61.
17. Klinkenberg E, Manissero D, Semenza JC, Verver S. Migrant tuberculosis screening in the EU/EEA: yield, coverage and limitations. *Eur Respir J* 2009; 34(5):1180-9.
18. Arshad S, Bavan L, Gajari K, Paget SN, Baussano I. Active screening at entry for tuberculosis among new immigrants: a systematic review and meta-analysis. *Eur Respir J* 2010; 35(6):1336-45.
19. Cattacin S, Chimienti M. Difference Sensitivity in the Field of Migration and Health : National policies compared. Ed : University of Geneva. Working Paper 2007; 1.
20. Marmot MG, Adelstein AM, Bulusu L. Lessons from the study of immigrant mortality. *Lancet* 1984; 1(8392):1455-7.
21. Lu Y. Test of the 'healthy migrant hypothesis': a longitudinal analysis of health selectivity of internal migration in Indonesia. *Soc Sci Med* 2008; 67(8):1331-9.
22. Rubalcava LN, Teruel GM, Thomas D, Goldman N. The healthy migrant effect: new findings from the Mexican Family Life Survey. *Am J Public Health* 2008; 98(1):78-84.

23. Newbold KB. Self-rated health within the Canadian immigrant population: risk and the healthy immigrant effect. *Soc Sci Med* 2005; 60(6):1359-70.
24. Ali JS, McDermott S, Gravel RG. Recent research on immigrant health from statistics Canada's population surveys. *Can J Public Health* 2004; 95(3):19-13.
25. Gushulak B. Healthier on arrival? Further insight into the "healthy immigrant effect". *CMAJ* 2007; 176(10):1439-40.
26. Abraido-Lanza AF, Dohrenwend BP, Ng-Mak DS, Turner JB. The Latino mortality paradox: a test of the "salmon bias" and healthy migrant hypotheses. *Am J Public Health* 1999; 89(10):1543-8.
27. WHO. International migration, health & human rights. Health & Human Rights Publications Series Issue N°4. Geneva 2003.
28. Mladovsky P. Migration and health in the EU. Research note for EC Directorate-General Employment, Social Affairs and Equal Opportunities. Unit E1 - Social and Demographic Analysis 2007.
29. Carballo M, Mboup M. International migration and health. A paper prepared for the Policy Analysis and Research Programme of the Global Commission on International Migration by International Centre for Migration and Health 2005.
30. Davies A, Basten A, Frattini C. Migration: A social determinant of the health of migrants. International Organization for Migration (IOM). Background paper. In the framework of the "Assisting Migrants and Communities(AMAC): Analysis of Social Determinants of Health and Health Inequalities" project. European Commission DG Health and Consumers' Health Programme/Portuguese High Commissariat for Health 2006.
31. Chavin P, Parizot I. Santé et recours aux soins des populations vulnérables. Ed: Inserm. Coll: Questions en santé publique 2005.
32. Huber M, Stanciole A, Bremner J, Wahlbeck K. Quality in and Equality of Access to Healthcare Services: HealthQUEST. Brussels: DG Employment, Social Affairs and Equal Opportunities 2008.
33. Nazroo JY. The structuring of ethnic inequalities in health: economic position, racial discrimination, and racism. *Am J Public Health* 2003; 93(2):277-84.
34. Grove NJ, Zwi AB. Our health and theirs: forced migration, othering, and public health. *Soc Sci Med* 2006; 62(8):1931-42.
35. Williams DR, Neighbors HW, Jackson JS. Racial/ethnic discrimination and health: findings from community studies. *Am J Public Health* 2003; 93(2):200-8.
36. Editorial. Institutionalised racism in health care. *Lancet* 1999; 353(9155):765.
37. Carde E. [Access to health care and racial discrimination]. *Santé Publique* 2007; 19(2):99-109.
38. Brixi O. Santé et migration. In : Lebas J, Chauvin P. Précarité et santé. Ed: Flammarion, Paris 1998. p. 99-102.
39. Rechel B, Mladovsky P, Devillé W, Rijks B. Migration and health in the European Union. Ed: Open University Press, Maidenhead 2011. 257p.
40. Rechel B, Mladovsky P, Ingleby D, Mackenbach JP, McKee M. Migration and health in an increasingly diverse Europe. *Lancet* 2013; 381(9873):1235-45.
41. ECDC. Tuberculosis surveillance in Europe 2008. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control 2010.
42. EuroHIV. HIV/AIDS surveillance in Europe. End-year report 2006 No. 75. Ed: Institut de Veille Sanitaire, Saint-Maurice 2007.
43. Schenker M. Work-related injuries among immigrants: a growing global health disparity. *Occup Environ Med* 2008; 65(11):717-8.
44. Ahonen EQ, Benavides FG, Benach J. Immigrant populations, work and health--a systematic literature review. *Scand J Work Environ Health* 2007; 33(2):96-104.
45. Lindert J, Ehrenstein OS, Priebe S, Mielck A, Brahler E. Depression and anxiety in labor migrants and refugees--a systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med* 2009; 69(2):246-57.

