

SANTE AU TRAVAIL DES IMMIGRES

Plan

1. INTRODUCTION
2. DEFINITIONS
3. DEMOGRAPHIE DE LA POPULATION IMMIGREE
4. LES IMMIGRES DANS LE MONDE DU TRAVAIL
5. SANTE AU TRAVAIL DES IMMIGRES
6. PISTES POUR LA PREVENTION

1. INTRODUCTION

La santé au travail des immigrés : affaire classée ?

On serait tenté de le penser à voir la désertion de ce champ d'étude par les chercheurs en santé au travail.

D'un point de vue quantitatif, on assiste depuis les années 1970 à un arrêt presque total de l'immigration de travailleurs vers la France. De plus de nombreux auteurs considèrent, qu'une fois passée la période de 18 mois (pendant laquelle il bénéficie d'une surveillance médicale particulière prescrite par le code du travail), la santé d'un immigré ne diffère plus guère de celle de la population du pays d'accueil.

Nous allons tenter de faire le point sur cet aspect de la population immigrée.

2. DEFINITIONS

SANTE

Selon le Robert : « bon état physiologique d'un être vivant »

Pour l'O.M.S. : « non seulement l'absence de maladie, mais un état complet de bien-être physique, social et mental ».

TRAVAIL

On se limitera à l'emploi salarié, champ de compétence du médecin du travail.

IMMIGRES

Pour l'INSEE, il s'agit des « personnes résidant en France et nées étrangères à l'étranger ». Cette définition recouvre des situations très différentes : du bébé qui arrive avec ses parents et fera toute sa scolarité en France au républicain espagnol fuyant la répression franquiste en passant par l'étudiante Erasmus qui rencontre le french lover ou vice versa. A noter que les 36% d'immigrés naturalisés continuent à faire partie de la catégorie immigrée.

SANTE AU TRAVAIL

Une première conception limite la santé au travail à l'apparition de maladies, conséquences d'expositions à des risques professionnels. Par conséquent le travail ne peut qu'être, lorsque les meilleures conditions sont réunies, que neutre vis-à-vis de la santé. La psycho dynamique du travail propose une autre approche : le travail est un espace, où sans arrêt, la santé est mise en jeu soit dans le sens d'une dégradation soit au contraire d'une construction. Il s'agit là d'un modèle plus complexe mais qui permet de mieux comprendre ce qui se joue au travail.

ELEMENTS DE REFLEXION

Ce sont là des définitions élaborées par notre « modèle occidental », à l'évidence les conceptions des migrants sont différentes. Leur perception de la santé, du danger, du risque, du travail peuvent être très éloignées de nos représentations. Et l'on manque singulièrement d'outil pour estimer cette différence. Pour s'en convaincre, il n'est que de rappeler que pour certaines tribus le mot et par conséquent le concept de travail n'existe pas. De même que les asiatiques et les africains ont une perception très différente de la maladie et de la santé.

Une chose est cependant certaine pour tous les immigrés, bonne santé rime avec capacité de travail.

