HAL open science

Les Africains subsahariens vivant en France : caractéristiques sociodémographiques et accès aux soins

Maider Couillet

To cite this version:

Maider Couillet. Les Africains subsahariens vivant en France : caractéristiques sociodémographiques et accès aux soins. Working Paper du Ceped #09, Centre Population et Développement. 2010, pp.101. hal-04159395

HAL Id: hal-04159395

https://hal.science/hal-04159395

Submitted on 11 Jul 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Distributed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License

CePeD
Centre
Population
& Développement

Avril 2010 • 09

Working Papers du CEPED

Les Africains subsahariens vivant en France

Caractéristiques sociodémographiques et accès aux soins

Maider Couillet
pour le projet PARCOURS

Contrat ANRS n° 2009-093

Centre Population et Développement
UMR 196 CEPED, Université Paris Descartes, INED, IRD
http://www.ceped.org/wp

Maider Couillet

Assistante de Recherche, CEPED

Contact • Corresponding Author

Annabel Desgrées du Loû, Démographe, IRD
CEPED – UMR 196 Université Paris Descartes, INED, IRD
annabel.desgrees@ird.fr

Citation recommandée • Recommended citation

Couillet Maider, « Les Africains subsahariens vivant en France. Caractéristiques sociodémographiques et accès aux soins », *Working Paper du CEPED*, numéro 08, UMR 196 CEPED Université Paris Descartes, INED, IRD, Paris, Février 2010. Available at http://www.ceped.org/wp

Remerciements • Acknowledgements

Ce travail a été réalisé grâce au soutien financier de l'ANRS (Agence Nationale de Recherche sur le Sida et les Hépatites virales), dans le cadre du projet d'initiation « Parcours de vie et prises de risque par rapport au VIH chez les migrants Africains vivant en France », coordonné par Annabel Desgrées du Loû, IRD, CEPED.

Membres du groupe PARCOURS au 15 avril 2010

Responsables scientifiques : Annabel Desgrées du Loû (IRD) (coordinatrice) ; France Lert (INSERM), Rosemary Dray Spira (INSERM); Nathalie Lydie (INPES), Nathalie Bajos (INSERM).
Participants : Eva Lelièvre, Dolores Pourette, Caroline Moreau, Josiane Warzawski, Carine Jasseron, Elise Marsicano, Philippe Sogni, Philippe Antoine, Agnès Guillaume, Géraldine Vivier et le Service des enquêtes de l'INED ; Pascal Revault, Arnaud Veïsse, F. Fleury, O. Lefebvre pour le COMEDE ; Yann le Strat ; Laurence Meyer ; Florence Lot ; Anne Gervais, J.C. Ahomadegbe pour le FORIM ; Joseph Situ pour le RAAC-Sida.

CEPED • Centre Population et Développement

UMR 196 CEPED, Université Paris Descartes, INED, IRD
45, rue des Saints-Pères, 75006 PARIS • 221, boulevard Davout, 75020 PARIS
Pour toute correspondance, s'adresser au CEPED, 221 boulevard Davout, 75020 PARIS
http://www.ceped.org/ • contact@ceped.org

Les Working Papers du CEPED constituent des **documents de travail** portant sur des recherches menées par des chercheurs du CEPED ou associés. Rédigés pour une diffusion rapide, ces papiers n'ont pas été formellement relus et édités. Certaines versions de ces documents de travail peuvent être soumises à une revue à comité de lecture.
Les droits d'auteur sont détenus par les auteurs.

*CEPED Working Papers are **working papers** on current research conducted by CEPED-affiliated researchers. Written for timely dissemination, these papers have not been formally edited or peer reviewed. Versions of these working papers are sometimes submitted for publication in peer-reviewed journals.*
Copyrights are held by the authors.

Préambule

Une revue de la littérature préalable au projet PARCOURS « *Parcours de vie, VIH et hépatite B chez les migrants africains vivant en Ile de France* »

Depuis le début des années 2000, la communauté scientifique et tous les acteurs de la lutte contre le VIH se soucient du poids important de l'épidémie de VIH/Sida chez les personnes originaires d'Afrique subsaharienne vivant en France. Un nouveau diagnostic VIH sur trois concerne en effet une personne de nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne. Ce chiffre s'élève à 42 % en Ile de France. Dès 2002 une réflexion est menée à l'ANRS (Agence Nationale de Recherche sur le Sida et les Hépatites Virales) sur la nécessité d'explorer le lien entre Sida et immigration, malgré toutes les difficultés que cela représente, aussi bien méthodologiques qu'éthiques. Un groupe de travail pluridisciplinaire se constitue. Une de ses conclusions est la nécessité d'interroger l'infection à VIH chez les personnes originaires d'Afrique subsaharienne dans une perspective biographique : pour comprendre leur situation face à l'infection, il est nécessaire de comprendre comment et quand survient la maladie dans les parcours migratoires et sociaux dans lesquels sont engagés les individus, et en quoi elle modifie ces parcours. De ce groupe de réflexion émerge le projet de recherche « PARCOURS », qui associe des équipes de recherche du CEPED, de l'INSERM et de l'INPES, des hépatologues, le COMEDE (Comité médical pour les exilés) et des collectifs d'associations : le RAAC Sida et le FORIM.

Le travail présenté ici constitue une des phases exploratoires de ce projet PARCOURS, financée grâce à un soutien de l'ANRS. Pour mieux comprendre la place de la maladie dans la vie des migrants, il était tout d'abord nécessaire de décrire le mieux possible cette population des migrants originaires d'Afrique subsaharienne et vivant en France, ce qui est loin d'être chose aisée vue la rareté des informations, et l'hétérogénéité des sources disponibles.

Ce travail est sûrement perfectible et incomplet, mais nous avons décidé de le rendre disponible car plusieurs personnes nous l'ont demandé, une telle compilation n'étant pas facile ni à faire ni à trouver. Le projet PARCOURS étant en cours, nous sommes vivement intéressés par toute nouvelle information ou correction dont les lecteurs de ce rapport voudraient nous faire part.

Paris, le 15 avril 2010

Annabel Desgrées du Loû

pour le groupe PARCOURS

Les Africains subsahariens vivant en France
Caractéristiques sociodémographiques et accès aux soins

Maider Couillet*

Contrat ANRS n° 2009-093

Résumé
Les migrants originaires d'Afrique subsaharienne, c'est-à-dire les personnes nées en Afrique subsaharienne, de nationalité étrangère à la naissance, et résidant actuellement en France, représentaient environ 570 000 personnes en 2004. Il faut rajouter à ce chiffre les personnes en situation irrégulière, non déclarées dans les statistiques publiques, et dont la proportion est estimée à 10 % des migrants. Cette immigration subsaharienne a connu au cours des vingt dernières années un essor important, cependant les subsahariens ne représentent que 12 % de l'ensemble des immigrés en France. Les Africains vivant en France présentent des profils très hétérogènes en termes de pays, de parcours migratoire, de caractéristiques sociodémographiques et de conditions de vie sociale en France. Les motifs de migrations principaux relèvent de raisons familiales et du travail. D'une manière générale, cette population des Africains vivant en France se caractérise par une structure d'âge jeune (la moitié avaient moins de 29 ans en 1999), un sex-ratio H/F légèrement déséquilibré (1,17), un niveau d'instruction élevé (en 1999, d'après le recensement, 42 % avaient obtenu le baccalauréat et 27 % un diplôme supérieur, ces chiffres étant respectivement de 37 % et 23 % pour la population non immigrée). Les femmes sont arrivées en France plus souvent en couple que les hommes, dont 4 sur 5 étaient célibataires à l'arrivée. Le taux d'activité dans ce groupe de population est de 80 %, plus faible que chez les non immigrés (88 %) mais plus élevé que pour l'ensemble des immigrés (76 %). Parmi les actifs, le taux de chômage est plus important dans ce groupe de population que chez les non immigrés, mais il touche différemment les personnes ayant acquis la nationalité française que les autres : 11 % *vs* 19 %. Ces migrants originaires d'Afrique subsaharienne vivant en France apparaissent particulièrement touchés par deux maladies infectieuses graves : le VIH/sida et l'hépatite B.
La prise en charge de ces pathologies peut être rendue difficile, chez les étrangers en situation irrégulière, par les obstacles à l'ouverture des droits à la protection sociale, qui se multiplient.

Introduction

Dans le cadre de la mise en place du protocole de l'étude PARCOURS[1], nous avons mené une revue de la littérature pour faire un état des lieux des informations disponibles sur la population des migrants d'Afrique subsaharienne vivant en France. État des lieux qui paraissait nécessaire aussi bien pour la construction de la problématique finale de recherche que, ultérieurement, pour discuter les résultats de cette recherche.

Les sources de données concernant cette population sont peu nombreuses, l'appareil statistique français ne prenant pas en compte en général l'origine des individus, et celles qui existent sont très hétérogènes. Le travail a donc consisté à rassembler les données disponibles et les mettre en perspective les unes des autres.

* CEPED - UMR 196 Université Paris Descartes-INED-IRD.

[1] « Parcours de vie, VIH et hépatite B chez les migrants Africains vivant en Île-de-France ».

Ce rapport a pour objectif de décrire la population des migrants originaires d'Afrique subsaharienne et vivant en France, c'est-à-dire les personnes nées en Afrique subsaharienne, de nationalité étrangère à la naissance, et résidant actuellement en France. Nous emploierons le terme « Africains vivant en France » pour nommer cette population, quelle que soit la nationalité actuelle (étrangers ou français par acquisition) et le statut administratif (régulier ou non)[2]. Il s'agit de personnes ayant vécu un parcours migratoire dont le motif et le contexte sont propres à chacun. Toutefois, ils vivent l'expérience commune de la séparation avec le pays d'origine et de l'expérience d'adaptation à une nouvelle situation de vie dans un pays étranger.

Dans un premier temps, nous présenterons la situation de l'immigration d'Afrique subsaharienne en France en traitant entre autre l'évolution du flux d'immigration et les types de titres de séjour obtenus en France. Dans un second temps, nous décrirons les caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée. Nous mettrons ainsi en évidence une hétérogénéité des profils dans cette population. Par la suite, nous aborderons les aspects liés à la santé et à l'accès aux soins en précisant notamment les principales pathologies. Par ailleurs, nous traiterons dans cette partie de la couverture médicale dont ils bénéficient en France et les questions particulières à la régularisation en France pour raison médicale. Enfin, la cinquième et dernière partie consistera à mener une comparaison des caractéristiques sociodémographiques des Africains subsahariens infectés par le VIH avec l'ensemble de la population subsaharienne. Cette dernière partie vise essentiellement à mettre en lumière les différences relevées entre les deux types de population afin de mettre en avant la situation particulière que vivent les Africains subsahariens infectés par le VIH/Sida en France.

Définitions

L'immigration désigne l'entrée, dans un pays, de personnes étrangères qui y viennent pour y séjourner et y travailler. Le mot immigration vient du latin *immigrare* qui signifie « pénétrer dans ». L'immigration est une migration vue du côté du pays de destination. Elle correspond, vu du côté du pays de départ, à l'émigration.

D'après la définition adoptée par le Haut conseil à l'intégration en 1991, la **population immigrée** utilisée habituellement en France se compose des personnes qui résident en France et qui sont nées étrangères dans un pays étranger (INSEE, 2005). Dans le cadre de l'élaboration des recensements annuels, le ministère de l'Intérieur s'attache à employer la définition de l'immigration recommandée par les organisations internationales. Ces dernières considèrent comme immigré « de long séjour » tout ressortissant étranger né à l'étranger qui s'installe pour une durée d'au moins un an dans un pays autre que celui où il avait sa résidence habituelle (Thierry, 2008).

Une **personne étrangère** est définie comme toute personne résidant en France et qui n'a pas la nationalité française. Une personne étrangère, au cours de sa vie, peut acquérir la nationalité française, et sera recensée en tant que « Français par acquisition » (INSEE, 2005).

[2] Nous préférons ce terme à celui de « migrant » qui suppose que la personne est dans une dynamique de migration, ce qui n'est plus vrai pour nombre d'entre elles (arrivées il y a plusieurs années, installées en France et ne souhaitant pas retourner en Afrique) et au terme « immigré » dont la définition démographique et l'usage dans le langage courant ne coïncident pas. Par souci de concision, nous emploierons le terme « Africains » pour « Africains d'Afrique subsaharienne », étant bien entendu que c'est un abus de langage puisque le terme « Africains » désigne aussi les ressortissants des pays d'Afrique du Nord que nous ne prenons pas en compte ici car l'épidémiologie du VIH dans leurs pays d'origine est très différente.

1. L'immigration d'origine subsaharienne en France : données historiques, juridiques et administratives

Cette première partie consistera à présenter l'évolution historique des relations entre l'Afrique et la France et de la mise en place de la politique de l'immigration en France, dans le but de contextualiser l'immigration d'origine subsaharienne.

1.1. Histoire de l'immigration subsaharienne en France et évolution du cadre politique de l'immigration en France

Les premières immigrations africaines en France

Les premiers mouvements migratoires débutèrent au début du 18e siècle, à l'époque du commerce des négriers. Dans un premier temps, la France interdisait le séjour des esclaves Africains en France pour des valeurs de liberté humaine. C'est en 1716, que les premières autorisations vont être accordées : on peut recevoir des esclaves à condition de leur donner une éducation religieuse et un métier. La durée de séjour était non limitée. Dans le cas où le maître ne respectait pas ces conditions, l'esclave était libéré (mais il était interdit de mariage).

Quelques années plus tard, le gouvernement instaure une mesure pour limiter la durée des séjours et désormais les esclaves ne pourront effectuer que trois séjours de trois ans dans le but d'apprendre un métier. Entre 1750 et 1770, plus de 500 esclaves obtiendront leur liberté. À cette époque, on comptabilise 5 000 Africains sur le territoire français. Certains ayant pris la fuite (majoritairement masculins) effectueront des emplois dans l'artisanat, en tant que marchand ambulant, prostitués, gagne deniers, domestiques… Le gouvernement renforcera les mesures de contrôle en 1777, par la création de la politique « des noirs » qui met en place un système d'attribution de cartouche identitaire à chacune des personnes immigrées résidant en France.

Le 19e siècle et la révolution industrielle sont les sources des premières vagues importantes d'immigration des populations originaires d'Afrique subsaharienne en France en raison des besoins de main-d'œuvre de l'industrie française. Dans ce contexte, le gouvernement instaure des conditions d'immigration et institue un contrôle strict et systématique des entrées sur le territoire par la mise en place du décret du 2 octobre 1888, obligeant les étrangers à une déclaration de résidence à la mairie dans les 15 jours qui suivent l'arrivée. La loi du 8 août 1893 astreint les immigrés à signaler leurs changements de résidence et interdit d'embaucher un immigré non inscrit en mairie (Tardieu, 2006).

L'arrivée des coloniaux d'Afrique (maghrébins inclus) sera plus massive à partir de 1911 et jusqu'en 1920, en comparaison des immigrés traditionnellement accueillis en France provenant de pays limitrophes comme la Belgique, l'Italie, l'Espagne, le Portugal et la Pologne (Tardieu, 2006).

L'armée française recruta en 1914 un nombre conséquent de tirailleurs Sénégalais dans le but d'augmenter l'effectif des troupes françaises pour la première guerre mondiale.

Au cours de cette période, les tirailleurs sénégalais furent acclamés pour leur valeur en tant que soldats mais beaucoup d'entre eux périrent au cours de la guerre. (Ndiaye, 2008). Bien que la France leur ait déclaré des promesses de reconnaissance par « *cette dette de sang* », une fois la guerre terminée, les tirailleurs n'auront pas les récompenses escomptées. Au pire, les gouverneurs renforceront les travaux dans les chantiers et les champs dans leur pays d'origine et l'installation permanente en métropole leur sera refusée alors qu'elle sera accordée aux soldats antillais (Ndiaye, 2008). Certains

d'entre eux tenteront de rester en France pour diverses raisons telles que la recherche d'un emploi, la poursuite d'études ou le mariage.

Au cours de cette période, l'effectif des Africains subsahariens reste faible et il est difficile de déterminer la part de ceux issus de l'immigration clandestine.

En 1926, par souci statistique, le gouvernement effectue un recensement de la population africaine en France. À cette époque, on comptabilisait 2 580 Africains subsahariens sur le territoire mais officieusement, ils étaient deux à trois fois plus. Ils résidaient majoritairement dans les villes de Bordeaux et Marseille (zone portuaire) d'où affluait la majorité des entrées clandestines (Tardieu, 2006). Ils ont été également négligés dans les premières études portant sur les immigrations puisque ils échappaient au recensement des étrangers au travail. Ils étaient par ailleurs victimes de racisme aussi bien dans la société que sur plan politique, qui les percevait comme des non assimilables (Tardieu, 2006).

C'est dans les années 1930 (suite à l'exposition coloniale qui fait l'objet de nombreuses controverses par son caractère différentialiste infériorisant la culture africaine), que l'on voit apparaître l'émergence des premiers mouvements noirs avec la création des premiers journaux et la prise de position de nombreux intellectuels tels que Lamine Gueye, Blaise Diagne, Lamine Senghor (Tardieu, 2006) ayant pour but de valoriser l'identité noire sous différents aspects : culturelles, intellectuelles, politiques, revendicatrices…

Au cours de la seconde guerre mondiale (1939-1945), 16 régiments de tirailleurs sénégalais furent engagés mais à la différence de la première guerre, les compagnies étaient mixtes c'est-à-dire composées de métropolitains et « indigènes ». L'idéologie nazie favorisa le racisme anti-noir en France et sous l'occupation de la France, de nombreuses restrictions furent attribuées aux Africains (interdiction d'accès à la première classe métropole, interdiction de franchir la ligne de démarcation…). Un grand nombre d'entre eux retournèrent dans leur pays d'origine. Parallèlement, à cette époque de nombreux intellectuels se retrouvèrent pour réfléchir et discuter entre eux des conditions de vie sociale des Africains en France (Senghor, Alioune Diop, Birago Diop).

À la fin de la guerre, les pouvoirs publics votent l'ordonnance du 2 novembre 1945 qui définit les conditions de l'entrée et du séjour des étrangers en France. Par la création de l'ONI (Office National d'Immigration) l'État obtient le monopole de l'introduction de la main-d'œuvre étrangère dans le pays. À ce titre, trois cartes de séjour sont instaurées d'une durée de 1, 3 et 10 ans.

1950 -1960 le temps des indépendances

Le 28 septembre 1958, le Général de Gaulle propose un référendum pour la nouvelle constitution de la Ve République et un second auprès des colonies d'outremer pour la création d'une communauté française. Ce référendum sera accepté par tous les pays à l'exception de la Guinée qui va obtenir son indépendance.

Puis, le Cameroun sera le premier pays africain sous administration française qui obtiendra l'indépendance en 1960.

De la même manière que l'immigration antillaise, l'immigration africaine s'accentue dans les années 1960 après la libération des colonies française (Ndiaye, 2008).

Au moment des indépendances, l'industrie française est à cours de main-d'œuvre et va recruter des travailleurs Soninkés et Toucouleurs. Il leur sera permis d'accéder au territoire français sans carte de séjour. En revanche, ils seront soumis à l'obligation de présenter un certificat de travail validé par un visa du ministère du Travail ainsi qu'un certificat de contrôle médical délivré par le consul de France.

Les effectifs vont augmenter de manière importante sur une vingtaine d'année, passant ainsi de 2 000 en 1953 à 20 000 en 1963 et à 50 000 en 1970 dont 20 000 en Île-de-France. Parmi ces derniers, 8 000 n'étaient pas localisables sur le territoire français. Ils étaient habituellement absents des listes, de salaires et ne relevaient d'aucun habitat officiel (Tardieu, 2006).

En dépit des nombreux accords bilatéraux signés entre la France et les pays africains anciennement sous administration française et visant à accroître le flux de main d'œuvre, les titres de travail africains étaient temporaires alors que les antillais bénéficiaient déjà de titres de séjours permanents (Ndiaye, 2008). C'est à partir des années 1970 que les Africains se rendront en France de manière plus durable. À cette époque, l'émigration des Africains est rendue nécessaire en raison de la sécheresse du Sahel en 1974-1975 ayant aggravé leur paupérisation. De plus, la fermeture des frontières françaises à l'immigration en 1974 instaurée par le gouvernement va contraindre les immigrés subsahariens à rallonger leur séjour. Ces derniers développeront des structures de liens communautaires basées sur les mêmes schémas hiérarchiques et familiales que dans leur village d'origine (Ndiaye, 2008).

Analphabètes et jugés comme provenant de pays peu considérés, en comparaison aux français, ils sont notamment recrutés dans le secteur privé : usine de métallurgie, industrie automobile, restauration, éboueur ou balayeur, avec pour seule motivation, d'envoyer de l'argent à la famille au dépend de leur consommation personnelle (alimentaire et vestimentaire) (Tardieu, 2006).

Toutefois, ils ne sont pas craints par la société puisqu'ils sont sous la tutelle des décisions du ministère de l'Intérieur (Tardieu, 2006). Quelque temps après Mai 68, la question des conditions de vie des Africains est au cœur des polémiques et des premières revendications émergent, notamment, sur :

- les conditions sanitaires : ils sont en effet fréquemment sujets aux problèmes de tuberculose, de troubles oculaires et intestinaux,
- l'insalubrité du logement : ils sont contraints d'occuper des squats et maisons surpeuplées sans dispositif de sanitaires,
- leurs conditions de travail sont déplorables : abus, aucune reconnaissance professionnelle, faible salaire, surcharge d'horaires,
- l'interdiction instaurée par le gouvernement pour tout étranger en France de créer ou de diriger une association ou un syndicat professionnel et même de voter aux élections syndicales (Tardieu, 2006).

C'est par le drame de l'incendie des maisons squattées des années 1970, dans lequel cinq travailleurs africains perdront la vie, asphyxiés, que l'attention des politiques sera portée sur les conditions de vie des Africains. C'est dans ce contexte, que les premiers foyers de travailleurs vont être créés (Sonacotra), pour accueillir les immigrés de diverses origines. Comme nous le verrons ultérieurement, rapidement, les conditions de vie deviennent difficiles dans les foyers prédestinés à des séjours temporaires. Les dirigeants instaurent des règlements intérieurs draconiens, des restrictions des heures de visites et une surveillance permanente (Tardieu, 2006), alors que les foyers sont surpeuplés et les dispositifs sanitaires insuffisants.

L'instauration d'une véritable politique d'immigration

En 1972, les circulaires Marcellin-Fontanet (respectivement Ministre de l'Intérieur et du Travail) lient l'attribution d'une carte de séjour à la possession d'un titre de travail et limitent les régularisations. Cette circulaire a pour conséquence de limiter l'immigration de main-d'œuvre et de stopper les arrivées des étrangers en situation irrégulière. En 1974, Giscard d'Estaing veut interrompre l'immigration officielle afin de faire un bilan sur l'effectif des immigrés présent en métropole. L'idée

est de fixer d'une manière rationnelle les futures possibilités d'accueil par la promesse d'améliorer le sort des immigrés subsahariens résidant en France (Tardieu, 2006) en facilitant les regroupements familiaux qui formeront désormais la plus grande partie de l'immigration légale. Il propose également une prime au retour (le « million Stoléru ») Il instaure une prime de 10 000 francs pour les immigrés qui acceptent de rentrer définitivement dans leur pays. Seuls 60 000 étrangers l'acceptent entre 1977 et 1981. En 1980, la loi Bonnet, qui durcit les conditions d'entrée sur le territoire français et facilite l'expulsion des immigrés clandestins, déclenche des grèves de la faim et sera partiellement suspendue.

On assiste au cours des années 1970 et 1980 aux prémisses d'une véritable politique d'immigration. Néanmoins, les Africains vont perdre une bonne partie de leurs avantages antérieurs issus des accords bilatéraux signés entre leur pays et la France (leur permettant de séjourner en France sans condition de titre de séjour). Ces derniers sont contraints de cesser les allers et retours et désormais ils rencontreront de nombreuses difficultés à pénétrer sur le sol français et similairement aux autres immigrés travailleurs, ils seront soumis à l'obligation de détenir une carte de séjour de 1, 3 ou 10 ans (Tardieu, 2006).

Les politiques de regroupement familial entraînent l'augmentation de l'immigration féminine. On note une progression de plus de 177 % des effectifs des femmes subsahariennes en France entre 1975 et 1982. La plupart de ces femmes, notamment Toucouleurs et Soninkés, se rendent en France pour rejoindre leurs époux qui résident en France depuis quelques années pour des raisons professionnelles. Elles sont majoritairement analphabètes, musulmanes et sont issues du milieu rural. En conséquent, elles rencontrent des difficultés d'intégration en France et restent la plupart de leur temps dans leur appartement. Seuls la scolarisation ou les besoins en santé de leurs enfants leur permettent de développer quelques contacts externes (Tardieu, 2006).

Malgré leur faible effectif et leur position minorée en comparaison aux hommes, elles vont amorcer des changements considérables dans l'amélioration des conditions de vies des familles subsahariennes par l'abandon des foyers au profit des appartements en HLM et par des cohabitations avec d'autres familles…

À cette époque, également, on assiste à une diversification des origines des immigrés et à une arrivée massive des étudiants. Désormais, huit nationalités africaines disposent d'une communauté importante en métropole. La plupart d'entre elles sont regroupées en Île-de-France pour des raisons professionnelles. Progressivement, de véritables lieux de rassemblements communautaires africains commencent à se former en Île-de-France, notamment par l'émergence des commerces et de la restauration africaines (Tardieu, 2006).

En 1980, la répression organisée par Mobutu au Zaïre fait déferler un nombre important de personnes en France. Bien que la France ait signé la convention de Genève sur l'accueil des réfugiés[3], le parcours en France des demandeurs d'asile est très complexe et les contraint à présenter de nombreux documents de justification de leur situation. Face à ces nombreuses exigences de justificatifs, de nombreux demandeurs d'asile manquent de documents faisant état de leur condition et nombreux d'entre eux se sont vus refuser leur requête (basculant ainsi dans l'illégalité).

[3] La Convention du 28 juillet 1951 relative au statut des réfugiés, dite Convention de Genève, définit les modalités selon lesquelles un État doit accorder le statut de réfugié aux personnes qui en font la demande, ainsi que les droits et les devoirs de ces personnes. Elle a été adoptée le 28 juillet 1951 par une conférence sur le statut des réfugiés et des apatrides convoquée par l'Organisation des Nations Unies, en application de la résolution 429 de l'Assemblée générale en date du 14 décembre 1950.

De 1980 à aujourd'hui

À partir de 1981, avec un souci d'accorder des conditions de vies décentes aux immigrés en France, l'arrivée au pouvoir de la gauche s'accompagne de différentes mesures d'améliorations administratives et des droits en faveur des immigrés. Les mesures majeures sont :

- la régularisation de 127 000 immigrés sans papiers sur les 150 000 ayant demandé une régularisation (Tardieu, 2006),
- l'accès au droit de mettre en place et de diriger des associations,
- la généralisation d'une carte de séjour de 10 ans qui sera dissociée du titre de travail.

Le gouvernement va également procéder à l'annulation de la loi Bonnet et à la substitution de la prime d'aide au retour par une aide à la réinsertion des travailleurs étrangers dans leur pays d'origine.

Lors du changement de gouvernement en 1986, le ministre de l'Intérieur, Charles Pasqua, fait adopter par la loi du n° 86-1025 du 9 septembre 1986, relative aux conditions d'entrée et de séjour des étrangers en France, qui restreint l'accès à la carte de résident et accentue les décisions des expulsions d'étrangers en situation illégale.

En octobre 1986, l'expulsion de 101 maliens crée un scandale et divise la classe politique française en deux. À ce titre, la droite justifie cette décision par sa dimension judiciaire en précisant qu'il s'agissait de trafiquants de drogue (information par la suite démentie) et à l'inverse, les politiciens de gauche dénoncent le contexte violent et injustifié de l'opération (coups de poings, violence administrée aux immigrés, traitement dégradants, garanties législatives d'expulsion non respectées et des expulsions à outrance injustifiées) (Tardieu, 2006).

En 1993, les lois successives (dites loi Pasqua) portant sur le code de la nationalité et sur le droit de séjour des immigrés vont une nouvelle fois, rigidifier le système :

- Regroupement familial conditionné à une justification d'un séjour régularisé de deux ans et des ressources au moins égal au SMIC,
- Complexification de l'obtention de la carte de résident.

Par ailleurs, le statut de réfugié devient de plus en plus difficile à obtenir et les mariages sont suspectés d'être des mariages blancs (Tardieu, 2006).

En avril 1997, un projet de loi Debré est proposé visant l'instauration d'une nouvelle restriction des droits des immigrés. Ce projet de loi sera fortement critiqué par les associations de soutien des droits des immigrés (tels que le GISTI[4]) qui dénoncent un impact important sur la précarité du séjour des étrangers en dotant l'administration de pouvoirs accrus de contrôle notamment dans la délivrance des cartes de séjour. Cette loi est abrogée suite à un mouvement de contestation.

Le 11 mai 1998, la loi Réséda portant sur les droits des étrangers (sous l'impulsion du ministre Chevènement) permet ainsi une nouvelle vague de régularisation.

[4] GISTI (Groupe d'information et de soutien des immigrés) : association indépendante à but non lucratif qui, à partir de sa connaissance du droit – français, européen et parfois international – des étrangers et de son expérience des pratiques juridiques, défend les étrangers, propose des formations et des publications et participe au débat d'idées sur les politiques migratoires. Site internet : http://www.gisti.org.

Depuis les années 2000

Le 26 novembre 2003, la loi relative à la maîtrise de l'immigration, au séjour des étrangers en France et à la nationalité modifie à nouveau le statut des étrangers en subordonnant la délivrance de la carte de résident à un critère d'intégration. Elle renforce également la lutte contre l'immigration clandestine et restreint l'application du système dit de la « double peine ». Pour de nombreuses associations, ce durcissement de la législation se fait au détriment des droits fondamentaux des étrangers (mauvais traitements, décès, état déplorable des centres de rétention et des zones d'attente...), qui considèrent qu'ils sont traités comme des criminels par l'administration, alors qu'ils sont dans de nombreux cas mis en situation irrégulière par un refus de régulariser leur situation ou de renouveler leurs titres de séjour.

La notion de « pays d'origine sûrs » a été introduite en droit français par la loi du 10 décembre 2003. Au sens de l'article L.741-4,2 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (Ceseda), un pays est considéré comme sûr « s'il veille au respect des principes de liberté, de la démocratie et de l'état de droit, ainsi que des droits de l'homme et des libertés fondamentales ». La mise en place de cette disposition affecte essentiellement la procédure des immigrés demandeurs d'asile. Ainsi, les demandeurs d'asile ressortissants des États figurant sur cette liste ne peuvent bénéficier d'une admission au séjour au titre de l'asile ni percevoir l'allocation temporaire d'attente. La liste actuellement en vigueur comprend les dix-sept États dont cinq sur le continent africain : Bénin, Cap-Vert, Ghana, Mali, Sénégal.

En juillet 2006, la loi relative à l'immigration et à l'intégration, à l'initiative du ministre de l'Intérieur, Nicolas Sarkozy, porte de 12 à 19 mois le délai au terme duquel un étranger en séjour régulier en France peut solliciter un regroupement pour les membres de sa famille proche.

Cette loi autorise aussi le recours à de la main-d'œuvre étrangère, suspendu depuis 1974, sans avoir à justifier qu'il n'y a pas de nuisances à des demandeurs d'emploi en France. Cette mesure est limitée à quelques professions telles que l'hôtellerie-restauration, la construction et les travaux publics, les travaux saisonniers, les professions commerciales. Le terme d'« immigration choisie », utilisé lors de la présentation du projet de loi, a toutefois été critiqué par de nombreuses associations.

Depuis quelques années, des accords de gestion concertée des flux migratoires et de co-développement ont conditionné l'aide au développement à la prise de mesures par les États du Sud visant à restreindre l'émigration. Le premier accord de ce genre a été signé en juillet 2007 avec le Gabon, accord entré en vigueur en septembre 2008.

En juillet 2007, Brice Hortefeux, alors Ministre de l'Immigration, présente en Conseil des Ministres un projet de loi relatif à la maîtrise de l'immigration, à l'intégration et à l'asile. Les dispositions du projet concernent principalement l'immigration familiale. Le gouvernement exige que toute personne étrangère demandant un visa de long séjour pour rejoindre en France un membre de sa famille ou des personnes liées par des liens de filiation et d'alliance (regroupement familial ou conjoints étrangers), soit évaluée sur son degré de connaissance de la langue française. Si le besoin en est établi, le demandeur devra suivre une formation linguistique organisée sur place pendant une durée maximale de deux mois.

L'attestation de suivi de cette formation sera obligatoire pour l'obtention d'un visa de long séjour permettant d'engager une procédure de regroupement familial.

Le « contrat d'accueil et d'intégration pour la famille » est rendu obligatoire à compter du 1er janvier 2007 (Loi du 24 juillet 2006 relative à l'immigration et à l'intégration). Le non-respect de ce contrat par l'étranger peut entraîner le non renouvellement de sa carte de séjour (3° paragraphe de l'article L311-9

du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.) Le contrat d'accueil et d'intégration (CAI), géré par l'ANAEM (Agence Nationale pour l'Accueil des Étrangers et des Migrants), a pour objectif de contractualiser les engagements réciproques d'un travailleur nouvellement arrivé légalement en France et des autorités françaises dans un contrat individuel. Ce contrat comporte deux volets :

- un contrat type commun à tous les publics comportant les engagements réciproques :
  - le respect des lois et les valeurs de la République et de suivre la formation civique pour les nouveaux arrivants,
  - l'organisation de l'accès aux droits individuels et à l'apprentissage de la langue pour l'État français.
- une annexe personnalisée faisant état de l'engagement à suivre, si nécessaire, une formation linguistique et/ou une formation supplémentaire à la connaissance de la vie en France et proposant, si nécessaire, un référent social.