46. Stirbu I, Kunst AE, Vlems FA, Visser O, Bos V, Deville W, Nijhuis HG, Coebergh JW. Cancer mortality rates among first and second generation migrants in the Netherlands: Convergence toward the rates of the native Dutch population. *Int J Cancer* 2006; 119(11):2665-72.
47. Visser O, van Leeuwen FE. Cancer risk in first generation migrants in North-Holland/Flevoland, The Netherlands, 1995-2004. *Eur J Cancer* 2007; 43(5):901-8.
48. Harding S, Rosato M, Teyhan A. Trends in cancer mortality among migrants in England and Wales, 1979-2003. *Eur J Cancer* 2009; 45(12):2168-79.
49. Arnold M, Razum O, Coebergh JW. Cancer risk diversity in non-western migrants to Europe: An overview of the literature. *Eur J Cancer* 2010; 46(14):2647-59.
50. Agyemang C, Addo J, Bhopal R, Aikins Ade G, Stronks K. Cardiovascular disease, diabetes and established risk factors among populations of sub-Saharan African descent in Europe: a literature review. *Global Health* 2009; 5:7.
51. Agyemang C, Owusu-Dabo E, de Jonge A, Martins D, Ogedegbe G, Stronks K. Overweight and obesity among Ghanaian residents in The Netherlands: how do they weigh against their urban and rural counterparts in Ghana? *Public Health Nutr* 2009; 12(7):909-16.
52. Vandenheede H, Deboosere P, Stirbu I, Agyemang CO, Harding S, Juel K, Rafnsson SB, Regidor E, Rey G, Rosato M, Mackenbach JP, Kunst AE. Migrant mortality from diabetes mellitus across Europe: the importance of socio-economic change. *Eur J Epidemiol* 2012; 27(2):109-17.
53. Misra A, Ganda OP. Migration and its impact on adiposity and type 2 diabetes. *Nutrition* 2007; 23(9):696-708.
54. Ujcic-Voortman JK, Baan CA, Seidell JC, Verhoeff AP. Obesity and cardiovascular disease risk among Turkish and Moroccan migrant groups in Europe: a systematic review. *Obes Rev* 2012; 13(1):2-16.
55. Labree LJ, van de Mheen H, Rutten FF, Foets M. Differences in overweight and obesity among children from migrant and native origin: a systematic review of the European literature. *Obes Rev* 2011; 12(5):e535-47.
56. Gagnon AJ, Zimbeck M, Zeitlin J, Alexander S, Blondel B, Buitendijk S, Desmeules M, Di Lallo D, Gagnon A, Gissler M, Glazier R, Heaman M, Korfker D, Macfarlane A, Ng E, Roth C, Small R, Stewart D, Stray-Pederson B, Urquia M, Vangen S. Migration to western industrialised countries and perinatal health: a systematic review. *Soc Sci Med* 2009; 69(6):934-46.
57. Schulpen TW, van Steenberghe JE, van Driel HF. Influences of ethnicity on perinatal and child mortality in the Netherlands. *Arch Dis Child* 2001; 84(3):222-6.
58. Malin M, Gissler M. Maternal care and birth outcomes among ethnic minority women in Finland. *BMC Public Health* 2009; 9:84.
59. Alderliesten ME, Stronks K, van Lith JM, Smit BJ, van der Wal MF, Bonsel GJ, Bleker OP. Ethnic differences in perinatal mortality. A perinatal audit on the role of substandard care. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2008; 138(2):164-70.
60. Gissler M, Alexander S, MacFarlane A, Small R, Stray-Pedersen B, Zeitlin J, Zimbeck M, Gagnon A. Stillbirths and infant deaths among migrants in industrialized countries. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2009; 88(2):134-48.
61. Korinek K, Smith KR. Prenatal care among immigrant and racial-ethnic minority women in a new immigrant destination: exploring the impact of immigrant legal status. *Soc Sci Med* 2011; 72(10):1695-703.
62. Munro K, Jarvis C, Munoz M, D'Souza V, Graves L. Undocumented Pregnant Women: What Does the Literature Tell Us? *J Immigr Minor Health* 2012.
63. Wolff H, Epiney M, Lourenco AP, Costanza MC, Delieutraz-Marchand J, Andreoli N, Dubuisson JB, Gaspoz JM, Irion O. Undocumented migrants lack access to pregnancy care and prevention. *BMC Public Health* 2008; 8:93.
64. Dorn T, Ceelen M, Tang MJ, Browne JL, de Keijzer KJ, Buster MC, Das K. Health care seeking among detained undocumented migrants: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 2011; 11:190.

