

DOCUMENTS DE TRAVAIL 190

Immigrés et descendants d'immigrés face à la santé

Christelle Hamel
et Muriel Moisy

Immigrés et descendants d'immigrés face à la santé

Christelle Hamel (Institut National des études démographiques)
Muriel Moisy (Université Paris-X, Nanterre)

Document de travail n° 190

Série Trajectoires et Origines (TeO)

Enquête sur la diversité des populations en France

Ce document de travail s'inscrit dans une série de textes résultant de l'exploitation de l'enquête « Trajectoires et Origines, enquête sur la diversité des populations en France » (TeO), dont le premier (n°168 fournit les premiers résultats sur l'ensemble des thèmes traités par l'enquête). Il s'agit de versions de travail qui seront publiées sous une forme révisée dans un ouvrage aux Editions de l'Ined.

L'enquête TeO est une coproduction de l'Ined et de l'Insee. Elle a été réalisée entre septembre 2008 et février 2009 par les enquêteurs de l'Insee. Elle décrit et analyse les conditions de vie et les trajectoires sociales des individus en fonction de leurs origines sociales et de leur lien à la migration. Elle s'interroge sur l'importance et l'impact des expériences de discrimination sur les parcours des individus.

TeO a été réalisée auprès d'environ 21 000 personnes nées entre 1948 et 1990, vivant dans un ménage ordinaire en France métropolitaine en 2008. Pour les individus fils ou filles d'immigré ou d'une personne née dans un DOM, le champ représentatif de l'enquête est limité aux personnes nées après 1958.

Le questionnaire de TeO explore l'histoire migratoire de personnes ou de leurs parents, décrit leurs parcours scolaires et professionnels, leur histoire résidentielle et leurs conditions de logement, leur vie familiale, les modalités de transmission des langues et la religion. De façon transversale, il examine l'accès des individus aux biens et services (travail, logement, services, soins...) ainsi que les discriminations pouvant y faire obstacle. Bien qu'évoquant à de nombreuses reprises la couleur de la peau comme facteur de discrimination, l'enquête n'a finalement pas enregistré cette caractéristique personnelle, suivant en cela l'avis du Conseil constitutionnel du 15 novembre 2007.

Pour plus d'information : <http://teo.site.ined.fr/>

Immigrés et descendants d'immigrés face à la santé

Christelle Hamel (Institut National des études démographiques)

Muriel Moisy (Université Paris-X, Nanterre)

En France, la santé des immigrés a émergé comme objet de recherche démographique dans les années 1990 sous l'angle de travaux pionniers sur les disparités de mortalité entre la population de nationalité française et la population étrangère (Khlal, Courbage, 1995a et 1995b) et sur les disparités en matière de morbidité (Mizrahi, A et Mizrahi, A, 1993 et 2000, Khlal, Sermet, Laurier, 1998). Toutefois, en raison de la nature des données alors disponibles, ces travaux ne permettaient pas d'établir un panorama global de la santé de l'ensemble des immigrés, car les enquêtes produites par la statistique publique à cette époque ne permettaient pas de connaître l'origine des immigrés qui avaient acquis la nationalité française¹, à savoir le pays et la nationalité de naissance. Ces travaux concluaient à un meilleur état de santé des personnes migrantes. Dans le même temps, des études menées par des associations de médecins (Médecins du Monde, Médecins sans frontières, Remede, Migrants contre le sida) à partir de leur activité auprès de populations particulières de migrants (réfugiés, sans-papiers, populations consultant des centres gratuits de santé,...) faisaient état de la très grande vulnérabilité sociale de certains migrants et de la forte dégradation de leur santé, sans que des données statistiques auprès de l'ensemble des migrants puissent être établies pour conforter ces constats. Ces études faisaient état de pathologies très présentes chez certains migrants, comme le saturnisme, la tuberculose et le VIH-sida (Fassin, 1998).

C'est dans le sillage de ces alertes et dans un contexte d'évolution de la statistique publique vers une meilleure identification des personnes migrantes dans les enquêtes quantitatives que dès le début des années 2000, les enquêtes de santé en population générale² s'enrichissent des informations nécessaires à l'identification des migrants, notamment le pays de naissance des enquêtés. Il est dès lors rendu possible d'appréhender la question de l'immigration comme « l'une des dimensions de la production sociale des inégalités de santé » (Fassin, 1998). Avec ces nouvelles informations, il est désormais possible d'identifier l'ensemble des personnes immigrées (nées étrangères à l'étranger), ce qui a considérablement fait progresser l'état des connaissances statistiques à la fois sur la santé perçue de la population immigrée (Attias-Donfut, 2003 ; Dourgnon, Jusot, Sermet, Silva, 2008) et sur les disparités en matière de recours aux soins de ville (Dourgnon, Jusot, Sermet, Silva 2009). Toutefois, les possibilités d'analyse offertes par les grandes enquêtes sur la santé présentent deux limites majeures : d'une part, elles sont conduites auprès de l'ensemble de la population résidant en France, sans sur-échantillonnage de la population immigrée, ce qui conduit à un trop faible effectif d'immigrés pour pouvoir détailler les résultats par origine ; d'autre part, elles ne renseignent pas sur l'ancienneté de la migration (âge à l'arrivée en France, ancienneté sur le territoire français) ce qui a conduit les études s'appuyant sur ces enquêtes à recourir à des proxy de la durée de résidence comme le fait d'avoir acquis la nationalité française (étant entendu que l'acquisition de la nationalité implique une durée de résidence minimale) pour différencier les migrants entre eux (Jusot, Silva, Dourgnon, Sermet, 2008). Cette absence d'information

¹ D'après le recensement de la population réalisé un peu plus tard en 1999, 36% des immigrés en France avaient acquis la nationalité française. Autrement dit, un tiers des immigrés se trouvaient exclus de l'analyse du fait de l'inexistence de données adéquates.

² Dès 2002, une question sur la nationalité de l'enquêté est ajoutée au questionnaire de *l'enquête santé et protection sociale* (IRDES) tandis que ce sont les critères de la nationalité et du pays de naissance des individus qui apparaissent la même année dans *l'Enquête décennale santé 2002-2003* (INSEE).

empêche encore d'explorer si l'état de santé dégradé des migrants est à imputer plutôt à leurs conditions de vie avant la migration ou après la migration. L'enquête *Passage à la retraite des immigrés* réalisée en 2002-2003 par la Caisse nationale d'assurance vieillesse auprès de 6200 immigrés âgés de 45 à 70 ans, échappe à ces critiques (Attias-Donfut, 2003), mais n'offre pas de véritable comparaison possible avec les personnes non-immigrées.

De par la taille de son échantillon et son recueil de données à la fois sur l'état de santé, le parcours migratoire, les événements de vie du passé et les conditions de vie actuelles, l'enquête *Trajectoires et Origines* constitue une source de données originale qui vient pallier les manques évoqués précédemment. Elle permet d'enrichir les connaissances déjà acquises sur la santé des immigrés au regard de leur situation avant et après la migration. Elle permet encore de produire des savoirs inexistant, que ce soit sur les descendants d'immigrés ou sur les personnes originaires d'un DOM. Ces derniers sont intégrés aux analyses de ce chapitre au titre de leur expérience d'une grande mobilité géographique et de ses effets possibles sur la santé ainsi qu'en raison de leur exposition aux discriminations raciales. S'ils ne sont pas immigrés, puisque Français de naissance sur plusieurs générations, ils partagent néanmoins avec cette population un certain nombre d'expériences communes. En outre, l'accès à la santé dans les départements d'outre-mer n'est pas de qualité équivalente à celle de la métropole. L'enquête *Trajectoires et Origines* présente aussi pour autre originalité d'interroger les enquêtés sur le sentiment d'avoir subi des discriminations dans l'accès aux soins, ce qui n'existe pas dans les enquêtes sur la santé et constitue aussi une nouveauté par rapport à l'enquête *Mobilité géographique et insertion sociale* réalisée en 1992, qui était destinée à étudier l'intégration et l'assimilation des immigrés et ne comprenait aucune question sur l'état de santé. Notons ici que l'insertion de questions sur la santé dans l'enquête *Trajectoires et Origines* n'a pas été évidente au premier abord. Il fut nécessaire d'apporter de nombreux arguments pour imposer ce thème. Que venaient faire des questions sur la santé dans une enquête consacrée à l'intégration des migrants ? Force est de constater que l'étude de la santé ne fait à ce jour pas partie des questions classiques dans le champ des études sur l'intégration. Pourtant, on peut penser qu'être en bonne santé fait partie des critères influençant fortement l'intégration sociale des personnes, que recourir au système de soins peut aussi être entendu comme un indicateur d'une bonne insertion sociale, et que l'étude des refus de soins fait pleinement partie de l'étude des discriminations qui jusqu'alors sont majoritairement restées concentrées sur la sphère de l'emploi ou du logement, mis à part quelques travaux relativement isolés (Carde, 2006).

Ce chapitre est structuré en trois grandes parties qui abordent le rapport des immigrés et des natifs d'un DOM à leur santé et au système de soins avant de s'intéresser à la santé des enfants d'immigrés, nés en France et devenus aujourd'hui adultes. La première partie du chapitre propose de décrire et d'analyser la perception que les hommes et les femmes enquêtés ont de leur état de santé en fonction de leur origine, de leur âge et de leurs conditions de vie actuelles et passées, mais aussi selon leur âge à l'arrivée sur le territoire métropolitain et la durée de résidence en France. Dans la deuxième partie du chapitre, nous explorons ce qu'il en est du non recours et du renoncement aux soins, particulièrement pour les immigrés qui déclarent un besoin de soins, soit parce qu'ils se sont déclarés en mauvaise santé, soit parce qu'ils évoquent des limitations fonctionnelles et nous examinons ces résultats au regard de leur couverture médicale et en les mettant en perspective avec la déclaration d'un traitement différencié en raison de l'origine par le personnel médical. Dans la dernière partie, il s'agit d'observer si parmi les personnes ayant grandi en France, les filles et fils d'immigrés ainsi que les enfants des descendants des DOM ont un rapport à leur santé et au système de soins comparable à celui des enquêtés de la population majoritaire ou si des différences persistent malgré une socialisation en France et une familiarisation avec le corps médical et les messages de prévention depuis le plus jeune âge.

1. Le rapport à la santé des immigrés et natifs d'un DOM

1.1. État des savoirs sur la santé des migrants

Que sait-on aujourd'hui sur la santé des immigrés ? Ce domaine d'étude s'inscrit désormais dans celui des inégalités sociales de santé, le fait d'être immigré étant maintenant identifié comme une caractéristique associée à un risque plus important de déclarer un mauvais état de santé. Ce sont les conclusions auxquelles aboutissent les travaux réalisés dans les années 2000 à partir des grandes enquêtes en population générale (Leclerc *et al.*, 2000 ; Cambois et Jusot, 2006).

Pourtant, les premiers travaux menés sur la santé des migrants en France mais aussi dans d'autres pays d'immigration faisaient le constat inverse d'une meilleure santé des populations migrantes par rapport à la population générale. Ce retournement de diagnostic est essentiellement dû à l'amélioration des données disponibles pour étudier la santé des immigrés. Les premiers travaux quantitatifs français centrés sur cette population remontent à la moitié des années 1990. Myriam Khlal et Youssef Courbage ont ainsi mis au jour une moindre mortalité des femmes et des hommes de nationalité marocaine comparativement aux hommes et aux femmes de nationalité française à âge et catégorie socioprofessionnelles identiques (1995a 1995b). D'autres travaux reposant sur l'étude de la mortalité ont abouti à des constats similaires dans d'autres pays d'immigration mais leurs conclusions ont été nuancées depuis, voire mises en cause, dans la mesure où les migrations de retour qui s'amplifient avec le passage à la retraite, empêchent de prendre en considération l'ensemble des décès des personnes migrantes, ce qui conduit à surestimer leur durée de vie (Abraido-Lanza, 1999). En effet, on sait par exemple dans le cas français que le désir d'être enterré dans le pays d'origine est très variable selon les origines des migrants (Tribalat, Simon, Riandey, 1996 : 138-139) et qu'environ un tiers des migrants âgés de 45 ans à 70 ans en 2005 se déclaraient attachés à l'idée d'être enterrés dans leur pays de naissance, et encore que le désir d'être enterré dans le pays d'origine est plus fort chez les Maghrébins que dans d'autres courants migratoires. L'enquête sur le passage à la retraite des immigrés de 2003 a permis d'établir que plus les personnes migrantes déclarent une mauvaise santé, plus elles déclarent souhaiter être enterrées dans le pays d'origine (Attias-Donfus et Tessier, 2005).