Quelques définitions

Les flux d'immigration représentent le nombre de personnes entrées (ou sorties) du territoire au cours d'une période déterminée (Lessault et Beauchemin, 2009).

Généralement, les flux d'immigration sont comparés aux stocks d'immigration, qui comptabilisent le nombre d'immigrés (ou d'étrangers) résidant en France à un moment précis.

La source la plus utilisée pour connaître le stock est le recensement de la population. Les flux d'entrées sont connus grâce à plusieurs sources administratives utilisées telles que l'OMI (Office d'immigration Internationale), OFPRA et des données ministérielles dans ce présent dossier (Lessault et Beauchemin, 2009).

Comme le souligne Xavier Thierry, il est important préciser que la France, à l'heure actuelle, n'est pas en mesure de comptabiliser les mouvements migratoires des français ni de l'ensemble des flux d'émigration (sorties du territoire). Par conséquent, INSEE ne peut apporter qu'une approximation du solde migratoire actuel en France.

1.2. Tendance générale de l'immigration en France

Dans le but d'obtenir « *une évaluation la plus exhaustive possible de l'immigration en France* », il est possible de s'appuyer sur les recensements de l'INSEE mais aussi sur des sources statistiques complémentaires, telles que l'OMI et l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (OFPRA). La complémentarité des sources de données permet de recenser l'ensemble des étrangers admis à un séjour régulier, en métropole, pour une durée supérieure ou égale à un an, abstraction faite de leur nationalité, âge et situation professionnelle ou familiale.

Ces sources ne comptabilisent pas les étrangers de passage, les travailleurs saisonniers, les demandeurs d'asile en attente de décision et les étrangers en situation irrégulière n'ayant pas effectué de démarche auprès des préfectures.

Depuis quelques années, les flux d'immigration en France ont connu de nombreux changements. D'une part, par l'évolution des flux d'immigration et, d'autre part, par le profil des migrants.

Après une baisse de l'immigration en France[5] au cours des années 1994-1995, on note depuis 1997 un accroissement continu des autorisations de séjour délivrées à des étrangers arrivés dans l'année. La délivrance de ces autorisations fait état d'une réelle évolution des flux migratoires. Le nombre de délivrances correspondant à une entrée dans l'année a ainsi presque doublé de 1996 à 2002 : 134 000 en 2002 contre 77 000 en 1996.

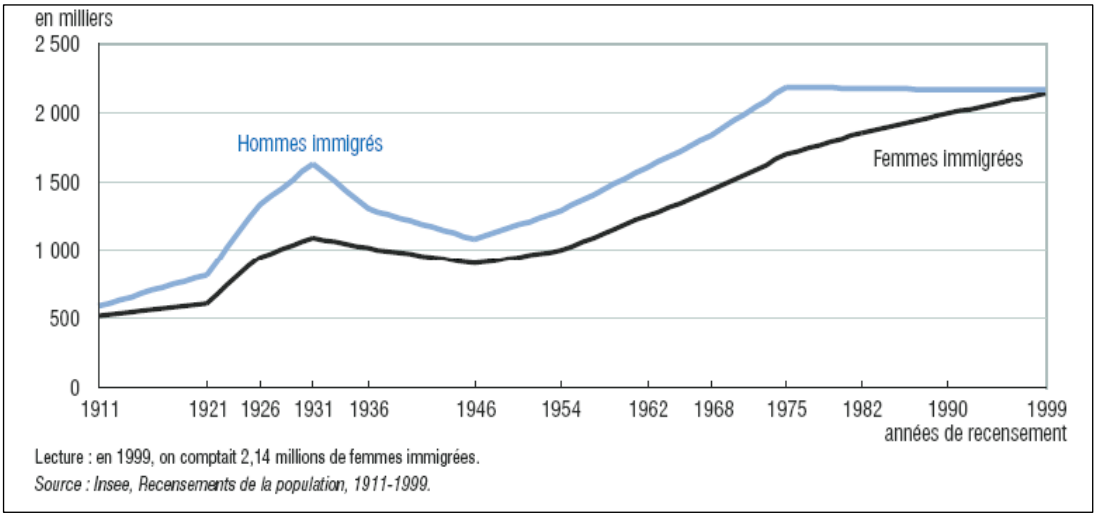
Au cours de l'année 1997, année de l'opération de régularisation[6], l'accroissement est le plus spectaculaire. Le nombre d'admission est passé de 106 000 en 1995 à 127 000 en 1997 et à 156 000 en 1998. En effet, si la mise en œuvre de l'opération de régularisation exceptionnelle de 1997-1998 s'est traduite par une augmentation de 46 % du nombre des admissions de majeurs entre 1996 et 1998. Depuis 2002 le nombre d'immigrés tend à diminuer progressivement et, en 2005, 178 470 étrangers ont bénéficié d'un titre de séjour sur le territoire français.

Depuis les premières vagues de migration dans les années 1970, le profil des migrants a fortement été modifié notamment par : 1) le motif de recours du titre du séjour, 2) la forte progression des femmes immigrées et 3) la diversification des origines géographiques des immigrés.

Le passage d'une immigration de travail, essentiellement masculine, à une immigration de regroupement familial au milieu des années 1970 a entraîné une féminisation croissante de la population immigrée, au sein de laquelle hommes et femmes sont aujourd'hui en nombre égal. En 2005, les femmes représentaient près de la moitié (48,8 %) de l'ensemble de la population immigrée.

La figure 1 illustre l'évolution de la part des hommes et femmes immigrés au cours de la période écoulée entre 1911 et 1999. Nous pouvons y constater que la population immigrée a légèrement augmenté entre 1975 et 1999. En effet, l'accroissement de l'immigration des femmes est passé de 1,7 à 2,1 millions, tandis que l'effectif des hommes est resté stable (2,3 millions d'hommes).

Figure 1 – Évolution de l'effectif des immigrés résidant en France depuis 1911 selon le sexe



[5] Il s'agit d'admissions au séjour pour une durée supérieure ou égale à un an, étudiants inclus, composées des nouvelles admissions de nouveaux immigrés ou d'immigrés installés en France qui obtiennent un titre de séjour. La mesure de la durée du séjour repose, à défaut d'un meilleur indicateur, sur la durée de validité portée sur les titres de séjour.

[6] Après le changement de majorité suivant les élections législatives de juin 1997, le nouveau gouvernement décide de procéder à une régularisation exceptionnelle des sans-papiers attestant de leurs attaches en France. C'est la circulaire « Chevènement » qui aboutira à la régularisation de 80 000 personnes sur 140 000 demandes (http://www.cimade.org/poles/defense-des-droits/rubriques/80-historique).

À l'heure actuelle, les demandes de titre de séjour permanent (pour une durée d'au moins un an) apparaissent majoritaires. En 2005, 76 % (135 892/178 470) de l'ensemble des immigrés régularisés ont obtenu un titre de séjour permanent alors que 23,8 % (42 578/178 471) ont reçu une carte de séjour temporaire.

Bien que les principaux pays d'origine restent l'Algérie, le Maroc et le Portugal, les origines des immigrés en France se diversifient. De nombreux migrants proviennent actuellement de l'Asie et de l'Afrique subsaharienne. En effet, ces pays ont connu une progression de leur émigration vers la France. L'immigration de leurs ressortissants en France a progressé respectivement de 10 % et de 9 % en 10 ans (de 1990 à 1999).

En 2005, l'Asie et l'Afrique subsaharienne représentaient les principales origines des migrants, après le Maghreb qui concernait 36,9 % des migrations (65 993/178 470). En effet, les immigrés provenant d'Afrique subsaharienne représentaient 22,3 % (40 035/178 470) et les asiatiques 16 % (28 633/178 470) de l'ensemble des immigrés en 2005.

1.3. Évolution du flux d'immigration d'Afrique subsaharienne

L'immigration[7] en provenance de l'Afrique subsaharienne s'est développée plus récemment (en comparaison par exemple à l'immigration maghrébine) à partir des années soixante-dix. Selon les sources de l'INED et de l'INSEE, le phénomène migratoire des immigrés subsahariens se caractérise par un essor récent. Les immigrés subsahariens n'étaient que 20 000 en 1962. Ils passent à 570 000 en 2004, « *soit une multiplication par 27 en plus de 40 ans* » ; mais « *entre 1994 et 2004 la part des immigrations en provenance d'Afrique subsaharienne est passée de 10 % à 17 % de l'ensemble des entrées* » (du fait de nombreuses régularisations) (Lessault, Beauchemin, 2009).

Toutefois, ces chiffres ne représentent manifestement qu'une partie de la réalité. En fait, les statistiques officielles sur les « immigrés » ne représentent pas la réalité puisqu'elles ne considèrent pas les immigrés clandestins. De plus, elles ne prennent pas en considération la seconde génération immigrée (*née en France et binationale, française au regard du Code de la nationalité française, noire africaine au regard du Code de la nationalité du pays d'origine*) et exclut la troisième génération.

En dépit de cette forte augmentation, l'immigration africaine contribue modestement dans la part de l'ensemble des immigrés en France. Pour les années 2004 et 2005, elle ne représentait qu'un peu plus d'un dixième, soit 12 % de l'ensemble des immigrés en France.

La figure 2 met en évidence l'évolution de la population immigrée en France selon les régions d'origine. On y constate que les immigrés originaires d'Afrique subsaharienne restent trois fois moins nombreux que les immigrés d'origine maghrébine ou européenne qui, respectivement, représentaient 28,8 % et 32 % de l'ensemble de la population des immigrés en 2005. Les flux d'immigration subsahariens proviennent essentiellement de l'Afrique de l'Ouest et de l'Afrique centrale.

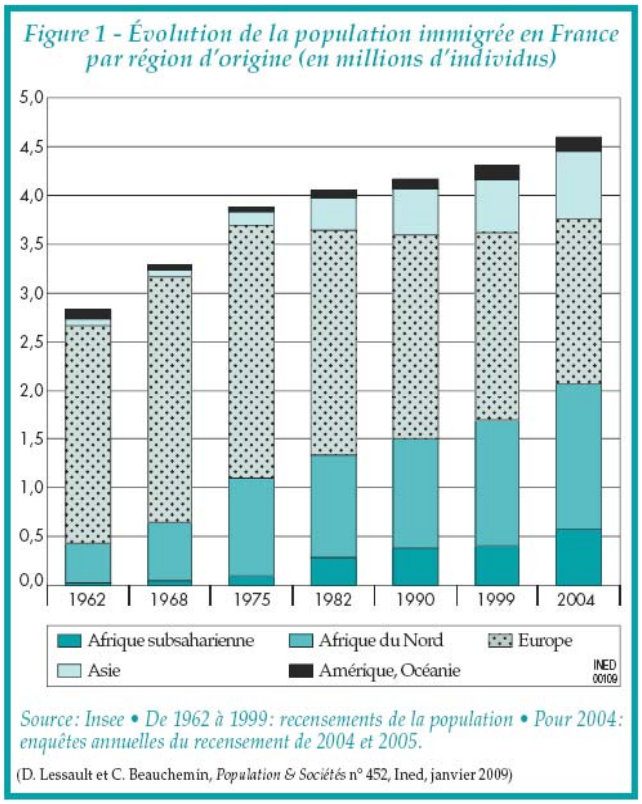
Depuis quelques années, on assiste à une diminution du flux d'entrée de la population africaine en France (Afrique du Nord inclus) (INED, 2007), passant de 100 567 en 2004 à 95 309 en 2005, 92 194 en 2006, et enfin à 83 606 en 2007.

Cette diminution peut être une conséquence des nombreuses mesures restrictives mises en place par les gouvernements qui se sont succédé au cours de ces trente dernières années.

---

[7] Nous considérons comme immigré toute personne née étrangère à l'étranger et résidant actuellement sur le territoire français. Les chiffres sont issus des organismes tels que l'OMI, l'OFPRA et du ministère de l'Immigration et de l'Intérieur.

Figure 2 – Évolution de la population immigrée en France par région d'origine (en millions d'individus).



1.4 La dynamique des entrées légales et illégales des immigrés d'origine d'Afrique subsaharienne

Afin de délivrer une autorisation administrative de séjour, les autorités préfectorales prennent en considération différents critères. De manière cumulative, ces critères se basent sur la nationalité et les conditions d'entrée en France de l'étranger, la durée et l'objet prévu de son séjour, et enfin la nature du titre sollicité. Selon la nationalité des immigrés, trois grands régimes sont applicables :

– les citoyens des États membres de l'Union européenne (ou assimilés),
– les étrangers relevant d'un accord bilatéral liant la France à certains États,
– les étrangers relevant du régime dit « général ».

Les demandeurs d'asile bénéficient d'un régime spécifique d'admission au séjour pour lequel de nouvelles dispositions ont été introduites par la loi du 10 décembre 2003 modifiant la loi du 25 juillet 1952 et applicable depuis le 1er janvier 2004.

Cas des ressortissants d'Afrique

Les ressortissants des pays d'Afrique relèvent du second régime, caractérisé par la signature d'accords bilatéraux de circulation et de séjour entre les gouvernements des pays signataire et la France. Ils bénéficient d'un régime spécifique dans la mesure où ces accords déterminent de manière plus ou moins précise leurs conditions d'entrée et de séjour en France.

Au total, 18 nationalités provenant de l'Afrique (anciennement sous administration française) se plient aux accords bilatéraux de circulation liant la France à leur État d'origine. Pour le Maroc et 15 autres pays d'Afrique subsaharienne, ces accords sont considérés comme largement alignés sur le droit commun de l'ordonnance du 2 novembre 1945. En revanche, les accords bilatéraux en vigueur établissent de manière complète pour les Algériens, et de manière partielle pour les Tunisiens, leurs conditions d'entrée, de séjour et d'emploi en France. À ce jour, sept pays d'Afrique sont signataires d'accords bilatéraux avec la France :

- **Accord France-Burkina-Faso** relatif à la gestion concertée des flux migratoires et au développement solidaire, signé à Ouagadougou le 10 janvier 2009.

- **Accord France-Cap-Vert** relatif à la gestion concertée des flux migratoires et au développement solidaire (ensemble trois annexes) signé à Paris, le 24 novembre 2008.

- **Accord cadre France-Tunisie du 28 avril 2008** relatif à la gestion concertée des migrations et au développement solidaire entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement de la République tunisienne, signé à Tunis le 28 avril 2008, entré en vigueur avec ses protocoles le 1er juillet 2009.

- **Accord France-Bénin** relatif à la gestion concertée des flux migratoires et au codéveloppement, signé à Cotonou le 28 novembre 2007,

- **Accord France-Congo** relatif à la gestion concertée des flux migratoires et au codéveloppement, signé à Brazzaville le 25 octobre 2007 et entré en vigueur le 1er août 2009.

- **Accord France-Gabon** relatif à la gestion concertée des flux migratoires et au codéveloppement, signé à Libreville le 5 juillet 2007 et entré en vigueur le 1er septembre 2008.

- **Accord France-Sénégal** relatif à la gestion concertée des flux migratoires, signé à Dakar le 23 septembre 2006 et Avenant du 25 février 2008, entrés en vigueur le 1er août 2009.

La France négocie également depuis 2006 un accord avec le Mali, une négociation qui n'a pas abouti pour le moment, notamment du fait de la résistance du gouvernement malien et de la mobilisation des sociétés civiles au Mali et en France.

La figure 3 présente toutes les situations que peuvent rencontrer les immigrés en France. Parce que certains titres de séjour temporaire**s** ou permanent**s** ne sont pas renouvelés, le statut des immigrés peut « basculer » d'une situation régulière à une situation irrégulière. L'attente d'une autorisation de renouvellement peut s'avérer d'une durée longue, renforçant ainsi la précarité du séjour de la personne. Ce changement de situation peut avoir un impact notamment :

- sur les droits auxquels ils peuvent bénéficier (sociale, sanitaire et juridique),
- sur leurs positions sociales (perte d'emploi…),
- sur leur état psychologique, lequel sera amplifié par la peur continue du contrôle policier et de la délation de l'entourage.

Figure 3 – Les statuts des étrangers en France au regard des règles de police de l'immigration

Naturalisation Française	
Carte de résident (validité 10 ans)	
Carte de séjour permanent (validité minimum 1 an	
Statuts précaires	Récépissé de demande/renouvellement Autorisation provisoire de séjour Convocation ou rendez-vous en préfecture Assignation à résidence
Séjour irrégulier ("sans papiers")	

Principaux titre de séjours délivrés aux immigrés originaires d'Afrique subsaharienne

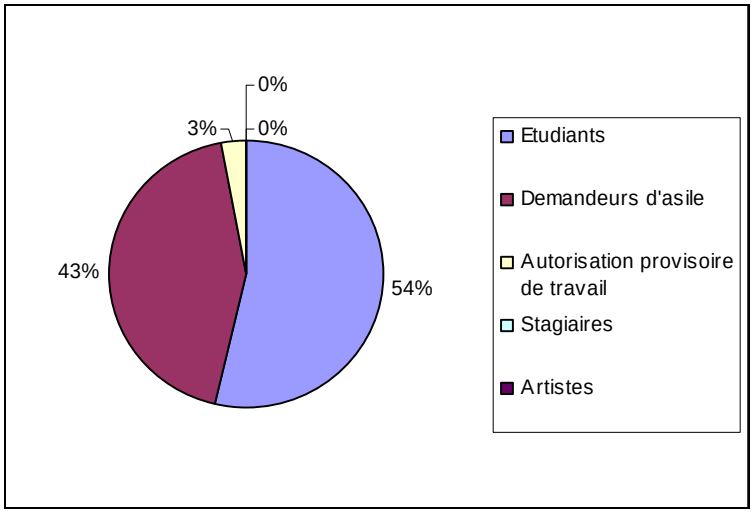
Les données de la description sont issues de sources du ministère de l'Intérieur, de l'OMI et de l'OFPRA, ainsi que des recensements menés par l'INSEE au cours des années 1999 et 2004-2005. Les titres délivrés pendant une année peuvent correspondre à différents profils de demandes :

- à des entrées réelles dans l'année ou au cours de l'année précédente, certains étrangers étant titulaires d'un document provisoire pendant une période de plusieurs mois avant la délivrance d'un titre de séjour,
- à des admissions au séjour à titre dérogatoire,
- à des changements de statut d'étrangers présents en situation régulière sous couvert de leur document de voyage et, le cas échéant, d'un visa de court séjour (3 mois au plus) et qui passent en catégorie long séjour,
- à des étrangers mineurs entrés au titre du regroupement familial au cours des années précédentes, qui se présentent en préfecture à leur majorité pour obtenir un titre de séjour.

Titres de séjours temporaires

Les séjours à vocation temporaire (nommée également visas Schengen) permettent aux étrangers d'obtenir un titre de séjour valide pour une période de moins d'un an et n'excédant pas 90 jours par semestre. Ces visas sont principalement sollicités par les travailleurs temporaires, les saisonniers, les étudiants, les artistes et les auteurs (les visas touristiques ne sont pas comptabilisés). En 2005, 36,6 % des immigrés en France d'Afrique subsaharienne ayant obtenu une autorisation de séjour ont obtenu un titre de séjour temporaire (14 665/40 035) (figure 4).

Figure 4 – Répartition en pourcentage des titres de séjours temporaires des immigrés originaires d'Afrique subsaharienne résidant en France en 2005



Source : Direction des populations et des migrations, 2005.

La figure 4 met en évidence que ce sont les étudiants qui sollicitent le plus l'acquisition de cette carte. Près d'une personne sur deux ayant bénéficié d'un titre temporaire est étudiante (54 %).

Les demandeurs d'asile constituent également une part importante parmi les immigrés ayant obtenu un titre de séjour temporaire en 2005. D'une manière générale, les immigrés d'Afrique et d'Asie représentent les parts les plus importantes des demandeurs d'asile en France. La demande d'asile des immigrés des pays africains a progressé durant ces dernières années, passant ainsi de 6 234 en 1998 à 20 933 en 2003, bien qu'une légère diminution ait été notée entre 2002 et 2003. En 2003, les demandeurs d'asile d'Afrique provenaient essentiellement de la République Démocratique du Congo avec un taux de 21 % (soit 4 407 sur les 20 933 demandeurs d'asile d'Afrique), de 11 % pour la Mauritanie (2 324/20 933), de 8,4 % pour le Congo (1 762/20 933), et enfin de 5,7 % pour le Mali (1 202/20 933).

Titres de séjour permanents

Évoqués précédemment, les titres de séjours permanents sont les titres les plus sollicités par l'ensemble des migrants en France. Ce type d'immigration concerne des étrangers recevant un premier titre de séjour d'une durée au moins égale à un an et les régularisations d'étrangers, déjà présents sur le territoire français. Ce titre correspondra à leur premier enregistrement statistique dans le recensement public. Ces titres de séjours sont également les plus obtenus par les immigrés d'Afrique subsaharienne. En 2005, 63 % (25 366/40 035) des immigrés d'Afrique subsaharienne ayant obtenu un accord pour un séjour en France, ont reçu un titre de séjour permanent (Direction des Populations et des Migrations, 2005).

Le tableau 1 présente les principaux motifs de séjours permanents accordés aux immigrés d'Afrique subsaharienne en 2005. Il permet également de connaître les motifs de séjours de la population maghrébine et de l'ensemble des immigrés (qui représentent une base de comparaison).

La migration familiale est, en 2005, la raison principale d'acquisition d'un titre de séjour permanent. Plus précisément, c'est le titre « membre de famille de français » qui est le plus sollicité. C'est le cas pour 48 % des immigrés d'Afrique subsaharienne, 52,5 % des maghrébins immigrés et 70 % de la

population générale des immigrés. De nombreux immigrés d'Afrique subsaharienne ont obtenu des cartes « vie privée » et « vie familiale » et de manière plus fréquente que ceux du Maghreb et de la population totale (3 %des immigrés du Maghreb *vs* 7 % des immigrés de l'Afrique subsaharienne). Par ailleurs, on constate une part importante d'obtention de titres « étrangers malades » chez les Africains subsahariens par rapport aux populations décrites. En effet, 9,28 % des immigrés d'Afrique subsaharienne ont obtenu ce titre contre 0,26 % des immigrés du Maghreb et 4,6 % de l'ensemble de la population des immigrés.

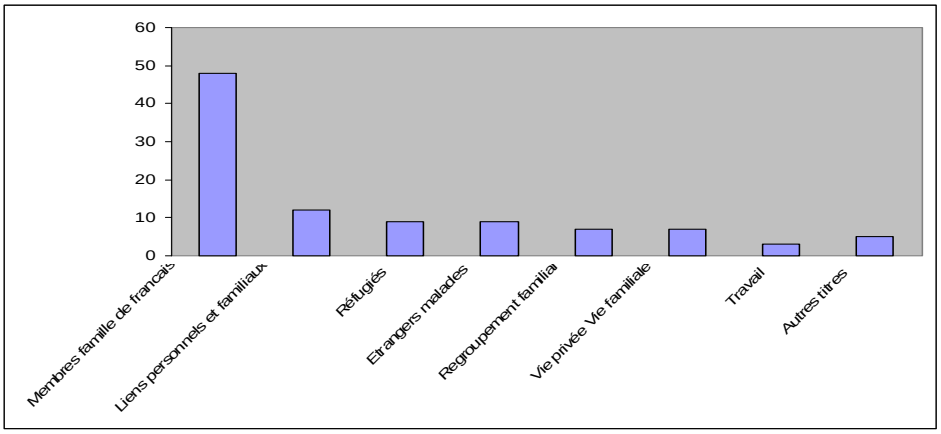
Les immigrés originaires d'Afrique subsaharienne, comme les autres immigrés, obtiennent pour la majorité un titre de séjour permanent pour des raisons de regroupement familial. Cependant, ils obtiennent un peu plus que les autres immigrés : un titre de séjour permanent pour les motifs « étrangers malades » et « vie privée vie familiale ».

Description et tendance des principaux motifs de séjour des immigrés d'Afrique subsaharienne

– Titre de séjour pour des raisons de migration familiale

Les titres de séjours pour des raisons familiales sont majoritairement délivrés parmi les immigrés ressortissants de l'Afrique subsaharienne. 68 % des immigrés d'Afrique subsaharienne (figure 5) ayant été pourvus d'une autorisation de séjour permanent, l'ont obtenu au titre d'une migration familiale.

Figure 5 – Motifs principaux de délivrance de titre de séjour à caractère permanent parmi les immigrés originaires d'Afrique subsaharienne, 2005, France



Source : Direction des Populations et des Migrations, 2005.

Tableau 1 – Comparaison de motifs de titre de séjours permanents délivrés en France au cours de l'année 2005, auprès des ressortissants des pays du Maghreb, de l'Afrique subsaharienne et de l'ensemble de la population immigrée, en effectif et pourcentage.

Raisons / **Continents**	**Travail**	**Réfugiés**	**Migrations familiales**				**Visiteurs**	**Autres**				**Total**
			Regroupement familial	Membres de famille de français	Membres famille de réfugiés et apatrides	Liens personnels et familiaux		Vie privée Vie familiale	Rente accident de travail	Étrangers malades	Autres Carte de séjour	
Maghreb	2 026	331	13 722	27 715	63	4 866	698	1 626	25	1 420	200	52 692
%	3,8	0,6	26	53	0,1	9,3	1,3	3	0	2,7	0,3	100
Afrique subsaharienne	804	2 316	1 914	12 195	236	3 110	546	1 837	10	2 354	44	25 366
%	3,2	9,1	7,5	48	0,9	12,2	2,2	7,2	0	9,3	0,2	100
Ensemble de la population immigrée	8 920	13 770	22 978	56 609	1 583	14 219	4 825	6 263	41	6 264	420	135 892
%	6,5	10	16,9	41,6	1,2	10,4	3,5	4,6	0,03	4,6	0,3	100

Source : Direction des Populations et des Migrations, 2005.

– Titre de séjour pour un statut de réfugié

En 2005, 9 % (2 316/25 366) des immigrés subsahariens ayant fait une demande de titre permanent ont obtenu une carte de séjour en qualité de réfugiés alors qu'ils étaient 15 % (4 072/26 923) en 2003. Cette baisse n'est pas spécifique à la population africaine, puisque le taux global d'admission[8] a chuté de 95,4 % à 14,8 % de 1976 et 2003. La demande d'asile connaît une diminution constante depuis 2004 et présente actuellement un net ralentissement. Si plusieurs facteurs peuvent expliquer cette baisse, les raisons principales semblent néanmoins être les suivantes :

1) une tendance à la stabilisation du flux des premières demandes particulièrement au cours du dernier trimestre de 2007 ;
2) une brusque accélération de la demande d'asile à la frontière ;
3) la perte de certaines compétences décisionnelles de l'OFPRA[9] en raison de l'application de la loi du 20 novembre 2007 sur l'asile.

Cette décision contraint l'office à appliquer les normes minimales concernant la procédure d'octroi et de retrait du statut de réfugié en référence à l'article 9-2 de la directive européenne. De ce fait, « la baisse progressive des décisions prises en 2006 et 2007 limite le nombre potentiel de demandes de réexamen ». Selon l'OFPRA, les réexamens de demande ont connu une baisse de 28,6 % entre 2006 et 2007 ; 4) l'accentuation des contrôles aux frontières.

Selon le rapport 2007 de l'Office, parmi les premiers pays d'origine des demandeurs d'asile Africains pour la période considérée, figurent la République Démocratique du Congo avec 2 191 demandes, la Guinée Conakry (1 181) et la République du Congo avec 926 demandes.

– Titre de séjour vie privée vie familiale

En 2005, 7,2 % (1 837/25 366) des immigrés d'Afrique subsaharienne ont obtenu la carte « vie privée vie familiale ». Cette proportion est plus faible qu'en 2003, où 11 % (15 000/26 923) des immigrés d'Afrique subsaharienne avaient bénéficié de cette carte de séjour (Direction de la Population et des Migrations 2005). L'existence de cette carte soulève néanmoins une incohérence. Du point de vue de la loi, il est stipulé que cette carte de séjour est une carte temporaire, renouvelable annuellement, délivrée aux douze motifs de régularisation de l'article L313-11, tels que:

- Regroupement familial,
- Jeune entré en France avant l'âge de 13 ans,
- Jeune confié à l'Aide Sociale à l'enfance avant 16 ans,
- Enfants et conjoint de « compétences et talents « *À l'étranger dans l'année qui suit son dix-huitième anniversaire ou entrant dans les prévisions de l'article L. 311-3, dont l'un des parents est titulaire de la carte de séjour "compétences et talents" ou de la carte de séjour temporaire portant la mention « salarié en mission », ainsi qu'à l'étranger dont le conjoint est titulaire de l'une de ces cartes. […]* » ,
- Conjoint de Français,

[8] Le taux global d'admission est déterminé par le rapport entre le nombre de certificats de réfugiés délivrés et le nombre de décisions prises par l'OFPRA pour l'année. Les décisions prises au cours d'une année peuvent correspondre à des demandes déposées une année antérieure.

[9] Établissement public créé en 1952, doté de l'autonomie administrative et financière, chargé de l'application des textes français et des conventions européennes et internationales relatifs à la reconnaissance de la qualité de réfugié, d'apatride et à l'admission à la protection subsidiaire (site de l'OFPRA : http://www.OFPRA.gouv.fr/). Depuis la loi du 20 novembre 2007 sur l'asile, il est placé sous la tutelle du ministre chargé de l'Asile soit le ministre de l'Immigration, de l'Intégration, de l'Identité Nationale et du Co-développement.

- Conjoint de scientifique « *À l'étranger ne vivant pas en état de polygamie, marié à un ressortissant étranger titulaire d'une carte de séjour temporaire portant la mention "scientifique"* »,
- Parent d'enfant français,
- Protection de la vie privée et familiale,
- Naissance en France + âge < 21 ans + résidence > 8 ans + 5 ans de scolarité entre 10 et 21 ans,
- Accident du travail,
- Apatride statutaire,
- Étranger malade.

Les données de 2003 et 2005 indiquent un important décalage entre les effectifs. En 2003, les données ministérielles indiquent que 15 000 personnes, sur l'ensemble des migrants d'Afrique subsaharienne, ont bénéficié de cette carte alors que seulement 1 837 immigrés d'Afrique subsaharienne en ont bénéficié en 2005.

Afin d'expliquer cet écart, nous pouvons faire l'hypothèse que les critères d'attribution de ces cartes n'ont pas été standardisés à différents niveaux ministériels et départementaux. En l'occurrence, la circulaire du 24 juillet 2006 présentant l'article L311-1 du Ceseda précise qu'une carte de « vie privée vie familiale » est attribuée aux personnes sollicitant des titres de séjour pour un regroupement familial ou pour une raison médicale.

Or en 2005, les données ministérielles distinguent le titre « vie privée vie familiale » et le titre de « regroupement familial », et le titre « étrangers malades ».

Ce décalage peut être éventuellement expliqué par des politiques hétérogènes que les préfectures mettent en place dans l'attribution des titres. Il est possible que les départements utilisent des critères spécifiques et hétérogènes afin d'administrer les titres de séjours. Par conséquent, il existe un réel problème de standardisation des sources et les bases de données ne permettent pas d'obtenir une comparaison exhaustive entre les différentes années (tableau 2). Cette confusion des sources de données peut être renforcée par l'absence de critères précisément définis selon lesquels les étrangers peuvent être régularisés ?

– Titre de séjour pour un statut d'étranger malade (distinct en 2005 de la carte « vie privée vie familiale »)

En 2005, 9 % de l'ensemble des immigrés d'Afrique subsaharienne ont obtenu une carte « étranger malade ». Ce chiffre doit être considéré avec une grande précaution puisque nous n'avons pas d'informations précises sur la part des personnes installées en France depuis quelques années et qui découvrent leur maladie, ou sur les personnes qui sont venues en France, qui se savaient malades et qui souhaitaient bénéficier d'une prise en charge médicale.

À présent, retenons qu'en 2005 les immigrés d'Afrique subsaharienne représentent la part la plus importante des étrangers malades. En effet, à eux seuls, ils représentent 37,5 % (2 354/6 264) de l'ensemble des malades.

Cet aspect sera abordé de manière plus précise dans la troisième partie qui évoquera la situation des étrangers malades en France.

– Titre de séjour pour raison professionnelle

Depuis 1993, le nombre de titre de séjour en tant que travailleurs immigrés (d'entrée ou de régularisation) en France connaît une constante diminution. Une légère augmentation a été notée de 1999 à 2002, en raison d'un nombre plus important de recrutement d'ingénieurs et d'informaticiens.

Cette tendance se confirme également auprès des immigrés d'Afrique subsaharienne qui effectuent moins fréquemment de demandes pour ce titre de séjour.

Au cours de l'année 2003, 2,9 % des immigrés d'Afrique subsaharienne ayant acquis une carte de séjour permanent (799/26 923) l'ont obtenu à titre professionnel. Le taux semble avoir stagné, puisqu'en 2005, 3 % (804/25 366) des immigrés d'Afrique subsaharienne s'étaient vus délivrer ce titre. Le titre de séjour de travailleur permanent reste l'un des titres les moins sollicités par les immigrés d'Afrique subsaharienne. Ces derniers, comme nous l'avons mentionné précédemment, obtiennent en grande majorité des titres de séjour pour un rapprochement familial.