65. Zimmerman C, Kiss L, Hossain M. Migration and health: a framework for 21st century policy-making. *PLoS Med* 2011; 8(5):e1001034.
66. Ingleby D. Ethnicity, Migration and the 'Social Determinants of Health' Agenda. *Psychosocial Intervention* 2012; 21(3):331-341.
67. Darmon N, Khlát M. An overview of the health status of migrants in France, in relation to their dietary practices. *Public Health Nutr* 2001; 4(2):163-72.
68. Kristiansen M, Mygind A, Krasnik A. Health effects of migration. *Dan Med Bull* 2007; 54(1):46-7.
69. Gushulak BD, MacPherson DW. Health aspects of the pre-departure phase of migration. *PLoS Med* 2011; 8(5):e1001035.
70. Boulogne R, Jouglé E, Breem Y, Kunst AE, Rey G. Mortality differences between the foreign-born and locally-born population in France (2004-2007). *Soc Sci Med* 2012; 74(8):1213-23.
71. Lynch C, Roper C. The transit phase of migration: circulation of malaria and its multidrug-resistant forms in Africa. *PLoS Med* 2011; 8(5):e1001040.
72. MIGREUROPE. Atlas des migrants en Europe. Géographie critique des politiques migratoires. Ed: Armand Colin 2012.
73. Steel Z, Silove D, Brooks R, Momartin S, Alzuhairi B, Susljik I. Impact of immigration detention and temporary protection on the mental health of refugees. *Br J Psychiatry* 2006; 188:58-64.
74. Keller AS, Rosenfeld B, Trinh-Shevrin C, Meserve C, Sachs E, Leviss JA, Singer E, Smith H, Wilkinson J, Kim G, Allden K, Ford D. Mental health of detained asylum seekers. *Lancet* 2003; 362(9397):1721-3.
75. Silove D, Steel Z, Mollica R. Detention of asylum seekers: assault on health, human rights, and social development. *Lancet* 2001; 357(9266):1436-7.
76. Davies AA, Borland RM, Blake C, West HE. The dynamics of health and return migration. *PLoS Med* 2011; 8(6):e1001046.
77. Jasso G, Massey DS, Rosenzweig MR, Smith JP. Immigrant health: selectivity and acculturation. In : Anderson NB, Bulatao RA, Cohen B. *Critical perspectives on racial and ethnic differences in health in late life*. Ed: National Academies Press, Washington, DC 2004. p. 227-266
78. Mbaye M. Sida et immigration thérapeutique en France : mythes et réalités. *Sciences Sociales et Santé* 2009; 27(1):43-62.
79. Florence S, Lebas J, Parizot I, Sissoko D, Querre M, Paquet C, Lesieur S, Chauvin P. [Migration, health and access to care in Mayotte Island in 2007: lessons learned from a representative survey]. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2010; 58(4):237-44.
80. Masoud F, Alireza J, Mahmoud K, Zahra A. A systematic review of publications studies on medical tourism. *J Educ Health Promot* 2013; 2:51.
81. Moorehead P. *Travelling Well: Essays in Medical Tourism*. CMAJ 2013.
82. Smith R, Martinez Alvarez M, Chanda R. Medical tourism: a review of the literature and analysis of a role for bi-lateral trade. *Health Policy* 2011; 103(2-3):276-82.
83. Fassin D. Santé et immigration. Les vérités politiques du corps. *Cahiers de l'URMIS n°5* 1999.
84. Lombrail P. A propos des liens entre santé et migration. *Sciences Sociales et Santé* 1999; 17(4):37-44.
85. Brahim M. La mortalité des étrangers en France. *Population* 1980; 3:603-22.
86. Bouvier-Colle MH, Magescas JB, Hatton F. [Cause of death and young foreigners in France]. *Rev Epidemiol Sante Publique* 1985; 33(6):409-16.
87. Khlát M, Courbage Y. La mortalité et les causes de décès des Marocains en France 1979-1991. I. La mortalité générale. Une confirmation de la sous-mortalité masculine malgré les problèmes de mesure. *Population* 1995; 50(1):7-32.
88. Khlát M, Courbage Y. La mortalité et les causes de décès des Marocains en France 1979 à 1991. II. Les causes de décès. *Population* 1995; 50(2):447-471.
89. Wanner P, Bouchardy C, Khlát M. Causes de décès des immigrés en France 1979-1985. *Migrations Santé* 1997; 91:9-38.