Outre la mortalité, l'étude des disparités en matière de morbidité a aussi fait l'objet d'un certain nombre de recherches. Une moindre morbidité des personnes migrantes a été établie, à âge et professions équivalentes. Les premiers travaux français sur cette question portaient sur les personnes résidant dans le ménage d'un étranger ayant la nationalité d'un des trois pays du Maghreb (à défaut de pouvoir étudier l'ensemble des personnes nées dans l'un de ces pays, les données d'enquête n'enregistrent alors pas le pays de naissance) (Khlal, Sermet, Laurier, 1998). Cette moindre morbidité a encore pu être constatée plus récemment à partir de la déclaration d'au moins une maladie chronique ou de limitations fonctionnelles (Jusot *et al.*, 2008). Cette plus faible morbidité a été expliquée par des différences d'habitudes alimentaires des originaires du Maghreb, ces habitudes s'avérant plus protectrices pour la santé du fait notamment d'une moindre consommation d'alcool et de tabac, particulièrement chez les femmes, mais aussi en raison d'une plus forte consommation de poisson et de fruits que dans le reste de la population (Warner, Khlal, Bouchardy, 1995). Il fut ainsi mis au jour une sous-mortalité par cancer chez les hommes. Chez les femmes, en dépit d'une mortalité et d'une morbidité globales plus faibles, il a été constaté une surmortalité par diabète et une fréquence plus élevée des maladies endocriniennes et métaboliques liées à l'obésité, témoignant aussi d'une alimentation plus sucrée chez ces dernières.

Outre les habitudes alimentaires, d'autres interprétations peuvent être avancées pour expliquer la moindre fréquence de l'existence de maladies ou problèmes de santé parmi les migrants, notamment les biais possibles de déclaration de ces maladies dus au fait que la bonne déclaration d'une maladie par les enquêtés est très conditionnée à son diagnostic par un médecin et donc à la consultation du corps médical. Or, les travaux mettent au jour un moindre recours aux soins des milieux modestes et attestent depuis longtemps de l'existence chez les migrants d'une fréquence plus faible des consultations auprès des professionnels de santé (Mizrahi et Mizrahi, 1993). Le constat pour les femmes marocaines d'un risque plus fort de décès par cancer de l'utérus (Khlat, Courbage, 1995) et d'une plus forte prévalence des maladies périnatales (Khlat, Sermet, Laurier, 1998) témoigne par exemple d'une moindre fréquence des consultations gynécologiques, désormais attestée par l'enquête *Santé, inégalité et rupture sociale* pour l'ensemble des femmes étrangères et non seulement pour les femmes maghrébines (Grillo, Soler, Chauvin, 2012).

Une autre interprétation réfère à l'effet de sélection des candidats à la migration par leur état de santé, processus désormais identifié dans de nombreux pays d'immigration, (États-Unis, Canada, Australie...) et désigné dans la littérature anglophone dès le début des années 1990 par l'expression « healthy migrant effect » (effet immigrant en bonne santé) (Fennelly, 2007 ; Hyman et Jackson 2010). Ces travaux montrent qu'à leur arrivée en France, les immigrés ont une meilleure santé que les personnes du pays d'installation, ayant le même âge. Ce capital santé à leur arrivée expliquerait en partie la moindre morbidité observée les concernant. Toutefois, plus récemment, d'autres travaux ont contrebalancé l'effet « immigrant en bonne santé » en raison de l'observation d'un effet délétère des conditions de vie dans le pays d'accueil sur la santé des immigrés qui ternirait les conclusions précédentes pour aboutir au constat d'un moins bon état de santé des immigrés comparé aux non-immigrés.

Des travaux étrangers menés en Australie, aux États-Unis, au Canada ou encore au Mexique (Chen, Ng et Wilkins, 1996 ; Rubalcava, Teruel, Duncan and Goldman, 2008) ont fortement nuancé le constat d'une meilleure santé des migrants. Si celle-ci est clairement attestée au moment de l'arrivée dans le pays d'installation, il a été établi qu'avec le temps, leur santé se dégrade plus rapidement que celle des personnes non-immigrées, en raison de conditions de vie plus difficiles. Ce constat a notamment été posé à partir de la comparaison à âge et origines identiques de l'état de santé des migrants arrivés récemment et de migrants installés de plus longue date ou encore à partir de l'étude de l'état de santé d'une cohorte de nouveaux migrants réinterrogés régulièrement, comme au Canada où il est par exemple attesté que leur état de santé se dégrade dès la quatrième année de résidence et plus rapidement que celle des non-migrants (Zhao, *et al.*, 2010a 2010b). Ces travaux s'inscrivent dans leur sillage des recherches sur les inégalités sociales de santé qui s'intéressent à l'impact des mauvaises conditions de vie.

Des travaux français plus récents (Jusot, Silva, Dourgnon, Sermet, 2008 ; Berchet et Jusot, 2010) ont, à l'inverse des constats établis dans les années 1990, généralisé le constat d'un moins bon état de santé des immigrés âgés de 18 ans et plus, comparativement à la population non immigrée, à âge et profession identiques, sans qu'il soit toutefois possible de distinguer ceux arrivés récemment de ceux résidant en France depuis plusieurs décennies. Si ces résultats contredisent les constats des 1990, il faut souligner (comme l'ont justement noté Caroline Berchet et Florence Jusot en 2012) qu'ils ont été établis non pas à partir des déclarations de maladies et de limitations fonctionnelles comme dans les travaux antérieurs, mais à partir de l'appréciation des enquêtés sur leur état de santé général. Or, les migrants identifient probablement moins bien les maladies dont ils sont porteurs que le reste de la population car ils fréquentent moins les médecins, si tant est qu'il est possible que l'appréciation subjective de leur état de santé constitue finalement un indicateur plus fiable de

leur état de santé réel, d'autant qu'il prend aussi en considération l'état de santé mental et le sentiment global de bien-être. Cependant, les analyses menées auprès des immigrés âgés de 45 à 70 ans à partir de l'enquête *Passage à la retraite des immigrés* indiquent que ceux arrivés le plus récemment ont moins de problèmes de handicap ou de maladies que ceux présents depuis plus longtemps, mais sans qu'on puisse les comparer à la population non migrante (Attias-Donfut et Tessier, 2005).

Cet indicateur subjectif de l'état de santé rend aussi certainement mieux compte de l'effet d'usure et de fatigue mentale qui peut être également induit par des conditions de vie difficiles, par la précarité administrative que connaissent beaucoup de migrants au début de leur installation dans le pays de destination, par l'expérience des discriminations et du racisme, par l'isolement social, ou encore qui peut découler d'événements traumatisants ayant été vécus avant ou pendant la migration, tel que des persécutions, l'emprisonnement, la fuite de conflits armés, comme le soulignent divers travaux tant qualitatifs que quantitatifs sur les exilés (Veisse, Wolmark et Revault, 2012). En ce sens, il est probablement plus adapté à l'étude comparée de la santé des migrants.

Dernier domaine de recherche développé récemment sur la santé des migrants, mais qui n'a jusqu'alors connu aucun développement en France, l'étude des effets sur la santé du racisme et des discriminations. Les travaux sur ce thème s'intéressent non seulement aux migrants mais aussi plus globalement aux minorités dites « ethniques » dans la littérature anglophone. Ils mettent au jour l'effet néfaste de ces discriminations tant sur la santé tant mentale que physique (Karlsen S., Nazroo J.Y., 2002 ; Johnston et Lordan, 2011 ; Muenning et Murphy, 2011) et insistent sur le fait que les conditions de vie dégradées que connaissent les personnes exposées aux discriminations, comparativement aux personnes non-racisées mais ayant les mêmes conditions de vie, ne résultent pas des mêmes processus. Ces travaux invitent à davantage explorer les liens entre inégalités sociales, racisme, discrimination, migration et santé.

A partir des données de l'enquête *Trajectoires et Origines*, il est désormais possible d'explorer plus en détails l'effet délétère des conditions de vie dans le pays d'accueil (grâce aux informations sur l'âge à l'arrivée et la date d'entrée sur le territoire métropolitain) et, dans la lignée des travaux étrangers précédemment décrits, de mettre au jour le poids des discriminations déclarées par les enquêtés immigrés comme celles rapportées par la population majoritaire. Malheureusement, il n'est pas possible d'explorer les comportements alimentaires.

1.2. L'approche de la santé dans l'enquête Trajectoires et Origines

L'enquête *Trajectoires et Origines* explore l'état de santé des enquêtés à partir des trois questions standardisées du mini-module européen de santé. Ce module permet d'appréhender les dimensions subjectives, médicales et fonctionnelles de la santé et de disposer ainsi, d'une auto-évaluation par les enquêtés de leur état de santé sans avis d'un médecin. La première question « Comment est votre état de santé en général ? » constitue à la fois un indicateur de santé mais aussi plus globalement un indicateur de bien-être tant physique que psychologique. Par ailleurs, les épidémiologistes ont montré qu'en population générale, il s'avère aussi être un bon prédicteur de la mortalité et de la morbidité chronique (Idler et Benyamini, 1997 ; Bond, 2006). Cinq modalités de réponses sont proposées : « très bon », « bon », « moyen »,

« mauvais » et « très mauvais »³. Ce questionnaire a fait l'objet de nombreux tests de cohérence en lien avec des indicateurs de morbidité qui ont permis d'établir que ces trois questions informent de façon fiable sur l'état de santé des personnes malgré des biais connus de déclaration selon le sexe, l'âge, l'origine sociale, le mode de collecte (en face-à-face, par téléphone, par auto-questionnaire), le contenu et la thématique de l'enquête ainsi que la position de la question sur la santé perçue, avant ou après d'autres questions détaillées sur la santé (Devaux *et al.*, 2008). Ainsi, les personnes âgées et celles appartenant aux milieux défavorisés ont tendance à se montrer plus optimistes quant à leur état de santé que les plus jeunes et les plus favorisés. A l'inverse, les femmes se montrent plus pessimistes que les hommes, notamment parce qu'elles partagent des normes de santé plus exigeantes que ces derniers. Dans le contexte de l'enquête *Trajectoires et Origines* se pose une autre interrogation quant à la validité des réponses déclarées par les enquêtés en lien avec les barrières linguistiques. Des travaux menés en Grande-Bretagne portant sur la compréhension des questions subjectives sur la santé montrent que quelle que soit l'appartenance dite « ethnique » des enquêtés, la perception de leur état de santé est cohérent avec la morbidité des individus (Chandola, 2000 ; Molines, 2000 ; Jenkinson *et al.*, 2001). Cependant, les catégories utilisées pour définir les « groupes ethniques » rassemblent à la fois des personnes migrantes et des enfants d'immigrés nés dans ces pays, à la différence de ce qui se fait en France. De plus, les groupes étudiés sont relatifs à des origines migratoires différentes de celles rencontrées en France : les afro-caribéens, les indo-pakistanaïens par exemple.