Taux de naturalisation

D'une manière générale, le taux de naturalisation a connu de nombreuses variations au cours des années précédentes. Le tableau 3 permet de comparer l'évolution du nombre d'acquisition de nationalité française au cours des dernières années (2000-2006). Suite à une période de régressions de 2000 à 2001, le taux de naturalisation a connu une hausse en 2003 et ce jusqu'en 2005. C'est d'ailleurs au cours de cette année que le nombre le plus important de naturalisation a été enregistré avec un total de 101 785 naturalisations. En 2006, le nombre d'acquisition présente, une fois de plus, une baisse : au cours de cette année, 87 878 immigrés ont été naturalisés.

La raison principale de ces variations est d'ordre politique. En effet, les réductions de délivrance des titres sont dues à une volonté politique d'immigration française qui souhaite réguler les flux d'immigration vers le territoire.

.

Tableau 2 – Comparaison des catégories utilisées dans le recensement des motifs de titre de séjours des étrangers en France, au cours des années 2003 et 2005

NATIONALITÉ	**ANNÉE**	**MOTIF DE TITRE DE SÉJOUR**											
	2003	**Travailleurs permanents**	**Réfugiés**	**Regroupement familial**	**Familles de français**	**Vie privée vie familiale**		**Autres**				**Visiteurs**	**Ensemble**
Afrique subsaharienne		2,9 %	15 %	10,4 %	11,3 %	55,7 %		9,3 %				4,5 %	26 923
Ensemble des immigrés		4,8 %	7,2 %	19,7 %	11,9 %	4,6 %		4,7 %				5,6 %	135 395
	2005	**Migrations travail**	**Réfugiés**	**Migration familiale**				**Autres**				**Visiteurs**	**Ensemble**
				Regroupement familial	Membre famille de français	Membre famille de réfugiés et apatride	Liens personnels	Vie privée vie familiale	Titre de rente accident de travail	Étrangers malades	Autres CS délivrées de plein droit		
Afrique subsaharienne		3,1 %	9 %	7,5 %	48 %	0,9 %	12,2 %	7,2 %	0	9,2 %	0,17 %	2 %	25 366
Ensemble des immigrés		6,6 %	10 %	16,9 %	41,6 %	1,2 %	10,5 %	4,6 %	0	6,4 %	0,3 %	3,5 %	135892

Source : (Direction des Populations et des Migrations, 2005).

De même, le nombre d'acquisitions de la nationalité française par le mariage a diminué avec l'application de la loi du 26 novembre 2003 relative à la maîtrise de l'immigration, aux séjours des étrangers en France et à la nationalité. Cette loi réglemente la durée de mariage nécessaire avant qu'un ressortissant étranger conjoint de français puisse acquérir la nationalité française passant ainsi de 1 à 2 ans.

Le tableau 3 permet également de comparer les origines géographiques des personnes ayant bénéficié d'une naturalisation française. Au cours de l'année 2006, une part importante des personnes ayant bénéficié de la nationalité française est d'origine africaine, soit 69,5 % (61 096/87 878). Parmi eux, 18,5 % (11 297/61 096) sont originaires des pays de l'Afrique subsaharienne et le reste provient essentiellement des pays du Maghreb.

L'évolution s'est effectuée de manière progressive depuis 2000. Au cours de cette année, 5 757 Africains subsahariens ont été naturalisés. Cependant, une légère baisse, voire une stabilisation, a été enregistrée entre 2005 et 2006, passant de 11 146 à 11 297 Africains subsahariens naturalisés.

Les principaux pays d'es Africains subsahariens naturalisés sont des pays anciennement sous administration française, tels que le Cameroun, le Congo, la Côte d'Ivoire, Madagascar, le Mali et le Sénégal. Ces derniers possèdent des liens plus étroits avec la France en termes de liens personnels et familiaux établis par les premières immigrations.

Estimation du nombre d'immigrés d'origine subsaharienne en situation irrégulière

Par définition, les immigrés résidant en France en situation irrégulière « échappent » à la plupart des enregistrements administratifs et ne sont pas encouragés à répondre aux enquêtes statistiques. Il est donc impossible de quantifier de manière exhaustive le nombre d'étrangers en situation irrégulière.

Les données sur l'immigration irrégulière ne peuvent être établies qu'à partir de sources indirectes (données parcellaires et peu précises sur les flux). Les effectifs dénombrés dans certaines statistiques peuvent inclure des personnes en situation irrégulières ou qui l'ont été.

Les instances ministérielles et les organismes statistiques se basent sur différents types d'indicateurs dont ils mesurent l'évolution, tels que :

- les pressions exercées à l'entrée sur le territoire (placement zone d'attente, de refoulements à la frontière…),
- les pressions migratoires au séjour (présence de personnes censées avoir quitter le territoire),
- les indicateurs concernant la population irrégulière : nombre d'interpellations d'étrangers, nombre de placement en centre de rétention, nombre de bénéficiaires de l'aide médicale d'état (AME),
- les opérations de régularisation de 1981 et 1982 (130 000 régularisations) et de 1997 et 1998 (76 500 régularisations).

C'est sur la base de ce quatrième indicateur que Lessault et Beauchemin ont tenté d'appréhender le nombre d'immigrés subsahariens en situation irrégulière sur le territoire français. Les flux d'entrée estimés en comptabilisant les premiers titres de séjour incluent des personnes ayant obtenu un titre de séjour sur place à l'issue d'une régularisation (ce qui induit qu'ils étaient en situation irrégulière auparavant).

Tableau 3 – Origine géographique des personnes ayant bénéficié de la nationalité française par décret au cours des années 2000 à 2006, en effectif

Nationalités	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Europe, hors Communauté des États Indépendants (CEI)	8 005	5 595	5 246	6 231	8 237	8 663	7 795
Union européenne à 15	3 873	2 842	2 502	2 757	3 769	3 960	3 813
CEI*	498	398	389	575	1 011	1 395	1 648
Asie	18 232	13 884	13 066	13 975	18 231	17 743	13 829
Afrique	48 107	42 654	43 116	53 131	68 068	70 377	61 096
Maghreb	38 641	35 050	33 541	40 641	52 163	53 172	44 358
Afrique subsaharienne* *	5 757	4 696	6 317	8 265	10 109	11 146	11 297
Dont :							
Cameroun	*789*	*607*	*815*	*1 100*	*1 255*	*1 375*	*1 298*
Congo	*642*	*560*	*803*	*1 022*	*1 534*	*1 606*	*1 810*
Côte d'Ivoire	*787*	*620*	*809*	*1 114*	*352*	*1 461*	*1 384*
Madagascar	*517*	*382*	*425*	*569*	*561*	*656*	*654*
Mali	*450*	*386*	*587*	*687*	*998*	*1 166*	*1 041*
Sénégal	914	791	1 092	1 357	1 614	1 759	1 733
Autre Afrique	*3 709*	*2 908*	*3 258*	*4 225*	*5 796*	*6 059*	*5 441*
dont République Démocratique du Congo	*1 483*	*1 094*	*1 315*	*1 652*	*2 514*	*2 369*	*2 396*
Amérique	2 472	2 050	2 232	3 159	3 708	3 495	3 106
Océanie	16	14	32	31	31	48	33
Non ventilés et apatrides	148	0	0	0	82	64	371
Total	77 478	64 595	64 081	77 102	99 368	101 785	87 878

Source : Ministère de l'Immigration, de l'Intégration, de l'Identité nationale et du Développement solidaire.

* Composée de 11 anciennes républiques soviétiques : Russie, Biélorussie, Kazakhstan, Azerbaïdjan, Tadjikistan, Arménie, Kirghizistan, Moldavie, Ouzbékistan.

** Anciennement sous administration française.

En faisant l'hypothèse maximale, qu'en 1997 autant de personnes ont postulé à une demande de régularisation ou sont restées à l'écart de la procédure, les auteurs estiment que 56 000 immigrés subsahariens sans papiers étaient présents sur le territoire français. 400 000 subsahariens régularisés avaient été recensés la même année, il est possible d'estimer qu'environ un immigré subsaharien sur 10 est en situation irrégulière en 1999 en France, soit 10 % des immigrés subsahariens.

La description des titres de séjours obtenus par les immigrés dresse un tableau hétérogène des profils des immigrés, en raison de la diversification des motifs de séjour et des pays d'origine. Bien qu'une majorité de migrants africains sollicitent un titre de séjour pour des liens familiaux, nombreux sont ceux qui l'ont demandé en tant qu'étudiant, réfugiés et étrangers malades.

La première partie nous a permis de cadrer l'immigration subsaharienne à travers l'histoire des immigrés subsahariens en France, les évolutions des politiques d'immigration, les enjeux sous jacents

à l'immigration, les tendances des flux d'immigration subsaharienne, les principaux titres de séjours obtenus sachant qu'ils ne représentent pas la réalité des motivations des migrants.

Se pose alors l'interrogation de qui sont véritablement les immigrés subsahariens qui résident en France. Arrivés récemment ou il y a près de 40 ans, ce groupe n'est pas homogène et il convient d'en relever les particularités (différences et similitudes) afin de mieux les appréhender.

Les parties 2, 3 et 4 qui vont suivre dans le rapport décrivent les caractéristiques sociodémographiques et sanitaires des immigrés subsahariens en France et les difficultés qu'ils perçoivent en termes d'accès aux soins.

2. Caractéristiques sociodémographiques et conditions de vie de la population : des profils hétérogènes

La description sociodémographique et des conditions de vie des subsahariens résidant en France a essentiellement pour objectif d'apporter un nouveau regard sur la vie des immigrés subsahariens. À l'aide des sources d'informations dont nous disposons, se dégage une grande diversité des parcours migratoires et des situations de vies des immigrés de l'Afrique subsaharienne en France.

Avertissement méthodologique

Afin de mener cette description, nous nous sommes basés sur une compilation de sources (ministérielles, organismes statistiques, associatives et enquêtes transversales…) afin d'appréhender les hétérogénéités des situations et de profils des migrants. Chacune de ces sources apportent une information utile mais ne se réfèrent pas systématiquement à la même population. Le tableau 4 illustre l'ensemble des sources utilisées selon la population étudiée et les limites dans leur représentativité.

2.1 Caractéristiques démographiques

Sexe

En 1999, 46 % des immigrés originaires d'Afrique subsaharienne résidant en France étaient des femmes (figure 6). À titre indicatif, dans la population générale des immigrés, la proportion des femmes est de 49 %.

Mentionnée précédemment, l'immigration en France se caractérise par une féminisation des immigrés subsahariens. Cette féminisation est due en grande partie au regroupement familial mais également à des migrations de femmes seules.

L'enquête DREES met en évidence que 18 % de l'ensemble des femmes enquêtées ayant bénéficié d'un titre de séjour dans le cadre du CAI (étude vague 1 DREES, 2006) se sont rendues seules en France. Parmi ces dernières, 38 % étaient originaires de l'Afrique centrale.

Figure 6 – Part des femmes dans la population immigrée selon le pays d'origine

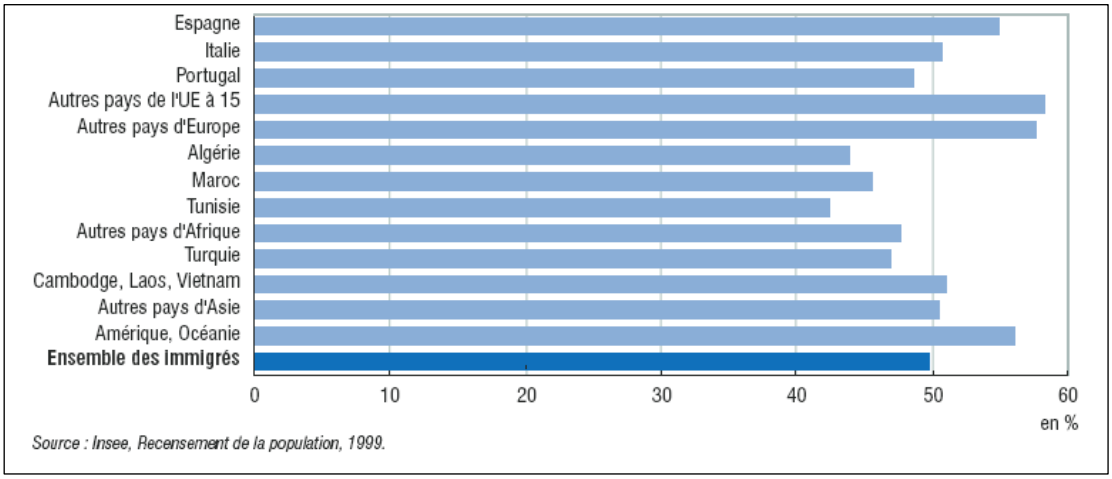


Tableau 4 – Présentation des différentes sources de données utilisées dans le présent rapport (partie II, III)

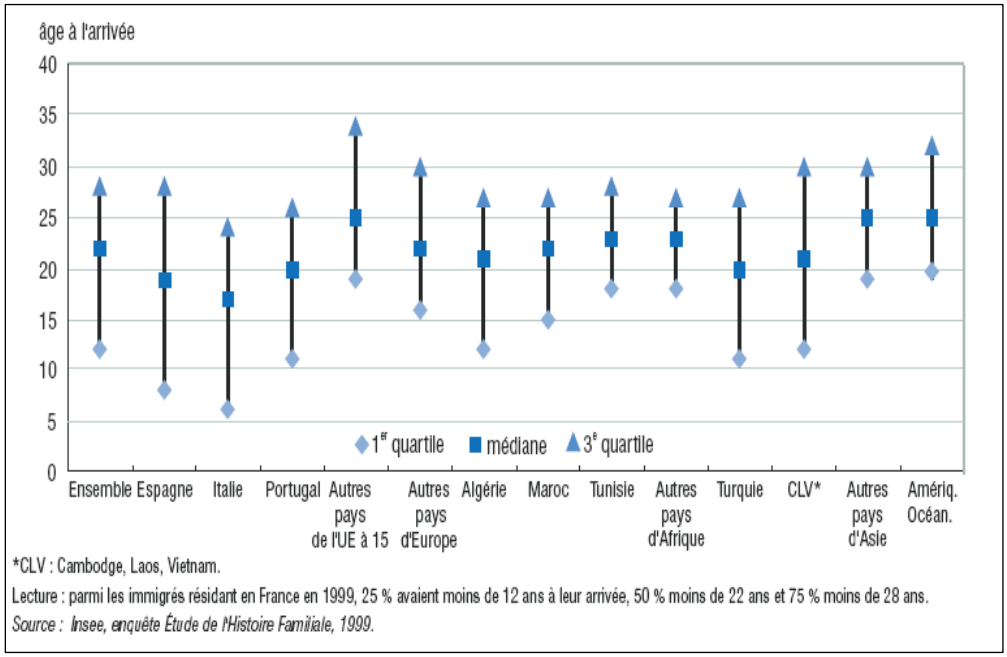
	Type de données	Documents utilisés	Population représentée
Sources ministérielles	Flux	OMI (2005)	Personnes nées hors de France
	Flux	Rapport 2007 primo-migrants de l'ANAEM	Immigrés obtenant un premier titre de séjour
	Flux	Rapport 2005 de l'OFPRA	Immigrés demandeurs d'asile et ayant obtenu un titre de séjour « réfugié »
Organismes statistiques	Stock	Recensement de la population 1999 INSEE	Ensemble de la population résidant sur le territoire français incluant les immigrés en situation régulière
	Flux	Annuaire statistique de l'immigration 2006 INED	Immigrés ayant obtenu un titre de séjour (primo+renouvellement)
Secteur associatif	Stock	Rapport d'activités 2008 du COMEDE	Personnes en grande précarité et immigrés en situation irrégulière
	Stock	Rapport 2007 des centres d'accueil de soins et d'orientations de Médecins du Monde	
Enquête transversale	Stock	Enquête KABP (Knowledge, Attitude, Beliefs and Practices) Migrants – INPES (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé) (Lydie *et al.*, 2007)	Immigrés d'Afrique subsaharienne, 18- 49 ans, résidant en Ile de France (dont 11 % en situation irrégulière) Population plus jeune et plus instruite que la population subsaharienne recensée en 1999
	Stock	Enquête décennale de la santé Insee 2002-2003	Ménages ordinaires parmi l'ensemble de la population métropolitaine incluant les ménages d'immigrés en situation irrégulière

Âge à l'arrivée en France et structure d'âge des immigrés d'Afrique subsaharienne

Âge à l'arrivée en France

Les immigrés originaires d'Afrique subsaharienne se sont essentiellement rendus en France en début de vie adulte, en comparaison aux immigrés de l'Europe du Sud dont une proportion élevée d'immigrés avait moins de 10 ans. Comme nous pouvons le constater dans la figure 7, 25 % des immigrés originaires d'Afrique subsaharienne, en 1999, avaient moins de 18 ans à leur arrivée, 50 % moins de 22 ans et 75 % moins de 28 ans.

Figure 7 – Âge à l'arrivée en France des immigrés résidant en France en 1999 selon le pays d'origine



Structure d'âge

En nous référant au tableau 5[10], nous constatons que les immigrés d'Afrique subsaharienne sont des populations plus jeunes en comparaison à l'ensemble de la population totale des immigrés. En effet, 94,4 % des immigrés provenant de l'ANF (Afrique Anciennement sous nationalité française) avaient moins de 49 ans lors du recensement de 1999 contre 89,9 % dans la population totale des immigrés.

Aussi, plus d'un immigré sur deux avaient moins de 29 ans, en 1999, soit 52 % de l'ensemble des immigrés subsahariens. La part des immigrés de plus de 50 ans, par ailleurs, est plus faible parmi les immigrés d'ANF en comparaison aux immigrés du Maghreb et à ceux de l'ensemble des immigrés. Nous dénombrons ainsi 5,2 % d'immigrés originaires d'ANF de plus de 50 ans contre 10,5 % d'immigrés d'origine maghrébine et 9,7 % parmi l'ensemble de la population des immigrés.

[10] Le tableau source des statistiques est présenté en annexe 1. Il présente les effectifs des immigrés en France selon l'origine et répartis par groupe d'âges (Annuaire statistiques de l'immigration, année 2005, INSEE, Xavier Thierry).

Tableau 5 – Part de l'immigration africaine et de l'ensemble de la population immigrée selon le groupe d'âges. Année d'admission au séjour régulier en 2005

	Maghreb en %	Afrique ANF en %	Autres pays d'Afrique en %	Ensemble des immigrés en %
Moins de 18 ans	9,7	5	7	7,9
18 à 29 ans	42,3	47,5	37,2	43,5
30 à 49 ans	36,9	41,9	49,7	38,6
50 à 59 ans	4,2	2,8	3	4,9
60 ans et plus	6,3	2,4	2,7	4,8
Total	100	100	100	100

Source : Recensement de la population, INSEE, 1999.

2.2 Origine géographique

Les statistiques de l'immigration, régulièrement actualisées par l'INSEE, permettent de préciser les principales nationalités des immigrés en France au cours de l'année 2005. Parmi les 25 nationalités les plus représentées parmi les migrants, sept correspondent à des pays de l'Afrique hors Maghreb. Il s'agit du Cameroun (2,1 % sur l'ensemble des immigrés admis au séjour régulier en France en 2005), du Sénégal (1,7 %), de la Côte d'ivoire (1,7 %), de la République Démocratique du Congo (1,5 %), du Congo/Brazzaville (1,4 %), du Mali (1,2 %) et enfin, la Guinée (0,8 %) (Annuaire statistiques de l'immigration, année 2005, INSEE, Xavier Thierry).

Cependant, les sources de l'INSEE sont limitées dans le sens où elles ne reposent que sur les données des immigrés en situation régulière. Or, comme nous l'avons évoqué précédemment, un certain nombre d'immigrés subsahariens vivent en France en situation irrégulière. Dans le but de compléter les données sur les origines des migrants subsahariens en France, nous nous sommes appuyés sur les sources statistiques du Comede[11] et des CASO[12] (Centre d'accueil de soins et d'orientation gérés par Médecins du Monde). Ces deux structures médicales permettent notamment l'accès aux soins aux immigrés en situation irrégulière. Certes, les données issues des rapports ne représentent pas, de manière exhaustive[13], l'ensemble des immigrés d'origine subsaharienne résidant en France,

[11] Créé en 1979, le Comede a pour vocation la promotion de la santé des exilés, afin de leur apporter une prise en charge médico-psycho-sociale. Le Comede mène pour politique, l'accueil et les soins universels ouverts à tout exilé, indépendamment de leur couverture administrative et médicale. Site internet : http://www.Comede.org/

[12] Il s'agit de centres d'accueil, de soins et d'orientation. Ces structures de santé gérées par l'ONG Médecins du Monde sont composées d'une équipe pluridisciplinaire et sont ouverts à toute personne ayant des difficultés d'accès aux soins, sans rendez-vous. Les équipes effectuent également des actions mobiles de proximité afin de se rendre à la rencontre des personnes en situation extrêmement précaire. Actuellement, il en existe 22 en France. Site de Médecins du Monde : http://www.medecinsdumonde.org/

[13] Il est important de noter que ces deux sources statistiques ne représentent pas de manière exhaustive les immigrés subsahariens résidant en France puisqu'elles se basent sur les informations des personnes qui consultent dans les services de santé de Comede et des CASO (Médecins du Monde). Cependant, ces sources de données permettent d'obtenir un aperçu de la répartition des patients selon la nationalité, qui par ailleurs sont composées en grande partie par des immigrés d'origine subsaharienne. Sur les 16 306 patients étrangers qui sont venus au moins une fois dans un CASO en 2007, 4 260 provenaient

puisqu'elles se limitent à la population consultante de ces deux structures. Cependant, elles permettent d'obtenir un « aperçu » sur les principales origines des immigrés subsahariens.

Le rapport d'activité du Comede fait apparaître quatre principaux pays dont sont originaires les immigrés subsahariens ayant consulté en 2008 dans la structure. Il s'agit des Maliens, (28 % de l'ensemble des immigrés ayant consulté au Comede en 2008), des Guinéens (18 %), des Ivoiriens (14,5 %), des Mauritaniens (13,6 %) (Rapport d' activité du Comede, 2008).

La majorité des consultants des CASO, en 2007, proviennent également des pays d'Afrique subsaharienne (annexe 1) : 6 % de l'ensemble des patientes des CASO proviennent du Cameroun, 3,3 % des Comores et enfin 2,6 % du Congo Brazzaville. Une grande majorité des demandeurs d'asile ayant consulté dans les CASO provenaient de l'Afrique subsaharienne et notamment du Congo (6,1 %), du Soudan (3 %) du Cameroun (2,7 %), et enfin de Guinée (2,85 %). En ce qui concerne, les patients en situation administrative précaire, une majorité d'entre eux sont issus du Cameroun, du Mali, du Cap Vert, des Comores, de la Côte d'Ivoire, du Congo Brazzaville, de la République Démocratique du Congo et du Sénégal.

En définitive, les principaux pays d'origine (carte 1) des immigrés résidant en France − les plus fréquemment mentionnés[14] par les trois sources − sont :

- Le Cameroun,
- Le Congo,
- La République Démocratique du Congo,
- Le Mali,
- La Côte d'ivoire,
- La Guinée.

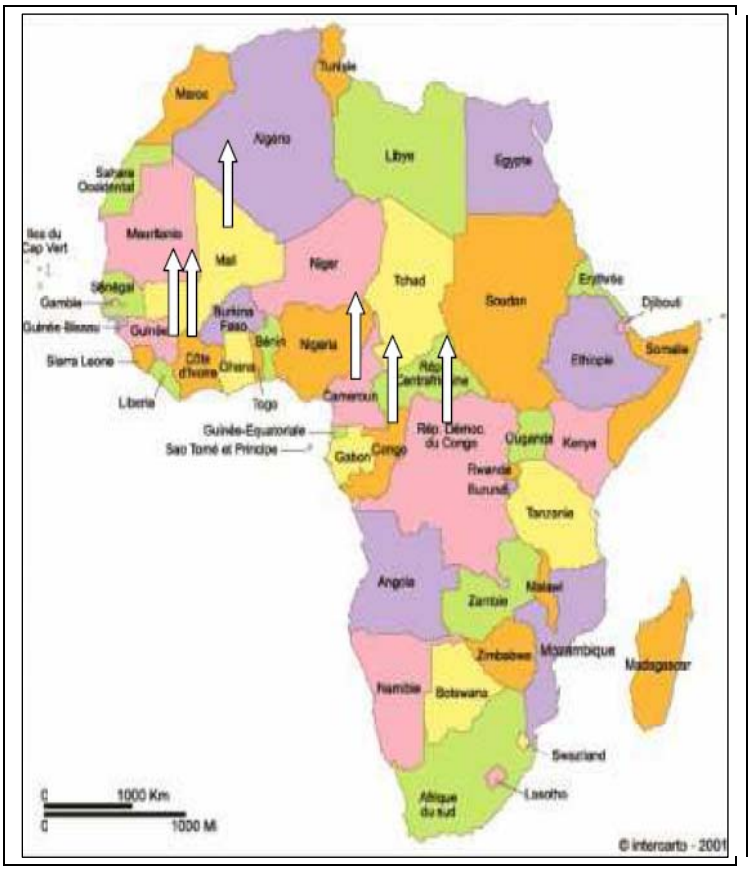
Le parcours migratoire et l'installation en France sont liées à l'origine du pays de l'immigré. Ainsi, les immigrés subsahariens se caractérisent par deux grands courants migratoires provenant des pays que nous avons mentionnés précédemment. Le premier courant se caractérise par une immigration essentiellement rurale provenant de pays tels que le Mali, la Mauritanie et le Sénégal. Les immigrés provenant de ces zones auront plus fréquemment tendance à maintenir des liens forts avec les pays d'origine, à travers la mise en place de projet de développement dans leur pays. À l'opposé, il s'avère qu'une seconde immigration se distingue par un caractère plus « urbain », originaire des pays francophones tels que le Bénin, le Gabon, la République Démocratique du Congo, le Togo et la Côte d'Ivoire. Cette population se caractérise par un niveau d'instruction plus élevé et par l'élaboration d'un projet migratoire individuel (*Le Cameroun n'apparaît pas dans la typologie présentée*).

---

de l'Afrique subsaharienne (soit 23,2 %). Sur les 4 591 patients étrangers qui sont venus au moins une fois au Comede en 2008, 2 219 étaient d'origine immigrés d'origine subsaharienne (soit 48 %).

[14] Il s'agit des pays ayant été cités par les trois sources de comparaison : INSEE 2005, Comede 2008 et Médecins du Monde 2008.

Carte 1 – Carte de l'Afrique illustrant les six principaux pays d'origine des immigrés subsahariens



3.3 Situation sociale

Situation matrimoniale

Situation familiale au moment de la migration

Un immigré subsaharien sur deux s'est rendu en France après avoir formé un couple dans son pays d'origine (50 %). Les proportions des subsahariens arrivés célibataires en France sont plus importantes que les autres immigrés. 60 % de tous les immigrés étaient déjà en couple à l'arrivée en France (tableau 6).

Tableau 6 – Formation d'un couple avant de migrer et naissance d'un enfant selon le pays d'origine

	Formation d'un couple avant la migration en %	**Naissance d'un enfant avant de migrer en %**
Afrique subsaharienne	50	36
Maroc	55	37
Ensemble des immigrés	60	41

Source : Enquête INSEE « Étude de l'histoire familiale » 1999.

Comme l'illustre le tableau 7, d'une manière générale les femmes africaines arrivent plus souvent en France en couple que les hommes, en effet, 42 % des femmes subsahariennes étaient en couple avant leur migration contre 20 % des hommes.

Mais elles arrivent plus souvent célibataires que les autres femmes immigrées. Le tableau 8 montre que la mise en couple parmi les subsahariens est plus tardive que chez les autres immigrés.

Tableau 7 – Formation d'un couple avant la migration selon l'origine du migrant

Pays d'origine des immigrés arrivés à 18 ans ou plus en France	**Formation d'un couple avant la migration en %**	
	Femmes	**Hommes**
Afrique subsaharienne	42	20
Maroc	52	25
Ensemble des immigrés	47	30

Source : Enquête INSEE « Étude de l'histoire familiale » 1999.

Le tableau 8 met en évidence, et ceci indépendamment du sexe, que les immigrés subsahariens forment un couple à des âges plus tardifs que l'ensemble de la population générale. En 1999, par exemple, un quart des hommes subsahariens se sont mis en couple pour la première fois à l'âge de 30,5 ans contre 28 ans pour l'ensemble de la population immigrée et 28,5 ans pour la population générale.

Les femmes subsahariennes s'établissent en couple de manière plus précoce que les hommes en raison de leur motif d'arrivée en France. En effet, la majorité d'entre elles se rendent en France dans le cadre d'un regroupement familial. De plus, nous pouvons faire l'hypothèse, que l'union tardive des hommes s'explique par une entrée tardive sur le marché du travail en France. Ces derniers sont susceptibles de privilégier l'accès d'un emploi avant de fonder une famille. Selon Borrel « *On observe une grande sensibilité entre le calendrier de mise en couple avec leur situation professionnelle* » (Borrel, 2003).

Tableau 8 – Âge à la mise en couple des immigrés de plus de 30 ans en fonction du pays d'origine résidant en France en 1999.

Pays d'origine des immigrés de plus de 30 ans en couple	**Âge à la mise en couple**			
	Homme		**Femme**	
	1er quartile	3e quartile	1er quartile	3e quartile
Afrique subsaharienne	23,7	30,5	19,2	26,1
Maroc	22,6	29,6	17,5	23,9
Ensemble des couples immigrés	22,1	28,5	19,1	25
Ensemble de la population	21,6	26,5	19,4	24

Source : Enquête INSEE « Étude de l'histoire familiale » 1999.

La naissance d'un enfant avant de migrer est naturellement corrélée à la formation de couple parmi les immigrés. Ainsi le pourcentage de couples ayant eu un enfant parmi les subsahariens est plus faible que celui noté dans l'ensemble de la population des immigrés. En effet, 36 % des immigrés subsahariens ont donné naissance à un enfant avant de migrer contre 42 % parmi l'ensemble des immigrés.

De ce fait, 64 % des immigrés subsahariens en couple au moment de leur immigration n'avaient toujours pas fondé de famille. Face à ce constat, on peut se demander si ce choix découle de leur jeune âge ou de leur désir de fonder une famille de préférence en France ?

Statut matrimonial en France

D'après le tableau 9, nous nous rendons compte que la grande majorité (82,4 %), des couples constitués d'au moins un conjoint subsaharien est marié. Bien que cette proportion soit similaire dans l'ensemble des couples constitués en France (immigrés et non immigrés), on dénombre une part plus importante de couples mariés parmi l'ensemble des couples immigrés (93,4 %).

En revanche, les couples subsahariens se caractérisent par un nombre important d'unions libres en comparaison à l'ensemble des couples immigrés (respectivement 12 % *vs* 3 %). Aussi, on y dénombre plus de couples subsahariens recomposés que l'ensemble des couples immigrés (5,6 % *vs* 6,1 %).

Tableau 9 – Statut matrimonial des couples résidant en France selon leur origine géographique

Pays d'origine de la personne de référence du couple	**Statut matrimonial des couples**			
	Hommes et femmes mariés en %	**Hommes et femmes célibataires en %**	**Couples recomposés* en %**	**Total**
Afrique subsaharienne	82,4	12	5,6	100
Ensemble des couples d'immigrés	93,4	3,1	3,6	100
Ensemble des couples en France	82,2	11,7	6,1	100

Source : Enquête INSEE « Étude de l'histoire familiale » 1999.

* Cette catégorie comprend les cas pour lesquels les membres du couple sont veufs ou divorcés.

Autres sources d'informations : enquête transversale

Les résultats de l'enquête Migrants KABP (cf. tableau 4) renseignent de manière plus précise sur les différents statuts matrimoniaux de l'échantillon enquêté. Les personnes enquêtées y sont majoritairement célibataires (plus d'une personne sur trois quel que soit le sexe, avec une part plus importante pour les hommes) (tableau 10). Ceci s'explique en raison du jeune âge des personnes enquêtées lors de cette étude. Aussi, les femmes sont plus fréquemment mariées que les hommes (34,9 % *vs* 32,4 %).

Tableau 10 – Statut matrimonial des Africains subsahariens enquêtés au cours de l'Enquête Migrants KABP

	Statut matrimonial en %			
	Marié	**Pacsé**	**Célibataire**	**Total**
Homme	32,4	1	66,6	100
Femme	34,9	0,6	64,5	100

Source: Enquête Migrants KABP, 2005 (Analyse descriptive recueillie auprès d'Elise Marsicano).

Les données sur le statut matrimonial stratifiées par âge, présentées dans le tableau 11 montrent que 70 % des femmes de moins de 24 ans sont déjà mariées.

Tableau 11 – Statut matrimonial stratifié par âges des Africains subsahariens enquêtés au cours de l'Enquête Migrants KABP

	Âge	**Statut Matrimonial**	
		Marié	Célibataire
Homme	18-24	1,9	63,5
	35-49	97,5	34,6
Femme	18-24	6,6	69,2
	35-49	92,7	30,8

Source : Enquête Migrants KABP, 2005 (Analyse descriptive recueillie auprès d'Elise Marsicano).

La mixité des couples[15]

Seulement 48 % des immigrés de l'Afrique subsaharienne en couple ont un conjoint qui est du même pays d'origine (tableau 12). Une même proportion est en couple avec un français, et 5 % sont en couple avec une personne immigrée d'un autre pays. En ce qui concerne les couples mixtes, nous notons une symétrie entre les sexes. Ainsi, il existe autant d'unions mixtes d'hommes d'Afrique subsaharienne avec des femmes nées en France que d'unions mixtes de femmes d'Afrique subsaharienne avec des hommes nés en France (tableau 12).