3. DEMOGRAPHIE DE LA POPULATION IMMIGREE

3.1. LA POPULATION IMMIGREE DANS SON ENSEMBLE

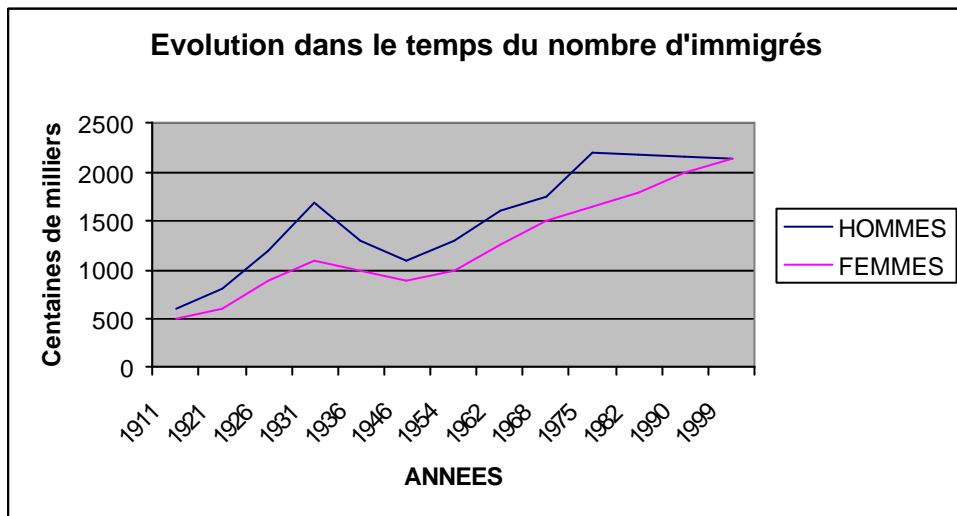
sources : Insee, Recensement 1999

3.1.1. ENSEMBLE

- 7,4 % de la population française soit 4,3 M

3.1.2. REPARTITION PAR SEXE

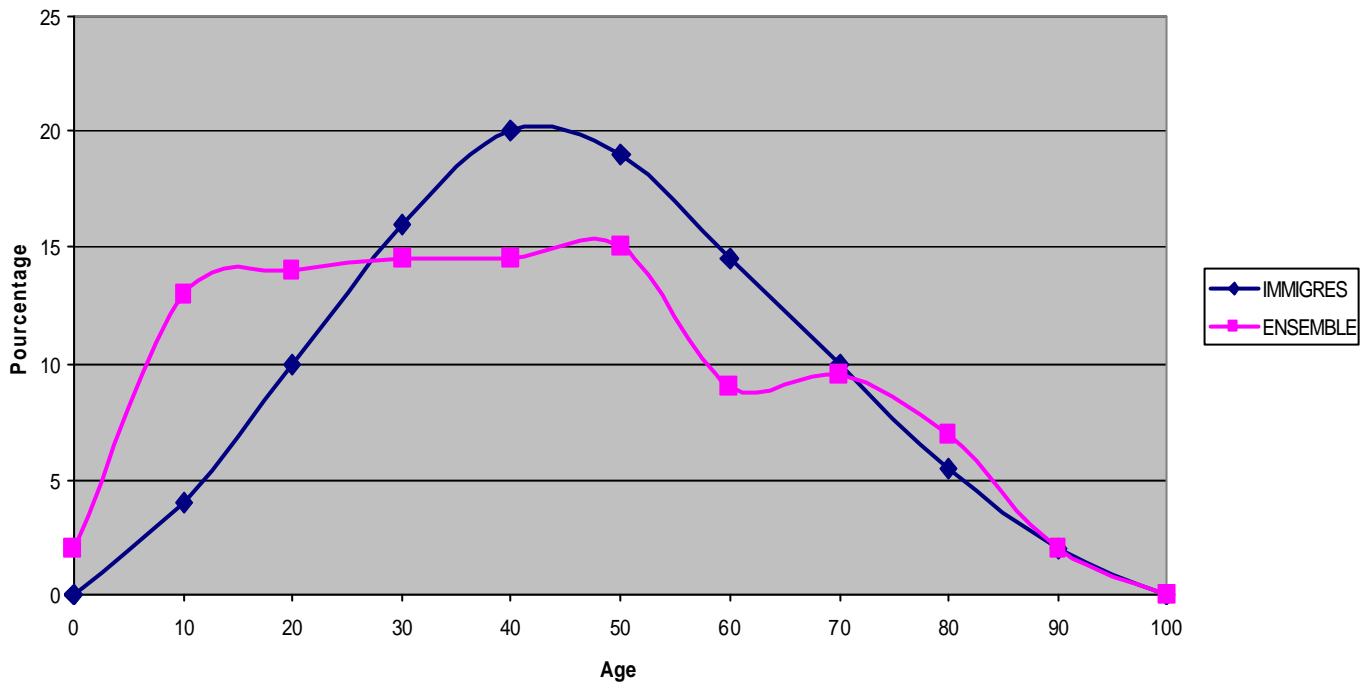
- 50 % de femmes



3.1.3. L'AGE

L'âge moyen des immigrés était de 46 ans en 1999. Le fait que ce sont en général des adultes jeunes qui arrivent en France donne à la pyramide des âges un aspect de toupie.

Courbe des âges des immigrés et non immigrés en 1999



3.1.4. LE PAYS D'ORIGINE

Europe 45 %

Portugal	13,3 %
Italie	8,8 %
Espagne	7,4 %
Autres	15,5 %

Afrique 39,3 %

Algérie	13,4 %
Maroc	12,1 %
Tunisie	4,7 %
Autres pays	9,2 %

<u>Asie</u>	<u>12,7 %</u>
Turquie	4,0 %
Cambodge Laos Vietnam	3,7 %
Autres	5,0 %
<u>Amérique Océanie</u>	<u>3,%</u>

3.1.5. NIVEAU DE DIPLOME DES IMMIGRES

Pour la classe d'âge 30 à 49 ans, 41 % des immigrés n'ont aucun diplôme, 27 % un CAP ou BEP, 11 % le baccalauréat, 21 % études supérieures.