En raison de l'âge des enquêtés dans l'enquête *Trajectoires et Origines* (moins de 60 ans), la grande majorité se déclare en « bonne » ou « très bonne » santé. C'est le cas de 77% des personnes immigrées (toutes origines confondues), de 81% des natifs d'un DOM et plus encore des enquêtés de la population majoritaire (85%). C'est donc plutôt à la santé altérée (qui regroupe les modalités de réponse « moyen », « mauvais » et « très mauvais ») que l'on s'intéresse dans ce chapitre. Si une partie des écarts de santé perçue sont liés à des caractéristiques démographiques telles que le sexe et l'âge, des recherches antérieures ont, comme nous l'avons déjà indiqué, mis en évidence l'existence d'une corrélation entre la sur-déclaration d'un état de santé mauvais ou très mauvais et le statut de migrant (Attias-Donfut et Tessier, 2005 ; Jusot, Silva, Dourgnon, Sermet, 2008). Selon ces études réalisées respectivement à partir des enquêtes « Passage à la retraite des immigrés » et « Enquête décennale santé de 2002-2003 », « les personnes d'origine étrangère vivant en France se déclarent en moins bon état de santé que les Français nés en France », sans qu'il soit possible de mener des analyses plus détaillées que par grande zones d'émigration (Europe, Maghreb, autres origines). A partir des données détaillées par origine issues de l'enquête *Trajectoires et Origines*, il s'agit de vérifier si ce constat est valable pour tous les immigrés, quel que soit leur pays ou leur région de naissance et de déterminer si les différences par origine se maintiennent une fois prise en compte les conditions de vie actuelles et passées.

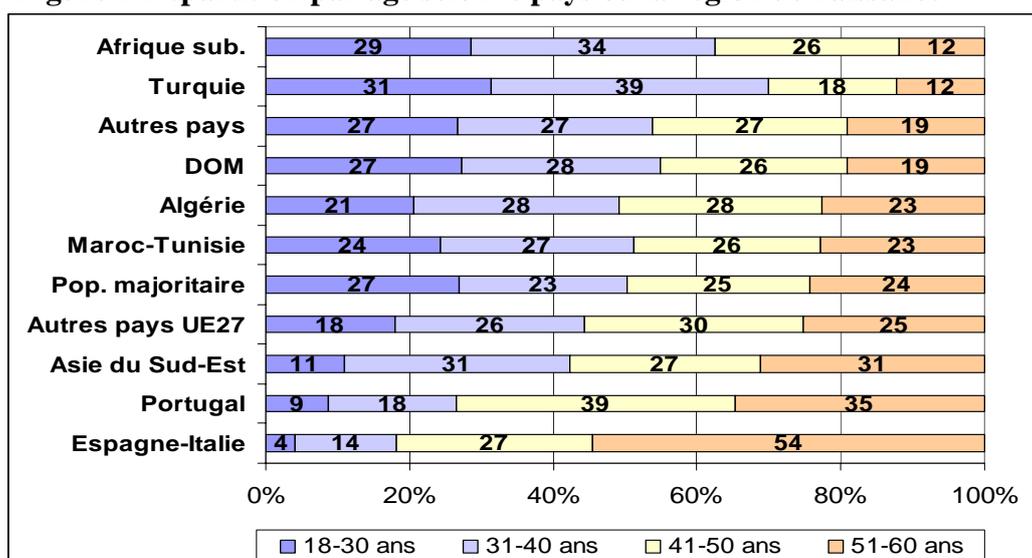
1.3. Santé et âge

Comme évoqué précédemment, l'état de santé dépend fortement de l'âge. Or, en dépit d'une limitation commune des groupes d'origine aux personnes âgées de 18 à 60 ans, des différences considérables existent concernant la structure par âge au sein de chacun de ces

³ Il s'agit ici de la nomenclature couramment utilisée dans les enquêtes de santé en population générale au moment où a été conçu le questionnaire de l'enquête *Trajectoires et Origines* (2006-2007) mais depuis, en 2007, Eurostat a validé une nouvelle nomenclature avec les cinq modalités suivantes : « très bon », « bon », « assez bon », « mauvais » et « très mauvais » en vue d'une harmonisation, à l'échelle européenne, des questionnaires des enquêtes nationales de santé.

groupes (**Erreur ! Source du renvoi introuvable.**). Le poids des individus âgés de 50 à 60 ans, les plus susceptibles de se déclarer en mauvaise santé, varie de 12% seulement pour les immigrés d’Afrique subsaharienne et de Turquie, à 30% pour les immigrés venus du Portugal et d’Asie du Sud-Est et s’élève à 54% pour les immigrés d’Espagne et d’Italie. A l’inverse, les moins de 40 ans représentent plus de 60% de la population des migrants d’origine turque et d’Afrique subsaharienne. On peut donc déjà supposer que les immigrés venus du Sud de l’Europe seront les plus nombreux à déclarer une santé altérée. Tous les autres groupes d’origine ayant une structure d’âge relativement comparable à celle de la population majoritaire, cela interdit toute prédiction d’écart de déclaration par rapport à la population majoritaire.

Figure 1-Répartition par âge selon le pays ou la région de naissance



Source : Trajectoires et Origines, INED-INSEE, 2008.

Champ : Immigrés, natifs d’un DOM et enquêtés de la population majoritaire, 18-60 ans

Lecture : 29 % des immigrés d’Afrique subsaharienne ont entre 18 et 30 ans.

Par ailleurs, étant établi que les femmes et les hommes ont des comportements distincts dans leurs pratiques de soins et leur appréciation de leur état de santé, les données sur l’état de santé déclaré sont présentées par origine et par sexe (**Tableau 1**). La proportion d’hommes qui déclarent une santé altérée est de 15% dans la population majoritaire contre 18% chez les natifs des DOM et les immigrés. Pour les femmes, les pourcentages s’établissent respectivement à 16%, 20% et 25%. De manière globale, la prévalence de la déclaration d’un état de santé altéré est plus forte pour les personnes migrantes que pour la population majoritaire et ce constat est nettement plus prononcé pour les femmes que pour les hommes, notamment parce que les femmes migrantes se déclarent nettement plus souvent en mauvaise santé que leurs homologues masculins, l’écart selon le sexe étant de 9 points parmi les immigrés contre 1 seulement parmi les personnes de la population majoritaire.

Tableau 1- Comparaison de l'état de santé déclaré chez les femmes et les hommes immigrés ou natifs d'un DOM âgés de 18-60 ans selon l'origine

Pays ou région de naissance	Hommes		Femmes	
	% qui déclarent une santé altérée	Effectifs dans l'enquête	% qui déclarent une santé altérée	Effectifs dans l'enquête
Population majoritaire	15	1788	16	1993
Natifs d'un DOM	18	332	20	380
Ensemble des immigrés	18	3964	25	4492
Autres pays dont UE27	12	831	17	1205
Afrique subsaharienne	12	631	21	770
Espagne ou Italie	20	235	27	250
Algérie	20	413	28	476
Maroc ou Tunisie	21	591	30	603
Turquie	22	446	31	384
Asie du Sud-Est	26	398	33	376
Portugal	26	419	37	428

Source : Trajectoires et Origines, INED-INSEE, 2008.

Champ : Immigrés, natifs d'un DOM et enquêtés de la population majoritaire, 18-60 ans

Lecture : Il y a 1788 hommes âgés de 18-60 ans qui appartiennent à la population majoritaire dans l'enquête. 15% d'entre eux déclarent un état de santé altéré, c'est-à-dire « moyen », « mauvais » ou « très mauvais ».

Les résultats pour la catégorie « immigrés » dans son ensemble masquent de fortes disparités selon l'origine : ce sont les hommes et les femmes de Turquie, d'Asie du Sud-Est et du Portugal qui se montrent les plus enclins à se déclarer en mauvaise santé : c'est le cas de plus d'un quart des hommes et un tiers des femmes originaires de ces trois pays contre des pourcentages nettement inférieurs pour les immigrés européens ou ceux d'Afrique subsaharienne, ce qui surprend au regard des structures par âge décrites précédemment. Au sein de la population masculine, des différences notables sont à relever entre les immigrés originaires d'Afrique subsaharienne ou des pays de l'UE27 (autre que le Portugal, l'Espagne et l'Italie) d'une part, seulement 12% à déclarer une santé altérée et les immigrés d'Asie du Sud-Est et du Portugal, d'autre part, pour lesquels le pourcentage est deux fois supérieur (26%), et de Turquie (22%). De même, au sein de la population féminine, les écarts sont importants entre les originaires de l'UE27 (17%) et les originaires de Turquie, d'Asie du Sud-Est et du Portugal (respectivement 31%, 33% et 37%). Les différences de structure par âge (figure 1) au sein de ces groupes expliquent une partie de ces écarts même si ces résultats sont étonnants à divers égards. En effet, bien que très jeunes, les femmes et les hommes venus de Turquie se déclarent plus fréquemment en mauvaise santé que la population majoritaire. A l'inverse, les immigrés d'Espagne ou d'Italie qui sont nettement plus âgés ne se déclarent pas pour autant plus souvent en mauvaise santé.

1.4. Conditions de vie et déclaration d'un état de santé altéré

Pour approfondir l'analyse, il est nécessaire de neutraliser les effets de structure par âge, mais aussi les effets possibles de la plus forte concentration de certains groupes d'origine dans les milieux populaires. Pour ce faire, une première régression logistique contrôlant l'influence de l'âge et de l'origine sur la probabilité de déclarer un état de santé altéré plutôt qu'une bonne santé est menée pour chaque sexe (tableau 2, modèle 1). Ce premier modèle permet de déterminer si, à âge identique, les personnes d'une origine donnée déclarent plus souvent que les personnes de la population majoritaire un état de santé altéré. Les résultats confirment certains éléments déjà entraperçus dans les statistiques descriptives, notamment qu'à âge identique, les hommes et femmes originaires de Turquie se déclarent plus souvent en mauvaise santé que leurs homologues de la population majoritaire (OR=2,4 pour les hommes

et 2,9 pour les femmes). La sur-déclaration d'une santé altérée se maintient aussi chez les immigrés originaires d'Asie du Sud-Est, du Portugal et du Maghreb mais elle est nettement moins forte (les odds ratios sont de l'ordre de 1,7 pour les hommes et de 2,2 pour les femmes). De même, les hommes nés dans un DOM se déclarent en plus mauvaise santé que ceux de la population majoritaire, mais ce résultat est moins significatif. Pour les femmes natives d'un DOM, la sur-déclaration d'un état de santé altéré comparativement aux femmes de la population majoritaire est presque inexistante. A noter que parmi les immigrés d'Afrique subsaharienne, seules les femmes se déclarent significativement davantage en mauvaise santé que les femmes de la population majoritaire. Mais une fois contrôlés les effets de l'âge sur la déclaration d'une santé altérée, aucune différence n'est plus observée pour les hommes et les femmes venus d'Espagne ou d'Italie ni pour ceux des autres pays de l'UE27 comparé aux personnes de la population majoritaires. Autrement dit, les différences observées précédemment dans les statistiques descriptives sont uniquement dues à la forte proportion de personnes ayant entre 50 et 60 ans parmi les immigrés d'Europe du Sud, tandis qu'elles sont imputables à d'autres facteurs pour les migrants venus du Maghreb, de l'Asie du Sud-Est et de Turquie.