[15] Définition du couple mixte selon l'INSEE : un couple constitué d'un conjoint immigré et d'un conjoint non immigré (INSEE 2005).

Tableau 12 – Répartition des couples comprenant au moins un conjoint immigré d'Afrique subsaharienne en comparaison avec l'ensemble des couples comprenant au moins un conjoint immigré résidant en France, 1999

	Constitution des couples					
	Couple Mixte			**Origine d'immigration identique en %**	**Deux origines d'immigration différentes en %**	**Total**
	Femme non immigrée en %	Homme non immigré en %	Total en %			
Afrique subsaharienne	23,9	23,9	47,8	47,4	4,8	100
Ensemble des couples immigrés	28,7	24,1	52,8	42,9	4,3	100

Source : Recensement de la population, INSEE, 1999.

Le type de mariage peut éventuellement influencer l'intégration en France et notamment en termes de réseaux sociaux et sur les projets de vies (et de retour). Il est important de noter que cette hétérogénéité des couples mixtes est loin d'être négligeable en France en termes de conséquences démographiques pour les populations futures.

Vie de famille

Type de ménage

Les ménages subsahariens[16] comportent autant de couple que de personnes vivant seules (monoparentales ou seules). Le tableau 13 rend compte que les ménages subsahariens sont composés à 48,5 % de couples et pour 45,9 % de personnes vivant seules avec ou sans enfant (soit 26,9 % pour les personnes seules et 19 % pour les familles monoparentales). La comparaison avec les ménages immigrés et non immigrés permet de constater qu'il existe moins de personnes seules dans les ménages subsahariens que pour le reste des ménages immigrés et non immigrés (soir 26,9 % contre 32 %). En revanche, les familles monoparentales semblent bien plus fréquentes parmi les ménages subsahariens en comparaison aux deux autres catégories de population.

[16] L'INSEE définit un ménage comme l'ensemble des personnes partageant le même logement (hors collectivités), quels que soient les liens qui les unissent. Un ménage peut être composé d'une seule personne (INSEE, 2005).

Tableau 13 – Structure familiale des ménages subsahariens comparée à celles de l'ensemble des ménages des immigrés et non immigrés résidant en France en 1999

	Afrique subsaharienne en %	**Ensemble des immigrés en %**	**Ménages non immigrés en %**
Personne seule	26,9	32	32,3
Famille monoparentale	19	12,2	8
Couple	48,5	51,3	57
Regroupement de deux familles	1,2	0,6	0,6
Autres	4,3	2	2,1
Total (%)	100	100	100
Total Effectif	138 799	1 605 570	21 246 467

Source : Recensement de la population, INSEE, 1999.

Les immigrés subsahariens semblent vivre plus fréquemment en collectivité, puisqu'on y dénombre moins de personnes isolées en comparaison aux autres immigrés. En comparaison aux autres immigrés, et les familles ont plus fréquemment tendance à se regrouper. Bien que la part de regroupement de deux familles soit faible parmi l'ensemble des ménages subsahariens, elle reste deux fois plus élevée en comparaison à l'ensemble des ménages des immigrés, soit respectivement 1,2 % contre 0,6 %.

Taille des ménages

Le tableau 14 confirme que les ménages subsahariens sont de taille plus importante que ceux dans l'ensemble des ménages immigrés et non immigrés. Un ménage subsaharien est constitué en moyenne de 3,5 personnes *vs* 2,9 dans l'ensemble des ménages immigrés et 2,3 pour les ménages non immigrés.

Selon l'INSEE, la taille des ménages est liée à la présence d'enfants dans le foyer et explique la raison du nombre important de personnes dans les ménages subsahariens. Ainsi, 46 % des membres de ménages subsahariens ont moins de 20 ans contre 32 % d'entre eux dans l'ensemble des immigrés.

Les ménages subsahariens sont plus fréquemment constitués d'au moins six personnes. En 1999, 17,4 % des ménages subsahariens comportaient au moins six personnes contre 10,7 % parmi les ménages immigrés et 1,6 % parmi l'ensemble des ménages non immigrés.

Tableau 14 – Taille et caractéristiques des ménages immigrés selon l'origine, résidant en France, en 1999

Pays de naissance de la personne de référence du ménage	**Nombre de ménages**	**Nombre moyen de personnes par ménage**		**Part des ménages comportant au moins 6 personnes en %**	**Part des personnes**	
		ensemble	dont immigrés		de moins de 20 ans en %	de 60 ans ou plus en %
Afrique subsaharienne	138 799	3,5	2	17,4	46,9	3,2
Ensemble des immigrés	1 605 570	2,9	1,9	10,7	32	15,7
Ménages non immigrés	21 246 467	2,3	0	2,4	24,9	20,8

Source : Recensement population, INSEE, 1999.

Type de famille

En 1999, il existait en France 97 102 familles immigrées dont le chef de ménage était originaire de l'Afrique subsaharienne. Le tableau 16 démontre que ces familles sont composées majoritairement de couples (71 %) et de familles monoparentales[17] (29 %). Nous constatons plus fréquemment des familles monoparentales parmi les familles subsahariennes en comparaison à l'ensemble des familles immigrées et à l'ensemble des familles en France.

D'après le tableau suivant, les familles monoparentales représentent 19,5 % des familles immigrées et 12,3 % de l'ensemble des familles en France, alors que cette proportion s'élève approximativement à 30 % des familles subsahariennes. En ce qui concerne le nombre d'enfants par famille, nous observons que quel que soit le type de famille (monoparentale ou en couple), les familles d'Afrique subsaharienne comptent davantage d'enfants en comparaison à l'ensemble des familles des immigrés et à l'ensemble des familles en France.

Les figures 8 et 9 illustrent les proportions des familles ayant au moins deux enfants, selon le type de famille et leur origine géographique. Les figures démontrent que quel que soit le type de famille, 69 % des familles subsahariennes en couple ont au moins deux enfants contre 51 % de l'ensemble des familles immigrées. De plus, 58 % des familles monoparentales subsahariennes ont au moins deux enfants contre seulement 48 % des familles des immigrées. Ces écarts sont d'autant plus importants entre les familles subsahariennes et l'ensemble des familles en France (Recensement de la population, INSEE, 1999).

[17] Selon l'INSEE, une famille monoparentale est constituée d'un parent et d'au moins un enfant.

Fécondité des immigrées

D'une manière générale, les femmes immigrées présentent un indice conjoncturel de fécondité[18] (ICF) supérieur à l'ensemble des femmes résidant en France. Comme l'illustre le tableau 16, l'ICF des femmes immigrées équivaut à 2,4 pour 1,7 pour l'ensemble des femmes en France. Les femmes subsahariennes présentent un des ICF les plus importants soit 2,7. De sorte, qu'elles se placent en troisième position parmi l'ensemble des immigrés en France, après la Turquie et la Tunisie (2,8) (Recensement de la population, INSEE, 1999).

Il est important de noter que l'ICF est resté relativement stable sur la période de 1980 à 1999 (tableau 15), alors qu'il a connu une légère augmentation parmi l'ensemble des femmes immigrées. Par contre le taux d'ICF des pays du Maghreb a présenté un important accroissement, puisque l'ICF de la Tunisie, du Maroc et de l'Algérie a augmenté quasiment d'un point sur la même période.

L'ICF des femmes immigrées en France est sensible à de nombreux déterminants. Le parcours migratoire, le niveau d'instruction et l'ICF du pays d'origine des immigrés sont autant de facteurs qui influent sur le taux de fécondité.

D'une manière générale, les femmes immigrées (les ressortissantes de l'Afrique subsaharienne compris) ayant un niveau d'instruction plus faible présentent un ICF plus important. En effet, en 1999, l'ICF des femmes ayant obtenu un diplôme d'études supérieures présentent un ICF plus faible (2,7) que les femmes ayant arrêté leurs études en école primaire (4,7).

Tableau 15 – Indice conjoncturel de fécondité selon l'année d'arrivée en France

Pays d'origine des immigrées	**Indice Conjoncturel de Fécondité**	**Selon l'année d'arrivée en France**	
		1980 à 1989	1990 à 1999
Afrique Subsaharienne	2,7	2,9	2,8
Maroc	2,8	2,7	3,6
Tunisie	2,8	3	4
Algérie	2,7	2,6	3,7
Ensemble des immigrés	2,4	2,4	2,6
Ensemble de la population	1,7	Nd*	Nd*

Source : Recensement de la population, INSEE, 1999.

* Données non disponibles.

[18] Définition de l'ICF selon l'INSEE : somme des taux de fécondité par âge pouvant être interprété comme la descendance (ou le nombre moyen d'enfants) d'une génération fictive de femmes dont la fécondité serait celle observée au cours de la période étudiée (INSEE, 2005).

Tableau 16 – Types de familles et nombre d'enfants parmi les familles immigrées subsahariennes, et dans l'ensemble des familles immigrées et non immigrées en France en 1999

	Ensemble (effectifs)	**Couples**					**Famille monoparentale**			
		ensemble en %	Sans enfant en %	un enfant en %	deux enfants en %	trois enfants ou plus en %	Ensemble en %	un enfant en %	deux enfants en %	trois enfants ou plus en %
Afrique subsaharienne	97 102	71	14,3	16,7	22,4	46,7	29	41,8	26,9	31,3
Ensemble des familles immigrées	1 067 337	80,5	28,7	19,6	20,8	30,9	19,5	51,2	26,1	22,8
Ensemble des familles	16 096 782	87,7	44,4	22,8	21,4	11,5	12,3	62,6	25,9	11,5

Définition de la famille : couple avec ou sans enfants, ou famille monoparentale, c'est-à-dire une personne sans conjoint avec enfants (il s'agit des enfants vivant sous le même toit).

Figure 8 – Répartition en pourcentage de familles (en couple) ayant au moins deux enfants selon l'origine, 1999

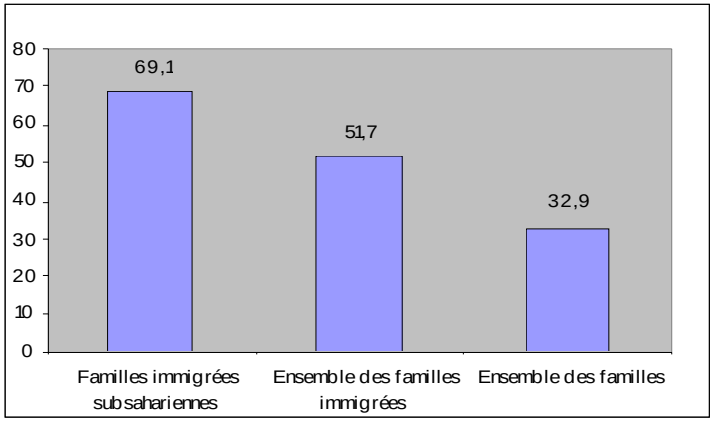
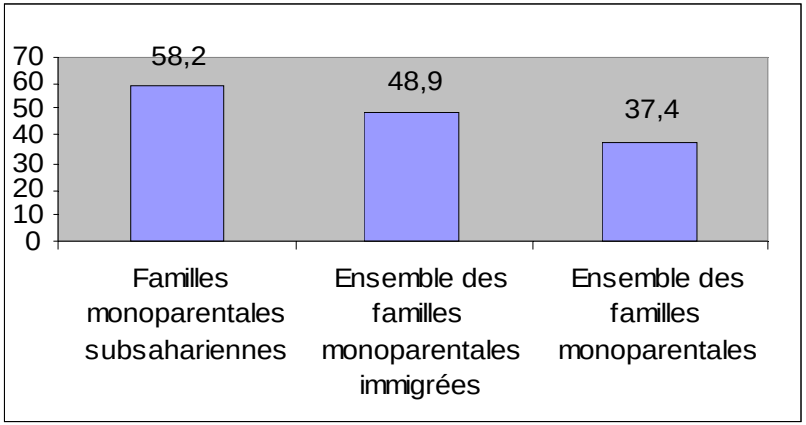


Figure 9 – Répartition en pourcentage de familles monoparentales ayant au moins deux enfants selon l'origine, 1999



Source : Recensement de la population, INSEE, 1999.

La fécondité dans les pays d'origine des immigrées en France influence également l'ICF des immigrées résidant en France. L'ICF du continent africain est de 4,57 enfants par femme contre une moyenne de 2,52 enfants par femme dans le monde (tableau 17).

Cependant, nous observons en France une diminution rapide de la fécondité des immigrées d'Afrique subsaharienne : en 1989-1990 l'indice de fécondité des immigrées venues de l'ensemble de l'Afrique subsaharienne francophone était de 4,8 enfants par femme. On constate qu'en 1999, il a chuté de moitié et atteint 2,7.

Des différences de comportements démographiques peuvent aussi être relevées en fonction du pays d'origine des immigrés subsahariens. Mentionnés précédemment, deux courants migratoires caractérisent l'immigration subsaharienne et se distinguent par des comportements démographiques différents. Un premier courant d'immigration rurale constitué d'une population faiblement alphabétisée présente des comportements démographiques similaires aux pays d'origine avec des indices de fécondité élevés. Il s'agira notamment d'immigrées mauritaniennes, maliennes et sénégalaises qui présentent des taux de fécondité entre 6 à 10 enfants par femme). Le second profil d'immigration (urbaine et plus individualiste) est marqué par une adaptation aux comportements démographiques français. Ces immigrés proviennent principalement du Cameroun, du Togo, du Gabon (Todd, 1994).

Tableau 17 – Estimation des caractéristiques démographiques de la population dans le monde par continent, en effectif, en 2009

Continent	Population	Taux de natalité en %	Nombre d'enfants par femme	Taux de croissance en %
Afrique	1 009 362	35,6	4,6	22,6
Europe	730 848	10,2	1,5	5,4
Asie	4 120 925	18,7	2,3	11,3
Monde	6 828 157	20,1	2,5	11,5

Source : INED, 2009.

Les conditions de logement

D'une manière générale, les immigrés rencontrent d'importantes difficultés face à l'acquisition d'un logement. En 2002, l'enquête Logement réalisée par l'INSEE comptabilise que 35 % des ménages immigrés sont propriétaires de leur logement, contre 57 % des ménages non immigrés. Parmi le quart des ménages ayant les revenus les plus élevés, 66 % des ménages immigrés sont propriétaires, contre 71 % des ménages non immigrés.

La location représente le principal moyen d'hébergement parmi les immigrés en France. Parmi eux, 56 % occupent un logement (non meublé) et 32 % sont locataires d'un logement dans le secteur social. Selon la même étude, la part des ménages immigrés logés en HLM n'a ainsi cessé d'augmenter, pour représenter 17,3 % des locataires en 2002 contre 13,2 % en 1992 (INSEE, 2005). Pour autant, des ménages continuent à subir des traitements défavorables d'entrée dans le logement et au regard du type de logements obtenus. Pour preuve, l'ancienneté de la demande de logement des ménages immigrés d'Afrique subsaharienne est plus importante que celles des autres immigrés et de la

population française en générale. De plus, les ménages immigrés sont concentrés dans le parc ancien : les trois quarts d'entre eux vivent dans des immeubles construits avant 1975 (Boëldieu, 2000). Les immigrés subsahariens comme les Maghrébins et les Turcs résident de manière plus fréquente dans des logements du secteur social.

Autres sources d'informations : enquête transversale et secteur associatif

Les résultats des données de l'enquête Migrants KABP menée en 2005, présentés dans le tableau 18 (cf. tableau 4) appuient le constat que les immigrés subsahariens ont davantage recours à la location quel que soit le secteur d'hébergement (privé ou public). Selon l'étude, 56,8 % d'entre eux sont locataires, 26,8 % sont hébergés par une connaissance ou par des membres de leur famille et 13 % résident en logement collectif.

Le type de logement dépend de l'ancienneté de l'immigration. Ainsi, les personnes ayant migré avant 1989 sont plus fréquemment locataires en comparaison aux immigrés récemment arrivés (après 1990 et le constat se renforce pour ceux arrivés après 2000), qui déclarent davantage être hébergés ou résider en hébergement collectif.

Tableau 18 – Type de logement des immigrés subsahariens résidant en France enquêtés selon leur année d'arrivée en France, en effectif et pourcentage

Type de logement selon l'année d'arrivée en France	**Arrivés jusqu'en 1989 (n=453)**		**Arrivés entre 1990 et 1999 (n=643)**		**Arrivés depuis 2000 (n=754)**		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Locataire	340	75	404	62,9	350	46,4	1 094	56,8
Foyer/cité universitaire/hôtel	18	4	72	11,2	143	19	252	13
Hébergé	57	12,6	150	23,3	253	33,5	517	26,8
Autre	38	8,4	17	2,6	8	1,1	63	3,2
Total	453	100	643	100	754	100	1 926	100

Source : Enquête Migrants KABP, 2005.

L'acquisition d'un logement peut être éventuellement déterminée par le projet de vie des immigrés. Les immigrés, présents en France depuis plus longtemps et formant plus souvent le projet d'une installation durable, possèdent plus souvent leur propre logement (46 % d'entre eux).

Difficultés rencontrées par des immigrés face à l'accès au logement en France

D'une manière générale, les immigrés rencontrent de nombreux problèmes de mobilité résidentielle. En effet, il s'avère qu'ils sont incités fréquemment à déménager pour des raisons de logements inadaptés par rapport à la taille de leur famille ou en raison de difficultés de paiement de loyer...

La population en situation irrégulière est plus atteinte par les difficultés de logement : ainsi, plus des deux tiers de demandeurs d'asile consultants dans les centres de Médecins du Monde (bénéficiaires de l'AME ou de la couverture médicale universelle (CMU)) ont présenté d'importantes difficultés de

logement. Ces difficultés apparaissent plus importantes en comparaison à l'ensemble des autres étrangers (non demandeurs d'asile).

Stratification par sexe et par âge

D'après les tableaux 19 et 20, les hommes immigrés subsahariens sont moins souvent locataires que les femmes (57,38 % *vs* 60,53 %). Il s'avère que les hommes subsahariens résident davantage dans des hébergements collectifs (type foyer, cité universitaire ou hôtel que les femmes (16,20 % *vs* 9,15 %). Des différences également subsistent également en fonction de l'âge des immigrés subsahariens. Ainsi, les immigrés subsahariens (pour les deux sexes confondus) sont plus fréquemment locataires à 35-49 ans en comparaison aux jeunes immigrés subsahariens âgés de 18 à 24 ans, qui ont plus fréquemment recours à un hébergement auprès de connaissances.

Tableau 19 – Type de logements des immigrés hommes subsahariens selon leur âge, résidant en France, enquêtés au cours de l'enquête Migrants KABP, 2005

Hommes	**18-24 ans en %**	**25-34 ans en %**	**35-49 ans en %**	**Total en %**
Locataires	32,51	60,61	69,87	57,38
Foyer/cité universitaire/hôtel	14,78	19,44	12,91	16,2
Hébergés	50,74	18,18	13,25	23,86
Autres	1,97	1,77	3,97	2,55
Total	100	100	100	100

Source : Enquête Migrants KABP 2005 (Analyse descriptive recueillie auprès d'Elise Marsicano).

Tableau 20 – Type de logements des immigrées subsahariennes selon leur âge, résidant en France, enquêtées au cours de l'enquête Migrants KABP, 2005

Femmes	**18-24 ans en %**	**25-34 ans en %**	**35-49 ans en %**	**Total en %**
Locataires	37,22	71,24	72,56	60,53
Foyer/cité universitaire/hôtel	12,62	7,65	7,22	9,15
Hébergées	49,53	18,21	10,47	26,21
Autres	0,63	2,9	9,75	4,11
Total	100	100	100	100

Source : Enquête Migrants KABP 2005 (Analyse descriptive recueillie auprès d'Elise Marsicano).

La vie en collectivité[19]

D'une manière générale, un nombre important d'immigrés résident en structures collectives. Comme nous l'avons mentionné précédemment, les immigrés subsahariens ainsi que les asiatiques sont les groupes de migrants résidant de manière la plus fréquente dans des immeubles collectifs. Ainsi, comme l'illustre le tableau 21, trois fois plus de subsahariens (soit 9 %) résident dans un logement collectif en comparaison à l'ensemble des immigrés en France (3,9 %). Le tableau 21 illustre également un grand nombre des immigrés subsahariens, résidant en collectivité et hébergés dans des foyers de travailleurs (soit pour 6,1 % d'entre eux *vs* 1,9 % de l'ensemble des immigrés).

Les résidents des foyers de travailleurs sont majoritairement masculins. Le tableau 22 indique que 11 % des hommes subsahariens résidant en France vivent dans un foyer de travailleurs (*vs* 3,7 % parmi l'ensemble des immigrés). Parmi l'ensemble des immigrés subsahariens, il est important de noter que 1,2 % d'entre eux vivent dans les autres collectivités (centres d'hébergement, les établissements pour adultes handicapés et les communautés religieuses).

Tableau 21 – Vie en collectivité et type de structure des immigrés, résidant en structure collective en France, en 1999

Pays d'origine	**Foyer de travailleurs**		**Cité universitaire**		**Maison de retraite, hospice, établissement de soins de longue durée**		**Autres collectivités*** en %	**Ensemble des collectivités** en %
	Ensemble en %	dont plus de 60 ans et plus en %	Ensemble en %	dont 15-29 ans en %	Ensemble en %	dont 75 ans ou plus en %		
Population non immigrée	0,2	0,1	0,3	1,1	1,1	9,4	0,4	2
Ensemble des immigrés	1,9	3,4	0,7	3,4	0,7	6,3	0,6	3,9
Afrique subsaharienne	6,1	13,2	1,6	4,6	0,2	4,3	1,2	9,1

Source : Recensement de la population, INSEE, 1999.

* Les autres collectivités incluent les centres d'hébergement, les établissements pour adultes handicapés et les communautés religieuses.

[19] Les collectivités regroupent les foyers de travailleurs, les cités universitaires ou foyers d'étudiants, les maisons de retraite ou hospices, les établissements de soins de longue durée, les communautés religieuses, les établissements pour adultes handicapés et les centres d'accueil. (Les établissements scolaires, pénitentiaires et les casernes ne font pas partie des collectivités).

Tableau 22 – Répartition d'hommes immigrés résidant dans un foyer de travailleurs pour hommes immigrés en France

Pays d'origine	Foyer de travailleurs	
	Ensemble en %	dont plus de 60 ans et plus en %
Ensemble des hommes	0,6	0,7
Hommes non immigrés	0,2	0,1
Hommes immigrés	3,7	6,5
Homme d'Afrique subsaharienne	11,1	21,4

Source : Recensement de la population, INSEE, 1999.

Caractéristiques et conditions de vie des foyers des travailleurs migrants (FTM)

Les foyers de travailleurs migrants sont des logements sociaux. Ils ont été créés et systématisés en France par l'État au milieu des années 1950, pendant la guerre d'Algérie, dans le but d'héberger les travailleurs Nord-Africains. Ces foyers de travailleurs font l'objet de nombreux débats depuis quelques années. Ils sont en effet dénoncés comme des « zones de non-droit », et sont qualifiés de refuges supposés à l'immigration clandestine et lieux de divers trafics. Les foyers de travailleurs migrants rebaptisés aujourd'hui « résidences sociales » hébergent une population très diversifiée mais qui reste encore précarisée.

Outre le fait de ne pas avoir un statut de locataire, les résidents de ces foyers vivent dans des conditions de vie très précaires « vétustes », « insalubres ». La plupart des foyers n'ont jamais été réhabilités depuis leur construction (1960-1970) malgré leur dégradation au fil des années. L'« exiguïté » des locaux ne permet pas aux immigrés de vivre dans des « conditions décentes » et favorise les inégalités sociales entre les migrants et la population générale en France. Ces conditions de vie au quotidien, souvent intensifiées par les inégalités sociales, entraînent la progression d'activités illégales et, par la suite, des troubles avec les forces de l'ordre (Gonin, 2009).

Les informations du secteur associatif des immigrés en situation précaire

Médecins du Monde met également en évidence les difficultés que rencontrent les immigrés en matière de logement. En 2007, environ 42 % des personnes qui se sont présentées au sein des locaux de Médecins du Monde disposaient d'un logement fixe, alors que 35 % vivaient dans un logement précaire et 23 % ne disposaient d'aucun logement. Si l'on cumule les patients en logement précaire et sans logement, ce sont près de 60 % des patients qui rencontrent de grandes difficultés dans ce domaine.

Tableau 23 – Type de logement des patients des CASO de Médecins du Monde, en 2007, selon leur origine

	Type de logement		
	Logement fixe en %	**Logement précaire en %**	**Sans logement en %**
Afrique subsaharienne	51,8	36,2	12
Maghreb	54,8	20,3	15,5
France	37,9	20,1	42

Source : Rapport d'activités 2007, Médecins du Monde.

Définitions

- Les logements fixes regroupent les domiciles personnels ou partagés, ou concerne les habitants de manière fixe chez un tiers,
- Les logements précaires regroupent les logements susceptibles de prendre fin à n'importe quel moment (hébergé chez une tiers, squat aménagé (eau + électricité), caravane, hôtel…),
- Enfin, sont considérées comme sans logement toutes personnes sans domicile, vivant dans la rue, dans des abris, en squats « nus » ou en hébergement d'urgence.

D'après le tableau 23, on remarque qu'un immigré d'Afrique subsaharienne sur deux ayant consulté réside dans un logement fixe (*vs* logement précaire et sans logement). Cette tendance est inversée parmi la population française qui présente davantage de personnes sans domicile (population cible prioritaire des centres de Médecins du Monde).

En revanche, nous remarquons que ce sont les immigrés d'Afrique subsaharienne qui disposent plus fréquemment de logements précaires (susceptibles de prendre fin à n'importe quel moment). Cette situation fragilise leur situation de vie et nuit à leur qualité de vie.

Le rapport annuel de la Cimade[20] met en évidence un nombre important d'immigrés originaires d'Afrique subsaharienne faisant l'objet de placement en centres de rétention en France (tableau 24). Ils y représentent en effet 10.3 % de l'ensemble des immigrés placés au cours de l'année 2008.

[20] La Cimade (Comité Inter Mouvements Auprès Des Evacués) est une association à but non lucratif (loi 1901) et intervient en faveur du bénéfice des étrangers retenus en centre de rétention administrative, de la gestion d'établissements sanitaires et sociaux, de la formation et de l'adaptation linguistique (très majoritairement financées sur des fonds publics). Elle intervient également dans l'accueil des étrangers dans les permanences régionales, effectuent des actions de solidarité internationale, mènent des interventions en prison et en locaux de rétention (majoritairement financées sur fonds privé). Depuis 1984, par une convention passée avec le ministère des Affaires sociales, la Cimade est présente dans les centres de rétention administrative répartis sur le territoire français. Les étrangers en instance d'expulsion « retenus » dans ces centres font l'objet soit d'une mesure d'éloignement du territoire, soit d'une « remise à un état de l'Union européenne ». Il s'agissait, jusqu'au 2 juin 2009, de la seule ONG autorisée par la loi à entrer dans les centres de rétention administrative afin de surveiller les conditions de rétention et d'apporter l'aide juridique nécessaire aux personnes en voie d'expulsion.

Le niveau d'instruction

D'une manière générale, les immigrés Africains ont un bon niveau d'étude en comparaison à l'ensemble des immigrés. Parmi ces derniers, en 1999, 42 % des immigrés Africains avaient obtenu au moins le baccalauréat et 27 % un diplôme supérieur.

Les résultats mis en évidence dans le tableau 25 illustre que les immigrés d'Afrique subsaharienne ont un meilleur niveau d'étude que les immigrés ressortissants des pays d'Europe tels que l'Espagne, des ressortissants du Maghreb tel que le Maroc et de l'ensemble des immigrés.

Il est toutefois important de préciser que les immigrés d'Afrique subsaharienne ayant été enquêtés au cours du recensement sont en situation régulière. La population en situation irrégulière (11 % de la population totale des immigrés subsahariens en France) est vraisemblablement peu instruite.

Tableau 24 – Principales nationalités des immigrés vivant en centre de rétention en France, en 2008, en effectifs

Nationalité	Effectif	Pourcentage par pays
Maghreb		**31**
ALGÉRIE	4 297	12,5
MAROC	3 742	10,8
TURQUIE	2 618	7,6
TUNISIE	2 406	7
ÉGYPTE	865	2,5
Afrique subsaharienne		**10,6**
MALI	1 271	3,7
SÉNÉGAL	595	1,7
GUINÉE	488	1,4
CAMEROUN	469	1,3
République démocratique du Congo	444	1,3
CÔTE D'IVOIRE	407	1,2
Asie		**13,5**
CHINE	1 946	5,6
INDE	1 867	54
PAKISTAN	846	2,5
Europe Orientale et du Sud		**4,3**
ROUMANIE	555	1,6
ALBANIE	512	1,5
MOLDAVIE	439	1,3
Autres		**5,3**
IRAK	557	1,6
BRÉSIL	473	1,4
INCONNUE	814	2,4
Sous total	25 611	74,5
Autres nationalités	8 768	25,5
Total	34 379	100

Source : Éléments recueillis par les intervenants de la Cimade lors de leur visite dans les centres de rétention (Rapport Cimade, 2008).

D'une manière générale, le niveau scolaire des immigrés dépend en majeure partie de leur âge d'arrivée en France. En effet, les jeunes immigrés en France ont une plus grande opportunité d'accéder à un cursus scolaire plus élevé que dans leur pays d'origine. 23 % de l'ensemble des immigrés arrivés en France entre 7 et 17 ans avaient terminé leurs études contre 83 % de ceux arrivés entre 18 et 24 ans.

De nombreuses disparités sont également relevées dans les comparaisons inter pays. 90 % des immigrés âgés entre 18 et 24 ans provenant de l'Europe du Sud avaient terminé leurs études contre 75 % des immigrés subsahariens au moment de leur migration en France.

Tableau 25 – Niveau de diplôme des personnes âgées de 30 à 49 ans selon le pays d'origine

Pays d'origine	Aucun diplôme, CEP en %	BEPC, CAP, BEP en %	Baccalauréat en %	Supérieur en %	Ensemble
Espagne	31	43	11	15	100
Maroc	53	22	9	16	100
Afrique subsaharienne	34	24	15	27	100
Ensemble des immigrés	41	27	11	21	100
Non immigrés	21	42	14	23	100

Source : Recensement de la population, INSEE, 1999.

Le tableau 26 démontre que les étudiants d'Afrique subsaharienne terminent leur étude plus tard que les autres étudiants ressortissants de l'Espagne, du Maroc quel que soit leur lieu de finalisation d'étude (étranger ou en France).

Tableau 26 – Âge moyen de fin d'étude selon le lieu d'étude et le pays d'origine

Pays d'origine	Études entièrement terminées à l'étranger en %	Tout ou une partie des études en France en %
Espagne	17	17,5
Maroc	16,5	21
Afrique Subsaharienne	18,5	25,5
Ensemble des immigrés	17	19

Source : Enquête INSEE « Étude de l'histoire familiale » 1999.

La poursuite des études supérieures semble constituer un motif de migration non négligeable pour les jeunes immigrés subsahariens. La France reste en effet un lieu privilégié pour les étudiants africains en particulier issus des pays francophones afin d'effectuer des études supérieures (Nitcheu, 2004).

En 2002, le ministère de la Coopération révélait des chiffres officiels mettant en lumière l'attrait important des étudiants africains afin de continuer leurs études supérieures en France « *en 2002, la*

France a accueilli dans ses universités près de 95 000 Africains, soit plus de la moitié des 180 400 étudiants étrangers inscrit ». La grande majorité des étudiants dans les universités françaises provenaient de l'Afrique subsaharienne − 69 671 d'entre eux (38 % de la population totale des étudiants immigrés en France en 2002) − et 25 000 étaient issus des pays du Maghreb. À titre indicatif, la part des étudiants africains ayant migré aux États-Unis (qui est un important pôle d'immigration), représentait au cours de l'année 2002-2003 moins de 7 % des 500 000 étudiants étrangers. Seulement 33 000 étudiants africains s'étaient rendus dans les universités américaines afin de finaliser leurs études (Nitcheu, 2004).

L'emploi

Place des immigrés Africains dans le marché de l'emploi en France

En 2002, le taux d'activité[21] des immigrés subsahariens est supérieur à celui de l'ensemble de la population des immigrés (80 % *vs* 76 %) (tableau 27). C'est en particulier vrai pour les femmes (68 % des femmes actives chez les immigrés d'Afrique subsaharienne *vs* 62 % des femmes parmi l'ensemble des immigrées). Cependant, chez les Africains subsahariens actifs, 20 % sont en recherche d'emploi.

Emploi

La situation est très contrastée selon le sexe. Le tableau 27 illustre le taux d'activité par sexe et selon le pays d'origine. Ainsi, en 2002, le taux d'activité des immigrées subsahariennes est nettement inférieur à celui des hommes (93 %) bien que plus d'une femme sur deux soit en recherche d'emploi ou occupe un emploi (68 %). D'une manière générale, dans la population immigrée, les femmes immigrées présentent un taux d'activité plus faible que celui des hommes (62 % *vs* 91 %).

Tableau 27 − Taux d'activité des immigrés selon le pays d'origine, en 2002

Pays d'origine	Ensemble en %	Hommes en %	Femmes en %
Espagne	85	Nd*	Nd*
Italie	80	Nd*	Nd*
Portugal	88	96	79
Algérie	65	85	48
Maroc	68	90	45
Turquie	64	87	37
Tunisie	73	Nd*	Nd*
Afrique subsaharienne	80	93	68
Ensemble des immigrés	76	91	62
Non immigrés	88	85	81
Population totale	87	94	79

Source : Enquête INSEE emploi, 2002-2004.