90. Khlal M, Sermet C, Laurier D. La morbidité dans les ménages originaires du Maghreb sur la base de l'enquête santé de l'Insee, 1991-1992. *Population* 1998; 53(6):1155-1184.
91. Mizrahi A, Mizrahi A, Wait S. Accès aux soins et état de santé des populations immigrées en France. Ed: CreDES, Paris 1993. 62p.
92. Wanner P, Khlal M, Bouchardy C. [Life style and health behavior of southern European and North African immigrants in France]. *Rev Epidemiol Sante Publique* 1995; 43(6):548-59.
93. Attias-Donfut C, Tessier P. Santé et vieillissement des immigrés. *Retraite et société* 2005; 46:90-129.
94. Lert F, Melchior M, Ville I. Functional limitations and overweight among migrants in the Histoire de Vie study (Insee, 2003). *Rev Epidemiol Sante Publique* 2007; 55(6):391-400.
95. Jusot F, Silva J, Dourgnon P, Sermet C. Inégalités de santé liées à l'immigration en France : Effet des conditions de vie ou sélection à la migration ? *La revue économique* 2009; 60(2).
96. Mizrahi A, Mizrahi A. Morbidité et soins médicaux aux personnes nées à l'étranger. *Journal d'Économie Médicale* 2008; 26(3):159-76.
97. Vaillant N, Wolff FC. Origin differences in self-reported health among older migrants living in France. *Public Health* 2010; 124(2):90-8.
98. Hamel C, Moisy M. Immigrés et descendants d'immigrés face à la santé. Ed: INED. Documents de travail 2013; 190.
99. Dourgnon P, Jusot F, Sermet C, Sila J. Le recours aux soins de ville des immigrés en France. *Questions d'économie de la santé* 2009; 146:1-6.
100. Boisguerin B, Haury B. Les bénéficiaires de l'AME au contact avec le système de soins. *Études et Résultats*. 2008; 645:1-8.
101. Grillo F, Vallee J, Chauvin P. Inequalities in cervical cancer screening for women with or without a regular consulting in primary care for gynaecological health, in Paris, France. *Prev Med* 2012; 54(3-4):259-65.
102. Rondet C, Lapostolle A, Soler M, Grillo F, Parizot I, Chauvin P. Are immigrants and nationals born to immigrants at higher risk for delayed or no lifetime breast and cervical cancer screening? The results from a population-based survey in paris metropolitan area in 2010. *PLoS One* 2014; 9(1):e87046.
103. Delpierre C, Dray-Spira R, Cuzin L, Marchou B, Massip P, Lang T, Lert F. Correlates of late HIV diagnosis: implications for testing policy. *Int J STD AIDS* 2007; 18(5):312-7.
104. Lapostolle A, Massari V, Beltzer N, Halfen S, Chauvin P. Differences in recourse to HIV testing according to migration origin in the Paris metropolitan area in 2010. *J Immigr Minor Health* 2013; 15(4):842-5.
105. Larchanche S. Intangible obstacles: health implications of stigmatization, structural violence, and fear among undocumented immigrants in France. *Soc Sci Med* 2012; 74(6):858-63.
106. INSEE. Population légale 2010 Guyane. Premiers résultats N°93 2013.
107. INSEE. Projections de population à l'horizon 2040 : Plus d'un demi-million de Guyanais. Premiers résultats N°71 2011.
108. Hurpeau B. Panorama de la population immigrée en Guyane. INSEE Antilles-Guyane 2012.
109. Marie CV, Temporal F, Condon S, Breton D, Chanteur B. Migrations, Famille et Vieillesse : Défis et enjeux pour la Guyane. INSEE Antilles-Guyane. *Antiane-Eco* 2012; 21.
110. Piantoni F. L'enjeu migratoire en Guyane française. Ed: Ibis Rouge, Matoury 2009. 439p.
111. Jolivet A, Cadot E, Carde E, Florence S, Lesieur S, Lebas J, Chauvin P. Migrations, santé et soins en Guyane. Ed: Agence Française de développement. Coll : Documents de travail, Paris 2011.
112. ARS-Guyane. Projet Régional de Santé Guyane 2011-2015. Plan stratégique régional de santé. http://www.ars.guyane.sante.fr/fileadmin/GUYANE/fichiers/Concertation_regionale/PSRS_Guyane_20110711.pdf.
113. Hanf M, Bousser V, Parriault MC, Van-Melle A, Nouvellet ML, Adriouch L, Goddard Sebillotte C, Couppie P, Nacher M. Knowledge of free voluntary HIV testing centres and willingness to do a test among migrants in Cayenne, French Guiana. *AIDS Care* 2011:1-10.