En comparant ces données avec la population non immigrée, on constate que si les immigrés font presque jeu égal avec les non immigrés pour les études supérieures 21 % contre 23 %, par contre il sont deux fois plus nombreux à ne posséder aucun diplôme. Ce constat cache de grandes disparités selon le pays d'origine : 51 % des immigrés d'Amérique et d'Océanie ont fait des études supérieures alors que 70 % des Turcs sont sans diplôme.

3.2. LES FLUX : OMI, OPRA

3.2.1. FLUX D'IMMIGRATION PERMANENTE PAR PAYS D'ORIGINE

Ces statistiques de 2003 ne prennent pas en compte les immigrés provenant de l'union européenne.

Europe et ex-URSS :	11 787
Afrique :	90 062 dont 60 318 pour le Maghreb
Asie :	22 192 dont 8 613 pour la Turquie
Amériques Océanie :	11 258
Total :	135 299

3.2.2. FLUX D'IMMIGRATION PERMANENTE PAR MOTIF

Vie privée et familiale : 46 %

Regroupement familial : 19,7 %

Réfugiés : 7 %

Travailleurs permanents : 5 % soit 6500 personnes

3.2.3. FLUX D'ENTREES POUR SEJOUR TEMPORAIRE

Autorisations provisoires de travail : 10 138

Saisonniers : 14 566

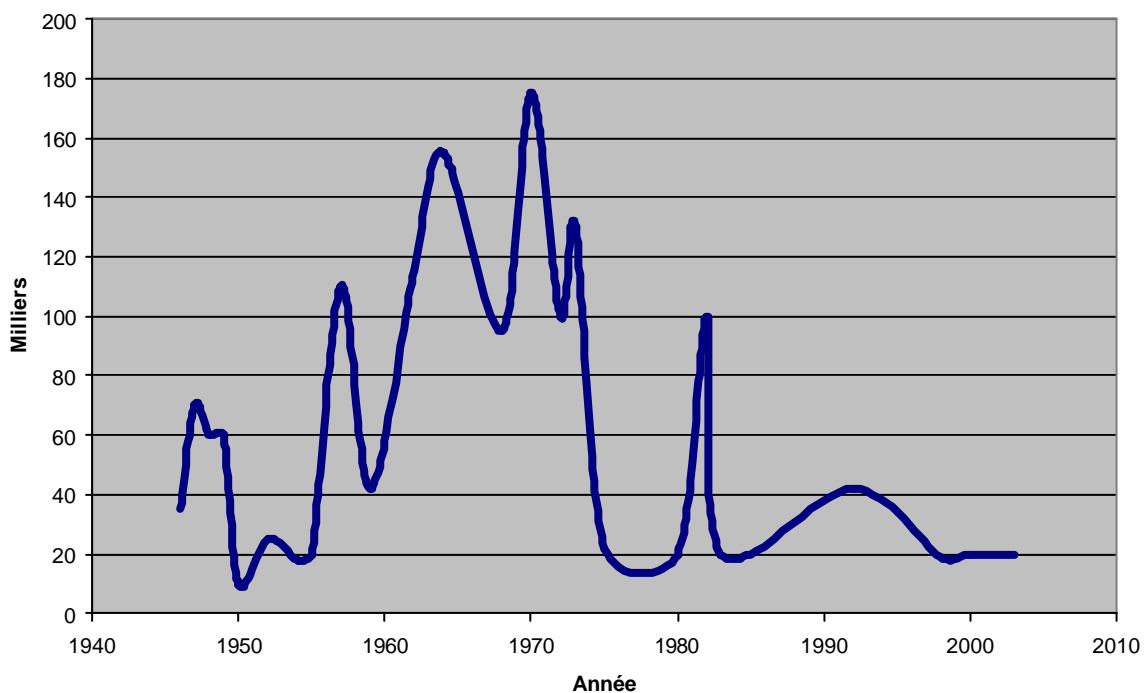
Etudiants : 52 062

Stagiaires : 1 008

Demandeurs d'asile : 52 204

Le nombre des immigrants temporaires ne doit pas s'additionner aux permanents car un séjour temporaire peut aboutir à un séjour permanent : par exemple un demandeur d'asile qui obtient le statut de réfugié.