* Données non disponibles.

[21] L'INSEE définit le taux d'activité comme le rapport entre le nombre d'actifs (personnes ayant un emploi ou à la recherche d'un emploi, ainsi que les militaires du contingent) d'une population donnée et l'effectif total de cette population.

Secteur d'emploi

En 2002, la très grande majorité des actifs subsahariens est employée dans le secteur privé (83 % *vs* 12 % dans le public) (tableau 28). En effet, les emplois de la fonction publique en France sont largement fermés aux étrangers. Une liste érigée par la GISTI fait état d'emplois auxquels les étrangers ont des difficultés d'accès en raison de la mise en place de condition de nationalité (emplois cadre, fonctionnaire). Le secteur d'emploi des immigrés varie selon le pays d'origine. En effet, les salariés immigrés subsahariens comme ceux du Portugal ou de Turquie sont presque exclusivement employés dans le secteur privé, tandis que ceux d'Espagne ou d'Algérie (dont les immigrations sont anciennes) travaillent plus souvent dans le secteur public.

Tableau 28 – Statut de l'emploi selon le pays d'origine des immigrés résidant en France, en 2002

Statut de l'emploi	Afrique subsaharienne en %	Ensemble des immigrés en %
Non salarié	5	11
Salarié privé	83	77
Salarié public	12	12
Ensemble	100	100
Part du privé parmi les salariés	87	87
Part de l'emploi temporaire parmi les salariés du privé	12	16

Source : Enquête INSEE emploi, 2002-2004.

Les immigrés subsahariens ont plus fréquemment accès à un emploi dans le secteur tertiaire en comparaison avec l'ensemble de la population des immigrés (82 % *vs* 67 %), mais également en comparaison avec les immigrés portugais et marocains (respectivement, leurs taux représentent 53 % et 66 %) (tableau 29).

On note toutefois une progression dans les groupes sociaux des immigrés subsahariens. Ces dernières années sont marquées par une progression de la position sociale des subsahariens, passant d'une prédominance de travailleurs dans le secteur manœuvre (au cours des années 1960) à une insertion actuelle plus importante dans le secteur tertiaire. Actuellement, ils sont les premiers immigrés employés dans ce secteur.

Tableau 29 – Répartition des immigrés par secteur d'activité résidant en France en 2002

	Pays d'origine			
Secteur d'activité	**Ensemble des immigrés en %**	**Portugal en %**	**Maroc en %**	**Afrique subsaharienne en %**
Agriculture	3	4	7	1
Industrie	16	17	15	9
Construction	14	26	12	8
Tertiaire	67	53	66	82
Ensemble	100	100	100	100

Source : Enquête INSEE emploi, 2002-2004.

À l'inverse, les portugais et les marocains sont présents plus fréquemment dans les secteurs de l'industrie et de la construction que les immigrés d'Afrique subsaharienne. Cette répartition trouve son origine dans l'histoire de l'immigration en France, puisque les premiers immigrés (maghrébins et de l'Europe du Sud) s'étaient rendus en France pour pallier au manque de main-d'œuvre dans le secteur de la construction et industrie.

Le tableau 30 présente de manière spécifique les domaines d'activités du secteur tertiaire dans lesquels sont plus fréquemment recrutés les immigrés subsahariens. Ces derniers semblent davantage être recrutés dans les services aux entreprises, aux particuliers et dans le domaine de l'éducation, de la santé, et de l'action sociale.

Recherche d'emploi

Comme nous l'avons mentionné précédemment, 20 % des immigrés subsahariens actifs étaient en recherche d'emploi en 1999 (tableau 31). Ce taux est supérieur à celui relevé parmi la population des immigrés (16 %). Au sein de la population subsaharienne immigrée comme dans l'ensemble de la population des immigrées, les femmes sont plus fréquemment touchées par ce problème (23 % des femmes subsahariennes *vs* 18 % des hommes subsahariens). Cet écart apparaît plus faible parmi la population immigrée où seulement 17 % des femmes immigrées sont au chômage contre 15 % des hommes. À titre informatif, en 2002, le taux de chômage des immigrés résidant en France s'élevait à 16,4 %, soit le double de celui des non immigrés. Cet écart ne peut pas être réduit à de seules différences de positions sociales. Certes les immigrés sont plus nombreux à occuper des emplois peu ou non qualifiés − lesquels sont davantage touchés par le chômage. Toutefois, à catégorie socioprofessionnelle donnée, les actifs immigrés demeurent plus souvent sans emploi.

Tableau 30 − Répartition des immigrés subsahariens employés dans le secteur tertiaire en France selon l'origine géographique, en 2002

	Origine géographique			
Secteurs d'activité tertiaire	**Ensemble des immigrés en %**	**Portugal en %**	**Maroc en %**	**Afrique subsaharienne en %**
Commerce et répartition	11	8	13	9
Transports	4	3	4	7
Activités financières	1	1	1	1
Activités immobilières	2	5	1	2
Services aux entreprises	17	10	20	25
Services aux particuliers	15	18	10	19
Éducation, santé, action sociale	11	6	17	14
Administrations	5	2	6	5
Part des immigrés actifs dans le secteur tertiaire	67	53	66	82

Source : Enquête INSEE emploi, 2002-2004.

À nationalité, diplôme et catégorie socioprofessionnelle comparables, les immigrés sont inégalement exposés au risque de chômage selon leur pays d'origine.

D'après le tableau 31, les maghrébins et les Africains subsahariens sont davantage touchés par le risque de chômage.

Tableau 31 – Taux de chômage de la population immigrée résidant en France, en 2002

	Origine géographique			
	Ensemble des immigrés en %	**Portugal en %**	**Maroc en %**	**Afrique subsaharienne en %**
Ensemble	16	6	26	20
Hommes	15	6	23	18
Femmes	17	6	31	23

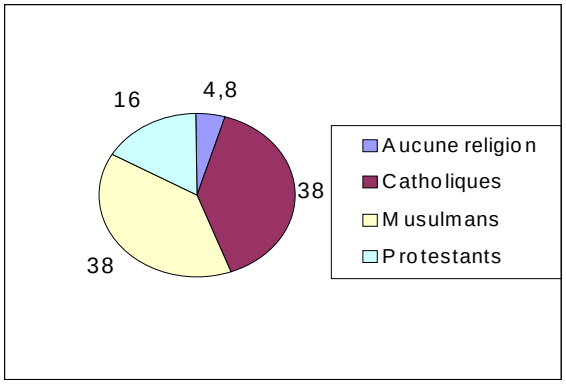
Source : Enquête INSEE emploi, 2002-2004.

Au sein de la population immigrée, les personnes ayant acquis la nationalité française sont moins touchées par le chômage (11,3 % contre 18,6 %). En effet, ces dernières résident en moyenne depuis plus longtemps en France et sont plus nombreuses à être arrivées à une époque où la situation du marché du travail était plus favorable. De plus, elles peuvent prétendre à un certain nombre d'emplois publics soumis à une condition de nationalité. Comme pour les autres actifs, les jeunes immigrés sont plus particulièrement atteints par le chômage en comparaisons à leurs aînés. Parmi les actifs immigrés âgés de 15 à 24 ans, un quart des jeunes hommes et un tiers des jeunes filles sont au chômage. Bien que diminuant avec l'âge, le taux de chômage des immigrés reste à un niveau élevé : en 2002, quelle que soit la tranche d'âge, le taux de chômage se situe à 10 %.

La pratique d'une religion

Les résultats de l'Enquête Migrants KABP menée en 2005 (cf. tableau 4) révèlent que la majorité des personnes enquêtées ont une religion. Parmi la population subsaharienne enquêtée, on relève une même proportion de musulmans et de catholiques, (soit 38 %), puis 16 % de protestants. Enfin, une faible part d'entre eux soit moins de 5 % ont déclaré n'avoir aucune religion (figure 10).

Figure 10 – Répartition en pourcentage des enquêtés dans l'enquête Migrants KABP, selon leur religion



Source : Enquête Migrants KABP 2005.

Le culte d'une religion occupe une place importante dans la vie des Africains enquêtés. 51 % de l'ensemble des personnes enquêtées ont déclaré pratiquer leur religion régulièrement. Les musulmans déclarent une pratique plus régulière que les catholiques (66 % *vs* 37 %).

La stratification par sexe démontre que les femmes sont majoritairement catholiques et les hommes musulmans. Le tableau 32 démontrent que 45 % des femmes africaines interrogées étaient de religion catholique (*vs* 31,8 % de musulmanes) et 45 % des hommes étaient musulmans (*vs* 31 % catholiques). Ce résultat est toutefois à considérer avec précaution puisque l'échantillon enquêté peut sous estimer le nombre de femmes musulmanes. En effet, ces dernières peuvent s'avérer plus réticentes à répondre à un questionnaire sur leur connaissance et comportements sexuels.

Tableau 32 – Type de religion des enquêtés subsahariens au cours de l'enquête Migrants KABP 2005

	Type de religion					
	Catholique en %	**Musulman en %**	**Protestant en %**	**Autres en %**	**Pas de religion en %**	**Total**
Homme	30,8	45	15,3	2,9	5,9	100
Femme	44,9	31,8	16,5	2,9	3,8	100

Source : Enquête Migrants KABP 2005 (Analyse descriptive recueillie auprès d'Elise Marsicano).

3. Santé et accès aux soins des immigrés subsahariens

Cette troisième partie consiste, tout d'abord, à présenter les données disponibles sur la santé des immigrés subsahariens résidant en France et à mettre en évidence les pathologies les plus fréquemment déclarées. Nous décrirons par la suite les possibilités en termes de protection sociale pour les immigrés en France et ce qui est effectivement constatée sur le terrain (selon les données disponibles du Comede et de Médecins du Monde).

3.1 État de santé et principales pathologies des immigrés subsahariens en France

« *La santé des étrangers et des immigrés, a fortiori celle des personnes d'origine étrangère ou immigrées, sont en France des réalités mal connues et peu étudiées. Dans les données de routine, telles que celles produites par l'INSEE dans les enquêtes décennales sur la santé, par le Service commun de la mortalité de l'INSERM, par le Réseau National de Santé Publique sur les maladies à déclaration obligatoire, par les caisses d'assurance maladie sur la consommation de soins, pour n'en citer que quelques exemples, les critères de nationalité et de naissance apparaissent rarement et, lorsqu'ils existent au niveau du recueil de l'information, ne font guère l'objet d'exploitation et de diffusion* » (Fassin, 1998).

Dix ans après ce constat, les données épidémiologiques sur la mortalité et la morbidité des immigrés restent rares. Une compilation de différentes sources de données permettra d'effectuer une observation la plus exhaustive possible de la situation. En ce qui concerne la population en situation régulière, nous nous appuierons essentiellement sur les rapports de l'ANAEM et sur les données de

l'enquête décennale de santé de l'INSEE menée en 2002-2003. Les données du secteur associatif (Comede et Médecins du Monde) permettront d'appréhender la situation des personnes en situation irrégulière.

Données concernant les personnes en situation régulière

La visite médicale de l'ANAEM **constitue une étape obligatoire** pour l'ensemble des étrangers admis à séjourner en France (pour une durée supérieure à 3 mois). La visite médicale comprend une batterie de tests de santé (défini par l'arrêté du 11 janvier 2006), incluant :
- examen clinique général,
- examen radiographique des poumons,
- vérification du statut vaccinal.

D'une manière générale, les immigrés d'Afrique subsaharienne paient un plus lourd tribut aux maladies en comparaison aux autres immigrés. Selon le rapport de l'ANAEM[22], 39,5% des immigrés subsahariens ayant réalisé un bilan de santé en 2007 auprès de l'ANAEM présentent au moins une pathologie (624/1 566). Le tableau 33 met en évidence une disproportion évidente entre le taux de pathologies des hommes et des femmes subsahariens comparés aux autres immigrés. On remarque que les hommes subsahariens présentent plus fréquemment une pathologie en comparaison aux femmes (40,2 % *vs* 38,4 %).

Tableau 33 – Répartition du taux de pathologies relevées dans les fiches médicales des primo migrants, selon la région d'origine et le sexe, en 2007, dans les bilans de santé réalisés par l'ANAEM, en pourcentage et effectif

	Effectifs		**Pourcentage des personnes présentant des pathologies**	
	Hommes	**Femmes**	**Hommes**	**Femmes**
Europe	66	58	8,2	7,3
Asie	107	136	12,3	17,3
Maghreb	219	173	27,3	22
Afrique subsaharienne	322	302	40,2	38,4
Amériques	75	108	9,3	13,7
Sous total	**789**	**777**		
Total	**1566**		**100**	**100**

Source: Rapport sur la santé des primo migrants ANAEM 2007.

[22] L'ANAEM est un établissement public administratif de l'État, créé par la loi du 18 janvier 2005. Cette agence est chargée, sur l'ensemble du territoire, de l'accueil des étrangers titulaires pour la première fois d'un titre les autorisant à séjourner durablement en France. Elle accompagne les étrangers dans leurs procédures administratives, assurant le contrôle médical. Les données présentées dans le rapport sont issues d'une étude réalisée à partir des résultats de 8 119 visites médicales obligatoires au cours de l'année 2007 dont 17 % des consultants étaient d'origine subsaharienne (1 410/8 119 fiches). Les immigrés maghrebins et asiatiques représentant respectivement 34,4 % et 22,5 % sont les deux groupes majoritaires de consultants.

Le fort taux de morbidité de la population subsaharienne en comparaison à la population générale des immigrés s'explique par une prévalence très élevée du paludisme dans cette population. En Effet, le paludisme représente 56 % des pathologies relevées parmi les patients immigrés subsahariens qui sont atteints du paludisme. Les autres immigrés présentent des taux plus élevés de maladies chroniques ou de dermatose (tableau 34). Aucune différence n'est relevée entre les hommes et les femmes d'origine subsaharienne concernant les prévalences des maladies, à l'exception du taux de thyroïdie qui est naturellement plus important parmi la population féminine (tableau 35).

Bien que cette population ne soit pas représentative de l'ensemble de la population des immigrés subsahariens, cette source d'information apporte un aperçu sur la situation sanitaire des primo migrants. A l'heure actuelle, l'ANAEM représente une offre de service majeure dans le champ de la prise en charge sanitaire et sociale des immigrés en permettant à tout immigré ayant obtenu un titre de séjour de bénéficier au moins d'un contact avec un professionnel de la santé.

Tableau 34 – Pathologies observées parmi les primo migrants subsahariens comparées aux immigrés maghrébins et européens selon la région d'origine, au cours des bilans de santé réalisés par l'ANAEM, en pourcentage et effectif

	Afrique subsaharienne		**Maghreb**		**Europe**	
	Effectif	**Pourcentage**	**Effectif**	**Pourcentage**	**Effectif**	**Pourcentage**
Paludisme 1 (datant d'au moins deux ans)	391	56	53	14	14	10,8
Paludisme 2 (datant de moins de deux ans)	116	16.8	4	1	1	0,7
Dermatose	36	5,2	80	21	25	19,3
Hypertension artérielle	40	5,9	65	17,3	28	21,7
Diabète	36	5,2	60	16	30	23,2
MCV	12	1,7	31	8,2	7	5,4
Tuberculose	12	1,7	20	5,3	11	8,5
Thyroïdie	11	1,5	22	5,8	2	1,5
Gen-ur	15	2,2	20	5,3	2	1,5
Handicap	6	0,8	13	3,4	6	4,6
Pathologie mentale	4	0,5	6	1,6	3	2,3
Drépanocytose	9	1,3	1	0,2	0	0
Total	688	100	375	100	129	100

Source : Rapport sur la santé des primo migrants ANAEM 2007.

Tableau 35 – Répartition des pathologies parmi des primo migrants subsahariens, selon le sexe, en 2007, dans les bilans de santé réalisés par l'ANAEM, en pourcentage et effectif

	Homme	Femme	Total	Part des femmes en %
Paludisme 1	208	183	391	46,7
Paludisme 2	54	62	116	53,4
Dermatose	18	18	36	50
HTA	24	16	40	40
Diabète	19	17	36	47,2
MCV	6	6	12	50
Tuberculose	6	6	12	50
Thyroidie	1	10	11	91
Gen-ur	6	9	15	60
Handicap	2	4	6	66,6
Pathologie mentale	3	1	4	25
Drépanocytose	5	4	9	44,4
Total	352	336	688	100

Source : ANAEM, 2007.

Prévalence en maladies infectieuses

Les personnes originaires d'Afrique subsaharienne se caractérisent par une prévalence élevée face à l'infection du VIH/Sida et des hépatites virales B (VHB) et C (VHC). Les données de l'ANAEM ne considèrent pas cet aspect puisque le bilan de santé n'inclut pas le dépistage le test du VIH/Sida et des sérologies en VHB et VHC. Au cours de l'année 2007, les personnes originaires d'Afrique subsaharienne sont, de loin, les plus touchées par l'épidémie. En effet, ils présentent un taux d'incidence de séropositivité de 431 cas pour 100 000 habitants. L'épidémie de VIH, parmi les personnes originaires d'Afrique subsaharienne,, se caractérise par un mode de contamination très majoritairement hétérosexuel : 98 % des personnes ayant découvert leur séropositivité entre 2003 et 2007 ont été contaminées par voie hétérosexuelle (Le Vu *et al.*, 2008).

À l'heure actuelle, on note une diminution de l'infection chez les femmes depuis 2003 et chez les hommes depuis 2005. Ainsi, en 2007, 71 % des personnes étrangères infectées par le VIH étaient d'origine subsaharienne. La part des femmes était de 82 % et celle des hommes de 58 %.

Dans le rapport de l'InVS (Institut National de Veille Sanitaire) (InVS, 2007) il est souligné que peu de données de prévalence du VIH sont disponibles pour l'ensemble de la population étrangère vivant en France. L'enquête transversale réalisée en 2004 sur le profil des consultants dans les centres de dépistage anonyme démontre que la plus forte prévalence est retrouvée parmi les consultants immigrés (2,61 %) et particulièrement chez les personnes originaires d'Afrique subsaharienne (4,78 %).

L'Île-de-France est par ailleurs une des régions les plus touchées par l'épidémie; Paris et la Seine-Saint-Denis sont les départements les plus affectés par le VIH. L'épidémie en Île-de-France se caractérise en 2006 par une proportion très élevée de découvertes de séropositivité parmi les

personnes de nationalité étrangère : 62 % en Île-de-France contre 29 % dans le reste du territoire métropolitain. Parmi eux, 82 % sont originaires d'Afrique subsaharienne (ORS, 2008).

La plupart des immigrés vivant avec le VIH proviennent essentiellement du Cameroun (24 %), de la Côte d'Ivoire (22 %), du Congo Brazzaville (13 %), du Mali (6 %) du Sénégal (5 %) et enfin de Guinée (5 %). Principalement, les immigrés subsahariens ont été dépistés avec une infection stade VIH 2 (soit pour 91 %). Parmi eux, 50 % proviennent de la Côte d'Ivoire, 10 % du Mali et 9 % du Sénégal.

En ce qui concerne le VHB, les conclusions sont les mêmes que pour le VIH. La prévalence en France est plus élevée chez les personnes nées en Afrique subsaharienne que dans le reste de la population. Les estimations en France les plus élevées de la prévalence de VHB sont observées pour les personnes nées en Afrique subsaharienne (InVS, 2006). Les personnes immigrées d'Afrique subsaharienne sont 5,25 fois plus atteintes que la population générale française (InVS, 2006). À titre de comparaison, la prévalence de VHB pour les immigrés provenant d'Afrique du Nord est de 0,24, pour la population générale de 0,55 et pour les ressortissants du Moyen Orient de 2,45.

Cependant, malgré une prévalence élevée, plus de la moitié ne connaissent pas leur statut sérologique (InVS, 2006).

L'étude de 2004 démontre également une influence importante de la précarité sociale sur le taux de prévalence de l'infection chronique du VHB. Il s'avère que la prévalence du portage du VHB est près de quatre fois plus élevée chez les personnes bénéficiaires de la CMUC (CMU Complémentaire) que chez les non bénéficiaires. Étant donné qu'un nombre important d'immigrés bénéficie de ce type de couverture (cf. partie sur la couverture médicale des immigrés subsahariens), ces derniers peuvent rencontrer des difficultés dans l'accès aux soins et ne pas recourir de manière systématique à des dépistages de sérologie VHB (ou VIH/Sida ou VHC).

Par ailleurs, il a été noté une méconnaissance généralisée de la part de la population générale sur les risques de contagion, des modes préventifs et des complications dues aux hépatites (Epi ethno, 2006). En outre, les premiers témoignages recueillis auprès d'une population d'Afrique subsaharienne non sensibilisée au dépistage et non vaccinée montrent un amalgame avec le VIH, l'absence de lien avec des relations sexuelles non protégées, l'ignorance totale de l'existence d'un vaccin, des craintes sur leur survie et la capacité de vivre une relation de couple et de créer une famille (Epi ethno, 2006).

La santé perçue des immigrés

De manière complémentaire, l'enquête décennale 2002-2003[23] apporte des informations qualitatives sur l'état de santé des immigrés en France. Elle questionne notamment les immigrés sur leur perception de leur état de santé. Le premier constat qui en découle est que, d'une manière générale, les immigrés se perçoivent en moins bonne santé que les français nés en France. L'hypothèse de sélection liée à la migration selon que les immigrés présentent une meilleure santé que la population même du pays d'origine est contrebalancée par un effet délétère de la situation socio-économique vécue en France par les immigrés. En effet, les immigrés en France sont confrontés à une multitude de situations délicates relevant des conditions difficiles de travail, de la perte du réseau social, des difficultés à accéder aux soins, une méconnaissance du système français…

[23] L'enquête décennale Santé est une enquête réalisée par l'IRDES (Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé) auprès de personnes vivant en ménage ordinaire. Elle exclut par définition la population vivant en ménage collectif ou en situation de grande précarité (catégories dans lesquelles les personnes d'origine étrangère sont surreprésentées). Il est important toutefois de préciser que la population étudiée dans cette étude n'est pas représentative de l'ensemble de la population des immigrés (se reporter à la représentativité de la population dans le tableau 4).

De la même manière que les immigrés d'Europe centrale, d'Europe du Sud, du Maghreb, de la Turquie et d'Asie, les immigrés d'Afrique subsaharienne se déclarent en plus mauvaise santé que les Français nés en France ou dans les DOM-TOM. En effet, ils se perçoivent 1,5 fois plus en mauvaise santé que les français nés en France ou dans les DOM-TOM.

En revanche, les immigrés originaires d'Europe du Nord se distinguent par une meilleure perception de leur état de santé comparés aux précédents groupes d'immigrés mais également comparés à la population née en France.

Les pays d'Europe du Nord présentent un niveau de vie plus élevé et un niveau de développement plus important. Jusot *et al.* suggèrent, en effet, que le bon état de santé des personnes originaires des pays d'Europe du Nord pourrait être en partie lié au fait que leurs conditions de vies sont en moyenne plus favorables que les conditions des personnes provenant du Maghreb ou de l'Afrique subsaharienne. Par ailleurs, les analyses statistiques mettent en évidence un effet protecteur à long terme du niveau de développement du pays (Jusot, 2008).

Les données issues du secteur associatif

Les données issues du secteur associatif doivent être considérées avec une certaine précaution puisqu'elles ne représentent pas la majorité des immigrés subsahariens résidant en France. Elles sont représentatives d'une population précarisée mais dont l'accès aux soins est intéressant à décrire en raison de l'importance de leurs besoins en santé.

Le Comede

De la même manière que Médecins du Monde, le Comede[24] représente une source d'information complémentaire à celle de l'ANAEM puisque ces deux structures visent des populations en situation de grande précarité. À titre informatif, la population du Comede est composée de 75 % de demandeurs d'asile.

D'une manière générale, les immigrés en situation irrégulière se caractérisent par une forte vulnérabilité face à leur santé et présentent d'importants besoins en soins. Ils subissent une double épreuve dans leur parcours migratoire suite à l'expérience de l'exil (traumatisme de la séparation avec le pays d'origine…) et en raison des conditions précaires dans lesquelles ils vivent en France. L'analyse des consultations médicales réalisées au Comede souligne l'importance des problèmes de santé parmi les patients originaires d'Afrique subsaharienne.

Le Comede : le Comité Médical pour les Exilés a été créé en 1979 par la Cimade, Amnesty International et par le Groupe accueil solidarité, pour la promotion des exilés en France. À l'heure actuelle, le Comede possède deux centres de santé (Aubervilliers, Kremlin Bicêtre) ayant pour objectif l'accueil et la prise en charge médico-psycho-sociale des exilés en France. Ces centres proposent des activités d'accueil et de soins gratuits par l'écoute, des soins médicaux, infirmiers, psychologiques et sociaux.

[24] En 2008, 4 591 patients ont été accueillis dans les deux centres du Comede. Les subsahariens y représentaient une part de 50 %.

La moitié des patients ayant eu recours au Comede a été orientée par des relations personnelles et l'autre moitié par des associations spécialisées telles qu'AIDS, le GISTI, le Secours catholique, Médecins du Monde… Comme le démontre le tableau 36, les consultants originaires d'Afrique subsaharienne proviennent des principales zones de l'immigration subsaharienne en France.

L'observation des patients suivis au Comede menée depuis 2002 met en évidence trois principaux groupes de pathologies : 1) les maladies infectieuses, 2) les maladies chroniques, 3) les psycho-traumatismes. Les immigrés d'Afrique subsaharienne sont plus fréquemment atteints par des maladies infectieuses et des psycho-traumatismes. D'après le tableau 37, on remarque que ce sont les immigrés d'Afrique centrale qui paient le plus lourd tribut aux maladies.

L'Afrique de l'Ouest est particulièrement touchée par le VHB avec un taux de 14,5 % soit deux fois plus que le taux global des patients du Comede (6 %) en 2008. Concernant le VIH, les immigrés d'Afrique centrale (3,6 %) et d'Afrique de l'Ouest (1,8 %) présentent une prévalence plus importante que celle des patients du Comede en 2008 se situant à 1,4 %. Les psycho-traumatismes semblent particulièrement fréquents parmi la population subsaharienne ; ainsi, les immigrés d'Afrique australe, centrale et de l'Est présentent des taux bien plus importants que celui du taux global des patients du Comede en 2008. On note que 1,5 % des immigrés d'Afrique de l'Est et d'Afrique centrale présente des troubles psycho-traumatismes sévères.

Tableau 36 – Répartition des principaux pays des immigrés subsahariens ayant consulté au Comede au cours de l'année 2008, en pourcentage et effectif

Principales nationalités	Effectif	Pourcentage	Âge moyen	Part des femmes en %
République Démocratique du Congo*	545	11,8	35	52
Mali	357	14,2	34	22
Guinée Conakry	231	9,2	29	35
Cote d'ivoire	182	7,2	33	42
Mauritanie	171	6,8	35	12
Congo	166	6,6	35	51
Cameroun	143	5,7	37	55
Sénégal	95	3,8	38	24
Angola	69	2,7	35	35
Nigeria	67	2,6	31	27
Togo	44	1,7	37	34
Sierra Leone	37	1,47	31	30
Soudan	18	0,7	31	17
Comores	23	0,9	41	65
Autres**	157	6,2	Nd***	Nd***
Total	2 305	100	0	0

* Pour des raisons historiques, il y a eu une agrégation des données des nationalités zairoises et congolaises démocratiques.

** Correspond aux autres pays subsahariens dont la part des immigrés reste minoritaire.

*** Données non disponibles.

Stratification selon les nationalités des pays

D'après le tableau 38, les immigrés d'Afrique centrale déclarent plus fréquemment des pathologies chroniques, des psycho-traumatismes et des tuberculoses. Ils présentent également des taux importants d'infection au VIH. Les pays d'Afrique de l'Ouest se caractérisent davantage par des maladies infectieuses telles que le VHB et aussi le VIH. En effet, ces derniers présentent des taux très élevés de VHB allant de 7 % à 20 % des patients d'Afrique de l'Ouest. Le VIH touche de manière importante l'ensemble des immigrés subsahariens, à l'exception des Sénégalais et des Soudanais.

Médecins du Monde

Les CASO de Médecins du Monde (au nombre de deux en Île de France situés à Paris et à la Plaine St Denis) proposent des consultations sociales et médicales aux patients. Bien que la majorité des patients soit orientée vers d'autres structures afin de bénéficier d'une prise en charge complète[25], à ce premier contact, les professionnels de Médecins du Monde soulignent l'importance de problèmes de santé des populations immigrées en France.

En 2008, le rapport d'activités de l'association démontre que les patients d'origine subsaharienne sont plus fréquemment atteints par des maladies infectieuses telles que le VIH/Sida, les atteintes hépatiques et la tuberculose, en comparaison aux autres immigrés (notamment Afrique du Nord et Europe de l'Est).

VIH/Sida

Les deux CASO reportent des taux de prévalence supérieurs pour les populations originaires d'Afrique subsaharienne. Le taux de prévalence de VIH/Sida parmi la population subsaharienne consultante au CASO St Denis est de 2,19 % (tableau 39) et de 3,5 % dans le CASO Paris. (Médecins du Monde, CASO La Plaine Saint Denis et Paris, 2009).

Atteinte hépatique B

Les prévalences les plus importantes sont relevées en ce qui concerne les infections hépatiques. Le CASO de St Denis présente un taux de prévalence du portage de VHB de 12,6 % (24/190) (tableau 39) parmi les patients subsahariens. Le taux global de prévalence parmi les patients du CASO Paris est de 7,2 % (68/945) dont les taux sont les importants parmi la population subsaharienne.

Atteinte hépatique C

Le CASO de St Denis présente un taux de prévalence du VHC de 3,2 %parmi les patients subsahariens et le CASO de Paris une prévalence de 7,6 % (72/951) parmi l'ensemble des patients du CASO. L'importance du taux de séropositivité au VHC dans ce CASO vient sans doute du fait que les ressortissants du Cameroun sont nombreux. Or le Cameroun est un pays qui présente une forte prévalence de l'hépatite C en raison d'une importante transmission iatrogène du virus lors des campagnes de vaccination qui ont eu lieu dans les années 1940 (Nerrienet, 2005) ; mais il est important de mener des recherches complémentaires visant à comprendre les spécificités de cette population en comparaison à d'autres populations fortement atteintes par le VHC ou d'autres populations originaires d'Afrique subsaharienne.

[25] Une majorité d'immigrés en situation précaire se rendent au CASO de Médecins du Monde avant de recouvrer leurs droits à une couverture maladie et d'être orientés vers le système de droit commun.

Tuberculose

Parmi les patients atteints par la tuberculose au CASO de Paris en 2008, environ la moitié des personnes concernées (53 %) étaient nées en France, 17 % en Afrique subsaharienne, 13 % en Afrique du Nord, 7 % en Asie, 5,3 % dans d'autres pays de l'Union européenne et 2,4 % en Europe (hors Union européenne). En France métropolitaine, le taux de déclaration chez les personnes nées à l'étranger était environ huit fois supérieur à celui observé chez les personnes nées en France (42,0 *vs* 5,1 pour 100 000, $p<0,001$). Le taux de déclaration le plus élevé concernait les personnes nées en Afrique subsaharienne (159,1 pour 100 000). Le taux pour 100 000 était de 57,3 parmi les personnes nées en Asie, de 30,8 parmi les personnes nées en Afrique du Nord et de 18,3 parmi les personnes nées en Europe (sans la France) (Médecins du Monde, CASO La Plaine Saint Denis, 2008).

Tableau 37 – Taux de prévalence observés parmi les patients du Comede selon leur région d'origine.
Taux pour 1 000 personnes parmi les 18 996 patients accueillies en médecine au cours de la période 2002-2008

Région	Anguillulose intestinale*	Asthme persistant	Bilharziose urinaire	Diabète	MCV**	Psycho-traumatisme sévère	Tuberculose	VHB	VHC	VIH
Afrique australe	0	3	0	59	127	88	20	10	10	10
Afrique centrale	27	11	2	36	94	128	14	65	31	36
Afrique de l'Est	12	6	1	0	12	156	12	29	12	12
Afrique de l'Ouest	13	28	41	25	47	79	8	145	8	18
Maghreb	*	12	**	76	59	81	2	10	10	2
Asie centrale	*	5	**	5	28	28	9	94	103	0
Asie de l'Est	12	16	**	40	64	56	0	120	24	0
Asie du Sud	34	17	**	54	37	44	6	14	9	<1
Europe de l'Est	*	4	**	10	19	85	3	41	26	<1
Moyen Orient	*	0	0	8	45	90	0	15	90	8
Taux global (effectif 18 996)	21	16	10	37	53	81	8	62	18	14

Source : Rapport d'observation et d'activité du Comede en 2008.

* Anguillulose intestinale présente en zone intertropicale.

** MCV : Maladie cardio-vasculaire.

Les cases colorées correspondent aux taux de prévalence supérieurs au taux global de l'ensemble des patients du Comede.