114. Nacher M, El Guedj M, Vaz T, Nasser V, Randrianjohany A, Alvarez F, Sobesky M, Magnien C, Couppe P. Risk factors for late HIV diagnosis in French Guiana. *AIDS* 2005; 19(7):727-9.
115. Régnier-Loilier A. Présentation, questionnaire et documentation de l'étude des relations familiales et intergénérationnelles (ERFI) - Version française de l'enquête "Generations and gender survey" (GGS). Ed : INED, documents de travail n°133, 2006, 231 p.
116. ORS-Guyane. Connaissances et freins en matière de dépistage du VIH/SIDA chez les primo-migrants originaires d'Haïti et du Surinam (Bushinengue) vivant en Guyane. *Bulletin Santé* 2004; 1.
117. Carde E. Le système de soins français à l'épreuve de l'outre-mer: des inégalités en Guyane. *Espace Populations Sociétés* 2009; 1:175-189.
118. Chérubini B. Interculturalité et créolisation en Guyane française. Ed : L'Harmattan, Saint-Denis, Université de la Réunion 2002. 270 p.
119. Carde E. Immigration(s) et accès aux soins en Guyane. *Anthropologie et santé* 2012; 5. [En ligne], mis en ligne le 27 novembre 2012, consulté le 2 février 2014. URL : <http://anthropologiesante.revues.org/1003> ; DOI : 10.4000/anthropologiesante.1003.
120. Othily G, Buffet FN. Rapport de la commission d'enquête du Sénat sur l'immigration clandestine, Tome I. Ed : Sénat 2006. p.237.
121. Jolivet A, Cadot E, Carde E, Florence S, Lesieur S, Lebas J, Chauvin P. Migrations, santé et soins en Guyane. Ed : Agence Française de développement. Coll : Documents de travail, Paris 2011.
122. Jolivet A, Florence S, Lebas J, Paquet C, Chauvin P. Migration, santé et soins en Guyane (France), 2009. *BEH (InVS)* 2012; n°2-3-4:48-51.
123. Chauvin P, Parizot I, Drouot N, Simonnot N, Tomasino A. European survey on undocumented migrants' access to health care. Ed : Médecins du Monde European Observatory on Access to Health Care, Paris 2007.
124. Chauvin P, Parizot I, Simonnot N. Access to healthcare for the undocumented migrants in 11 European countries. Ed: Médecins du Monde European observatory on access to healthcare, Paris 2009.
125. Chauvin P, Mestre MC, Simonnot N. Access to health care for vulnerable groups in the European Union in 2012. Ed: Médecins du Monde International Observatory on Access to Health Care, Paris 2012.
126. Chauvin P, Simonnot N. Access to healthcare of excluded people in 14 cities of 7 European countries. Final report on social and medical data collected in 2012. Ed: Médecins du Monde/Doctors of the World International Network, Paris 2013.
127. IOM/WHO/UNHR. International Migration, Health and Human Rights . Ed: International Organization for Migration (IOM) 2013.
128. Mladovsky P. A framework for analysing migrant health policies in Europe. *Health Policy* 2009; 93(1):55-63.
129. Mladovsky P, Ingleby D, McKee M, Rechel B. Good practices in migrant health: the European experience. *Clin Med* 2012; 12(3):248-52.
130. Mladovsky P, Rechel B, Ingleby D, McKee M. Responding to diversity: an exploratory study of migrant health policies in Europe. *Health Policy* 2012; 105(1):1-9.
131. Nagy R. Migrants and healthcare within the European Union. *International Review of Social Research* 2011; 1(1):61-72.
132. Rechel B, Mladovsky P, Deville W. Monitoring migrant health in Europe: a narrative review of data collection practices. *Health Policy* 2012; 105(1):10-6.
133. Vazquez ML, Terraza-Nunez R, Vargas I, Rodriguez D, Lizana T. Health policies for migrant populations in three European countries: England; Italy and Spain. *Health Policy* 2011; 101(1):70-8.
134. Priebe S, Sandhu S, Dias S, Gaddini A, Greacen T, Ioannidis E, Kluge U, Krasnik A, Lamkaddem M, Lorant V, Riera RP, Sarvary A, Soares JJ, Stankunas M, Strassmayr C, Wahlbeck K, Welbel

- M, Bogic M. Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries. *BMC Public Health* 2011; 11:187.
135. Deville W, Greacen T, Bogic M, Dauvrin M, Dias S, Gaddini A, Jensen NK, Karamanidou C, Kluge U, Mertaniemi R, Riera RP, Sarvary A, Soares JJ, Stankunas M, Strassmayr C, Welbel M, Priebe S. Health care for immigrants in Europe: is there still consensus among country experts about principles of good practice? A Delphi study. *BMC Public Health* 2011; 11:699.
 136. Rechel B, Mladovsky P, Devillé W, Rijks B, Petrova-Benedict R, McKee M. Migration and health in the European Union: an introduction. In: *Migration and Health in the European Union*. Ed: Open University Press, Maidenhead 2011.
 137. Pace P. What can be done in EU Member States to better protect the health of migrants? *EuroHealth* 2010; 16(1):5-10.
 138. Gijon-Sanchez MT, Pinzon-Pulido S, Kolehmainen-Aitken RL, Weekers J, Lopes-Acuna D, Benedict R, Peiro MJ. Better health for all in Europe: Developing a migrant sensitive health workforce. *Eurohealth* 2010; 16(1):17-19.
 139. OMS. Santé des migrants. 61^{ème} Assemblée mondiale de la santé. Genève, 24 mai 2008, document WHA61.17.
 140. WHO/IOM. Health of migrants: the way forward - report of a global consultation, Madrid, Spain, 3-5 March 2010.
 141. Dahlgren G, Whitehead M. *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Ed : Institute for Futures Studies, Stockholm 1991.
 142. Stanojevich EA, Veïsse A. Repères sur la santé des migrants. *La santé de l'homme* 2007; 392.
 143. Hoyez AC. L'accès aux soins des migrants en France et la « culture de l'initiative locale ». Une analyse des contextes locaux à l'épreuve des orientations nationales. *Cybergeog : European Journal of Geography [En ligne]*, Espace, Société, Territoire, document 566, mis en ligne le 21 novembre 2011, consulté le 05 mars 2014. URL : <http://cybergeog.revues.org/24796> ; DOI : 10.4000/cybergeog.24796. 2011.
 144. Bailleux M. Guyane : état de santé des populations et pratiques de promotion de la santé. *La santé de l'homme* 2009; 404.
 145. Marie CV. Les DOM à l'horizon 2030 : entre migrations, vieillissement et précarité : Quel projet de société? Note de travail pour le Commissariat Général à la stratégie et à la prospective "Quelle France dans 10 ans?". Séminaire sur les outre-mer 2013.
 146. Vogel D, Kovacheva V, Prescott H. The size of the irregular migrant population in the European Union - counting the uncountable? *Int Migr* 2011; 49(5):78-96.
 147. European Commission. Clandestino project - Final Report. Hellenic Foundation for European and Foreign Policy (ELIAMEP) 2009. http://www.gla.ac.uk/media/media_147171_en.pdf.
 148. Passel J, Cohn DV. *Unauthorized Immigrant Population: National and State Trends, 2010*. Ed: Pew Hispanic Center, Washington DC 2011. <http://www.pewhispanic.org/files/reports/133.pdf>. 2011.
 149. Magalhaes L, Carrasco C, Gastaldo D. Undocumented Migrants in Canada: A Scope Literature Review on Health, Access to Services, and Working Conditions. *J Immigr Minor Health* 2009.
 150. Castaneda H. Illegality as risk factor: a survey of unauthorized migrant patients in a Berlin clinic. *Soc Sci Med* 2009; 68(8):1552-60.
 151. PICUM. Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants. *Access to health care for undocumented migrants in Europe* 2007. 123p.
 152. Médecins du Monde. *European Observatory on Access to Health Care. European Survey on undocumented migrants' access to health care*. Ed: Médecins du Monde 2007.
 153. Ravinetto R, Lodesani C, D'Alessandro U, De Filippi L, Pontiroli A. Access to health care for undocumented migrants in Italy. *Lancet* 2009; 373(9681):2111-2.
 154. Karl-Trummer U, Metzler B. Health Care for undocumented migrants en the EU: Concepts and cases. IOM (International Organization for Migration). In the framework of the "Assisting Migrants and Communities(AMAC): Analysis of Social Determinants of Health and Health Inequalities" project 2006.