Travailleurs permanents et provisoires



Depuis les années 70, en raison du chômage, le flux migratoire s'est tari pour atteindre des valeurs très faibles : 135 000 personnes en 2003, la RFA et les pays de l'Europe du Sud font preuve d'une capacité d'accueil beaucoup plus importante que la France.

Les motifs d'immigration ont également changé, faisant une large part aux motifs privés et familiaux. Cependant quel que soit le motif invoqué, la plupart des migrants vont, tôt ou tard, rejoindre les rangs de la population active.

4. LES IMMIGRES DANS LE MONDE DU TRAVAIL

Sources : Insee, Enquête emploi 2002

4.1. PARTICIPATION AU MARCHE DU TRAVAIL

La part des actifs (avoir ou rechercher un emploi) dans la population immigrée est de 53 % contre 55 % pour les non immigrés, cette différence s'accroît encore ajustant sur la structure par âge : 49 %. Le faible niveau d'études des femmes immigrées explique, en partie, ce résultat. Encore ces chiffres recouvrent une grande disparité selon le pays d'origine.

4.2. SORTIES D'ACTIVITE

En analysant les causes de cessation d'activité chez les seniors (50 à 59 ans), on remarque le motif « départ en retraite » est moins fréquemment invoqué chez les immigrés par rapport aux non immigrés : 9 % contre 26 %. Le fait que beaucoup n'aient accompli qu'une partie de leur cursus professionnel en France, et n'aient, de ce fait, pas validé le nombre de trimestres requis pour prétendre à une retraite complète, pourrait expliquer cette différence. Par contre les immigrés sont plus nombreux à donner pour cause les raisons de santé et la fin d'emploi à leur fin d'activité.

4.3. LE CHOMAGE

Le taux de chômage des immigrés est de 16,4 %, soit le double des non immigrés. Cette très grande différence persiste après ajustement sur la catégorie socio-professionnelle. A niveau d'étude égal le constat est identique. A l'instar des non immigrés le chômage sévit plus chez les jeunes et les femmes.

L'impossibilité pour les immigrés non naturalisés de postuler à un emploi public ne peut en aucun cas expliquer l'importance des différences observées. La population immigrée fait l'objet d'une véritable discrimination dans l'accès à l'emploi. Cette discrimination est très variable selon le pays d'origine : les Italiens, Espagnols et Portugais chôment moins que les non immigrés (6 %), le taux de chômage des Turcs et des Maghrébins dépasse 25 % ! Discrimination ethnique ?

La durée moyenne des périodes de chômage ainsi que la part de chômeurs de longue durée est également plus grande chez les immigrés.

4.4. CATEGORIES SOCIO-PROFESSIONNELLES

Au risque d'être redondant, les différences vont toujours dans le même sens. Les immigrés sont plus souvent ouvriers non qualifiés, leur plus faible niveau d'études ne peut rendre compte de l'importance de la différence. Parmi les immigrés, les Turcs et Maghrébins sont plus souvent ouvriers.

A noter une particularité : seul 2 % des personnes d'origine portugaise sont cadres, alors que les migrants sont, dans leur ensemble, 10,4 % à appartenir à cette catégorie, les non immigrés 15 %.

4.5. SECTEURS D'ACTIVITE

Comme le reste de la population les immigrés travaillent en majorité dans le secteur tertiaire, mais pour une plus faible part que les non immigrés (67 % contre 72 %). Ils sont surreprésentés dans la catégorie des services aux particuliers, c'est l'inverse pour le secteur éducation santé.

Le BTP emploie 14 % de la population immigrée, 5,6 % des non immigrés.

4.6. STATUTS D'EMPLOI

Le fait que les immigrés originaires de Turquie et du Portugal sont plus nombreux à conserver leur nationalité d'origine explique pour une part leur faible représentation dans la fonction publique. Dans le secteur privé les contrats de travail précaires -CDD, intérim- sont plus souvent le lot des immigrés.

4.7. TEMPS PARTIEL ET SOUS-EMPLOI

Les immigrés travaillent plus souvent à temps partiel, et leur durée de travail est, en moyenne plus courte. A emploi égal, l'écart se ressent mais persiste.

Le temps partiel imposé est également plus fréquent chez les immigrés, parmi ceux-ci les originaires d'Afrique sont plus touchés.

4.8. CONDITIONS DE TRAVAIL ET SATISFACTION

Le travail de nuit, du soir, du week-end, les horaires alternés ou variables sont moins fréquents chez les immigrés.