Tableau 38 – Taux de prévalence des pathologies observées parmi les patients subsahariens du Comede
Taux pour 1 000 personnes parmi les 18 996 patients accueillis en médecine au cours de la période 2002-2008

Région d'Afrique subsaharienne	Pays	Anguillulose intestinale*	Asthme persistant	Bilharziose urinaire	Diabète	MCV	Psycho-taumatisme sévère	Tuberculose	VHB	VHC	VIH
Afrique australe	***Ensemble***	***0***	***3***	***0***	***59***	***127***	***88***	***20***	***10***	***10***	***10***
Afrique centrale	***Ensemble***	***27***	***11***	***2***	***36***	***94***	***128***	***14***	***65***	***31***	***36***
	Angola	49	2	4	37	79	120	29	88	49	22
	Cameroun	13	9	0	44	106	106	9	95	51	57
	Congo	12	10	3	45	84	128	12	67	17	40
	Congo RD	29	13	1	33	97	130	12	55	28	32
	Rwanda	27	14	0	41	122	243	27	14	41	95
Afrique de l'Est	***Ensemble***	***12***	***6***	***1***	***0***	***12***	***156***	***12***	***29***	***12***	***12***
	Soudan	15	0	15	0	0	90	15	45	0	0
Afrique de l'Ouest	***Ensemble***	***13***	***28***	***41***	***25***	***47***	***79***	***8***	***145***	***8***	***18***
	Côte d'Ivoire	12	13	3	32	57	105	2	125	20	42
	Guinée Conakry	30	7	8	18	36	158	8	122	7	16
	Mali	0	55	94	31	53	25	6	206	4	12
	Mauritanie	2	30	65	10	32	35	8	150	5	12
	Nigeria	26	22	4	22	37	114	11	77	7	22
	Sénégal	16	51	31	35	74	27	8	156	8	4
	Sierra Leone	53	20	13	0	60	167	7	140	7	33
	Togo	10	19	0	87	96	163	0	58	0	10
Taux global (effectif 18 996)		**21**	**16**	**10**	**37**	**53**	**81**	**8**	**62**	**18**	**14**

Source : Rapport d'observation et d'activité du Comede en 2008.

* Anguillulose intestinale présente en zone intertropicale.

Les cases colorées correspondent aux taux de prévalence supérieurs au taux global de l'ensemble des patients du Comede.

Tableau 39 – Prévalence du VIH et des hépatites selon l'origine des patients dépistés dans le cas de St Denis, en 2007, en effectif

	Dépistage CASO St Denis					
	VIH		VHB		VHC	
Origine	N	Taux de prévalence	N	Taux de prévalence	N	Taux de prévalence
Afrique subsaharienne	183	2,18	190	12,6	189	3,2
Afrique du Nord et Moyen Orient	99	0	100	2	101	5,9
Europe de l'Est	156	0	170	7	162	1,9

Source : Rapport d'activités Médecins du Monde, 2008.

3.2 Protection sociale des immigrés subsahariens en France

En fonction de leur statut administratif, les immigrés résidant en France peuvent recourir à différentes modalités de couverture médicale (régime général et régime d'exception). L'assurance maladie qui relève du régime général est attribuée uniquement à des immigrés en situation régulière et permet aux salariés et ayants droit de bénéficier de la Sécurité sociale, de la CMU et de la CMUC.

Deux autres dispositifs d'exception ont été mis en place. L'Aide Médicale d'État (AME) concerne les personnes en situation irrégulière (sous condition d'une durée de séjour de plus de trois mois) et les fonds « soins urgences » attribués à des immigrés en grande précarité exclus des deux précédentes modalités.

Cadre théorique de la législation en matière de protection maladie des immigrés

L'assurance maladie a pour but de fournir une protection contre la maladie aux assurés et à leurs ayants droit (essentiellement leur famille). Elle couvre les frais de maladie, de maternité, d'accidents du travail, d'invalidité et de décès. Les immigrés peuvent avoir recours à l'assurance maladie dans le cas où ils sont titulaires d'un titre de séjour (dont la liste est spécifique) et résident en France (le cas particulier des titulaires de la carte « retraité »). Ils sont également soumis aux mêmes principes de cotisations sociales que pour les ressortissants français pour accéder à cette ouverture maladie. Toutefois, les personnes dont les revenus sont les plus faibles ont également le droit à une protection en matière de santé et à la dispense d'avance de frais, dans le cadre de la CMU (Assurance maladie, 2004).

Couverture Maladie Universelle

Mise en place par la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999, la CMU concerne à l'heure actuelle 4,8 millions de personnes. La CMU est une porte d'entrée au régime général en faveur de l'ensemble des personnes ne bénéficiant pas de droits ouverts par leur statut de travailleurs ou d'ayant droit. La CMU donne

droit à la quasi-totalité des prestations en nature de l'assurance maladie (remboursement de toutes sortes de frais médicaux) avec une dispense du paiement des cotisations. Quel que soit le titre d'entrée, dans ce système, les prestations en nature accordées (c'est-à-dire l'ensemble des soins pris en charge) sont identiques à celles de l'assurance maladie du régime général des travailleurs salariés et de leurs ayants droit.

Qui peut en bénéficier ?

- Tout résidant de manière stable en France ayant justifié d'au moins trois mois de résidence (applicable à tous, français ou immigrés).
- Les immigrés possédant un titre de séjour en cours de validité ou un document attestant leur demande de renouvellement du titre de séjour, ou encore une attestation de dépôt de demande d'asile (sous condition de résidence régulière).
- Toute personne non couverte par un régime d'assurance maladie obligatoire à un autre titre.

NB : La CMU inclut le versement d'une cotisation mensuelle proportionnelle aux revenus pour les gens disposant de ressources dépassant ce seuil.

Couverture Maladie Universelle Complémentaire

La CMUC est une protection maladie complémentaire de service public, gratuite, sans condition de ressources, dont le contenu est défini législativement. Les cotisations sont prises en charge par l'État et par une contribution des organismes complémentaires (fonds CMU). La CUMC est gratuite et renouvelable chaque année.

Elle est gérée par la caisse d'assurance maladie ou par un organisme complémentaire privé inscrit sur une liste établie par le préfet de chaque département. La CMUC prend en charge les dépenses restant à la charge après l'intervention des régimes de base de sécurité sociale (tels que le ticket modérateur et les dépenses hospitalières…). L'admission à la CMUC permet une dispense totale d'avance des frais. En outre, les professionnels de santé ont l'obligation de respecter les tarifs reconnus par la sécurité sociale (pas de dépassement d'honoraires autorisés pour un patient bénéficiant de la CMU-C).

Qui peut en bénéficier ?

- Toute personne affiliée à un régime obligatoire d'assurance maladie (CMU de base inclue) justifiant de ressources inférieures au montant du plafond national fixé par l'État (ce plafond varie en fonction de la composition du foyer et des revenus des personnes qui seront également couvertes).
- Toute personne justifiant des conditions de résidence au même titre que celle de la CMU de base.

Aide Médicale d'État

L'AME est définie à l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles (paru au Journal Officiel du 23 décembre 2000) et au titre IV du décret du 2 septembre 1954 dans sa version modifiée par un décret du 28 juillet 2005.

Il s'agit d'une protection maladie pour les immigrés démunis exclus de l'assurance maladie en raison d'un séjour non régulier au sens de la réglementation de l'assurance sociale. Cette couverture santé permet la prise en charge :

- des dépenses de soins de consultations médicales à l'hôpital ou en médecine de ville,
- de prescriptions médicales,

- du forfait hospitalier, par application des tarifs servant de base au calcul des prestations de l'assurance maladie.

Les bénéficiaires de l'AME ne sont pas assurés sociaux et ne disposent pas de carte vitale (mais seulement d'une notification papier). Par ailleurs, ils sont dispensés de l'avance des frais, à l'hôpital ou en médecine de ville. Ainsi, l'AME prend en charge intégralement le ticket modérateur et le forfait journalier sur la base des tarifs de l'assurance maladie à l'exception des prothèses (notamment dentaires) et des dépenses en optique.

Qui peut en bénéficier ?

L'AME vise essentiellement les immigrés sans titre de séjour valide en France qui ne remplissent pas la condition de résidence et sont non éligibles à l'ouverture des droits en CMU de base. Depuis le 1er janvier 2004, l'adoption de l'article L251-1 du CASF (Code de l'action sociale et des familles) impose **une ancienneté de séjour de trois mois** sur le territoire français afin de bénéficier de l'AME.

Circulaire des soins urgents

Cette circulaire « soins urgents » a été mise en place le 16 mars 2005. Ce nouvel article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles prévoit la prise en charge des soins urgents des immigrés exclut de l'AME et de la CMU, « *dont l'absence de soins 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 dans les établissements de santé* ». Dans ce cadre, il a été défini une série de critères à laquelle sont soumis les bénéficiaires :

- les soins destinés à éviter la propagation d'une pathologie à l'entourage ou à la collectivité,
- les mineurs ne bénéficiant pas de l'AME,
- les examens de prévention réalisés durant et après la grossesse,
- les soins à la femme enceinte et au nouveau-né,
- les interruptions de grossesse pour motif médical ainsi que les avortements.

L'ensemble des frais (y compris le forfait journalier) sont pris en charge quelle que soit la structure de santé (établissement de santé, en hospitalisation ou dans le cadre de soins externes). Les bénéficiaires sont au même titre que l'AME, dispensés de l'avance des frais. Postérieurement aux soins délivrés à l'hôpital, la circulaire prévoit la prise en charge des médicaments prescrits lors de la délivrance des soins dans l'établissement, indispensables au succès du traitement engagé à l'hôpital.

Qui peut en bénéficier ?

Ce dispositif prend en charge les étrangers en situation irrégulière pendant les trois premiers mois de résidence et ceux ne bénéficiant pas de l'AME (demandes non effectuées, demandes en instance, personnes qui perçoivent des ressources supérieures au plafond, défaut de justification d'une présence supérieure à trois mois). Il ne prend pas en charge les étrangers en simple séjour en France titulaires d'un visa de court séjour et les ressortissants de l'Union européenne.

Protection maladie des immigrés subsahariens en France

Les données concernant la couverture médicale des immigrés en France restent rares. Ainsi, nous nous appuierons essentiellement sur les sources de données provenant du secteur associatif qui documentent de manière détaillée la couverture maladie de leurs patients. Ces données sont subordonnées à la même précaution que nous avons émise précédemment concernant la non représentativité de ces données. Cependant, la description de l'accès aux soins de cette population

nous fournit des informations sur les protections sociales effectives dont bénéficient les couches les plus vulnérables en termes de besoins en santé.

Médecins du Monde et Comede font état d'un nombre important de primo-consultants dépourvus de l'ouverture de leurs droits de base. Selon le Comede, la moitié soit 52 % des nouveaux patients qui se sont présentés en 2007 étaient dépourvus de protection maladie (dispense d'avance des frais par la CMU-C ou l'AME).

Le bilan de l'année 2007 (anciens patients et nouveaux patients) du Comede indique que 61 % des consultants ont finalement bénéficié d'une protection maladie intégrale. Parmi eux, 45 % ont bénéficié d'une protection maladie de base (CMU et CMU-C) et 16 % ont disposé de l'AME. Enfin, une minorité d'entre eux (1 %) a été exonérée du ticket modérateur pour les soins relatifs à une affection de longue durée.

Les données de Médecins du Monde témoignent également du nombre important d'immigrés subsahariens qui n'avaient pas encore accédé à une couverture maladie au moment où ils consultaient dans les CASO, quels que soient leurs droits (couverture maladie, CMU, AME) (tableau 40).

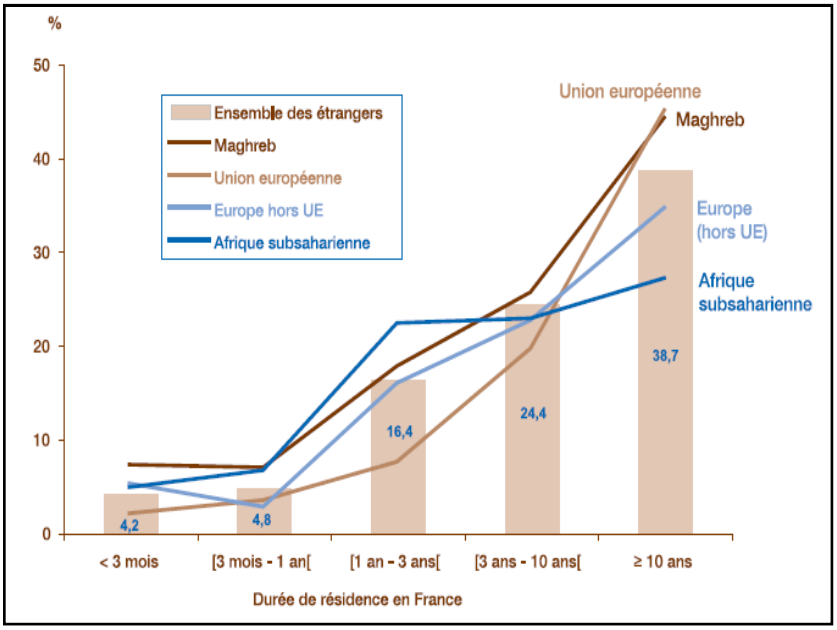
Tableau 40 – Ouverture des droits effectifs des patients ayant consulté dans les CASO en 2007, en effectif et pourcentage

	Droits effectifs			
	Ouverts		Non ouverts	
	%	N	%	N
Patients ayant droit à une couverture maladie	19,8	2 544	80,2	10 310
Patients relevant de l'assurance maladie : SS/CMU	35,4	1 687	64,6	3 074
Patients relevant de l'AME	10,6	857	89,4	7 236

Source : Rapport d'activités Médecins du Monde en 2007 (Médecins du Monde, 2008).

Les difficultés des immigrés dans l'accès à une couverture maladie persistent également parmi les patients qui ne sont pas primo-migrants sur le territoire en France (figure 11). Ainsi, un peu moins du quart des étrangers résidant en France depuis 3 à 10 ans ont des droits ouverts.

Figure 11 – Évolution de la part des étrangers disposant de droits ouverts à la couverture maladie selon le pays d'origine et la durée de résidence en France



Source : Rapport d'activités Médecins du Monde en 2007 (Médecins du Monde, 2008).

Les obstacles rencontrés par les immigrés dans l'accès aux droits et aux soins

On assiste actuellement à une fragilisation des dispositifs de protection médicale en faveur des immigrés résidant en France (AME et CMU).

Les difficultés que rencontrent les immigrés dans l'ouverture des droits en matière de santé se situent à **différents niveaux** du dispositif de protection maladie mais sont liées essentiellement à leurs situations de nouvel entrant dans le dispositif de protection sociale français et en raison de leur situation administrative.

Obstructions administratives

Méconnaissance des textes par les intéressés et par les professionnels

Il est fréquemment constaté que les immigrés méconnaissent leurs droits. En effet, la démarche d'accès aux soins en France est très différente de celle des pays d'origine. « *On constate une réelle méconnaissance des droits de la part des immigrés* » (Médecin Comede, Forum avec les collectifs de soutien aux immigrés, 2009, Montreuil) d'autant plus qu'ils sont des nouveaux entrants dans les différentes étapes du système de santé : lors de l'immatriculation et de l'affiliation, et dans les procédures d'admission. « *La complexité des textes, la multiplicité des administrations, des guichets, des procédures, des supports pouvant attester des conditions posées, renforcent la non application du droit, permettent aux pratiques restrictives ou illégales des administrations de se développer et favorisent la méconnaissance des droits et des procédures par les intéressés* ».

À cela s'ajoute également une méconnaissance de la part des professionnels de santé qui ne sont pas toujours informés de l'existence de deux caisses indépendantes (CMU et AME) basées sur la situation administrative de l'intéressé.

Séparation les prises en charge des dossiers AME et CMU

Avec la mise en place de la CMU, certaines caisses d'assurance maladie ont instauré une organisation de leur accueil discriminatoire, en instaurant la séparation des locaux de la CMU et de l'AME. Cela favorise la discrimination des personnes bénéficiant d'un traitement spécifique dans les guichets des caisses primaires d'assurance maladie.

Les erreurs et la non adaptation des professionnels face aux spécificités du public des étrangers

Le Comede observe ainsi un certain nombre de dysfonctionnements des caisses de la Sécurité Sociale. La majorité (soit 82 %) des obstacles rencontrés par les patients du Comede au cours de l'année 2007 ont été relevés dans le cadre de dysfonctionnements de procédures dans les centres de santé de la sécurité sociale (CSS).

Les erreurs principales concernent l'ouverture des droits pour l'obtention d'une Sécurité Sociale, d'une AME et de la CMU. De manière générale, les patients font état de refus d'instruction prioritaire, des erreurs concernant la régularité du séjour et des refus d'admission immédiate.

Les patients font également part de leurs difficultés d'accès au Centre de Sécurité Sociale par l'absence d'interprétariat, l'absence de traçabilité des dossiers et les problèmes de domiciliation et d'adresse. La barrière de la langue est un des obstacles les plus fréquemment déclarés.

La complexité de la situation de certains migrants rend la prise en charge multidisciplinaire nécessaire. **Leur situation n'est pas seulement une affaire médicale mais relève d'une composante sanitaire et sociale qui nécessite parfois une médiation culturelle**. Selon le Comede, la prise en charge des patients nécessite souvent une équipe pluridisciplinaire, dans laquelle les connaissances psychologiques et juridiques viennent compléter la formation médico-sociale de base. Or de nombreux services ne sont pas dans la possibilité d'offrir une prise en charge multidisciplinaire, ce qui contraint les immigrés à multiplier les démarches auprès de différents acteurs.

Obstacles politiques

L'AME a fait l'objet de nombreux débats politiques. À plusieurs reprises, elle a été menacée de suppression comme par exemple par la loi Pasqua en 1993, la Commission Sauvaigo en 1995. Actuellement, son maintien est conditionné par des exigences administratives de plus en plus restrictives.

Loi Pasqua en 1993

Le projet de loi initial proposé par Charles Pasqua en 1993 mentionnait la suppression de toute forme d'accès aux soins pour la population étrangère résidante en France, y compris pour les mineurs. Les réactions associatives et celle du Conseil de l'Ordre des médecins permettront « *in extremis* » que le gouvernement vote en faveur du maintien de l'aide médicale aux personnes sans titre de séjour. Cependant, cette aide médicale va s'exercer dans un climat de plus en plus xénophobe.

Commission Sauvaigo en 1995

« *L'aide médicale est une sorte de crédit à la consommation qui permet aux étrangers de piller notre système de protection sociale* ». Ce discours atteindra son apogée en 1995 avec la commission Sauvaigo dont l'objectif avancé est de durcir les « lois Pasqua ». En effet, la commission proposera que soient réservés aux sans-papiers « les seuls soins d'urgence ». Ces propositions radicales ne seront pas suivies et votées par le Gouvernement ; cependant, la notion de soins essentiels sera maintenue et retrouvée dans le projet de loi de finances 2004 (Lasne, 2003).

- Justifier de trois mois de résidence sur le territoire français

Depuis quelques années, on observe une tendance politique à restreindre l'application de l'AME. En décembre 2002, le gouvernement propose une suppression de la gratuité des soins pour les bénéficiaires et en 2003, le gouvernement instaure un délai de résidence de trois mois qui conditionne l'ouverture des droits à l'AME. Ces mesures sont cependant suspendues pour une durée inconnue, à ce jour.

Un difficile accès à la mutuelle complémentaire

Bien que la CMU de base et l'AME délivrent des soins gratuits, les immigrés malades ne peuvent pas bénéficier de continuité des soins sans le dispositif global (composé de sécurité sociale/CMU/AME supplémentée par la complémentaire) et sont dépourvus de remboursement des soins et examens complémentaires et des prises en charge des frais d'hospitalisation non urgente telles que les thérapies coûteuses, les bilans réguliers, les traitements réguliers pour les affections chroniques (hypertension, diabète…). Par conséquent, une partie de ces malades immigrés retardent le recours aux soins, parfois jusqu'à l'aggravation de leur état de santé. Une étude menée par l'INSEE en 2007 démontre l'existence de fortes inégalités dans l'obtention d'une complémentaire santé (Marical, 2007).

Les personnes vivant en situation très précaire, les familles mono parentales et les immigrés sont les moins couverts par la complémentaire santé (CMUC inclue). On constate que 46 % des Africains subsahariens ne sont pas couvert par la CMUC *vs* seulement 8 % des français. Les Africains (nord+subsahariens) ont six fois plus de risque de ne pas bénéficier d'une complémentaire santé en comparaison aux français nés en France.

Ces disparités peuvent être expliquées par différents facteurs :

- des facteurs culturels (peu de mutuelle de santé dans les pays d'origines subsaharienne),
- les besoins prioritaires des immigrés (les immigrés subsahariens sont des populations relativement jeunes. Est-ce que l'acquisition d'une complémentaire santé est une priorité dans leur situation de vie en France ?),
- les situations de précarité dans lesquelles vit une importante part des immigrés ne leur permettent pas financièrement d'entreprendre une mensualisation d'une complémentaire,
- des pratiques discriminatoires et refus de soin par les professionnels de santé contraignent certains bénéficiaires de la CMU et de l'AME à renoncer à utiliser les services de santé. Ces derniers sont, en effet, dispensés de l'avance des frais en ville comme pour les factures d'hôpital et de ce fait sont refusés par certains professionnels de santé,
- enfin, l'étude révèle l'importance du facteur urbain et met en évidence que les personnes résidant en zone urbaine ont 1,4 fois plus de risques de ne pas bénéficier d'une couverture complémentaire (spécialement le cas pour les immigrés subsahariens vivant majoritairement en ville et notamment en Île de France (60 %).

Difficultés d'accès auprès des permanences d'accès aux soins de santé

Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS), créées en 1998 au sein des hôpitaux, constituent une voie d'accès aux soins dispensés à l'hôpital public pour les personnes les plus démunies ne bénéficiant ni de l'assurance maladie ni de la CMU et de l'AME.

Les PASS ont pour mission d'accompagner les personnes en situation de précarité dans leur accès au système de santé et dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. En cas de

nécessité, les PASS peuvent organiser la prise en charge des consultations à l'hôpital, des examens et des médicaments. Le rapport de Médecins du Monde démontre d'une manière générale que les patients qui fréquentent les PASS présentent des pathologies lourdes, nécessitant l'expertise et le recours au plateau technique d'une structure hospitalière.

Pourtant, le nombre de PASS mis en place dans les hôpitaux reste encore insuffisant. Sur les 500 PASS prévues par la loi pour accueillir les personnes en situation de précarité, seules 369 ont été créées (dont une majorité ne remplit pas le cahier des charges). Le Comede observe ainsi que près de la moitié des PASS refuse des patients qui n'ont pas de droit à une couverture maladie. Or dans le cadre de leur mission, ils sont chargés de recevoir TOUS les patients en situation de précarité, quelle que soit leur situation administrative.

Les soins sont parfois différés en l'attente de l'ouverture des droits, ce qui peut conduire à un retard ou un non recours aux soins des patients nécessitant des soins urgents. Par ailleurs, certaines PASS ne fonctionnent pas en continue et leurs capacités d'accueil sont parfois saturées en raison des plages horaires limitées. Enfin, l'accès aux consultations spécialisées au sein de l'hôpital (dentaires, ophtalmologiques ou psychiatriques) est souvent difficile, de même que l'accès au plateau technique.

Bref aperçu du cadre législatif des PASS

Les hôpitaux publics ont notamment dans leurs missions l'accès aux soins des personnes démunies et la lutte contre l'exclusion sociale.

L'article L.6112-6 du Code de la santé publique (CSP), commenté dans la circulaire DH/AF1/DGS/SP2/DAS/RV3 du 17 décembre 98, dispose que *« les établissements publics de santé [...] mettent en place les* ***Permanences d'accès aux soins de Santé,*** *qui comprennent notamment des permanences médico sociales adaptées aux* ***personnes en situation de précarité,*** *visant à faciliter leur* ***accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits****. Ils concluent avec l'État des conventions prévoyant, en cas de nécessité, la prise en charge des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des traitements qui sont délivrés gratuitement à ces personnes ».*

Selon la même circulaire *:*

« Ces personnes doivent avoir accès aux soins dans les mêmes conditions que l'ensemble de la population, notamment dans le cadre de consultations de médecine générale à horaires élargis »

Source : (COMEDE, 2008).

4 Régularisation et maladie

4.1 Une législation récente et complexe

Historique législatif

En 1997, le gouvernement met en place un principe de non expulsion des étrangers gravement malades ne pouvant se soigner dans leur pays d'origine. Le droit au séjour pour raison médicale, appelé également « régularisation médicale » a été formalisé par la loi du 11 mai 1998 (Loi Chevènement), à l'initiative de plusieurs équipes médicales, d'associations et de services ministériels, et se trouve aujourd'hui défini par l'article L313-11 11° du Ceseda. Le dispositif législatif de la régularisation pour raison médicale comporte actuellement deux volets :

– La protection contre les mesures d'éloignements administratives d'une personne étrangère « *résidant habituellement en France dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale 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* » est prévue par l'article 25-8° de l'ordonnance de 1945 modifiée. L'article 131-30 du code pénal offre la même protection contre les éloignements judiciaires.

– Le droit au séjour pour toute personne étrangère remplissant les mêmes conditions est formalisé par la délivrance de plein droit d'une carte de séjour temporaire « vie privée et familiale » avec droit au travail, prévu à l'article 12 bis 11° de l'ordonnance de 1945 modifiée.

Cas particulier

Les droits concernant les personnes étrangères atteintes par le VIH sont régis par la CIRCULAIRE N°DGS/SD6A/2005/443 du 30 septembre 2005 relative aux avis médicaux concernant les personnes étrangères atteintes par le VIH, émise dans le cadre de l'application de l'article L 313-11 11° du Ceseda. Cette circulaire a été établie en raison de « *divergences d'appréciation quant à la possibilité d'accès effectif à la prise en charge médicale nécessaire dans les pays d'origine* ». D'une manière générale, un nombre restreint de personnes, au regard des besoins dans les pays, peut avoir effectivement accès aux traitements, avec des critères d'éligibilité stricts y compris dans les pays bénéficiant de programmes de soutien internationaux. Dans l'ensemble des pays en développement, il n'est donc pas encore possible de considérer que les personnes séropositives peuvent avoir accès aux traitements antirétroviraux ni à la prise en charge médicale nécessaire pour les porteurs d'une infection par le VIH.

Procédure d'obtention du titre de séjour pour régularisation médicale

Introduction de la demande et documents nécessaires

- La personne étrangère doit se présenter en personne à la préfecture pour y solliciter la délivrance d'un titre de séjour, de préférence auprès du « *bureau des étrangers* » de la sous-préfecture (et non auprès de la Ddass). Certains départements déconcentrent ces services dans les commissariats de police de certaines communes ou dans des centres d'accueil spécialisés.
- En cas d'existence d'une mesure d'éloignement antérieure et/ou d'un premier refus d'enregistrement au guichet, il faut se renseigner au préalable auprès d'une association ou d'un avocat spécialisé. Cependant, la seule existence d'un ancien « Arrêté de reconduite à la frontière non exécuté » ne suffit pas à dispenser le préfet d'un examen de la nouvelle situation.
- Pour une personne étrangère hospitalisée, les services sociaux de l'hôpital peuvent saisir par courrier la préfecture du lieu de domicile (et non celle du lieu d'hospitalisation). Néanmoins, le patient peut se trouver confronté à des difficultés complémentaires telles que les pertes de pièces administratives justificatives, (pièce d'état civil, quittance, certificat d'hébergement, passeport, photos...).

Documents imposés par la réglementation

Selon les articles R313-1 à R313-5, R313-20 et R313-22, toute personne étrangère, initiant une demande d'obtention du titre de séjour « vie privée vie famille » doit obligatoirement se munir :

- d'une pièce d'identité : toute pièce d'état civil, livret de famille (personne mariée et/ou avec enfant) ou extrait de naissance (célibataire),
- de 3 photographies d'identité,

- d'une preuve de l'ancienneté de présence en France (preuve par tout moyen),
- d'un rapport médical : dans le but de préserver le secret médical, le « rapport médical » doit toujours être délivré sous pli confidentiel, exclusivement consultable par le MISP (Médecin Inspecteur de Santé Publique). Certaines préfectures exigent la remise du rapport médical dès le dépôt de la demande, d'autres demandent à l'étranger de le transmettre lui même par la suite.

La décision médicale

La décision de délivrance de titre pour régularisation médicale fait intervenir deux autorités ayant un rôle complémentaire :

- D'un côté le MISP, chargé de rendre un avis sous forme d'un rapport médical[26] sur l'évaluation de ces trois points :
    - la nécessité d'une prise en charge médicale : la surveillance médicale en cas de pathologie éventuelle qui met en jeu le pronostic vital (Arrêt CE n°192881 préfet de police c/M. H.O. 17/02/1999),
    - l'évaluation de l'exceptionnelle gravité de la maladie qui relève de l'appréciation individuelle de chaque médecin, et repose en particulier sur le pronostic de l'affection en cause en l'absence de traitement (cette condition ne fait référence à aucune liste d'affection),
    - l'accès au traitement dans le pays d'origine. Le MISP doit évaluer également le risque d'exclusion au traitement que le patient encourt dans son pays d'origine.

Les Fiches pays : Les fiches pays recensent les capacités sanitaires des pays d'origine par grands types de pathologies, mise en place le 24 juillet 2006. Elles ont été réalisées par l'intermédiaire des Ambassades des pays concernés (en incluant le ministère Intérieur français, ministère des Affaires sociales, Affaires étrangères, plusieurs MISP). Malgré des résistances provenant du secteur associatif, les 30 fiches ont été mises en ligne en intranet (uniquement consultable par les MISP et les préfets). Deux aspects inquiètent l'Observatoire de la santé des étrangers (OSDE) :
- la remise en cause de la notion d'accessibilité aux soins des personnes dans leur pays,
- le renforcement du pouvoir des préfets au dépend de celui des médecins (violation du secret médical).

- De l'autre côté, le préfet (bureau des étrangers) est chargé de la décision d'admission au séjour, suite à la consultation de l'avis médical. Il va conjointement vérifier si l'intéressé répond aux deux conditions administratives exigées :
    - la condition de résidence habituelle en France. La circulaire du 12 mai 1998 précise qu'il est nécessaire de justifier d'un an d'ancienneté de séjour sur le territoire français : « […] *l'ancienneté du séjour [qui] sera appréciée avec souplesse et ne sera qu'exceptionnellement inférieure à un an* »,
    - l'absence de menace à l'ordre public (concerne notamment les étrangers condamnés pour des délits très graves et tend à s'étendre notamment à de nombreux sortants de prison).

[26] Le rapport médical doit être rédigé soit par un « médecin agréé » soit par un « praticien hospitalier » (art. R313-22 du Ceseda et Arrêté du 8 juillet 1999). Le coût de la consultation du médecin agréé doit être pris en charge par la protection maladie de l'étranger (AME/CMU). Il est utile de signaler à la Ddass les cas de dépassement d'honoraires observés et/ou de refus de prise en charge parfois motivés à tort par le fait qu'une telle consultation relèverait de l'expertise (non remboursable) et non du soin.

L'aide par des structures type COMEDE

Afin de bénéficier de cette régularisation, le Comede conseille aux immigrés de réaliser une analyse de leur situation afin d'évaluer si le recours à ce titre leur est possible, en considérant :

- le risque médical,
- les autres possibilités de régularisation,
- l'existence de mesures d'éloignement passées,
- l'existence d'éventuels refus antérieurs pour « trouble à l'ordre public ».

La consultation individuelle d'une association spécialisée ou d'un avocat spécialisé permet d'obtenir une réponse juridiquement fiable et d'envisager les méthodes appropriées pour faire valoir un droit éventuel.

Nature du titre de séjour obtenu et droits associés

Titre obtenu

En pratique, la personne étrangère est convoquée par écrit par la préfecture, pour venir chercher le résultat de sa demande. C'est à ce stade qu'est réclamé le paiement éventuel de la taxe de chancellerie. Toutefois, les personnes étrangères régularisées pour raison médicale sont expressément dispensés de la taxe de séjour[27] par l'article 1635-0 du Code général des impôts. Ils bénéficient d'un régime de faveur par rapport aux autres immigrés et sont soumis seulement à une taxe de chancellerie (50 €/120 €) dans certains cas seulement, et à la taxe sur le renouvellement des autorisations de travail (55 €). Une carte de séjour temporaire doit être délivrée lorsque les cinq conditions (les trois points médicaux et les deux conditions administratives définies précédemment) sont réunies. Elle porte la mention « vie privée et familiale », commune aux douze motifs de régularisation de l'article L313-11 (cité en partie 1).

La durée de validité de la carte de séjour temporaire doit être équivalente à la durée prévue du séjour telle que définie par le MISP (circulaires du 12 mai 1998 et du 5 mai 2000), dans la limite maximum d'une année (article L313-1 Ceseda). Les personnes étrangères dont la condition de résidence habituelle n'est pas remplie obtiennent une autorisation provisoire de séjour pour soins 11° de l'article L313-11 « *renouvelable pendant la durée du traitement* » (art. R313-22 3e alinéa du Ceseda) *d'une durée maximum de six mois lui permettant de suivre un traitement médical dans des conditions décentes* » (Circulaire du 12 mai 1998).

La délivrance d'une autorisation provisoire de séjour à la place de la carte de séjour temporaire est une pratique très répandue. Elle est pratiquement devenue systématique lors de la première réponse de certaines préfectures. Ces dernières imposent un « stage d'un an » sous couvert de deux autorisations provisoires de séjour de six mois sans droit au travail. Selon le Comede, les autorisations provisoires de séjour dans le cadre d'une régularisation pour raison médicale sont octroyées de manière abusive (Entretien individuel, Didier Maille, Conseiller Juridique Comede).