155. European Union Agency for Fundamental Rights (FRA). L'accès aux soins de santé des migrants en situation irrégulière dans 10 États membres de l'Union européenne. Luxembourg 2012.
156. Benach J, Muntaner C, Chung H, Benavides FG. Immigration, employment relations, and health: Developing a research agenda. *Am J Ind Med* 2009.
157. Access to health care for undocumented migrants in Europe. *Lancet* 2007; 370(9605):2070.
158. The UK's continued shameful neglect of migrants' health. *Lancet* 2010; 376(9751):1438.
159. Chauvin P, Parizot I, Simonnot N. Access to healthcare for the undocumented migrants in 11 European countries. Ed : Médecins du Monde European observatory on acces to healthcare, Paris 2009. 154p.
160. O'Donnell C, Burns N, Dowrick C, Lionis C, MacFarlane A. Health-care access for migrants in Europe. *Lancet* 2013; 382(9890):393.
161. Cuadra CB. Right of access to health care for undocumented migrants in EU: a comparative study of national policies. *Eur J Public Health* 2011.
162. Royo-Bordonada MA, Diez-Cornell M, Llorente JM. Health-care access for migrants in Europe: the case of Spain. *Lancet* 2013; 382(9890):393-4.
163. Legido-Quigley H, Urdaneta E, Gonzalez A, La Parra D, Muntaner C, Alvarez-Dardet C, Martin-Moreno JM, McKee M. Erosion of universal health coverage in Spain. *Lancet* 2013; 382(9909):1977.
164. Chauvin P, Simonnot N, Vanbiervliet F. Access to healthcare in Europe in times of crisis and rising xenophobia. Ed: Médecins du monde/Doctors of the World International Network. 2013.
165. Carde E. Quinze ans de réforme de l'accès à une couverture maladie des sans-papiers: de l'Aide sociale aux politiques d'immigration. *Mouvements* 2009; 59.
166. Observatoire du droit à la santé des étrangers. La régularisation pour raison médicale : un bilan de santé alarmant. Ed: ODSE, Paris 2008.
167. Chièze F, Diederichs O, Vernhes M, Fournalès R. Rapport dur l'admission au séjour des étrangers malades. Inspection générale des affaires sociales (IGAS) / Inspection générale de l'administration (IGA) 2013. 126p.
168. Médecins du Monde. Rapport 2007 de l'observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du Monde. Edition 2008.
169. ARS-Guyane. Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) 2011-2015.
170. Immigration and health in the UK. *Lancet* 2013; 382(9903):1459.
171. Kaoutar B, Mathieu-Zahzam L, Lebas J, Chauvin P. [Health of immigrant population of consultants at the Baudelaire outpatient clinic in Saint-Antoine hospital in Paris, France]. *Bull Soc Pathol Exot* 2012; 105(2):86-94.
172. Juravle C, Weber T, Canetta E, Fries-Tersch E, Kadunc M. A fact finding analysis on the impact on the Member States' social security systems of the entitlements of non-active intra-EU migrants to special non-contributory cash benefits and healthcare granted on the basis of residence. Final report submitted by ICF GHK in association with Milieu Ltd. DG Employment, Social Affairs and Inclusion via DG Justice Framework Contract 2013.
173. Parris JY. Les Marrons Ndjuka et la République. In: Comprendre la Guyane d'aujourd'hui. Ed: Ibis Rouge/Espace Outre-Mer, Matoury 2007.
174. Agier M. La condition cosmopolite : l'anthropologie à l'épreuve du piège identitaire. Ed :La découverte, Paris 2013.
175. Withol de Wenden C. Les dynamiques migratoires dans le monde », *Humanitaire* 2012:33 [En ligne], mis en ligne le 06 novembre 2012, consulté le 07 avril 2014. URL : <http://humanitaire.revues.org/1412>.
176. Glinos IA, Baeten R, Helble M, Maarse H. A typology of cross-border patient mobility. *Health Place* 2010; 16(6):1145-55.