Un deuxième modèle (Tableau 2, modèle 2) poursuit cette comparaison en ajoutant diverses caractéristiques potentiellement explicatives d'un mauvais état de santé déclaré, au-delà de l'origine. Est ainsi pris en considération le niveau de diplôme, dont on sait qu'il est très déterminant pour deux raisons, d'une part parce qu'il est prédictif de la profession qui elle-même expose à des conditions de travail plus ou moins délétères pour la santé et d'autre part parce qu'un niveau de qualification élevé induit une meilleure capacité à recevoir les messages de prévention, à comprendre les discours médicaux et à utiliser le système de soins. Sont aussi examinées les influences respectives des conditions de vie actuelles et passées approchées par plusieurs indicateurs :

- la situation d'activité (emploi, chômage, inactivité) ;
- l'opinion sur le revenu du ménage (qui permet d'apprécier les difficultés financières⁴) ;
- l'instabilité dans l'emploi au cours de la carrière professionnelle (conçue comme le fait d'avoir alterné des contrats courts et des périodes de chômage pendant au moins un an) ;
- l'expérience de discriminations perçues au cours des cinq dernières années (que ce soit dans la recherche d'emploi ou le travail, dans la recherche de logement, dans les administrations, etc.) et quelles que soient les raisons possibles de ces discriminations (sexistes, racistes, homophobes, etc.) car ces situations sont potentiellement génératrices de stress, de dépression ou d'isolement ;
- la précarité dans le logement (le fait d'avoir connu des situations de logement difficiles au cours de la vie telles que vivre dans un squat, une chambre d'hôtel, un foyer d'hébergement ou dans la rue, ou encore en prison, des situations qui peuvent avoir été subi avant comme après la migration.

En outre, des informations relatives à la vie familiale ont aussi été insérées dans le modèle, notamment sur la famille d'origine avec pour hypothèse sous-jacente que certains contextes familiaux vécus pendant l'enfance peuvent avoir des effets durables sur la santé des personnes à l'âge adulte :

- la taille de la fratrie ;
- les graves problèmes d'argent dans la famille ;
- l'alcoolisme d'un des parents au moins ;

⁴ L'information recueillie dans l'enquête sur le revenu du ménage comporte de nombreuses données manquantes, c'est pourquoi nous avons préféré retenir l'appréciation portée par les enquêtés sur leur revenu après avoir constaté pour ceux ayant fourni les deux informations que l'une et l'autre sont très fortement corrélées.

-avoir subi des violences graves ;

Divers recherches ayant montré que l'environnement relationnel des individus a un impact sur leur santé (Lert, Melchior, Ville, 2007 ; Berchet et Jusot, 2010), dans la mesure où l'isolement fragilise et réduit la circulation des informations, nous avons retenu deux informations :

-Une sur la famille formée par l'enquêté qui se limite à la seule indication du nombre d'enfants à l'exclusion du statut matrimonial et du nombre de ruptures d'union, après avoir constaté qu'aucune de ces deux dernières informations n'avait d'effet direct sur la déclaration de santé perçue (non significatives dans les régressions). Notons que le fait d'avoir des enfants induit de fait des contacts réguliers avec le système scolaire et le système de soins.

- Enfin, nous avons appréhendé l'isolement social par le fait de ne pas avoir rencontré d'amis dans les 15 derniers jours, avec pour hypothèse que l'isolement est générateur de mal-être et qu'il contribue à ce que l'enquêté soit moins bien informé sur la santé d'une part et le système de soins d'autre part.

L'analyse des résultats souligne que les trois facteurs les plus fortement associés à une santé altérée relèvent, pour les hommes comme pour les femmes, des conditions socio-économiques actuelles : éprouver des difficultés financières, ne pas avoir d'emploi, avoir un faible niveau de qualification favorisent la dégradation de la santé (tableau 2, modèle 2). Toutefois, on perçoit des différences selon le sexe. Pour les hommes, être en dehors du marché du travail apparaît être la première caractéristique associée à une santé altérée suivi des difficultés financières : les inactifs se déclarent trois fois plus souvent en mauvaise santé que ceux en emploi (OR=3,1). En analysant de plus près le profil de ces inactifs, il apparaît qu'il s'agit d'individus à la retraite pour une part, et d'individus sortis du marché du travail probablement pour des raisons de santé, d'autre part puisque dans ce second groupe, ils ne se déclarent ni comme retraités, ni comme étudiants ou en formation, ni comme personne au foyer.

Derrière l'inactivité, le deuxième facteur qui ressort chez les hommes sont les difficultés financières (OR=2,5). Pour les femmes, l'insuffisance de revenu accroît très significativement la probabilité de se déclarer en mauvaise santé (OR=2,7). Au deuxième rang des facteurs discriminants figurent l'absence ou un faible niveau de diplômes avec une césure marquée entre les femmes qui ont au moins un CAP ou BEP (OR=1,5) et celles qui n'ont pas de diplôme ou seulement un CEP ou un BEPC (OR=2,0). Ce dernier conduit les femmes mais aussi les hommes à occuper des emplois associés à des conditions de travail pénibles et à une moins bonne réception des informations sur la santé.

D'autres expériences dans l'histoire de vie dégradent la santé mais celles-ci sont moins répandues et semblent avoir un effet moins prononcé (les odds ratios étant de l'ordre de 1,5). Les discriminations subies au cours des cinq dernières années et l'instabilité dans l'emploi favorisent, toutes choses égales par ailleurs, la déclaration d'une dégradation de la santé. L'insécurité économique et le fait de se heurter à des formes d'exclusion sociales injustifiées créent un mal-être perceptible ici dans les déclarations de l'état de santé général.

Tableau 2- Facteurs associés à la déclaration d'une santé altérée parmi les enquêtés ayant expérimenté la migration

Variables explicatives	Modalités	HOMMES		FEMMES	
		modèle 1	modèle 2	Modèle 1	modèle 2
Origine et âge					
Pays ou région de naissance	Turquie	2,4***	1,5**	2,9***	1,4*
	Asie du Sud-Est	1,7***	1,3	2,2***	1,4*
	Portugal	1,7***	1,5**	2,2***	1,6***
	Natif d'un DOM	1,7**	1,1	1,4*	0,9
	Maroc/Tunisie	1,6***	0,9	2,6***	1,4*
	Algérie	1,5***	0,8	2,2***	1,2
	Population majoritaire (Réf.)	1	1	1	1
	Afrique sub-saharienne	0,9	0,5***	1,9***	0,8
	Espagne/Italie	0,8	0,8	1,2	1,1
	Autres pays dont autres pays UE27	0,8	0,7**	1,0	0,9
Groupe d'âge	18-30 ans	0,5***	0,4***	0,6***	0,5***
	31-40 ans (Réf.)	1	1	1	1
	41-50 ans	1,9***	1,8***	1,9***	1,8***
	51-60 ans	3,9***	2,8***	4,0***	3,3***
Situation socio-économique actuelle					
Niveau de diplôme	Aucun diplôme		1,5***		2,0***
	CEP/BEP		1,5***		2,0***
Statut d'activité	CAP/BEP		1,3*		1,5***
	Baccalauréat ou + (Réf.)		1		1
Opinion sur le revenu du ménage	En emploi (Réf.)		1		1
	Chômeurs		2,0***		1,7***
Déclaration de discriminations (quels qu'en soient le motif et les circonstances) dans les 5 dernières années	Inactifs		3,1***		1,7***
	Pas de problèmes d'argent (Réf.)		1		1
Expérience de précarité sur le territoire métropolitain	C'est juste		1,7***		1,7***
	C'est difficile		2,5***		2,7***
Instabilité dans l'emploi	Oui		1,5***		1,4***
	Non (Réf.)		1		1
Logement précaire	Moins d'1 an		1		1
	Plus d'1 an		1,5**		1,3*
Nombre d'enfants au cours de la vie	Moins d'1 an		1		1
	Plus d'1 an		1,4**		1,7***
Réseau social : A rencontré des amis dans les 15 derniers jours	Aucun		0,9		1,3*
	1 ou 2 (Réf.)		1		1
	3 ou 4		1,1		1,1
	5 ou plus		1,5*		1,3
Fratrie dans la famille d'origine d'EGO	Oui (Réf.)		1		1
	Non		1,4**		1,2*
A vécu une situation difficile pendant l'enfance	0, 1, 2 frères/sœurs (Réf.)		1		1
	3 frères/sœurs ou +		1,0		1,2*
Source : Trajectoires et origines, INED-INSEE, 2008.					
Champ : Immigrés, natifs d'un DOM et enquêtés de la population majoritaire, 18-60 ans					
Lecture : En comparaison d'un homme de la population majoritaire ayant entre 31 et 40 ans, un homme immigré originaire de Turquie ayant le même âge a un risque 2,4 fois plus élevé de déclarer une santé altérée plutôt qu'une bonne santé.					
Seuil de significativité : ***=pr <0,01, **=pr <0,05, *=pr <0,1					

La probabilité de déclarer une santé altérée plutôt qu'une bonne santé est, toutes choses égales par ailleurs, environ 1,5 fois plus élevée parmi les hommes enquêtés déclarant avoir subi des discriminations au cours des cinq dernières années quel que soit le motif (racisme ou sexisme)

et quelles que soient les circonstances (dans l'emploi, l'accès au logement, les administrations...). Ces résultats sont similaires à ceux observés aux États-Unis et invitent à explorer davantage le lien entre discriminations subies et santé dans les enquêtes futures (Jackson *et al.*, 1996). L'expérience de conditions de logement très précaires est également corrélée à une mauvaise santé déclarée. Notons ici que ces situations de grande précarité peuvent avoir été vécues aussi bien avant qu'après la migration voire pendant celle-ci, notamment pour les personnes ayant fui des contextes de guerre : la sortie de leur pays d'origine tout comme l'entrée sur le sol français peuvent avoir été une succession d'expériences de vie dans la rue et de trajets difficiles dans des conditions précaires. L'isolement social fait également partie des facteurs qui fragilisent la santé. Les situations difficiles vécues pendant l'enfance (grande précarité, alcoolisme d'un des parents ou violences intrafamiliales) ont un impact durable sur la santé des personnes, que ce soit pour les hommes ou les femmes. La taille de la fratrie et plus précisément le fait d'avoir au moins trois frères et sœurs a également un effet négatif de long terme sur la santé, toutes choses égales par ailleurs, mais cet effet n'est visible que pour les femmes (OR=1,2) et peu significatif (au seuil de 10%). Il pourrait traduire un traitement différencié des petites filles en comparaison des petits garçons quand les enfants sont nombreux dans une même famille.

Enfin, deux éléments ont un effet inversé selon le sexe des enquêtés : le fait d'avoir eu cinq enfants ou plus apparaît toutes choses égales par ailleurs, positivement corrélé avec la déclaration d'un état de santé altéré pour les hommes (OR=1,5), tandis que pour les femmes, c'est le fait de ne pas avoir d'enfants qui est associé à la déclaration d'une santé altérée (OR=1,3), bien que ces résultats soient faiblement significatifs (au seuil de 10% seulement). Il est probable que parmi les femmes sans enfant, il y ait une surreprésentation de celles ayant des problèmes de fécondité qui, de ce fait, déclarent une moins bonne santé, les femmes étant davantage soumises à la pression sociale de la maternité que les hommes. Pour les hommes, une descendance nombreuse peut être associée à une charge professionnelle accrue résultant de la nécessité de pourvoir aux besoins financiers de la famille quand le nombre d'enfants conduit dans le même temps la conjointe à se retirer du marché du travail. La corrélation entre descendance nombreuse et santé altérée pourrait ainsi traduire de façon indirecte une situation de pression qui pèse sur la sphère professionnelle.