Le droit au travail

La carte « vie privée vie familiale » ouvre le droit au travail. Ce n'est pas le cas de l'autorisation provisoire de séjour pour soins (APS) . La circulaire du 5 mai 2000 laisse entendre qu'une autorisation provisoire de travail sera délivrée si la personne étrangère présente un contrat de travail ou une

[27] La « taxe perçue à l'occasion de la délivrance du premier titre de séjour » dite « taxe de séjour » est instituée au profit de l'Anaem par l'article 1635-0 bis du code général des impôts (CGI). Le montant est fixé par l'article 344 quater à l'annexe III du code général des impôts (220 € jusqu'en 2006, possiblement 275 € en 2007) (Comede).

promesse d'embauche, et si son état de santé lui permet de travailler. Pourtant, le Comede relève qu'aucune information législative n'a été mentionnée sur l'autorité chargée de statuer sur la capacité à travailler des personnes étrangères malades (en toute logique, il s'agirait du médecin du travail), ni sur la procédure de délivrance d'une APS.

Le droit d'aller et revenir hors de France

Le titulaire d'une APS en cours de validité est autorisé à voyager à l'étranger notamment dans son pays d'origine, et ce, sans formalités particulières (autorisation préalable de la préfecture ou visa de retour). Néanmoins il est important de considérer le risque d'un refus de retour : compte tenu des pratiques actuelles de la police aux frontières, le retour en France n'est pas garanti.

Le renouvellement du titre de séjour suppose que les conditions médicales soient toujours remplies. Les traitements de longue durée font exception à la règle puisque leur renouvellement impose de suivre la procédure de la première délivrance du titre (rapport médical et saisine du MISP).

Toute demande de renouvellement doit être engagée dans le courant des deux derniers mois précédent l'expiration du titre de séjour (dispositions communes à tous les titres de séjour selon l'article R311-2 du Ceseda), et cela même si le délai d'instruction par la préfecture est largement supérieur.

À la suite de cette demande de renouvellement, un récépissé est remis au demandeur l'autorisant à séjourner et à travailler en France (afin d'éviter que cette période de renouvellement du titre de séjour ne se traduise pas par une perte d'emploi). Ce récépissé doit être prolongé pendant toute la durée d'instruction du renouvellement et ne doit pas être confondu avec l'attestation de dépôt d'une demande de titre de séjour.

4.2 Bilan décennal de la mise en place du dispositif

Dix années après la mise en place de ce dispositif, de nombreuses associations dénoncent des abus et des restrictions dans la délivrance du droit de séjour pour les étrangers gravement malades résidant en France. Parallèlement aux restrictions d'accès à l'AME, le droit de régularisation pour raison médicale est fréquemment mis à mal. Selon Médecins du Monde « *on assiste aujourd'hui à une véritable épidémie de refus de renouvellement des titres de séjour pour raison médicale, à des placements en rétention, voire à des expulsions de malades. Or renvoyer ou laisser renvoyer un étranger malade dans un pays où il n'aura pas accès aux soins équivaut à une peine de mort différée* » (Rapport d'activités, 2008).

Chute du taux d'accord pour régularisation médicale

Les associations de protection des droits des immigrés observent un durcissement dans l'application du droit au séjour pour raison médicale. Bien que la loi Chevènement de 1998 qui a inscrit le séjour de plein droit des étrangers malades résidant en France reste inchangée par les deux lois dite Sarkozy (2003 et 2006), elle connaît un important recul depuis 2003. L'insécurité juridique pour les immigrés en France se prononce de manière plus importante et on assiste à une augmentation de période de rupture de droit, d'acquisition de titres de séjour précaires n'autorisant à bénéficier d'aucunes ressources, des pratiques préfectorales illégales et abusives.

À l'heure actuelle, on assiste à un accroissement très significatif du taux de refus des premières demandes et des demandes de renouvellement des titres de séjour des étrangers malades.

Les multiplications de refus se justifient par une lecture restrictive des critères médicaux. De plus en plus d'étrangers se voient refuser le séjour sur le territoire français du fait de la présence théorique

d'un traitement adapté dans leur pays d'origine, sans considération quantitative et qualitative des possibilités d'accès aux traitements de la personne dans son pays d'origine (OSDE, Comede).

Le Comede a développé un pôle d'observation de l'évolution des réponses de l'administration (tableau 41). Ce tableau illustre la diminution progressive des taux d'accord concernant les primo demandes et des demandes de renouvellement. Cette observation a été réalisée selon une évaluation des critères médicaux stables dans le temps, semblable à celle retenue par l'OSDE.

Le tableau 41 illustre la baisse du taux d'accord aux demandes de cartes de séjour pour raisons médicales. De 2002 à 2004, on assiste à une baisse continue du taux excepté une hausse en 2005 de plus de 12 %. Cette hausse peut être due à la mise en place de la circulaire Direction Générale de la Santé/SD 6A n° 2005-443 du 30 septembre 2005 relative aux avis médicaux concernant les étrangers atteints par le VIH, qui a permis à un nombre important d'immigrés vivant avec le VIH/Sida de bénéficier de titre de séjour pour une prise en charge en France.

Tableau 41 – Évolution des taux d'accord aux demandes de cartes de séjour pour raison médicale au cours de l'année 2001 à 2007, en pourcentage et effectif

		2001	**2002**	**2003**	**2004**	**2005**	**2006**	**2007**	**Total**
Première demande	***Taux d'accord***	92 %	98 %	69 %	60 %	72 %	61 %	43 %	66 %
	Effectif	25	44	52	78	99	85	76	459
Renouvellement	***Taux d'accord***	100 %	98 %	70 %	47 %	69 %	56 %	55 %	66 %
	Effectif	24	42	66	66	68	71	55	392

Source : Données du Comede 2002-2007 recueillies dans 14 départements pour 523 malades.

Depuis 2006, les préfets et les MISP sont chargés d'utiliser les fiches pays précédemment présentées, en tant qu'aide décisionnelle à la délivrance des titres de séjour pour raison médicale. Cette pratique entraîne d'importantes restrictions et nous constatons que le taux d'accord est en nette diminution depuis la mise en place de cette pratique. Selon l'OSDE, certaines pathologies se révèlent plus fréquemment ciblées par la diminution du taux d'accord. La baisse des taux d'accord apparaît particulièrement marquée pour les personnes étrangères souffrant de maladies chroniques telles que l'hépatite B chronique, les maladies cardio-vasculaires, le diabète et l'asthme persistant. La liste suivante proposée par l'OSDE fait état des différentes pathologies pour lesquelles, il a été détecté une baisse du taux d'accord :

- l'hépatite B chronique (baisse du taux d'accord de 31 %). Selon le Comede, un cas sur cinq des personnes souffrant d'hépatite B entraîne un décès en l'absence de prise en charge médicale non accessible dans les pays concernés (Rapport d'activités du Comede, 2008),
- les maladies cardiovasculaires (baisse du taux d'accord de 16 %),
- le diabète (baisse du taux d'accord de 11 %),
- l'asthme persistant (baisse du taux d'accord de 10 %),
- les psycho-traumatismes (baisse du taux d'accord de 7 %),
- l'infection par le VIH (baisse du taux d'accord de 4 %),
- l'hépatite C chronique (baisse du taux d'accord de 4 %),

- les cancers (baisse du taux d'accord de 3 %)
- les traumatismes locomoteurs (baisse du taux d'accord de 3 %).

Le Comede met également en évidence la hausse du nombre de recours juridictionnels initiés afin de faire valoir les droits des étrangers malades. Il apparaît que le Comede a initié un nombre plus important de recours juridictionnels auprès des populations subsahariennes notamment pour les immigrés Angolais (17 %), Maliens (16 %), Mauritaniens, Camerounais et Sénégalais (15 %) (Comede, 2008).

Dysfonctionnements des procédures administratives et médicales

« *Les pratiques de nombreuses préfectures et la diffusion de textes d'application de plus en plus restrictives dessinent une politique de dissuasion et de déni du droit au séjour, le traitement des dossiers restant conçu comme humanitaire* » (Veisse, 2003).

Dans l'avant-projet de loi sur l'immigration et l'intégration rendu public en 2005, le droit au séjour pour soins avait été supprimé. Le nouvel article relatif aux malades avait prévu seulement la possibilité d'accorder, à la discrétion du préfet, un titre de séjour aux personnes ayant besoin de soins urgents et vitaux. Les malades atteints de pathologies chroniques ou évolutives étaient exclus du dispositif prévu par l'avant-projet. Toutefois, sous la pression des associations de malades et de défense des étrangers, Nicolas Sarkozy, alors ministre de l'Intérieur, finit par renoncer à cette modification de la loi. Le projet finalement soumis aux députés en juillet 2006 ne comportera donc aucune mesure relative au séjour pour raison médicale (Cette France là, 2009).

Le Comede constate qu'il existe de nombreuses disparités (administratives et médicales) dans le cadre de la régularisation pour raisons médicales dans un contexte croissant de suspicion. Ce contexte de suspicion est nourri par l'absence de transparence des informations officielles sur le sujet. Selon Arnaud Veisse, à ce jour, "*nous disposons des statistiques de délivrance des titres de séjour par les préfectures, toutefois, aucun rapport relatif aux avis médicaux rendus par les MISP n'a jamais été publié, alors même que ces avis fondent la majorité des refus de délivrance de titre*" (Veisse, 2003).

À l'heure actuelle, les seules sources d'information globale (qui restent cependant non exhaustive) dont nous disposons pour obtenir des informations sur l'application effective du droit au séjour pour raison médicale sont les rapports du ministère de l'Intérieur et ceux élaborés par l'ODSE. De même que les effectifs de refus de délivrance de carte de séjour temporaire dont les cas de délivrance d'autorisation provisoire du travail avec ou sans droit au travail, ne sont pas communiqués par le ministère de l'Intérieur.

Pratiques abusives de préfectures

Les associations de défense de droits en santé des immigrés dénoncent des variations des pratiques administratives selon les préfectures qui entravent l'ouverture de leur dossier de demande de régularisation ou qui bloquent les procédures administratives initiées, tels que :

- des demandes de pièces non prévues par les textes, l'exigence abusive d'un passeport que de nombreux exilés ne peuvent se procurer,
- des refus d'enregistrement des demandes ou de délivrance de récépissé,
- des exigences de paiement de certains frais dits « de chancellerie » non prévus par les textes,
- des délais d'attente de régularisation pouvant aller jusqu'à deux ans : abus de délivrance des APS qui alimentent les « petites et grandes misères de la survie » : mendicité, travail dissimulé, exploitation, prostitution (Veisse, 2003),

- des exigences pour les personnes hébergées afin que l'hébergeant se présente au guichet de la préfecture sous la menace de poursuite pénale pour aide au séjour irrégulier.

Pénurie de Médecin Inspecteur de Santé Publique

Depuis 2007, dans la plupart des départements[28], les immigrés malades rencontrent des difficultés croissantes à trouver un médecin « agréé par la préfecture » acceptant de délivrer le rapport médical. L'agrément de nombreux médecins a été supprimé par la préfecture dans un contexte de suspicion croissante à l'égard des pratiques médicales[29].

*Pression exercée sur les Médecin**s** Inspecteur**s** de Santé Publique*

Par l'intermédiaire d'une lettre adressée à Madame la ministre de la Santé de la jeunesse et des sports, en septembre 2007, le syndicat des Médecin**s** Inspecteur**s** de Santé Publique (MISP) informe cette dernière sur les pressions croissantes exercées sur les MISP dans leur gestion des dossiers auprès des « étrangers malades ». En effet, le syndicat est alerté régulièrement par des collègues qui se voient reprocher par leur directeur des pourcentages jugés excessif d'avis positifs dans le cadre la procédure dite « étrangers malades ».

Cette lettre a pour objet de repréciser le code de déontologie médicale notamment sur les aspects : 1) de secret professionnel, 2) d'aliénation de l'indépendance professionnelle du médecin, 3) de protection contre toute indiscrétion concernant les documents médicaux. Ainsi, le syndicat réclame d'appeler à l'attention des Directeurs et des services préfectoraux afin que le principe de confidentialité des certificats médicaux soit respecté et qu'aucune pression ne soit exercée ni sur les MISP, ni sur les médecins contractuels amenés à émettre des avis sur le bilan de santé des immigrés (Syndicat des Médecin**s** Inspecteur**s** de Santé Publique, 2007).

Les pressions exercées sur les MISP et leur insuffisance en effectif mettent en péril la qualité de leur travail et les contraignent à ne pas effectuer systématiquement les recherches sur l'accessibilité effective aux soins du patient dans son pays d'origine, en raison d'une importante charge de travail.

Absence de prise en compte de la notion d'accessibilité des traitements dans les pays d'origine des patients étrangers

À partir de 2005, l'administration instaure l'idée de la mise en place d'une « liste recensant les capacités sanitaires des pays d'origine par grands types de pathologie ». Dans les mois qui suivent, ces « fiches pays » seront élaborées par les médecins des ambassades françaises à l'étranger. Toutefois, leur élaboration ne sera précédée d'aucune consultation, ni avec les organes représentatifs des MISP,

---

[28] D'une part, les listes de médecins agréés dans la procédure « étrangers malades » sont très réduites dans de nombreux départements. D'autre part, de nombreux « médecins agréés » refusent la prise en charge du coût par la Complémentaire CMU ou l'AME et pratiquent des dépassements d'honoraires non prévus par la réglementation. En effet, contrairement à une certification médicale hors nomenclature et qui n'est pas demandée dans le cadre de la procédure « étrangers malades », la délivrance du rapport médical destiné au MISP constitue un acte de soins. Les actes de soins, incluant la rédaction de courriers médicaux destinés à la continuité des soins, doivent être intégralement pris en charge par la CMU de base – CMUC et l'AME pour les malades dont les ressources mensuelles sont inférieures à 600 € par mois.

[29] Trois médecins psychiatres soignant des étrangers malades dans le Puy-de-Dôme se sont vus récemment supprimer leur agrément par le préfet, au motif notamment que l'un d'entre eux « a été amené à produire des rapports médicaux concernant des étrangers comme praticien agréé, alors que ces étrangers étaient également ses patients dans le cadre de son exercice privé ». Dans le Bas-Rhin, un autre médecin psychiatre s'est vu révoqué par le préfet pour avoir transmis « trop » de rapports médicaux relatifs à la continuité des soins de ses patients étrangers.

ni avec les organisations humanitaires internationales. En conséquence, les fiches ne mentionnent ni les conditions d'accès aux soins, ni les quantités des traitements disponibles.

Depuis mars 2007, les informations contenues dans les fiches sont disponibles sur les sites intranet privés des préfectures et des MISP malgré le lancement d'une pétition fin avril 2007 par l'ODSE et de la contre-expertise de Médecins du Monde (Cette France là, 2009).

La complexité de la question réside dans le fait que le MISP est chargé de donner son avis sur l'admission au séjour des personnes malades sur la base de la disponibilité du traitement effectif dans le pays d'origine alors que ce dernier ne connaît pas les ressources financières et besoins spécifiques, le statut social et la région dont est issu le malade.

Comme le souligne, Arnaud Veisse, le MISP estime la situation de la disponibilité du traitement seulement à partir d'indicateurs indirects sur les systèmes de santé, fondés sur les informations fournis par les agences de l'ONU (Veisse, 2003).

De nombreuses publications démontrent la pénurie et l'insuffisance des ressources des pays en développement en matière de santé. Selon le Programme des Nations unies pour le développement (PNUD), la moitié de la population mondiale est dépourvue de structures sanitaires, et 900 millions n'ont pas accès aux services de santé de base et ce d'autant plus pour les affections graves qui demandent du matériel médical plus spécifique. Il s'avère donc que l'offre en services de santé n'est pas dispensée en quantité suffisante, et est indisponible sur l'ensemble de l'étendue du territoire national ou que toutes les catégories de la population ne sont pas en mesure de se les procurer.

5. Comparaison des caractéristiques sociodémographiques des Africains subsahariens infectés par le VIH avec l'ensemble de la population subsaharienne résidant en France

L'objectif de cette cinquième et dernière partie consiste en une comparaison entre les caractéristiques sociodémographiques de la population générale des Africains subsahariens vivant en France (sur la base des chapitres précédents) avec les différentes études disponibles portant sur ceux vivant avec le VIH/Sida en France.

5.1 Présentation des études

En ce qui concerne les données sur les Africains subsahariens vivant avec le VIH/sida en France, nous considérerons les études suivantes :

- l'enquête ANRS-VESPA menée en 2002-2003 dont l'objectif était d'étudier les conditions de vie des personnes atteintes par l'infection VIH/Sida,
- l'enquête sur le recours tardif aux soins des personnes séropositives pour le VIH (retard), menée en 2003 et qui s'intéressait notamment aux conditions de vie et à l'univers relationnel des personnes ayant un accès tardif aux soins,
- la comparaison des caractéristiques des patients vivant avec le VIH dans la cohorte Copana selon leur origine géographique réalisée dans le cadre du contrat d'initiation ANRS 2007-2008 (Bechrouri, 2008),

- l'étude sur les parcours socio-médicaux des personnes originaires d'Afrique subsaharienne atteintes par le VIH menée par l'InVS en 2002,
- l'enquête sur les nouveaux consultants pour une infection par le VIH dans un hôpital du nord des Hauts de Seine réalisée en 2003 par l'Arès 92 et l'Hôpital Louis-Mourier, AP-HP, Colombes.

Les études sur lesquelles nous nous baserons afin de fournir des informations auprès de la population générale des Africains subsahariens en France sont les suivantes :

- le recensement de la population menée par l'INSEE au cours de l'année 1999,
- l'enquête KABP migrants sur les populations africaines d'Île de France face au VIH/Sida effectuée par l'INPES au cours de l'année 2005,
- le rapport d'activité de Médecins du Monde en 2007,
- le rapport d'activité du Comede en 2008.

L'ensemble de ces études est présenté dans le tableau figurant en annexe A qui comporte deux parties distinctes :

- la première vise à préciser les objectifs et méthodes de chacune des enquêtes, en mentionnant les biais de sélection éventuels,
- la seconde fournit les indicateurs que nous avons retenus (sur la base des indicateurs utilisés dans la partie 2 de ce rapport « caractéristiques sociodémographiques de la population générale »). Les données sont présentées de manière séparée selon le sexe afin d'apporter des informations supplémentaires sur la vulnérabilité des femmes.

Bien que l'ensemble de ces études présente des données sociodémographiques et économiques auprès de cette population, elles répondent à des objectifs différents et, de ce fait, les indicateurs ne sont pas toujours directement comparables. Par conséquent, c'est à la seule condition d'une compilation de sources que peut être établie une base de données qui permet une description plus précise des situations de vies des personnes enquêtées.

Les indicateurs utilisés sont répartis comme suit :

- Âge à l'arrivée,
- Moyenne d'âge,
- Situation administrative,
- Situation matrimoniale,
- Pays d'origine,
- Situation professionnelle,
- Niveau d'instruction,
- Religion,
- Couverture médicale,
- Motifs de migration,
- Type de logement,
- Indicateur d'isolement (cohabitation avec d'autres personnes *vs* seuls).

5.2 Différences observées entre les deux types de population

Le tableau relève un certain nombre de différences entre les caractéristiques des deux populations (infectées *vs* non infectées). Les différences observées portent sur le statut administratif (titre de séjour et couverture médicale), les conditions de vie sociale (emploi, logement, niveau d'instruction) et l'isolement social (sur la base de l'indicateur par la cohabitation avec d'autres personnes).

Statut administratif

Nationalité française

D'une manière générale les Africains vivant avec le VIH/Sida présentent des situations administratives plus précaires que celles observées auprès de la population générale. Ainsi, les Africains interrogés dans les études en population générale ont plus fréquemment acquis la nationalité française que les Africains malades. Ce constat peut s'expliquer, dans le cas de la population recensée par l'INSEE en 1999, puisque l'étude porte sur les ménages en France (surreprésentation des personnes en situation régulière et en situation de vie stable en France).

Toutefois, on observe que la part des Africains ayant la nationalité française est également plus importante dans l'échantillon KABP menée en 2005 (enquête auprès de tout venant dans les lieux publics, qui comprend des personnes en situation irrégulière). De manière très prononcée, la part des personnes ayant acquis la nationalité française est inférieure chez les Africains vivants avec le VIH/Sida. Seulement 11 % des Africains de l'échantillon des enquêtés InVS et 10,7 % pour les hommes et 8,1 % pour les femmes dans l'enquête VESPA ont acquis la nationalité française en comparaison à 34 % des hommes et 37 % des femmes dans le recensement de 1999 et 17,40 % pour les hommes et 28,30 % pour les femmes dans l'échantillon KABP (Lydie, 2007).

Situation irrégulière

En outre, on note également qu'un nombre plus important d'Africains vivant avec le VIH/Sida se déclare en situation irrégulière en comparaison avec la population générale. Pour les mêmes raisons évoquées précédemment, ce constat peut s'expliquer par une différence de structure de l'échantillon en ce qui concerne la comparaison avec la population recensée par l'INSEE. Toutefois, il se confirme par les données de l'enquête KABP qui cible une population de subsahariens « tout venants ».

L'enquête de l'InVS portant uniquement sur des personnes vivant avec le VIH/Sida originaires d'Afrique subsaharienne montre que 18 % ne disposent pas de titre de séjour en comparaison à un taux de 11 % que nous retrouvons habituellement dans la population générale. L'enquête KABP relève que les hommes sont plus fréquemment en situation irrégulière que les femmes interrogées (14 % *vs* 8,90 %).

Ces constats peuvent s'expliquer soit par le fait que les personnes vivant avec le VIH se sont rendues plus récemment en France (comme c'est le cas pour l'échantillon de l'InVS qui surestime le nombre de patients récemment arrivés), ou bien parce que ces dernières présentent des parcours migratoires précaires qui les ont conduit à des situations de prise de risques sexuels (l'instabilité relationnelle pouvant être tributaire de l'instabilité administrative et résidentielle).

Couverture médicale

Étant donné que la couverture médicale est liée à l'accès aux droits (titre de séjour), les tendances vont se révéler similaires à celles des données sur le statut administratif. Toutefois, il est important de présenter les données de cet indicateur qui est un aspect central de la prise en charge et de son suivi pour les patients infectés par le VIH ou une autre pathologie lourde. Cet indicateur a été peu documenté dans les études présentées dans le tableau. Seule l'étude InVS présente la couverture médicale des patients interrogés selon qu'ils bénéficient de la sécurité sociale, de la CMU ou de l'AME ou sans protection médicale.

Les résultats de cette enquête font état de 6 % des patients interrogés dépourvus de couverture médicale. L'étude menée dans l'hôpital des Hauts de Seine (incluant 63 % de patients subsahariens dans la population des étrangers) met en évidence que 48 % de la population des étrangers ne bénéficiaient d'aucune couverture médicale. Les Africains résidant en France interrogés au cours des enquêtes en population générale présentent une couverture médicale plus importante puisque que seulement 5 % des hommes et 2,5 % des femmes ne bénéficient pas d'une couverture médicale.

Conditions de vie sociale

Niveau d'instruction

Nous considérerons l'indicateur « ayant atteint au moins le niveau secondaire », pour pouvoir comparer le niveau d'instruction des différentes personnes interrogées selon les études. Cet indicateur se base sur la part des personnes ayant acquis le niveau d'étude secondaire et inclut ceux qui ont atteint le niveau supérieur. Les données présentant l'indicateur dans chacune des études ont été recalculées et présentées dans le tableau 42.

Tableau 42 – Part des patients et des personnes, d'origine subsaharienne, interrogés dans les diverses études, ayant atteint au moins le niveau d'études secondaires

	Personnes infectées par le VIH				**Population générale**	
	Vespa en %	**Retard en %**	**Copana en %**	**InVS en %**	**KABP en %**	**Recensement en %**
Homme	87	77,8	86	63	57	66
Femme	80	66	74,90	68	49	

Source : Enquête Vespa (2004), Enquête Retard (2008), Étude Copana (2008), Enquête InVS (2004), Enquête KABP (2005), Recensement de la population INSEE (1999).

D'une manière générale, on remarque que quelle que soit l'étude (population malade ou non) les hommes présentent un meilleur niveau d'instruction. Par ailleurs, on note que les personnes vivant avec le VIH/Sida interrogées au cours des enquêtes présentent un meilleur niveau d'étude (tableau 42). Toutefois, ce constat doit être considéré avec précaution puisque ce résultat « surprenant » est sans doute causé par un biais de la représentativité de la réalisation des études en service hospitalier qui surreprésentent les personnes maîtrisant le français (ce biais a notamment été précisé dans les présentations des résultats des enquêtes de Vespa, Retard, Copana).

Situation matrimoniale

Les situations matrimoniales sont très contrastées au sein des études portant sur les personnes vivant avec le VIH/Sida. Les résultats de l'enquête Copana et Vespa font état d'une part plus importante de célibataires que l'enquête Retard dont la part des personnes mariées est plus élevée. Toutefois, les personnes vivant avec le VIH/Sida se déclarent moins souvent célibataires que celles interrogées en population générale -enquête KABP/2005 (tableau 43). Il est également à noter que l'échantillon KABP surreprésentent des personnes plus jeunes que la population recensée en 1999.

Notons que la part des personnes veuves ou divorcées est plus importante auprès des femmes africaines vivant avec le VIH que des hommes interrogés (tableau 43).

Tableau 43 – Situation matrimoniale présentée par les personnes interrogées au cours des enquêtes Vespa, Retard, Copana, KABP

		Personnes infectées par le VIH			**Population générale**	
		Vespa en %	**Retard en %**	**Copana en %**	**KABP en %**	**Recensement**
Célibataire	**Homme**	53	31	44	37,7	Ne disposent pas de ces informations
	Femme	56	30	44	31	
Veuf ou divorcé	**Homme**	13,6	15,6	3	Nd*	
	Femme	21	23	9	Nd*	
Marié	**Homme**	32,5	53	47,5	33,4	
	Femme	22	48,6	38,40	35,5	

Source : Enquête Vespa (2003), Enquête Retard (2008), Étude Copana (2008), Enquête KABP (2005).

** Données non disponibles.

Hébergement

D'une manière générale, les deux modes d'hébergement les plus fréquents parmi la population africaine résidant en France sont les logements personnels et l'hébergement dans la famille ou chez des amis. La majorité des Africains subsahariens interrogés dans les études sont locataires de leur logement. Seules les personnes inclues dans la cohorte Copana déclarent être hébergées par des connaissances (39 % hommes et 49 % des femmes) (tableau 44).

Les logements collectifs (tels que les foyers de travailleurs migrants, les immeubles collectifs) concernent 6,8 % des hommes et 13,3 % des femmes dans l'enquête Vespa, 14 % des hommes et 10,4 % des femmes dans l'enquête Copana, 29 % des hommes et 8 % des femmes dans l'enquête InVS (tableau 44).

L'INSEE recense 9 % des hommes et une part très faible (non indiquée) des femmes qui résident dans des logements collectifs.

Ce constat peut s'expliquer par un nombre plus important de personnes en situation irrégulière dans les études portant sur les personnes atteintes par le VIH/Sida, plus souvent hébergées en logement collectif.

Isolement social

Il s'avère qu'une part importante des Africains subsahariens vivant avec le VIH déclare vivre seuls en comparaison à la population générale. 27,9 % des hommes et 33,9 % dans la cohorte Copana déclarent vivre seuls versus 26 % (pour les deux sexes) dans le recensement. À ce titre, l'enquête Vespa met en évidence la part importante des femmes infectées par les VIH/Sida résidant seules ou avec leurs enfants, supérieurs à 60 % des femmes enquêtées.

D'une manière générale, cette comparaison met en évidence des disparités dans les conditions sociales et de vie en France entre les Africains subsahariens vivants avec le VIH/Sida et la population générale. Il s'avère cependant nécessaire d'approfondir des recherches utilisant une même méthodologie et des indicateurs similaires entre les deux types de population afin de confronter ces constats.

Tableau 44 – Type de logement déclaré par les Africains enquêtés dans Vespa, Retard, Copana, InVS, Enquête Hôpital du Nord des Hauts de Seine, INSEE, KABP

	Personnes infectées par le VIH										**Population générale**			
	VESPA		**Retard**		**Copana**		**InVS**		**Hôpital du Nord des Hauts de Seine**		**Recensement population INSEE**		**Enquête KABP/INPES**	
	Homme en %	**Femme en %**	**Homme en %**	**Femme en %**	**Homme en %**	**Femme en %**	**Homme en %**	**Femme en %**	**Homme en %**	**Femme en %**	**Homme en %**	**Femme en %**	**Homme en %**	**Femme en %**
Collectif	6,8	13,3	7 % en foyer et 8 % en hôtel		14	10,4	31	10	79 % de l'ensemble des patients étrangers sans logement personnel		Majoritairement locataire secteur social et dans les collectivités (soit 9 % des hommes)		14,3	6,6
Logement personnel (locataire, sous-locataire, propriétaire)	69,6	55	Nd*	Nd*	40,6	35,8	35	55	Nd*	Nd*	Nd*	Nd*	59	
Hébergé	20	24,5	Nd*	Nd*	39	49	31	34	Nd*	Nd*	Nd*	Nd*	23,8	26,2
SDF	2,8	7	Nd*	Nd*	6,2	4,7	0	0	Nd*	Nd*	Nd*	Nd*	0	0

Source : Enquête Vespa (2004), Enquête Retard (2008), Étude Copana (2008), Enquête InVS (2004), Enquête Hôpital du Nord des Hauts de Seine (2003), Recensement population INSEE (1999), KABP 2005).

** Données non disponibles.

Conclusion

Afin de répondre à nos premières interrogations, nous nous sommes basés sur une compilation de sources de données complémentaires entre elles, nous permettant d'appréhender l'hétérogénéité de la population des Africains subsahariens résidant en France. Bien que les sources ministérielles soient les plus couramment utilisées afin de traiter le sujet des tendances de l'immigration et des flux d'immigration dans le pays, il est nécessaire de compléter ces informations avec les résultats des études et des enquêtes menées de manière transversale et/ou longitudinale sur des aspects spécifiques de la population des Africains subsahariens résidant en France. Parmi ces résultats, nous pouvons citer ceux de l'INSEE qui fournissent des données sur les caractéristiques des ménages Africains d'origine subsaharienne et ceux du Comede, qui apportent des d'informations sur la santé et l'accès aux soins des Africains subsahariens en situation précaire (ou irrégulière).

Ce rapport met en évidence, en un premier temps, que la part des immigrés subsahariens reste encore faible parmi l'ensemble des immigrés en France, même si l'immigration d'Afrique subsaharienne a connu un essor récent. Dans un second temps, la description des caractéristiques révèle des profils d'Africains subsahariens résidant en France très hétérogènes. Il s'avère que ces derniers présentent des situations sociales et de vie variées, expliquées aussi bien par l'hétérogénéité des parcours migratoires que par les différents statuts administratifs et les niveaux de catégories socioprofessionnelles une fois installés en France. Ils présentent un niveau d'instruction bien plus élevé que la moyenne des immigrés en France en particulier. Cela témoigne d'une grande disparité potentielle entre une population régulière et à capital social élevé, et une population précaire et moins instruite.

Bien qu'à de nombreuses reprises nous ayons fait état de la grande vulnérabilité dans laquelle vit une partie des Africains en France (logement, accès à l'emploi restreint, non ouverture des droits en protection sociale), il est néanmoins important de relever un certain nombre de potentialités et d'opportunités qu'ils n'auraient pas pu obtenir dans leur pays d'origine. En particulier, dans le domaine de la santé, ils bénéficient d'un soutien actif des communautés présentes sur le territoire français et du tissu associatif pour faire valoir leur droit (Médecins du Monde, GISTI, Comede, Cimade). Toutefois, une certaine forme de vulnérabilité est en train de gagner du terrain actuellement et les associations ne cessent de dénoncer des obstacles aux droits d'accès à la santé.

Enfin ce rapport montre les difficultés dans la mise en perspective des données disparates et incomplètes car elles proviennent d'enquêtes généralement non prévues pour collecter de l'information spécifique à cette population des Africains vivant en France.

Bibliographie

Algava, E., Bèque, M. (2008). "Regards sur la parité: Les nouveaux détenteurs et détentrices d'un titre de séjour: des trajectoires familiales et professionnelles contrastées." Dossier INSEE, collection Femmes et Hommes - Regards sur la parité - Édition 2008.

ANAEM (2007). "La santé des primo-migrants en 2007" Rapport annuel d'observation de l'ANAEM. Paris.

ANRS (2004)."Premiers résultats de l'Enquête ANRS-VESPA 2003". Brochure consultable en ligne sur : www.anrs.fr/.../anrs/...Brochure_Actualite_sante_publique_1ersResultats_enquete_/ANRS-VESPA.pdf.

Assemblée Nationale (2006). "Projet de loi relatif à l'immigration et à l'intégration". Rapport législatif n°2006-911 du 24 juillet 2006 relative à l'immigration et à l'intégration. Assemblée Nationale. Paris.

Assurance Maladie (2004). "Site officiel d'informations concernant la CMU" consultable en ligne sur : http://www.cmu.fr/site/index.php4.

Barre, C., Vanderschelden, M. (2004). "Enquête INSEE "Etude de l'histoire familiale" de 1999"". INSEE, Paris, consultable en ligne sur : http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/irsoc033.pdf.

Bechrouri, S. (2008). "Comparaison de patients avec le VIH selon leur origine géographique - Analyse de données rétrospectives et prospectives chez des patients suivis dans la cohorte COPANA". Rapport de stage de Master ingénierie Mathématiques pour les sciences du vivant. Université Paris Descartes, 84 p.

Boëldieu, J., Thave S. (2000). « Le logement des immigrés en 1996 », INSEE-Première, n° 730.

Borgetto, M., Lafore, M., Mayoka-Isana, A. (2009). Code de l'action sociale et des familles: Personnes non bénéficiaires de la couverture maladie universelle Chapitre 1er : Droit à l'aide médicale de l'Etat. Dalloz. Cinquième édition. Paris: Gouvernement.