Parmi les raisons que donnent les personnes à la recherche d'un autre emploi, le désir de travailler davantage est cité par 23 % des immigrés, pour 11 % des non immigrés.

4.9. SYNTHESE

Faire une synthèse de la situation des immigrés dans le monde du travail revient à dresser une liste cumulative de handicaps. Le poids de divers facteurs : plus faible niveau d'études, handicap de la langue etc... ne suffit pas pour rendre compte des différences observées. La discrimination est évidente, elle prend de plus en plus une connotation « raciale » manifeste.

Cela a été mis en évidence en Alsace à plusieurs reprises : Demande de candidats bleu blanc rouge lors de recrutement, chasse aux faciès et au patronymes chez les sous-traitants de l'aéroport d'Entzheim. Enfin, la mise à disposition par une société de nettoyage qui compte 75 % d'immigrés, d'une équipe 100% alsacienne pour le nettoyage du siège d'une société de télécommunications n'est pas le fait du hasard.

Poussés par la nécessité les immigrés sont, à leur arrivée, enclins à accepter les tâches les plus ingrates, est-ce pour autant acceptable ? Ils y restent le plus souvent confinés pour cause de panne de l'ascenseur social. Plus grave encore, leur descendance reste frappé du sceau de la " malédiction ".

5. SANTE AU TRAVAIL DES IMMIGRES

5.1. ENQUETES EPIDEMIOLOGIQUES SPECIFIQUES

Du fait probablement du faible nombre de nouveaux arrivants, la question de la santé au travail des migrants ne fait plus partie des préoccupations prioritaires des épidémiologistes en santé au travail, en effet les publications les plus récentes datent des années 1980 !

De plus les lois de la république, dans un souci de lutte contre la discrimination, ne facilitent pas la tâche des chercheurs: le « 99 » renseigné dans la case département de naissance du numéro INSEE permet de distinguer un sous-ensemble de la population née à l'étranger, mais rien ne permet de faire la part des français nés à l'étranger des migrants.

Pour encore compliquer la tâche, la saisie pour des fins d'enquêtes dans un questionnaire informatisé de données concernant l'ethnie ou le pays d'origine est très sévèrement contrôlée par la CNIL.

La principale source reste l'échantillon permanent de l'INSEE et bien sûr les recensements périodiques.

Pour l'épidémiologiste, il s'agit de savoir, si, toutes choses égales par ailleurs, la fréquence de pathologies liées au travail diffère de manière significative du point de vue statistique entre la population de migrants et les non-migrants

Des études rares et anciennes mettent en évidence une sur-accidentabilité chez les migrants pendant une période de 2 ans après leur arrivée. Ce phénomène semble très lié à la période de familiarisation avec la langue du pays d'accueil. L'hypothèse d'une prise de risques excessive, à mettre sur le compte d'un excès de zèle d'une personne qui n'existe socialement que par son travail peut également être envisagée. Les mêmes raisons peuvent entraîner une sous-déclaration des accidents et des maladies professionnelles et une minoration de leurs conséquences.

D'autres auteurs dont une étude alsacienne montre que le pourcentage d'invalides est plus faible chez les migrants ! Il s'agit d'un biais de sélection bien connu sous le nom d'Effet travailleur sain "Healthy worker effect". En effet, comparer un échantillon très sélectionné : jeune, en bonne santé, dynamique de migrants à un échantillon représentatif, lui de la population du pays d'accueil expose à ce paradoxe. On peut également avancer l'hypothèse d'une moins bonne connaissance et donc d'un moindre recours aux dispositifs de prise en charge.

L'épidémiologie trouve ici ses limites :

- 1) Démontrer que le seul fait d'être immigré constituerait, en soi, un facteur de risque n'a pas d'intérêt pratique, puisqu'il s'agit d'une caractéristique intrinsèque de cette population que l'on ne peut modifier. La seule utilité de ce constat serait de prouver l'existence d'une discrimination.
- 2) Tenter par des artifices mathématiques de contrôler tous les facteurs de confusion qui peuvent rendre compte d'une différence de santé entre migrants et non migrants, ce que l'on retrouve dans la formule : « toutes choses égales par ailleurs » relève de la farce car pour le migrant, toutes les choses sont inégales par ailleurs comme cela a été montré dans le chapitre précédent.

Sans grand risque de se tromper on peut affirmer que les migrants se retrouvent dans les catégories sociales les plus défavorisées.

S'intéresser à la santé au travail des migrants revient, passé la période d'adaptation et mis à part de rares pathologies d'importation, à étudier ces catégories de travailleurs.