Une fois pris en considération tous ces éléments de l'histoire et des conditions de vie des personnes, on constate que les différences de déclaration selon l'origine se réduisent nettement, voire disparaissent pour certains groupes, tandis qu'elles se maintiennent pour d'autres. Ainsi, les hommes immigrés venus du Portugal et de Turquie continuent d'être plus souvent en situation de déclarer une santé dégradée que les hommes de la population majoritaire ayant les mêmes caractéristiques de conditions de vie et de parcours (OR=1,5). A l'inverse, les immigrés venus des autres pays de l'UE27 et d'Afrique subsaharienne déclarent moins fréquemment une mauvaise santé, à caractéristiques équivalentes, que les hommes de la population majoritaire. Ce constat est davantage prononcé pour les hommes venus d'Afrique subsaharienne (OR=0,5) que pour ceux venus d'Europe (OR=0,7), mais laisse entendre dans les deux cas (surtout pour les premiers) que l'effet sélectif de la migration sur le critère de la santé serait particulièrement prononcé. Cependant, ici, on ne peut contrôler par la durée de résidence, car pour la population majoritaire, cette durée équivaut à l'âge, information déjà incluse dans le modèle. On ne peut donc, à ce stade de l'analyse, confirmer pleinement ce propos, mais nous reviendrons sur ce point ultérieurement. On peut penser légitimement que les migrants d'Afrique subsaharienne sont en meilleure santé que la population majoritaire à âge et conditions de vie équivalente d'une part parce que ceux qui migrent sont effectivement ceux en très bonne santé, d'autre part parce qu'ils résident en France depuis moins longtemps que les autres groupes d'origine. Pour les originaires de l'UE27, il faut se rappeler qu'il y a une forte concentration de cette population parmi les

cadres. Pour tous les autres groupes d'origine, les différences de déclarations observées sont dues à une plus forte proportion de personnes non qualifiées, au chômage, ayant de faibles revenus, (etc.) que dans la population majoritaire.

Chez les femmes, les immigrées portugaises se déclarent nettement plus souvent en mauvaise santé que les femmes de la population majoritaire, à âge et conditions de vie comparables (OR=1,6) (Tableau 2, modèle 2). On note également un risque plus fort de santé altérée pour les femmes originaires de Turquie, d'Asie du Sud-Est et du Maroc ou de Tunisie (OR=1,4), mais ce résultat est plus fragile ($p < 0,1$). L'éventail des pays où les femmes se déclarent en moins bonne santé que leur comparse de la population majoritaire est donc plus large chez les femmes que chez les hommes et l'on note que l'origine portugaise, et dans une moindre mesure l'origine turque se distinguent par une mauvaise santé déclarée plus fréquente dans le cas des deux sexes. Notons que ces différences par origine ont aussi été constatées à partir de l'enquête *Passage à la retraite des immigrés* (Attias-Donfut, 2005) réalisée auprès d'une population plus âgée que dans l'enquête *Trajectoires et Origines* (45-70 ans), ce qui témoigne du caractère robuste de ces observations.

Le maintien d'une sur-déclaration de santé dégradée, à caractéristiques socio-économiques équivalentes, pour les hommes comme les femmes immigrés de Turquie et du Portugal interroge. Plusieurs hypothèses peuvent être avancées. Les comportements addictifs (tabac, alcool) pourraient constituer une première explication à cette sur-déclaration persistante, en particulier pour les hommes, ce que l'enquête ne permet malheureusement pas d'explorer. Mais les travaux les plus anciens sur cette question (Wannner, Khlat et Bouchardy, 1995) conduits à partir de l'enquête *Conditions de vie* réalisée par l'Insee en 1987, font état de consommations différenciées selon l'origine des immigrés. Ceux d'Europe du Sud consommant davantage d'alcool que les Français de naissance et les immigrés maghrébins beaucoup moins. Il a encore été établi que les hommes immigrés maghrébins consommaient autant de tabac que les Français d'origine. Pour les femmes, on pense davantage aux habitudes alimentaires mises en évidence par ces mêmes travaux, avec en filigrane, les prévalences plus importantes de surpoids et d'obésité pour les populations maghrébines, ce qui est aussi confirmé par des analyses plus récentes réalisées à partir de l'Enquête *Histoire de vie* datant de 2003 (Khlat, Sermet, Laurier, 1998 ; Lert, Melchior, Ville, 2007). D'autres travaux, récents également, font état d'une alimentation moins riche en fruit et légumes chez les immigrés dans leur ensemble, (contrairement à ce qui était observé dans les années 1980) et d'une consommation similaire de tabac, sans entrer dans le détail des origines ou le sexe, mais continuent d'attester d'une moindre consommation d'alcool (Berchet et Jusot, 2010). Malheureusement, ces travaux ne permettent pas de préciser ce qu'il en est pour chacune des origines identifiées par l'enquête *Trajectoires et Origines*, et notamment pour la population turque.

Cette question des comportements alimentaires pose aussi en amont celle de la réception des campagnes de prévention par les immigrés. Plusieurs études ont montré par exemple que les barrières culturelles et informationnelles qui se posent aux immigrés dans leur parcours de soins les font rencontrer les professionnels de santé tardivement, dans une démarche curative plutôt que préventive (Or, 2009). D'autres études, essentiellement qualitatives, ont posé la question de la barrière linguistique comme facteur aggravant de l'état de santé du fait d'un moindre recours aux soins notamment. Les informations contenues dans le volet « langue » de l'enquête nous ont permis de tester l'effet du degré de connaissance du français à l'arrivée sur le territoire métropolitain et au moment de l'enquête mais aucune de ces deux variables n'est apparue significative ce qui va plutôt à l'encontre des constats établis jusqu'alors. Plusieurs hypothèses peuvent être avancées à ce résultat : les problèmes de maîtrise de la langue se posent essentiellement à l'arrivée et ne concernent donc qu'une infime partie de l'échantillon

dans l'enquête. De plus, les problèmes posés par la non maîtrise du français relevée dans les études qualitatives sont rencontrées auprès de populations très spécifiques qui ont consulté dans des dispositifs de soins tels le Comede (Comité médical pour les exilés), les centres de soin de Médecin du Monde, etc., des populations peu nombreuses parmi les immigrés dans leur ensemble.

Une autre hypothèse doit être avancée quant à cette part non-expliquée de la mauvaise santé déclarée chez les originaires du Portugal et de Turquie : celle de l'expérience avant la migration de sévices ou violences subis en contexte de guerre ou de persécution par l'État, même si là encore, la population ayant vécu de tels événements est probablement peu nombreuse parmi l'ensemble des migrants. Nous avons tenté de tester cette hypothèse en insérant le titre de séjour dans le modèle de régression logistique, avec l'idée que le fait d'avoir obtenu le statut de réfugié comme premier titre de séjour se révélerait corrélé à la déclaration d'une santé altérée. Le résultat s'est avéré infructueux, non parce qu'il n'y aurait pas de lien, mais parce que ce statut concerne trop peu de personnes et s'avère fortement corrélé au fait d'être originaire d'Asie du Sud-Est : 60% d'entre eux ont obtenu le titre de réfugié. Son effet est donc absorbé par l'origine, ce qui explique ce résultat étonnant. C'est aussi le cas de 12% des originaires de Turquie des originaires et d'Afrique subsaharienne. Même si l'information quant à l'obtention du statut de réfugié est probablement inadéquate pour vraiment identifier les personnes qui auraient pu vivre de telles expériences compte tenu des difficultés de son obtention, ces données montrent qu'il y a probablement là une part de l'explication à la sur-déclaration d'une santé altérée chez les migrants venus de Turquie. Des travaux quantitatifs portant sur des populations spécifiques, notamment les patients reçus par le Comede (Comité médical pour les exilés), montrent d'une part que 60% des migrants reçus entre 2007 et 2010 (et sont généralement nouvellement arrivés) ont subi des violences dans leur pays et 22% des tortures, les taux étant respectivement de 60% et 29% pour les originaires de Turquie (Veïsse, Wolmark, Revault, 2012). Le Portugal faisant désormais partie de l'espace Schengen et étant devenu une démocratie, il n'y a pas de migrants de cette origine parmi les personnes reçues au Comede, pas plus que de réfugiés de cette origine dans l'enquête Trajectoires et Origines.

Tableau 3- Premier titre de séjour obtenu selon le pays ou région de naissance (% , 18-60 ans)

	Pop. Maj.	DOM	Algérie	Maroc-Tunisie	Af. Sub.	Asie du Sud-Est	Turquie	Portugal	Esp.-Italie	Autres pays dont autres UE27
Titre de séjour										
Réfugiés	-	-	2	<0,5	12	60	12	1	2	11
Étudiants	-	-	10	13	21	6	5	4	6	17
Travailleurs	-	-	11	18	12	2	15	41	25	17
Conjoint de français	-	-	14	12	10	3	7	2	4	12
Regroupement de conjoints	-	-	14	18	7	1	21	6	1	4
Regroupement familial	-	-	27	25	14	17	26	20	32	10
Autres situations ¹	-	-	22	13	23	12	13	26	29	29

Source : Trajectoires et Origines, INED-INSEE, 2008.

Champ : Immigrés, natifs d'un DOM et enquêtés de la population majoritaire, 18-60 ans

Lecture : 19% des enquêtés de la population majoritaire déclarent avoir connu des problèmes d'argent au sein de leur famille quand ils étaient âgés de moins de 18 ans.

Outre ces deux explications des différences de santé par les comportements alimentaires et le statut de réfugié, il convient d'examiner plus en détail si les informations utilisées dans les modèles enregistrent les différences de conditions de vie avec suffisamment de finesse pour rendre compte avec précision des différences de conditions de vie, ce que nous examinons dans la partie suivante.

1.5. Diversité des conditions de vie selon l'origine et diversité des causes d'altération de la santé

Si les biais de déclaration liés à l'approche culturelle des enquêtés vis-à-vis de la santé ne doivent être négligés, il faut rappeler que les caractéristiques de conditions de vie pouvant constituer des expériences néfastes pour la santé ne concernent pas, de manière équivalente, les différentes origines, de même qu'il convient d'aller plus loin dans l'examen des différences de conditions de vie. Dit autrement, certains groupes de population se concentrent davantage dans les milieux défavorisés. C'est ce que décrit le Tableau 4 ci-dessous en présentant les caractéristiques socio-démographiques actuelles selon l'origine des enquêtés, en présentant à la fois des variables utilisées dans le modèle présenté précédemment et d'autres qui n'ont pu être insérées. De même, le fait d'avoir vécu une situation difficile pendant l'enfance recouvre des réalités relativement différentes selon les origines, comme on peut le voir dans le Tableau 5.

Les immigrés venus de Turquie concentrent à la fois un taux élevé de personnes non-diplômées (35% contre 9% parmi la population majoritaire), au chômage ou confrontées à d'importantes difficultés financières. Il en est de même des originaires du Maghreb qui sont de surcroît plus nombreux à déclarer des discriminations (28% contre 9% pour la population majoritaire). Si les immigrés portugais ne sont pas davantage diplômés que ceux de Turquie, ils se distinguent par un taux de chômage inférieur à celui de la population majoritaire, mais aussi par un taux plus élevé de personnes déclarant avoir vécus des situations difficiles pendant l'enfance (44% contre 26%), plus souvent liées à des problèmes d'alcool des parents que dans les autres groupes.