Borrel, C. (2006). Enquêtes annuelles de recensement 2004 et 2005. INSEE, no 1098. INSEE Première : 4.

Borrel, C., Tavan, C. (2003). "La vie familiale des immigrés". France portrait social 2003-2004. INSEE, Paris : 109-124.

Calvez, M., Semaille, C., Fierro, F., Laporte, A. (2008). "Accès tardif aux soins, précarité et vulnérabilité des femmes séropositives". Médecine Sciences. Hors série n° 2 : 144-150.

Cette France là (2009). « Cette France là : 06 05 2007/ 30 06 2008 » Chapitre description : la coopération des services / 1 l'évidement du droit au séjour pour soins. Association Cette France-là. Diffusion La Découverte, n° 1, 448 p.

Cimade (2008). "Rapport 2007 sur les centres et locaux de rétention administrative". Rapport annuel d'observation de la Cimade, avril 2008 : 296 p.

Cimade (2009). MIGRATIONS : Politiques publiques, pratiques administratives. Etat des lieux 2009, La Cimade, juin 2009 : 224 p.

COMEDE (2008a). "Prise en charge médico-psycho-sociale des migrants/étrangers en situation précaire : guide pratique destiné aux professionnels". Edité par l'INPES en 2008 consultable en ligne sur : http://www.inpes.sante.fr/guide_comede/pdf/guide_comede.pdf

COMEDE (2008b). "Rapport d'activité et d'observation du Comede au cours de l'année 2008". Comede, Paris.

Direction de la Population et des Migrations (2005). "Immigration et présence étrangère en France en 2004". Rapport annuel ministériel. Paris, consultable en ligne sur : http://www.35h.travail.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_immigration_2004_synthese.pdf.

Epi Ethno (2006). "Information sur le projet de recherche « Contact et migration : les populations migrantes face à l'hépatite B dans un contexte- ou non- de co-infection au VIH/SIDA »

Fassin, D. (1998). "Peut-on étudier la santé des étrangers et des immigrés ? « Les faux-semblants de la régularisation ». Plein Droit. Article du GISTI, nº 38: 1. Consultable en ligne sur : http://www.gisti.org/doc/plein-droit/38/sante.html

GISTI (2000). "L'accès aux soins des étrangers: les débats et les évolutions du droit. Santé : le traitement de la différence". Hommes et migrations, n° 1225. Consultable en ligne sur : http://www.gisti.org/spip.php?article740.

Gonin, A. (2009). "Foyers de travailleurs migrants : La rénovation de l'habitat, pas la soumission de habitants" Alternative libertaire, février 2009, consultable en ligne sur : http://www.alternativelibertaire.org/spip.php?article2637

Gubert, F. (2008). "(In) Cohérences des politiques migratoires et de co-développement françaises. Illustrations maliennes", Population africaine 109, pp.42-55.

Haut Conseil à l'intégration (2005). "Le bilan de la politique d'intégration 2002-2005". Rapport du Ministère de l'Immigration, de l'Intégration, de l'Identité Nationale et du Développement Solidaire, Novembre 2005, Paris : 324 p.

INED (2007). « Flux d'immigration par année et par nationalité, de 94 à 2007 » disponible sur: http://www.ined.fr/fr/pop_chiffres/france/flux_immigration/depuis_1994/

INED (2009). "Estimations de la population en chiffres dans tous les pays du monde selon les caractéristiques démographiques". Tableau consultable en ligne sur le site de l'INED : http://www.ined.fr/fr/pop_chiffres/pays_du_monde/

INSEE (2004). "Enquête emploi 2002 en continu". INSEE, Paris, consultable en ligne sur : http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?ref_id=ir-EEC03

INSEE (2005). "Les Immigrés en France, édition 2005". Insee Collection « Insee-Références », Paris, 2005. 162 p.

INVS (2006). « Prévalence des hépatites B et C en France en 2004 » consultable sur : http://www.invs.sante.fr/publications/2006/prevalence_b_c/index.html

INVS (2007). « Lutte contre le VIH/sida et les infections sexuellement transmissibles en France. 10 ans de surveillance, 1996-2005 » consultable sur : http://www.invs.sante.fr/publications/2007/10ans_VIH/

InVS. (2008). "L'infection à VIH-sida en France". Bulletin Epidémiologique hebdomadaire: décembre 2008, n° 45-46, pp. 443-447.

Jusot, F., Silva J., Dourgnon P., Sermet, C. (2008). "Etat de santé des populations immigrées en France". Publication de l'IRDES, Juillet 2008 consultable en ligne sur : http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT14EtatSantePopuImmigrFrance.pdf

Lasne, N. (2003). « Les derniers mauvais coups du gouvernement ». Article paru dans le dossier GISTI, sur l'accès aux soins des étrangers: entre discriminations et inégalités et consultable sur : http://www.gisti.org/IMG/pdf/je_04accesauxsoins.pdf

Lessault, D., Beauchemin, C. (2009). "Les migrations d'Afrique subsaharienne en Europe : un essor encore limité". Population et Sociétés, 452 : 1-4. Consultable en ligne sur : http://www.ined.fr/fichier/t_publication/1428/publi_pdf1_452.pdf.

Le Vu S., Lydié N. (2005). "Pratiques de dépistage du VIH chez les personnes originaires d'Afrique subsaharienne en Ile-de-France". Bull Epidemiol Hebd 2008, n°7-8.

Lot, F., Larsen, C. *et al.* (2004). "Parcours socio-médical des personnes originaires d'Afrique Subsaharienne atteintes par le VIH, prises en charge dans les hôpitaux d'Île-deFrance, 2002". Île-deFrance : Bulletin Epidémiologique 5 : 17-20.

Lydié, N. (2007). Les populations africaines d'Île-deFrance face au VIH-SIDA-Connaissances, attitudes, croyances et comportements. Saint Denis. INPES.

Marical, F. (2007). "La complémentaire santé: une généralisation qui n'efface pas les inégalités". INSEE Première, nº 1142 : 4.

Médecins du Monde (2008). "Rapport 2007 d'activités et de l'observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du Monde". Paris.

Médecins du Monde (2009). CASO La Plaine Saint Denis « Mission Banlieue : Rapport d'activités de l'année 2008 », 132 p.

Médecins du Monde (2009). CASO Paris « Rapport d'activités de l'année 2008 », 119 p.

Ministère de l'Immigration, de l'Intégration, de l'Identité Nationale et du Développement Solidaire (2003a). "Loi n° 2003-1119 du 26 novembre 2003 relative à la maîtrise de l'immigration, au séjour des étrangers en France et à la nationalité". Document consultable sur le site Legifrance-le service public de la diffusion du droit, sur : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000795635&dateTexte=

Ministère de l'Immigration, de l'Intégration, de l'Identité Nationale et du Développement Solidaire (2003b). "Observatoire statistique de l'immigration et de l'intégration - Groupe permanent chargé des statistiques: Rapport Ministériel 2002-2003". Consultable en ligne sur : http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/044000610/0000.pdf.

Ministère de l'Immigration, de l'Intégration, de l'Identité Nationale et du Développement Solidaire (2006). "L'ordonnance du 2 novembre 1945 relative aux conditions d'entrée et de séjour des étrangers en France". http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006069184&dateTexte=vig.

Ministère de l'Immigration, de l'Intégration, de l'Identité Nationale et du Développement Solidaire (2008). "Les orientations de la politique de l'immigration. Rapport au Parlement du Secrétariat général du comité interministériel de contrôle de l'immigration". Paris, consultable en ligne sur : http://www.lesechos.fr/medias/2008/0110//300231927.pdf

Ministère des Solidarités de la Santé et de la Famille (2005). "Circulaire DHOS/DSS/DGAS n°141 du 16 mars 2005 relative à la prise en charge des soins urgents délivrés à des étrangers résidant en France de manière irrégulière et non bénéficiaires de l'Aide médicale de l'Etat", consultable en ligne sur : http://www.sante-sports.gouv.fr/fichiers/bo/2005/05-04/a0040040.htm

Mortier, E., Chan Chee, C., Bloch, M., Meier, F., Guerreiro, S. (2002). "Nouveaux consultants pour une infection par le VIH dans un hôpital du nord des Hauts-de-Seine". Bulletin Epidémiologique hebdomadaire : décembre 2002, n° 1.

Ndiaye Pap (2008). "La condition noire". Edition Calmann-lévy.

Nerrienet E, *et al.* (2005). "Hépatitis C virus infecion in cameroon: a cohort-effect". J Med Virol. Jun, 76(2) : 208-14.

Nitcheu, G. (2004). "La France reste la destination favorite des étudiants africains". Article paru dans MFI HEBDO et consultable en ligne sur: http://www.rfi.fr/Fichiers/MFI/Education/1230.asp.

Office Français de l'immigration et de l'intégration (2005). "En savoir plus sur le CAI". Consultable en ligne sur : http://www.ofii.fr/contrat_d_accueil_et_d_integration_47/telechargement_-_contrat_d_accueil_et_d_integration_c.a.i_64.html.

OFPRA (2003). "Les pays d'origine sûrs selon l'article L.741-4,2° du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile". Liste publiée par l'Office Français de protection des réfugiés et apatrides et consultable en ligne sur : http://www.ofpra.gouv.fr/

OFPRA (2007). "Rapport annuel Ofpra-2007". Publié en avril 2008 par le service des études et de communication de l'OFPRA (communication@ofpra.gouv.fr).

ORS Île-deFrance (2008). "Bulletin de santé - Epidémiologie en Île-deFrance", n° 14, décembre, consultable en ligne sur : http://www.ors-idf.org/etudes/pdf/Bulletin14.pdf

OSDE (2008). "La régularisation pour raison médicale en France : un bilan de santé alarmant". Publié en mai 2008 par Médecins du Monde.

Regnard, C. (2008). "Immigration et présence étrangère en France en 2006. Rapport annuel de la Direction de la Population et des Migrations". Documentation Française. Paris. 308 p.

Syndicat des MISP (2007). "Lettre adressée à Madame la Ministre de la santé de jeunesse et des sports, par le syndicat des MISP"et consultable en ligne sur : http://www.smisp.fr/IMG/pdf/lettre_Bachelot_-_pressions_sur_EM.pdf

Tardieu Marc (2006). "Les Africains en France : de 1914 à nos jours" Editions du Rocher, 2006 « Collection gens d'ici et d'ailleurs ».

Thierry, X. (2004). "Evolution récente de l'immigration en France et éléments de comparaison avec le Royaume Uni", Population 59(5): 725-764.

Thierry, X. (2007). "Statistiques des flux d'immigration en France de l'Année 2005". Annuaire élaboré par l'INED et consultable en ligne sur : http://www.ined.fr/fichier/t_telechargement/13884/telechargement_fichier_fr_immigration05.pdf

Todd, E. (1994). "Le destin des immigrés - Assimilation et ségrégation dans les démocraties occidentales". Edition Seuil. Paris. 391 p.

Tribalat, M. (1996). "De l'immigration à l'assimilation". Edition La découverte. 302 p.

Van Eeckhout, L. (2006). "France – 18 % des flux migratoires sont d'origine subsaharienne". Article paru dans le Monde en mai 2006 et consultable sur le site : http://www.meltingpot.org/articolo7596.html

Veisse A. (2003). « Les avatars du droit au séjour des malades ». Article paru dans le dossier GISTI, sur l'accès aux soins des étrangers : entre discriminations et inégalités, et consultable sur : http://www.gisti.org/IMG/pdf/je_04accesauxsoins.pdf

ANNEXE A : Comparaison des études spécifique aux immigrés d'ASS vivant avec le VIH en France et la population générale

		Etude/Rapport																			
		Spécifique aux Immigrés d'Afrique subsaharienne vivant avec le VIH en France										Population générale									
		VESPA		Le recours tardif aux soins des personnes séropositives pour le VIH (Retard)		Comparaison des patients vivant avec le VIH selon leur origine géographique suivis dans la cohorte COPANA (Stage Master Bouvet Rechouvri)		Parcours sociomédical des personnes originaires d'afrique subsaharienne atteintes par le VIH		Nouveaux consultants pour une infection par le VIH dans un hopital du nord des Hauts de Seine		Recensement population INSEE 1999		Enquête KABP/INPES			Rapport d'activité de Medecin du Monde		Rapport d'activité du Comede	
	Année	2002-2003		2003-2004		2008		2002		2003		1999		2005			2007		2008	
		ENQUETE VESPA		ENQUETE RETARD		ANALYSE COPANA		ENQUETE INVS		ENQUETE HOPITA HAUTS DE SEINE		RECENSEMENT INSEE		ENQUETE KABP			RAPPORT MEDECIN DU MONDE		RAPPORT COMEDE	
	Caractéristique s	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme		Homme	Femme	Homme	Femme
	Population subsaharienne (N ou %)	N=159	N=190	N=45	N=95	N=69	N=112	N=91	N=159	N=47	N=54	52%	48%	48,80%	51,90%		55%	45%	71% Total consultants	29 % Total consultants
	Moyenne d'âge	Nd	Nd	Nd	Nd	39	35	41,5	35	entre 33,8-35,6		Nd	Nd	31	29,4		34,8	34,3	33003%	
Année d'arrivée en France	avant 2000	76,10%	61,70%	Nd	Nd	Nd	Nd	66%		Nd	Nd	Nd	Nd	40,8% sont arrivés après 99			58 % des patients reçus résident en France depuis moins de 1 an		Nd	Nd
	depuis 2000	23,90%	38,30%	Nd	Nd	Nd	Nd	34%		Nd	Nd	Nd	Nd				Nd	Nd	Nd	Nd
Age à l'arrivée (%)	avant 15 ans	4,10%	4%	Nd	Nd	2%	1,20%	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd		Nd	Nd	Nd	Nd
	après 15 ans	95,90%	96%	Nd	Nd	98%	98,70%	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd		Nd	Nd	Nd	Nd
Situation administrative	Nationalité française	10,70%	8,10%	Nd	Nd	Nd	Nd	11%		Nd	Nd	34,00%	37,00%	17,40%	28,30%		0	0	0	0
	Carte de résident 10 ANS	36,90%	34,20%	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	36,30%	21,70%		3%		Titulaire: 1% et possession du récépissé: 1%	
	Carte de séjour temporaire (<=1 an)	63,10%	65%	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	28,90%	30,10%		24%		78%	
	Situation irrégulière	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	18%		Nd	Nd	0	0	14%	8,90%		72%		16%	
Situation matrimoniale	Veuf, divorcé ou séparé	13,60%	21,30%	15,60%	23,20%	3,40%	9,10%	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd		Nd	Nd	Nd	Nd
	Marié/couple	32,50%	22,30%	53,30%	48,60%	47,50%	38,40%	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	38,40%	35,50%		Nd	Nd	Nd	Nd
	Célibataire	53,90%	56,30%	31%	30,20%	44,10%	44,40%	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	37,70%	31%		Nd	Nd	Nd	Nd
Pays d'origine	Afrique de l'Ouest	0,86%	0,30%	Nd	Nd	Nd	Nd	40%		34%		Nd	Nd	59,30%			Nd	Nd	54%	
	Afrique de l'Est, Australe	0,14%	0,48%	Nd	Nd	Nd	Nd	Autres: 23 % dont 2% sont nés en France		0%		Nd	Nd	Nd	Nd		Nd	Nd	42%	
	Afrique Centrale	0,86%	0,48%	Nd	Nd	Nd	Nd	37%		29%		Nd	Nd	34,50%			Nd	Nd	4%	
Situation professionnelle (pour vespa parmi les moins de 60 ans)	Emploi	58,8	46,8	46,60%	26,30%	38,20%	21,40%	63%	48%	35%		Taux d'activité de 80 % dont 20% au chomage		52,70%	42,80%		44,50%	30,20%	Nd	Nd
	Sans emploi	41,2	53,2	53,40%	73,70%	61,80%	78,60%	37%	52%	65%				47,30%	57,20%		55,50%	69,8	Nd	Nd
Niveau d'instruction	Jamais scolarisé/niveau primaire	15	19,4	22,20%	33,70%	15,40%	24,50%	37%	29%	Nd	Nd	34%		3,20%	2,80%		Nd	Nd	Nd	Nd
	Etudes secondaires	50,2	62,9	22,20%	41%	55,30%	54,90%	30%	48%	Nd	Nd	39%		Nd	Nd		Nd	Nd	Nd	Nd
	Etudes supérieures	34,8	17,7	55,60%	25,30%	31,70%	20,70%	33%	20%	Nd	Nd	27%		57%	49,90%		Nd	Nd	Nd	Nd
Religion	Musulman	27,1	15,2	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	45,02%	31,8%	NB: Les données du Comede et de Medecin du MoNde ne portent pas UNIQUEMENT sur les subsahariens (représentent une importante part des consultants)	Nd	Nd	Nd	Nd
	Catholique	51,3	57,1	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	30,8 %	44,90%		Nd	Nd	Nd	Nd
	Autres	16,7	24,5	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	17%	19%		Nd	Nd	Nd	Nd
	Aucune religion	0,9	3,1	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	5,94%	3,8%		Nd	Nd	Nd	Nd
	Pratique régulière	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	51%			Nd	Nd	Nd	Nd
Couverture administrative	Sécurité sociale	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	52%	35%	Nd	Nd	Nd	Nd	79,20%			Nd	Nd	Nd	Nd
	Sans couverture	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	6%		48%		Nd	Nd	Nd	Nd		80%		52%	
	AME	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	10%	20%	Nd	Nd	Nd	Nd	4,80%			Nd	Nd	Nd	Nd
	CMU	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	29%	41%	Nd	Nd	Nd	Nd	16,00%			Nd	Nd	Nd	Nd
Motifs de migration	Familial	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	9%	48%	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	42,80%		Nd	Nd	Nd	Nd
	Etude	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	52%	22%	Nd	Nd	Nd	Nd	38,70%	35,40%		Nd	Nd	Nd	Nd
	Travail	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd			Nd	Nd	Nd	Nd	27,40%	Nd		Nd	Nd	Nd	Nd
	Politique	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	15%	10%	Nd	Nd	Nd	Nd	12,40%	5,30%		Nd	Nd	79% (réfugiés et demandeurs d'asile)	
	Médicale	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	9%	11%	Nd	Nd	13 % (inclus visiteurs, étrangers malades, rente accident travail, famille réfugiés)		1,80%	3,50%		Nd	Nd	17%	
	Autres/inconnus	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	11%	8%	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd		Nd	Nd	Nd	Nd
	(Autres INPES: politique, médicale,..)	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	0%	0%	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd		Nd	Nd	Nd	Nd
Revenu personnel		88,40%	75,90%	26,6 % <Seuil pauvreté (1000 euros)	30,5% <Seuil pauvreté (1000 euros)	12,5% (ressources stables)	6,5% (ressources stables)	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd		95% n'ont aucune ressource		Nd	Nd
Type de logement	Collectif	6,8	13,3	61 % dont 7% en foyer et 8% en hôtel		14%	10,40%	29%	8%	79%		Majoritairement locataire secteur social et dans les collectivités** (9 %)		14,3	6,6				Nd	Nd
	Logement personnel (locataire, sous-locataire, propriétaire)	69,64	55,02	Nd	Nd	40,60%	35,80%	35%	55%	Nd	Nd	Nd	Nd	59%			37% précaire et 38 % fixe	36% précaire et 47% fixe	Nd	Nd
	Hébergé	20	24,5	Nd	Nd	39%	49%	31%	36%	Nd	Nd	Nd	Nd	23,86 %	26,21 %				Nd	Nd
	SDF	2,8	7	Nd	Nd	6,20%	4,70%	2%	2%	Nd	Nd	Nd	Nd	0	0		24,8	16,4	Nd	Nd
	Inconnu	0	0	Nd	Nd	0,00%	0,00%	3%	1%	Nd	Nd	Nd	Nd	0	0					
Indicateur d'isolement	vit avec conjoint			Nd	Nd	39,70%	21,30%	28%	30%	Nd	Nd			27,00%	32,20%		15,70%	26,70%	Nd	Nd
	vit avec enfants			Nd	Nd	Nd	Nd	28%	62%	Nd	Nd	69,7% couples avec ou sans enfants et 19 % monoparentales					34,30%	42,90%	Nd	Nd
	vit avec autre nbr famille	cf typlogie ci-dessous spécifique à VESPA		Nd	Nd	Nd	Nd	18%	22%	Nd	Nd			Nd	Nd				Nd	Nd
	vit avec personnes hors famille			Nd	Nd	17,60%	17%	25%	18%	Nd	Nd			11,80%	6,90%				Nd	Nd
	vit seul			Nd	Nd	27,90%	33,90%	24%	13%	Nd	Nd	26,90%		21,10%	14,60%		50%	30,40%	Nd	Nd
Caractéristiques ménage	en couple sans enfant	10,1	10,8																	
	en couple avec enfants	29,8	20,2																	
	seul avec enfants	3,5	31,2																	
	vit avec autre nbr famille	9,8	6,9																	
	vit avec personnes hors famille	14,1	9,8																	
	vit seul	32,9	21,1																	

NOTES :

Concernant les données sur les nationalités de VESPA, il s'agit du pourcentage des origines des africains sur l'ensemble de la population étudiée

* Comede: réfugiés, demandeurs d'asile, étrangers malades,..

** Les collectivités incluent les foyers de travailleurs, cités universitaires, maisons de retraite, centre d'hébergement, établissement religieux...

Sigles selon l'apparition chronologique dans le rapport

AIDS : Acquired Immunodeficiency Syndrome

AME : Aide Médicale d'État

ANAEM : Agence Nationale pour l'Accueil des Étrangers et des Migrants

ANF : Anciennement sous Administration Française

ANRS : Agence Nationale de Recherche sur le Sida

CAI : Contrat d'Accueil et d'Intégration

CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles

CASO : Centre d'Accueil de Soins et d'Orientation

CESEDA : Code d'entrée et de séjour des étrangers et du droit d'asile

CGI : Code Général des Impôts

CIMADE : Comité inter mouvements auprès des évacués

CMU : Couverture Médicale Universelle

CMUC : Couverture Médicale Universelle Complémentaire

CSS : Centre de Santé de la Sécurité Sociale

FTM : Foyer de Travailleurs Migrants

GISTI : Groupe d'Information et de Soutien des Immigrés

HLM : Habitation à Loyer Modéré

ICF : Indice Conjoncturel de Fécondité

INED : Institut National d'Études Démographiques

INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

InVs : Institut national de Veille sanitaire

IRD : Institut de Recherche pour le Développement

IRDES : Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé

KABP : Knowledge, Attitude, Beliefs and Practices

MCV : Maladie Cardio-Vasculaire

MISP : Médecin Inspecteur de Santé Publique

OFPRA : Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides

OMI : Office des Migrations Internationales

ONG : Organisation Non Gouvernementale

ONI : Office National de l'Immigration

ONU : Organisation des Nations Unies

OSDE : Observatoire de la Santé des Étrangers

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement

SIDA : Syndrome de l'Immuno-Déficience Acquise

SMIC : Salaire Minimum Interprofessionnel de Croissance

SONACOTRA : Société nationale de construction de logements pour les travailleurs

VHB : Virus Hépatique B

VHC : Virus Hépatique C

VIH : Virus de l'Immuno-Déficience Humaine

Table des matières

Préambule 1

Introduction 2

1. L'immigration d'origine subsaharienne en France : données historiques, juridiques et administratives 4

1.1. Histoire de l'immigration subsaharienne en France et évolution du cadre politique de l'immigration en France 4

Les premières immigrations africaines en France 4

1950 -1960 le temps des indépendances 5

L'instauration d'une véritable politique d'immigration 6

De 1980 à aujourd'hui 8

1.2. Tendance générale de l'immigration en France 10

1.3. Évolution du flux d'immigration d'Afrique subsaharienne 12

1.4 La dynamique des entrées légales et illégales des immigrés d'origine d'Afrique subsaharienne 13

Principaux titre de séjours délivrés aux immigrés originaires d'Afrique subsaharienne 15

Taux de naturalisation 21

Estimation du nombre d'immigrés d'origine subsaharienne en situation irrégulière 23

2. Caractéristiques sociodémographiques et conditions de vie de la population : des profils hétérogènes 25

Avertissement méthodologique 25

2.1 Caractéristiques démographiques 25

Sexe 25

Âge à l'arrivée en France et structure d'âge des immigrés d'Afrique subsaharienne 27

2.2 Origine géographique 28

3.3 Situation sociale 30

Situation matrimoniale 30

Vie de famille 34

Fécondité des immigrées 37

Les conditions de logement 39

Autres sources d'informations : enquête transversale et secteur associatif 40

Le niveau d'instruction 45

L'emploi 47

La pratique d'une religion 50

3. Santé et accès aux soins des immigrés subsahariens 51

3.1 État de santé et principales pathologies des immigrés subsahariens en France 51

Données concernant les personnes en situation régulière 52
Les données issues du secteur associatif 56
Médecins du Monde 58
3.2 Protection sociale des immigrés subsahariens en France 62
Cadre théorique de la législation en matière de protection maladie des immigrés 62
Protection maladie des immigrés subsahariens en France 64
Les obstacles rencontrés par les immigrés dans l'accès aux droits et aux soins 66
Un difficile accès à la mutuelle complémentaire 68
Difficultés d'accès auprès des permanences d'accès aux soins de santé 68
4 Régularisation et maladie 69
4.1 Une législation récente et complexe 69
Historique législatif 69
Procédure d'obtention du titre de séjour pour régularisation médicale 70
4.2 Bilan décennal de la mise en place du dispositif 73
Chute du taux d'accord pour régularisation médicale 73
Dysfonctionnements des procédures administratives et médicales 75
5. Comparaison des caractéristiques sociodémographiques des Africains subsahariens infectés par le VIH avec l'ensemble de la population subsaharienne résidant en France 77
5.1 Présentation des études 77
5.2 Différences observées entre les deux types de population 79
Statut administratif 79
Conditions de vie sociale 80
Isolement social 82
Conclusion 84
Bibliographie 85
Sigles selon l'apparition chronologique dans le rapport 90
Table des matières 92
Liste des tableaux 95
Liste des figures 99

Liste des tableaux

Tableau 1 – Comparaison de motifs de titre de séjours permanents délivrés en France au cours de l'année 2005, auprès des ressortissants des pays du Maghreb, de l'Afrique subsaharienne et de l'ensemble de la population immigrée, en effectif et pourcentage. 18

Tableau 2 – Comparaison des catégories utilisées dans le recensement des motifs de titre de séjours des étrangers en France, au cours des années 2003 et 2005 22

Tableau 3 – Origine géographique des personnes ayant bénéficié de la nationalité française par décret au cours des années 2000 à 2006, en effectif 24

Tableau 4 – Présentation des différentes sources de données utilisées dans le présent rapport (partie II, III) 26

Tableau 5 – Part de l'immigration africaine et de l'ensemble de la population immigrée selon le groupe d'âges. Année d'admission au séjour régulier en 2005 28

Tableau 6 – Formation d'un couple avant de migrer et naissance d'un enfant selon le pays d'origine . 30

Tableau 7 – Formation d'un couple avant la migration selon l'origine du migrant 31

Tableau 8 – Âge à la mise en couple des immigrés de plus de 30 ans en fonction du pays d'origine résidant en France en 1999. 31

Tableau 9 – Statut matrimonial des couples résidant en France selon leur origine géographique 32

Tableau 10 – Statut matrimonial des Africains subsahariens enquêtés au cours de l'Enquête Migrants KABP 33

Tableau 11 – Statut matrimonial stratifié par âges des Africains subsahariens enquêtés au cours de l'Enquête Migrants KABP 33

Tableau 12 – Répartition des couples comprenant au moins un conjoint immigré d'Afrique subsaharienne en comparaison avec l'ensemble des couples comprenant au moins un conjoint immigré résidant en France, 1999 34

Tableau 13 – Structure familiale des ménages subsahariens comparée à celles de l'ensemble des ménages des immigrés et non immigrés résidant en France en 1999 35

Tableau 14 – Taille et caractéristiques des ménages immigrés selon l'origine, résidant en France, en 1999 36

Tableau 15 – Indice conjoncturel de fécondité selon l'année d'arrivée en France 37

Tableau 16 – Types de familles et nombre d'enfants parmi les familles immigrées subsahariennes, et dans l'ensemble des familles immigrées et non immigrées en France en 1999 38

Tableau 17 – Estimation des caractéristiques démographiques de la population dans le monde par continent, en effectif, en 2009 39

Tableau 18 – Type de logement des immigrés subsahariens résidant en France enquêtés selon leur année d'arrivée en France, en effectif et pourcentage 40

Tableau 19 – Type de logements des immigrés hommes subsahariens selon leur âge, résidant en France, enquêtés au cours de l'enquête Migrants KABP, 2005 41

Tableau 20 − Type de logements des immigrées subsahariennes selon leur âge, résidant en France, enquêtées au cours de l'enquête Migrants KABP, 2005 41

Tableau 21 − Vie en collectivité et type de structure des immigrés, résidant en structure collective en France, en 1999 42

Tableau 22 − Répartition d'hommes immigrés résidant dans un foyer de travailleurs pour hommes immigrés en France 43

Tableau 23 − Type de logement des patients des CASO de Médecins du Monde, en 2007, selon leur origine 44

Tableau 24 − Principales nationalités des immigrés vivant en centre de rétention en France, en 2008, en effectifs 45

Tableau 25 − Niveau de diplôme des personnes âgées de 30 à 49 ans selon le pays d'origine 46

Tableau 26 − Âge moyen de fin d'étude selon le lieu d'étude et le pays d'origine 46

Tableau 27 − Taux d'activité des immigrés selon le pays d'origine, en 2002 47

Tableau 28 − Statut de l'emploi selon le pays d'origine des immigrés résidant en France, en 2002 48

Tableau 29 − Répartition des immigrés par secteur d'activité résidant en France en 2002 48

Tableau 30 − Répartition des immigrés subsahariens employés dans le secteur tertiaire en France selon l'origine géographique, en 2002 49

Tableau 31 − Taux de chômage de la population immigrée résidant en France, en 2002 50

Tableau 32 − Type de religion des enquêtés subsahariens au cours de l'enquête Migrants KABP 2005 51

Tableau 33 − Répartition du taux de pathologies relevées dans les fiches médicales des primo migrants, selon la région d'origine et le sexe, en 2007, dans les bilans de santé réalisés par l'ANAEM, en pourcentage et effectif 52

Tableau 34 − Pathologies observées parmi les primo migrants subsahariens comparées aux immigrés maghrébins et européens selon la région d'origine, au cours des bilans de santé réalisés par l'ANAEM, en pourcentage et effectif 53

Tableau 35 − Répartition des pathologies parmi des primo migrants subsahariens, selon le sexe, en 2007, dans les bilans de santé réalisés par l'ANAEM, en pourcentage et effectif 54

Tableau 36 − Répartition des principaux pays des immigrés subsahariens ayant consulté au Comede au cours de l'année 2008, en pourcentage et effectif 57

Tableau 37 − Taux de prévalence observés parmi les patients du Comede selon leur région d'origine. Taux pour 1 000 personnes parmi les 18 996 patients accueillies en médecine au cours de la période 2002-2008 60

Tableau 38 − Taux de prévalence des pathologies observées parmi les patients subsahariens du Comede Taux pour 1 000 personnes parmi les 18 996 patients accueillis en médecine au cours de la période 2002-2008 61

Tableau 39 − Prévalence du VIH et des hépatites selon l'origine des patients dépistés dans le cas de St Denis, en 2007, en effectif 62

Tableau 40 − Ouverture des droits effectifs des patients ayant consulté dans les CASO en 2007, en effectif et pourcentage 65

Tableau 41 − Évolution des taux d'accord aux demandes de cartes de séjour pour raison médicale au cours de l'année 2001 à 2007, en pourcentage et effectif 74

Tableau 42 − Part des patients et des personnes, d'origine subsaharienne, interrogés dans les diverses études, ayant atteint au moins le niveau d'études secondaires 80

Tableau 43 − Situation matrimoniale présentée par les personnes interrogées au cours des enquêtes Vespa, Retard, Copana, KABP 81

Tableau 44 − Type de logement déclaré par les Africains enquêtés dans Vespa, Retard, Copana, InVS, Enquête Hôpital du Nord des Hauts de Seine, INSEE, KABP 83

Liste des figures

Figure 1 – Évolution de l'effectif des immigrés résidant en France depuis 1911 selon le sexe..... 11

Figure 2 – Évolution de la population immigrée en France par région d'origine (en millions d'individus)..... 13

Figure 3 – Les statuts des étrangers en France au regard des règles de police de l'immigration 15

Figure 4 – Répartition en pourcentage des titres de séjours temporaires des immigrés originaires d'Afrique subsaharienne résidant en France en 2005 16

Figure 5 – Motifs principaux de délivrance de titre de séjour à caractère permanent 17

Figure 6 – Part des femmes dans la population immigrée selon le pays d'origine..... 26

Figure 7 – Âge à l'arrivée en France des immigrés résidant en France en 1999 selon le pays d'origine 27

Figure 8 – Répartition en pourcentage de familles (en couple) Figure 9 – Répartition en pourcentage de familles monoparentales ayant au moins deux enfants selon l'origine, 1999 ayant au moins deux enfants selon l'origine, 1999 38

Figure 10 – Répartition en pourcentage des enquêtés dans l'enquête Migrants KAPB, selon leur religion..... 50

Figure 11 – Évolution de la part des étrangers disposant de droits ouverts à la couverture maladie selon le pays d'origine et la durée de résidence en France..... 66