Autres références citées dans les articles :

177. Lapostolle A, Massari V, Chauvin P. Time since the last HIV test and migration origin in the Paris metropolitan area, France. *AIDS Care* 2011;1-11.
178. Robine JM, Jagger C. Creating a coherent set of indicators to monitor health across Europe: the Euro-REVES 2 project. *Eur J Public Health* 2003; 13(3 Suppl):6-14.
179. Nielsen SS, Krasnik A. Poorer self-perceived health among migrants and ethnic minorities versus the majority population in Europe: a systematic review. *Int J Public Health* 2010.
180. Marmot MG, Shipley MJ, Rose G. Inequalities in death--specific explanations of a general pattern? *Lancet* 1984; 1(8384):1003-6.
181. Vissandjee B, Desmeules M, Cao Z, Abdool S, Kazanjian A. Integrating Ethnicity and Migration As Determinants of Canadian Women's Health. *BMC Womens Health* 2004; 4 Suppl 1:S32.
182. Ronellenfitsch U, Razum O. Deteriorating health satisfaction among immigrants from Eastern Europe to Germany. *Int J Equity Health* 2004; 3(1):4.
183. Leung B, Luo N, So L, Quan H. Comparing three measures of health status (perceived health with Likert-type scale, EQ-5D, and number of chronic conditions) in Chinese and white Canadians. *Med Care* 2007; 45(7):610-7.
184. Malmusi D, Borrell C, Benach J. Migration-related health inequalities: showing the complex interactions between gender, social class and place of origin. *Soc Sci Med* 2010; 71(9):1610-9.
185. Baron RM, Kenny DA. The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations. *J Pers Soc Psychol* 1986; 51(6):1173-82.
186. Bennett JA. Mediator and moderator variables in nursing research: conceptual and statistical differences. *Res Nurs Health* 2000; 23(5):415-20.
187. Berthier F, Andreu M, Bourjac M, Baron D, Branger B, Turbide A. Analysis of cost and of non-medical care load of patients seen in an accident and emergency department--the importance of clinical classification of emergency patients. *Eur J Emerg Med* 1998; 5(2):235-40.
188. Biswas D, Kristiansen M, Krasnik A, Norredam M. Access to healthcare and alternative health-seeking strategies among undocumented migrants in Denmark. *BMC Public Health* 2011; 11:560.
189. Chevreur K, Durand-Zaleski I, Bahrami SB, Hernandez-Quevedo C, Mladovsky P. France: Health system review. *Health Syst Transit* 2010; 12(6):1-291.
190. Collantes S. Access to health care for undocumented migrants and asylum seekers in 10 European countries. *Law and practice*. Ed: HUMA Network, Doctors of the World, Paris 2009. p. 41-59.
191. Goossens MC, Depoorter AM. Contacts between general practitioners and migrants without a residence permit and the use of "urgent" medical care. *Scand J Public Health* 2011; 39(6):649-55.
192. Jensen NK, Norredam M, Draebel T, Bogic M, Priebe S, Krasnik A. Providing medical care for undocumented migrants in Denmark: what are the challenges for health professionals? *BMC Health Serv Res* 2011; 11:154.
193. Lee ED, Rosenberg CR, Sixsmith DM, Pang D, Abularrage J. Does a physician-patient language difference increase the probability of hospital admission? *Acad Emerg Med* 1998; 5(1):86-9.
194. Reijneveld S, Verheij R, van Herten L, de Bakker D. Contacts of general practitioners with illegal immigrants. *Scand J Public Health* 2001; 29(4):308-13.
195. Romero-Ortuno R. Access to health care for illegal immigrants in the EU: should we be concerned? *Eur J Health Law* 2004; 11:245-72.
196. Torres-Cantero AM, Miguel AG, Gallardo C, Ippolito S. Health care provision for illegal migrants: may health policy make a difference? *Eur J Public Health* 2007; 17(5):483-5.

197. Vargas Bustamante A, Fang H, Garza J, Carter-Pokras O, Wallace SP, Rizzo JA, Ortega AN. Variations in healthcare access and utilization among Mexican immigrants: the role of documentation status. *J Immigr Minor Health* 2012; 14(1):146-55.
198. Wolff H, Stalder H, Epiney M, Walder A, Irion O, Morabia A. Health care and illegality: a survey of undocumented pregnant immigrants in Geneva. *Soc Sci Med* 2005; 60(9):2149-54.

Publications effectuées dans le cadre de la thèse

Publications dans des revues internationales avec comité de lecture

Jolivet A, Florence S, Lebas J, Chauvin P. Migration, health, and care in French overseas territories. *Lancet*. 2010 Nov 27;376(9755):1827-8.