En ce qui concerne les maladies importées, principalement infectieuses, la prise en charge par les structures de soins pose peu de difficultés pour les personnes en situation régulière. Il faut mentionner quelques maladies génétiques, drépanocytoses, déficit en G6PD, plus fréquentes sur le pourtour méditerranéen et Afrique qui peuvent poser la question de l'exposition à des substances hémotoxiques. Enfin les caractéristiques anthropométriques de certaines populations ont posé quelques problèmes d'adaptation de poste : par exemple la plus petite taille, en moyenne, des portugais.

5.2. LES INEGALITES SOCIALES DE SANTE

S'il ne fallait qu'un chiffre celui-ci suffirait : la différence d'espérance de vie entre les cadres et les ouvriers est de sept ans et ne cesse d'augmenter, même si l'espérance de vie de toutes les catégories s'accroît. Cette surmortalité prématurée porte principalement sur les cancers et les maladies cardiovasculaires.

Les facteurs de risque de ces maladies ne relèvent pas uniquement d'expositions professionnelles : les habitudes alimentaires, l'hygiène de vie l'intoxication alcoolo-tabagique y concourent pour une grande part. Néanmoins, les chercheurs du département Santé Travail de l'Institut de Veille Sanitaire estiment qu'un cancer sur dix serait d'origine professionnelle. Le nombre de cancers reconnus maladie professionnelle est bien plus faible.

Une alimentation variée et équilibrée, une pratique sportive régulière, une consommation modérée de tabac et d'alcool sont des objectifs plus facile à tenir pour un cadre que pour un intérimaire dans le BTP. Le lien entre des conditions de travail difficiles, dangereuses et les conduites addictives doit être explorée.

Il ne fait pas de doute que les immigrés sont plus souvent, plus longtemps et plus sévèrement exposés aux risques professionnels en général. En raison notamment, de la méconnaissance de la langue de ses droits, de la crainte de perdre son travail, du manque de formation, de l'inexpérience, il lui est plus difficile de se protéger efficacement. Une fois malade, la consultation est souvent tardive.

Professionnellement déjà très vulnérable, il doit parfois dans sa vie privée faire face à de multiples difficultés : isolement, manque d'argent, logement médiocre, alimentation peu équilibrée etc...Satisfaire aux exigences administratives relève parfois d'un véritable marathon...Sans oublier la discrimination raciale.

L'accumulation des difficultés tant dans le domaine professionnel que privé a des conséquences délétères sur la santé des immigrés, ce fait est corroboré par une moins bonne santé perçue chez les immigrés et la plus fréquente cessation d'activité professionnelle pour raison de santé.

Le vieillissement de la population imposera de recourir davantage à la main-d'œuvre étrangère, c'est déjà le cas dans des secteurs spécifiques dont la santé. Il est donc urgent de mettre en place une politique qui permette une réelle intégration des nouveaux immigrants sans oublier ceux qui sont déjà sur notre sol.

6. DES PISTES POUR LA PREVENTION

Parce que le coût de la réparation est infiniment supérieur à celui de la prévention.

6.1. AVANT DE QUITTER SON PAYS

Mise en place systématique de centres d'information des immigrants sur leurs droits, comme le font les syndicats finlandais en Estonie.

6.2. A L'ARRIVEE EN FRANCE

Dépistage et traitement des pathologies d'importation
Formation linguistique intensive clé d'une insertion rapide
Formation professionnelle complémentaire
Meilleure prise en charge du conjoint et des enfants, bon facteur d'intégration

6.3. A L'ENTREE DANS L'ENTREPRISE

Sensibiliser l'encadrement pour qu'il dispense au migrant une formation à la sécurité dans l'entreprise et au poste adaptée. La récente jurisprudence qui impose au chef d'entreprise une véritable obligation de résultat dans le domaine de la sécurité devrait accélérer la mise en place de cette formation

Mettre en place par le service de santé au travail d'une surveillance médicale adéquate.

En cas d'accident, mettre en place un suivi pour tenter de prévenir la névrose post-traumatique.

6.4. DANS L'ENVIRONNEMENT

Mettre au point des indicateurs fiables pour débusquer, évaluer les discriminations et jauger les politiques qui luttent contre elles.

Abandonner la gesticulation médiatique pour mener une lutte efficace contre les discriminations.

C'est en mettant en place ces dispositifs que la France redeviendra une terre d'asile digne de ce nom et retrouvera la paix sociale.