Les immigrés en emploi, originaires de Turquie comme du Portugal, se concentrent, chez les hommes, dans des secteurs d'activité tels que les métiers du bâtiment (respectivement 57% et 51%) et chez les femmes, dans les activités d'aide à la personne (28% des immigrées portugaises) ou de métiers dans la restauration (18% des femmes immigrées turques), des emplois pénibles aux effets probablement délétères pour la santé. Notons qu'une femme immigrée de Turquie sur deux est au foyer (un taux 6 fois plus élevé que dans la population majoritaire et nettement supérieur à ceux observés dans les autres groupes). Si les originaires d'Asie du Sud-Est sont également plus nombreux que les personnes de la population majoritaire à n'avoir aucun diplôme (30%), ils ne sont pas davantage confrontés au chômage ou aux difficultés financières. En revanche, ils ont été trois fois plus souvent confrontés à des situations très précaires de logement (45%), ce qui résulte notamment du parcours de réfugiés politiques de beaucoup d'entre eux et du parcours migratoire des *boat people*. Les non-diplômés sont deux fois plus nombreux chez les natifs d'un DOM (19%) que dans la population majoritaire, mais ils ne sont pas, eux-non plus, davantage au chômage ou en difficulté financière. Ils sont nombreux à avoir connu des situations difficiles pendant l'enfance (37% contre 25% pour la population majoritaire) et à déclarer des discriminations (29%). Quant aux immigrés d'Afrique subsaharienne, ils sont en bonne santé du fait de leur jeune âge et de leurs qualifications plus élevées, constat particulièrement vrai pour les hommes (58% ont un niveau baccalauréat ou supérieur contre 46% dans la population majoritaire) et dans une moindre mesure pour les femmes (36% contre 52%), mais ils cumulent déjà tous les autres facteurs néfastes pour la santé, ce qui laisse augurer que dans quelques années, leur santé se dégradera rapidement, d'autant qu'une proportion importante d'entre eux a aussi le statut de réfugié.

Tableau 4- Caractéristiques socio-démographiques actuelles selon le pays ou région de naissance (% , 18-60 ans)

	Pop. maj.	DOM	Algérie	Maroc-Tunisie	Afr. sub.	Asie du Sud-Est	Turquie	Portugal	Esp.-Italie	Autres pays dont autres UE27
<i>Niveau de qualification</i>										
Jamais scolarisé ou aucun diplôme	9	18	33	39	24	30	35	39	22	14
CEP BEPC	13	16	18	14	18	14	26	28	18	10
CAP BEP	29	24	16	14	13	12	14	22	30	8
Baccalauréat ou plus	49	42	33	33	45	44	25	12	31	67
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
<i>Situation d'activité</i>										
En emploi	73	79	60	61	61	71	54	81	73	76
Etudiants ou apprentis	7	6	4	4	12	2	4	1	1	7
Chômeurs	8	7	15	13	17	11	12	6	5	11
Retraités	5	3	1	1	0	1	1	2	9	2
Au foyer	4	3	16	17	8	10	24	5	7	11
Autres inactifs	3	2	4	4	2	6	5	4	6	2
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
<i>Secteur d'activité des personnes en emploi</i>										
Agriculture	4	1	0	3	1	2	1	2	3	2
Pêche	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Industries extractives	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Industrie manufacturière	14	9	9	12	8	26	15	14	17	12
Électricité, eau, gaz	1	0	0	0	1	0	1	0	2	0
Construction	9	8	13	18	8	4	43	30	11	11
Commerce	14	10	14	13	12	20	14	8	15	12
Hôtels/restaurants	3	4	6	8	10	12	10	3	2	9
Transports/communications	4	8	9	6	5	5	3	4	5	4
Activités financières	4	3	1	3	3	3	1	1	3	4
Immobilier	6	7	7	7	11	9	2	8	7	8
Administration publique	14	19	8	6	6	3	1	4	5	7
Éducation	7	7	7	5	6	2	3	1	6	8
Santé et action sociale	9	16	9	8	15	6	1	5	11	8
Services à ma personne	6	5	9	5	9	6	3	5	7	10
Activités des ménages	3	2	7	6	7	1	2	13	4	4
Activités extra-territoriales	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
<i>Appréciation portée sur le revenu du ménage</i>										
Ca va ou se sent à l'aise	45	27	26	24	18	32	24	31	44	42
C'est juste	40	46	40	42	39	50	41	49	38	36
C'est difficile	15	27	35	34	43	18	35	20	18	23
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
<i>Instabilité dans l'emploi au cours de la carrière professionnelle</i>										
Plus d'un an d'instabilité	7	10	11	10	13	9	8	6	8	8
<i>A connu au moins une forme de logement précaire</i>										
Oui	11	20	21	14	30	40	10	12	16	18
<i>Déclare avoir subi des discriminations ou traitements inégaux dans les cinq dernières années</i>										
Souvent ou parfois	9	29	27	29	45	17	22	6	11	20
<i>Nombre d'enfants</i>										
Aucun	37	33	28	25	24	28	21	14	19	32
Un ou deux	46	42	34	35	40	38	34	60	55	46
Trois ou quatre	16	22	28	27	23	28	39	24	24	19
Cinq ou plus	1	3	11	13	13	6	7	2	2	3
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
<i>Avez-vous vu vos amis dans les 15 derniers jours?</i>										
Pas du tout	12	19	19	18	17	26	12	16	15	14

Source : Trajectoires et Origines, INED-INSEE, 2008.

Champ : Immigrés, natifs d'un DOM et enquêtés de la population majoritaire, 18-60 ans

Lecture : 9% des enquêtés de la population majoritaire âgés de 18-60 ans déclarent n'avoir aucun diplôme.

Enfin, il faut souligner concernant l'expérience des discriminations que celle-ci n'est enregistrée que pour les cinq dernières années et que des discriminations antérieures aux cinq dernières années peuvent être à l'origine de la situation actuelle de chômage ou de l'orientation vers des métiers où les conditions de travail sont plus difficiles. Autrement dit, les analyses à conditions de vie identiques tendent à masquer l'impact même de ces discriminations sur la santé.

Tableau 5 – Situations difficiles vécues pendant l'enfance et nombre de frères et sœurs selon le pays ou région de naissance (% , 18-60 ans)

	Pop. Maj.	DOM	Algérie	Maroc-Tunisie	Af. Sub.	Asie du Sud-Est	Turquie	Portugal	Esp.-Italie	Autres pays dont autres UE27
<i>A vécu de graves problèmes d'argent dans la famille avant les 18 ans</i>										
Oui	19	34	32	29	29	35	32	41	34	25
<i>Graves problèmes d'alcool d'un des parents avant les 18 ans</i>										
Oui	11	13	5	2	3	3	3	14	7	8
<i>Violences graves envers vous avant les 18 ans</i>										
Oui	4	6	3	2	4	6	2	5	3	2
<i>Nombre de frères et sœurs</i>										
3 ou +	35	73	89	89	88	76	78	67	59	46

Source : Trajectoires et Origines, INED-INSEE, 2008.
 Champ : Immigrés, natifs d'un DOM et enquêtés de la population majoritaire, 18-60 ans

1.6. Histoire migratoire et déclaration d'un état de santé altéré

Nous explorons maintenant les liens entre les caractéristiques de l'histoire migratoire des personnes et leur déclaration d'un état de santé altéré. Pour ce faire, nous procédons en deux temps : d'abord la durée de résidence sur le territoire français est prise en considération puis, dans un second temps, l'âge à l'arrivée en France qui reflète la durée d'exposition aux conditions de vie dans le pays d'origine. Le modèle 3 (Tableau 6) explore les liens, à âge et niveau de qualification identiques, entre la déclaration actuelle d'un état de santé dégradé et le fait d'être une personne de la population majoritaire ou un immigré arrivé récemment en France ou à l'inverse installé depuis longtemps. Nous répondons ainsi à la question suivante : à âge identique et qualification équivalentes (autrement dit à capacité d'insertion sociale dans la société française équivalente), les immigrés arrivés depuis peu se déclarent-ils en meilleure ou en moins bonne santé que ceux résidant en France depuis plus longtemps et que les individus de la population majoritaire ? Autrement dit, peut-on confirmer qu'il existe un effet sélectif de la migration faisant que les immigrés arrivés récemment sont ceux qui se déclarent en meilleure santé à âge équivalent ? Parallèlement, peut-on dire qu'après plusieurs décennies de résidence en France, les conditions de vie des migrants aboutissent à une dégradation de la santé telle qu'à âge et qualification identiques, ils déclarent plus souvent un état de santé dégradé que les personnes de la population majoritaire ?

Les résultats présentés dans le tableau 4 soulignent que les hommes immigrés arrivés dans les cinq dernières années sont significativement en meilleure santé que ceux de la population majoritaire ayant le même âge et les mêmes qualifications (OR=0,7). A l'inverse, les hommes résidant en France depuis plus de 20 ans déclarent plus souvent une santé altérée que les hommes de la population majoritaire à âge et qualification équivalentes (OR=1,4). On ne fait pas le même constat chez les femmes puisque celles arrivées récemment ne se révèlent pas en meilleure santé que leurs homologues de la population majoritaire toutes choses égales par ailleurs (l'odd ratio n'est pas significatif). En revanche, comme pour les hommes, plus leur durée de résidence en France augmente, plus elles sont en situation de déclarer davantage que les femmes de la population majoritaire une santé altérée (OR=1,6 pour celles arrivées depuis plus de 20 ans). On constate ainsi une différence selon le sexe, qui peut être due au fait que les femmes n'arrivent pas en France dans les mêmes circonstances que les hommes. Elles sont moins souvent initiatrices de leur migration, en ce sens qu'elles sont davantage entrées en métropole par regroupement familial. Elles sont également arrivées à un âge un peu plus tardif (un an plus tard en moyenne), car venues après leur mari et ont donc de ce fait davantage connu les conditions de vie du pays d'origine. A partir de ces résultats, il est possible de conclure que les processus de déclassement social des migrants dans le contexte

migratoire et les conditions de vie plus défavorables à qualification équivalentes dégradent plus fortement leur santé, en dépit de leur avantage initial à leur arrivée en France.

Tableau 6- Facteurs associés à la déclaration d'une santé altérée : l'importance de la durée de résidence

Variables explicatives	Modalités	Modèle 3	
		Hommes	Femmes
Origine, âge et diplôme			
Pays ou département de naissance des immigrés	Immigrés arrivés dans les 5 dernières années	0,7*	1,3
	Immigrés arrivés depuis 6 à 10 ans	1,1	1,5**
	Immigrés arrivés depuis 11 à 20 ans	1,1	1,3*
	Immigrés arrivés depuis plus de 20 ans	1,4***	1,6***
	Population majoritaire (Réf.)	1	1
Groupe d'âge	18-30 ans	0,5***	0,7**
	31-40 ans (Réf.)	1	1
	41-50 ans	1,5***	1,6***
	51-60 ans	2,7***	2,9***
Niveau de diplôme	Aucun diplôme	2,5***	3,3***
	CEP/BEP	2,2***	2,6***
	CAP/BEP	1,6***	1,9***
	Baccalauréat ou + (Réf.)	1	1
Source : Trajectoires et Origines, INED-INSEE, 2008. Champ : Immigrés et enquêtés de la population majoritaire, 18-60 ans. Seuil de significativité : ***=pr <0,01, **=pr <0,05, *=pr <0,1 Lecture : En comparaison des hommes de la population majoritaire titulaires d'un baccalauréat et ayant entre 31 et 40 ans, les hommes immigrés arrivés en France depuis moins de cinq ans ayant le même âge et le même niveau de qualification ont un moindre risque de déclarer une santé altérée, car l'odds ratio (0,7) est inférieur à 1 et significatif au seuil de 10%.			

Dans un modèle 4 (Tableau 7), les migrants sont maintenant comparés entre eux (et non plus à la population majoritaire) selon qu'ils sont arrivés enfants, adolescents ou à l'âge adulte. L'objectif est cette fois-ci de regarder s'il existe un effet protecteur de la migration à un jeune âge, étant entendu que la plupart des migrants enquêtés sont venus de pays économiquement et socialement moins favorables que la France ou si l'effet sélectif de la migration annihile toute différence entre les migrants, à âge, origine et qualification équivalentes.