Jolivet A, Cadot E, Florence S, Lesieur S, Lebas J, Chauvin P. Migrant health in French Guiana: Are undocumented immigrants more vulnerable? *BMC Public Health*. 2012 Jan 19;12(1):53.

Jolivet A, Cadot E, Angenieux O, Florence S, Lesieur S, Lebas J, Chauvin P. Use of an Emergency Department in Saint-Laurent du Maroni, French Guiana: Does Being Undocumented Make a Difference? *J Immigr Minor Health*. 2013 Sep 29. DOI 10.1007/s10903-013-9919-0.

Publication dans des revues nationales avec comité de lecture

Jolivet A, Florence S, Lebas J, Paquet C, Chauvin P. Migration, santé et soins en Guyane (France), 2009. *BEH* 2012; (2-3-4):48-51.

Ouvrage

Jolivet A, Cadot E, Carde E, Florence S, Lesieur S, Lebas J, Chauvin P. Migration et soins en Guyane. Paris, AFD (Document de travail) 2011, 117p.

Communications orales dans des congrès internationaux

Jolivet A, Cadot E, Carde E, Florence S, Lesieur S, Lebas J, Chauvin P. Migrations, santé et soins en Guyane : résultats d'une enquête en population générale. 3ème Colloque thématique de l'ADELFI - Épidémiologie sociale et inégalités de santé, 15-16 Mai 2012, Toulouse.

Communications orales dans des congrès nationaux

Jolivet A. La santé des migrants en Guyane : impact des déterminants socio-culturels sur la santé et le recours aux soins. 17ème conférence interrégionale des Fédérations Hospitalières des Antilles et de la Guyane, Cayenne, 10 octobre 2013.

Jolivet A. L'enquête « migration, santé et recours aux soins en Guyane ». Réseau de diffusion scientifique et technologique de Guyane, Cayenne, 23 novembre 2010.

Annexe

Annexe 1 : Lexique des termes utilisés relatifs aux profils migratoires des individus

Migrant : Il n'existe pas de définition rigoureuse du mot « migrant ». L'ONU ne définit que la notion de « travailleur migrant ». Selon l'UNESCO, un migrant est une personne qui « quitte le pays où elle se trouve pour s'installer dans un autre et y créer des liens sociaux ».

Immigré (INSEE) : personne née étrangère à l'étranger. En France, la qualité d'immigré est permanente : un individu devenu Français par acquisition continue d'appartenir à la population immigrée. C'est le pays de naissance et non la nationalité qui définit la qualité d'immigré.

Étranger (INSEE): personne qui réside sur le territoire français et ne possède pas la nationalité française, soit qu'elle possède une autre nationalité (à titre exclusif), soit qu'elle n'en ait aucune (c'est le cas des personnes apatrides).

Immigré naturalisé (INSEE) : immigré ayant acquis la nationalité française.

Étranger en situation régulière : étranger en possession d'un titre de séjour ou d'une autorisation provisoire de séjour en cours de validité.

Étranger en situation irrégulière ou « sans papier » : étranger présent sur le territoire national, dépourvu de titre ou d'autorisation de séjour en cours de validité.

Apatride : Un apatride est une personne qu'aucun Etat ne considère comme son ressortissant (selon la Convention de New-York de 1954). Dans cette étude, ces personnes sont nées sur le fleuve Maroni et n'ont pas été déclarées à la naissance.

Migrant pendulaire : Sont considérées comme migrants pendulaires dans cette étude, les personnes qui réalisent des va-et-vient entre la Guyane et le Surinam, le long du Maroni.

Résumé :

Les liens entre migration et santé sont complexes et les données épidémiologiques sont rares en France et en Guyane. D'une part, la santé peut être un déterminant de la migration et d'autre part la migration peut affecter la santé de ceux qui émigrent.

Cette thèse s'appuie sur les résultats de plusieurs enquêtes épidémiologiques conduites en 2009 en Guyane. Les objectifs de cette recherche étaient de mesurer le poids de la santé parmi l'ensemble des déterminants des migrations vers ce territoire et d'analyser l'état de santé et le recours aux soins des populations en fonction de leur statut migratoire.

Nous avons mis en évidence que certaines caractéristiques des immigrés (leur pays d'origine), du processus migratoire (la durée de résidence en Guyane) ou des conditions d'accueil en Guyane (le statut juridique sur le territoire français et le statut socio-économique) sont des facteurs qui modulent leur état de santé. Nos résultats sont en faveur de l'hypothèse du « *healthy migrant effect* », suggérant que les migrants arrivent sur le territoire en relativement bonne santé. Les personnes en situation irrégulière semblent être les plus vulnérables en matière de santé et cumulent des difficultés d'accès aux soins. Nos résultats montrent enfin que les migrations pour soins ne représentent qu'une minorité des mouvements migratoires vers la Guyane (3,1%).

Les politiques de santé publique en Guyane ne semblent pas répondre aux enjeux - ni actuels ni futurs - des besoins de santé et de soins des migrants. De part ses caractéristiques, la Guyane pourrait être un terrain d'expérimentation en matière de politique de santé publique à destination des migrants.

Mots-clés :

Immigrés, Santé, Recours aux soins, migrations pour soins, politique de santé, Guyane