A origine, âge, qualification et durée de résidence identiques, il s'avère que le fait d'avoir migré enfant ne fait pas varier les déclarations masculines de l'état de santé (l'odds ratio n'est pas significatif). Pour ces derniers, il peut donc être conclu que l'effet sélectif de la migration à l'âge adulte annihile toute différence d'état de santé avec ceux arrivés jeunes. Le constat est fort différent pour les femmes, pour lesquelles la migration pendant l'enfance (OR=0,6***) et dans une moindre mesure à l'adolescence (OR=0,8**) réduit la probabilité de déclarer une santé altérée plutôt qu'une bonne santé. Du fait que la migration à l'âge adulte est moins sélective pour elles que pour les hommes et probablement aussi parce que de manière générale, certaines peuvent avoir été moins bien nourries et soignées dans l'enfance et l'adolescence que les petits garçons, la migration dès l'enfance constitue pour les femmes un facteur protecteur pour leur santé. Notons que ce sont parmi les personnes originaires d'Espagne et d'Italie que l'on compte la proportion la plus élevée de personnes arrivées enfants.

Tableau 7- Facteurs associés à la déclaration d'une santé altérée : l'importance de l'âge à la migration

Variables explicatives	Modalités	Modèle 4	
		Hommes	Femmes
Origine, âge et diplôme			
Pays ou région de naissance	Turquie	2,1***	1,9***
	Asie du Sud-Est	1,7**	1,8***
	Maroc/Tunisie	1,5**	1,8***
	Algérie	1,5*	1,6***
	Natif d'un DOM	1,5*	1,1
	Portugal	1,4*	1,6**
	Afrique subsaharienne	1,0	1,3*
	Espagne/Italie	0,9	1,2
	Autres pays dont autres pays UE27 (Réf.)	1	1
Groupe d'âge	18-30 ans	0,5***	0,6***
	31-40 ans (Réf.)	1	1
	41-50 ans	1,7***	1,5***
	51-60 ans	2,9***	2,9***
Niveau de diplôme	Aucun diplôme	2,2***	2,5***
	CEP/BEPC	1,9***	2,4***
	CAP/BEP	1,6***	1,8***
	Baccalauréat ou + (Réf.)	1	1
Caractéristiques de la migration			
Age à l'arrivée sur le territoire métropolitain	Enfant	0,8	0,6***
	Adolescent	0,9	0,8*
	Adulte (Réf.)	1	1
Ancienneté sur le territoire métropolitain	0 à 5 ans	0,6*	0,9
	6 à 10 ans	1,0	1,1
	11 à 20 ans (Réf.)	1	1
	plus de 20 ans	1,3	1,3*
Source : Trajectoires et Origines, INED-INSEE, 2008.			
Champ : Immigrés et natifs d'un DOM, 18-60 ans.			
Seuils de significativité : ***=pr <0,01, **=pr <0,05, *=pr <0,1			
Lecture : Comparativement à un homme immigré originaire d'un pays autre que ceux listés avec précision de la zone géographique, âgé de 31 à 40 ans, titulaire du baccalauréat, arrivé en France à plus de 18 ans et résidant en France depuis 11 à 20 ans, un homme immigré originaire de Turquie a un risque deux fois plus élevé de déclarer une santé altérée qu'une bonne santé car l'odd ratio prend la valeur 2.			

Tableau 8– Durée de résidence et âge à l'arrivée en France métropolitaine selon l'origine

	Pop. maj.	DOM	Algérie	Maroc-Tunisie	Afr. sub.	Asie du Sud-Est	Turquie	Portugal	Esp.-Italie	Autres pays dont autres UE27
Age à l'arrivée en France métropolitaine										
Enfant	--	22	25	19	11	25	25	33	56	12
Adolescent	--	26	15	24	19	26	24	30	18	13
Adulte	--	52	60	57	70	49	51	37	26	75
Total	--	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Durée de résidence en France métropolitaine										
Arrivés dans les 5 dernières années	3	11	14	14	20	3	14	7	4	21
En métropole depuis 6 à 10 ans	1	15	21	15	25	5	16	3	7	20
En métropole depuis 11 à 20 ans	9	19	19	20	26	11	28	12	8	28
En métropole depuis plus de 20 ans	87	56	45	52	29	81	42	78	82	30
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Source : Trajectoires et Origines, INED-INSEE, 2008.										
Champ : Immigrés, natifs d'un DOM et enquêtés de la population majoritaire, 18-60 ans										
Lecture : 22% des natifs d'un DOM sont arrivés en France métropolitaine alors qu'ils étaient enfant.										

2. Le rapport au système de santé des immigrés et natifs d'un DOM

Dans la première partie de ce chapitre, nous avons mis en lumière des différences de santé perçue en fonction de l'origine des enquêtés, des différences en partie absorbées par les caractéristiques socio-démographiques des individus (âge, niveau d'études, PCS, situation financière, familiale...), même si ces dernières n'expliquent pas tout comme on a pu le mettre en évidence concernant les immigrés venus de Turquie ou du Portugal. Dans cette deuxième partie, l'intérêt est porté non plus au rapport des enquêtés avec leur propre santé mais à celui qu'ils entretiennent avec le système de soins. Nous examinons en premier lieu la nature de la couverture santé de façon à mieux cerner si les immigrés et natifs d'un DOM se situent ou non dans les mêmes conditions de protection sociale que la population majoritaire pour recourir aisément au système de soins.

Le recours aux soins des enquêtés aux cours des douze derniers mois est ensuite exploré. Des travaux antérieurs ont montré que les immigrés ont un taux de recours aux généralistes et aux spécialistes plus faibles que les personnes nées en France (Dourgnon, Jusot, Sermet, Silva, 2009). Les résultats détaillant le recours aux soins par origine à partir des données de l'enquête décennale 2002-2003 avaient souligné des différences importantes quant à la proximité avec les professionnels de santé selon la région de naissance puisque les taux de recours sur l'année écoulée variaient de près de 70% pour les immigrés du Moyen-Orient à 85% pour ceux originaires d'Europe du Sud (Dourgnon *et al.*, 2009). Le recours aux soins étant le plus souvent conditionné par le besoin de soins, nous avons centré notre analyse, dans cette deuxième partie, sur les enquêtés en situation de besoin de soins (même si les résultats pour l'ensemble des enquêtés sont présentés en référence) ce qui nous amènera à définir comment capter cette population à partir des données disponibles dans l'enquête *Trajectoires et Origines*.

Dans le domaine des études sur le rapport au système de santé, un intérêt particulier est aussi porté à l'examen des phénomènes de renoncement aux soins. Qui renonce à se faire soigner et pour quels motifs ? Le renoncement est-il conditionné par une couverture médicale insuffisante ou inexistante ? L'analyse du renoncement aux soins nous amènera, dans une dernière section, à explorer les discriminations éventuellement subies dans l'accès aux soins. Quelques travaux qualitatifs ont interrogé tantôt les auteurs de discriminations, ici les professionnels de santé (Carde, 2006), tantôt les victimes (Fassin *et al.*, 2001) et rendent compte de pratiques qui relèvent de traitements discriminatoires fondés sur des stéréotypes négatifs. Dans l'enquête *Trajectoires et Origines*, les enquêtés sont interrogés à la fois sur le refus d'une consultation médicale en raison de leur couverture sociale (CMU/AME) et sur le sentiment d'avoir été moins bien traité ou reçu par les professionnels de santé ce qui permet d'éclairer l'écart entre le droit à l'accès aux soins pour tous et les pratiques, un aspect novateur dans une enquête en population générale.

2.1. Couverture médicale

Deux questions étaient distinctement posées dans le volet santé du questionnaire pour décrire la couverture sociale des enquêtés. La première s'intéressait à la sécurité sociale en interrogeant les enquêtés sur ce dont ils disposaient pour leurs dépenses de santé⁵, la seconde

⁵ « Actuellement, pour vos dépenses de santé, avez-vous... ? », cinq modalités de réponse étaient proposées : « la CMU (couverture maladie universelle) », « l'AME (l'aide médicale d'état), la sécurité sociale (standart, y compris étudiants) », « aucune couverture sociale », « ne sait pas »)

les interrogeait sur le fait de disposer d'une mutuelle⁶. L'absence totale de couverture médicale apparaît marginale, que ce soit dans la population majoritaire (1%) ou parmi les immigrés (2% pour les femmes et 3% pour les hommes), avec des variations par origine relativement limitées (Tableau 9).

Tableau 9- Couverture médicale selon l'origine et le sexe

	HOMMES					FEMMES				
	Pas de couverture	CMU/ AME/	Sécurité sociale	CMU/ AME/	Sécurité sociale	Pas de couverture	CMU/ AME/	Sécurité sociale	CMU/ AME/	Sécurité sociale
		Sans complémentaire		Avec complémentaire			Sans complémentaire		Avec complémentaire	
Population majoritaire	1	1	5	2	92	1	2	3	3	92
Natifs d'un DOM	0	3	9	3	85	0	2	4	2	91
Ens. immigrés	2	4	19	2	72	1	6	15	6	71
Pays ou région de naissance										
Algérie	1	7	17	6	69	1	9	14	9	67
Maroc-Tunisie	2	4	23	2	69	1	8	17	7	67
Afrique subsaharienne	2	5	22	4	67	1	12	18	9	60
Asie du Sud-Est	1	5	12	2	80	1	1	12	3	83
Turquie	1	6	25	4	64	1	9	27	9	56
Portugal	0	0	9	0	90	0	1	10	3	86
Espagne-Italie	0	1	10	0	89	0	1	8	3	88
Autres pays dont autres pays UE27	3	5	20	4	67	2	5	15	6	72

Source : Trajectoires et Origines, INED-INSEE 2008.
 Champ : Immigrés, natifs d'un DOM et enquêtés de la population majoritaire, 18-60 ans.
 Lecture : 1% des hommes de la population majoritaire déclare ne pas avoir de couverture sociale pour leurs dépenses de santé.

En revanche, on constate que les bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU) ou de l'aide médicale d'Etat (AME) sont beaucoup plus nombreux chez les immigrés que dans la population majoritaire, un phénomène accentué pour les femmes (6% des hommes et 12% des femmes parmi les immigrés contre respectivement 3% et 5% au sein de la population majoritaire). Notons que ce sont près de 1% des personnes immigrées qui ont déclaré bénéficiaire de l'AME (chiffre visiblement surestimé car des personnes de nationalité française ont déclaré en bénéficiaire, ce qui est pas possible puisqu'elle est réservée aux étrangers sans titre de séjour). Si, en termes de couverture médicale, la CMU et l'AME sont identiques à celle de la sécurité sociale de base pour les patients, elles sont en revanche souvent peu appréciées des professionnels de santé, confrontés à des délais de remboursements pouvant être très longs. Ce désagrément tend à générer des refus de soins pour les bénéficiaires de la CMU plus encore que pour ceux de l'AME, comme en témoigne les recherches qualitatives (Carde, 2006). Le constat de refus de soins a également déjà été démontré dans des travaux quantitatifs comme par exemple dans l'enquête menée en 2003 par la Drees, auprès de 3000 bénéficiaires de la CMU où 5% des enquêtés avaient déclaré avoir été confrontés à un refus de soins par un professionnel de santé au cours des 12 derniers mois. Une autre enquête de la Drees réalisée en 2007 auprès des bénéficiaires de l'AME en contact avec les services de soins dans trois départements d'Ile-de France (Seine-Saint-Denis, Val de Marne et Paris), faisait état de taux encore plus élevés : 38% pour les personnes enquêtées hospitalisées et 36% parmi les enquêtés interrogés à l'occasion d'une consultation (Boisguérin, Haury, 2008). La même question a été repoussée dans Trajectoires et Origines, mais sans référence à un pas de temps de 12 mois, sachant que la part des bénéficiaires de la CMU et plus encore de l'AME

⁶ « Et avez-vous une mutuelle ? », « oui », « non », « ne sait pas ».

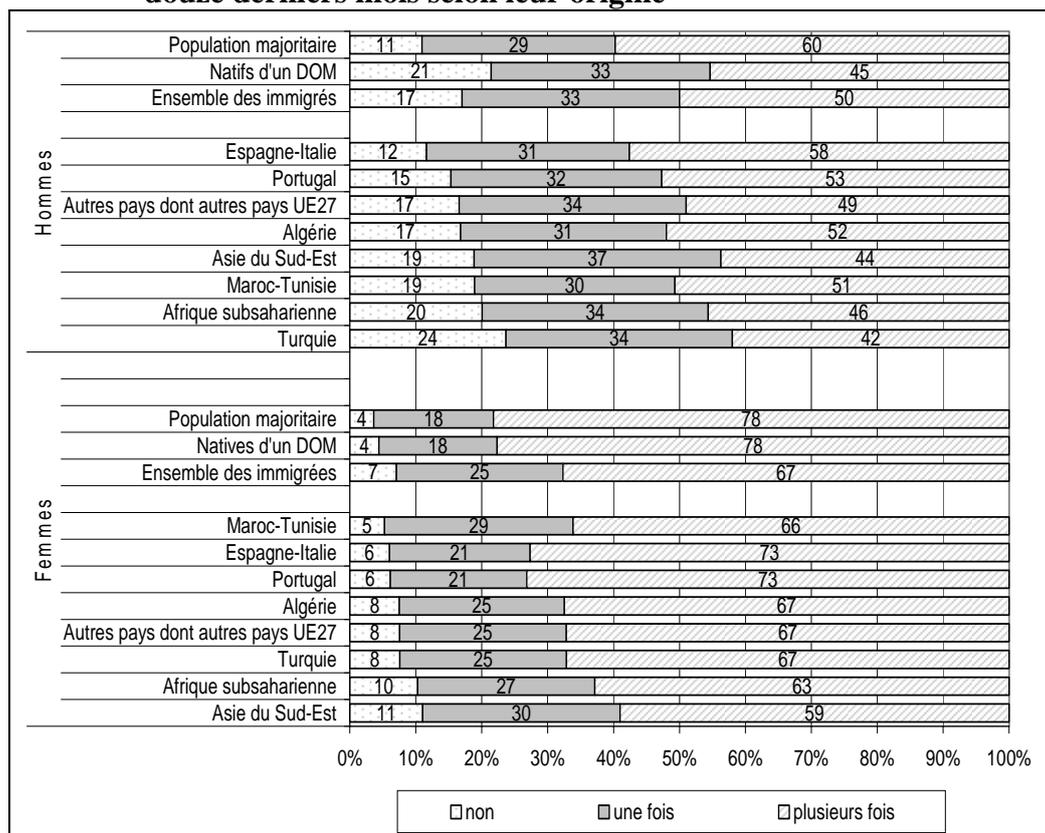
est faible dans l'échantillon. Les taux de refus de soins apparaissent beaucoup plus faibles que dans ces enquêtes spécifiques sur les bénéficiaires de la CMU ou l'AME, ce qui est dû au questionnaire lui-même qui n'explore que très succinctement le rapport des enquêtés aux services de soins. Le refus de soins avoisine 15%, sans variation selon que les enquêtés ont connu une migration ou pas. Ces résultats laissent entendre que c'est effectivement le statut de bénéficiaire de la CMU et non l'origine des personnes qui induit ces refus de soins. Outre le type de couverture de base, le fait de bénéficier ou non d'une couverture complémentaire est un trait qui distingue très fortement les immigrés du reste de la population : 23% des hommes et 21% des femmes parmi les personnes immigrées n'ont pas de couverture complémentaire, contre respectivement 6% et 5% dans la population majoritaire. En affinant l'observation par origine, on constate que les moins bien couverts sont les immigrés originaires de Turquie et d'Afrique subsaharienne. A noter la part élevée de bénéficiaires de la CMU parmi les immigrés originaires d'Algérie (13% chez les hommes et 18% chez les femmes).

2.2. Fréquence du recours au système de soins

Que l'on soit globalement en bonne santé ou non, la consultation d'un médecin au cours d'une année fait partie des pratiques de surveillance de l'état de santé et témoigne d'une préoccupation pour sa santé. Divers travaux sur les disparités de recours aux soins entre la population française et la population immigrée met en évidence « un moindre recours au généraliste ou au spécialiste de la population immigrée » (Dourgnon *et al.*, 2009 ; Berchet *et al.*, 2012). Dans l'enquête *Trajectoires et Origines*, le recours aux soins est abordé par la question suivante, habituellement utilisées dans les enquêtes sur la santé : « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous consulté un dentiste, un médecin généraliste ou un spécialiste ? », « oui, une fois », « oui, plusieurs fois », « non ».

Les résultats présentés sur la **Figure 2** corroborent les constats précédents et livrent un double enseignement. Le non recours est sensiblement plus élevé chez les hommes que chez les femmes : seules 4% des femmes de la population majoritaire et 7% des femmes immigrées déclarent ne pas avoir recouru à un professionnel de santé au cours des douze derniers mois contre respectivement 11% et 17% chez les hommes. Autre enseignement, la fréquence du non recours est plus disparate d'un groupe de population à l'autre parmi les hommes : les natifs d'un DOM sont deux fois plus nombreux que les hommes de la population majoritaire à déclarer ne pas avoir recouru à un professionnel de santé (21% versus 11%) tandis que les proportions sont relativement similaires chez les femmes quelle que soit leur origine. Par pays ou région de naissance, un constat logique apparaît puisque parmi ceux qui déclarent le plus fréquemment ne pas avoir rencontré de professionnels de santé figurent les immigrés venant de Turquie et ceux d'Afrique subsaharienne, deux groupes de population à la structure par âge très jeune et dont on peut penser qu'ils nécessitent moins de soins. A noter que l'on retrouve les femmes immigrées d'Asie du Sud-Est parmi celles qui déclarent le plus fréquemment être éloignées du système de santé : plus d'une sur dix déclare ne pas avoir consulté de professionnels de santé au cours des douze derniers mois. Intéressants, ces résultats présentent néanmoins une limite pour leur interprétation dans la mesure où le recours aux soins est rapporté ici à l'ensemble des enquêtés, y compris aux personnes qui n'avaient pas un besoin impératif de recourir à un professionnel de santé au cours de la période observée. Mais ils témoignent d'un suivi médical global plus faible chez les migrants et il faut encore noter que quand ce suivi existe, il consiste davantage en une unique consultation, en particulier chez les hommes.

Figure 2- Fréquence du recours aux soins des hommes et des femmes au cours des douze derniers mois selon leur origine



Source : Trajectoires et Origines, Ined-Insee, 2008.

Champ : immigrés, natifs d'un DOM et population majoritaire âgée de 18 à 60 ans.

Lecture : 11% des hommes de la population majoritaire déclarent ne pas avoir recouru aux soins au cours des 12 derniers mois.

2.3. Comment définir le besoin de soins à partir de l'enquête Trajectoires et Origines ?

Le besoin de soins est-il suivi d'un recours aux soins chez immigrés et natifs d'un DOM ? Dans quelle mesure la couverture médicale dont ils bénéficient influence-t-elle leur rapport au système de santé ? Telles sont les principales questions posées dans cette deuxième section.

Il convient d'abord de définir la notion de « besoin de soins » ? Cette notion a déjà été discutée dans des travaux antérieurs (Pineault et Daveluy, 1995 ; Estellat, 2004 ; Or, 2009 ; Jusot, Silva, Dourgnon et Sermet, 2009). Le besoin de soins y apparaît comme fonction, à la fois, de l'état de santé de l'individu et de l'environnement médical et social qui l'entoure, à même ou non de prendre en charge le problème de santé. Il est donc dépendant de la connaissance qu'ont les individus de leur état de santé mais aussi des filières de soins et de leur accès. D'après Stevens *et al.* (2003), plusieurs approches complémentaires définissent le besoin de soins : les *besoins satisfaits et exprimés* que l'on mesure à travers la consommation de soins, les *besoins diagnostiqués* par un professionnel de santé et les *besoins ressentis* par les individus eux-mêmes. En l'absence du regard d'un professionnel de santé et de données détaillées sur la consommation de soins, la seule approche à même d'être évaluée à partir des données de l'enquête *Trajectoires et Origines* reste celle des besoins ressentis par l'individu. La première question du mini-module de santé suffit-elle à cibler un profil d'individus qui « nécessiteraient » des soins. Est-ce que tous les individus qui déclarent une santé altérée ont

« besoin » de soins et inversement les enquêtés ayant besoin de soins sont-ils tous « captés » avec cette question du mini-module ? Les résultats présentés dans le Tableau 10 ci-dessous apportent des éléments de réponse à cette question en croisant santé perçue, médicale et fonctionnelle.

Tableau 10- Réponses croisées aux trois questions du mini-module européen des hommes et des femmes enquêtés selon leur origine

18-60 ans	Parmi ceux qui déclarent une santé altérée, combien déclarent...		Parmi ceux qui déclarent au moins une maladie chronique, combien déclarent...	Parmi ceux qui déclarent des limitations fonctionnelles, combien déclarent...
	au moins une maladie chronique? (%)	des limitations fonctionnelles fortes ou légères? (%)	une santé altérée?	une santé altérée?
Hommes				
Population majoritaire	61	50	44	72
Natifs d'un DOM	55	49	53	93
Ensemble des immigrés	56	54	59	83
Autres pays dont UE27	70	53	51	81
Afrique subsaharienne	59	41	55	83
Espagne/Italie	52	55	50	68
Algérie	43	66	71	74
Maroc/Tunisie	58	59	65	87
Turquie	62	55	65	90
Asie du Sud-Est	60	50	72	94
Portugal	48	43	57	91
Femmes				
Population majoritaire	72	66	47	86
Natifs d'un DOM	65	45	56	89
Ensemble des immigrés	60	51	65	89
Autres pays dont UE27	53	50	46	77
Afrique subsaharienne	61	56	66	94
Espagne/Italie	67	61	64	84
Algérie	67	55	75	100
Maroc/Tunisie	66	45	79	91
Turquie	57	54	67	97
Asie du Sud-Est	60	57	78	92
Portugal	56	49	75	87

Source : Trajectoires et origines, INED-INSEE, 2008.
Champ : Immigrés, natifs d'un DOM et enquêtés de la population majoritaire, 18-60 ans.

Parmi les enquêtés ayant déclaré un état de santé altéré, une majorité d'entre eux répondent avoir au moins une maladie chronique (environ 6 hommes sur 10 et entre 6 et 7 femmes sur 10) ou des limitations fonctionnelles légères ou fortes (environ 5 hommes ou femmes sur 10). Bien sûr, des variations importantes apparaissent selon l'origine puisque seuls 43% des hommes immigrés d'Algérie ayant déclaré une santé altérée se disent atteints d'au moins une maladie chronique contre 70% des immigrés européens (hors Europe du Sud). Néanmoins, ces résultats confortent l'indicateur de santé perçue comme reflet d'une mauvaise santé médicale et/ou fonctionnelle déclarée et comme « critère de sélection » pour approcher la population ayant besoins de soins. Ce critère d'une santé altérée est-il suffisant ? Pour répondre à cette question, les deux dernières colonnes du tableau 5 inverse l'approche en présentant la part des individus ayant déclaré une maladie chronique ou des limitations fonctionnelles et qualifient leur état de santé de « moyen », « mauvais » ou « très mauvais ».

Les résultats soulignent combien des limitations fonctionnelles, qu'elles soient légères ou fortes, s'accompagnent dans la grande majorité des cas, d'un ressenti d'une santé altérée : près de 9 femmes sur 10 qui déclarent des limitations fonctionnelles se disent en « moyenne », « mauvaise » ou « très mauvaise » santé et ce, indépendamment de leur lien à la migration. Chez les hommes, cette proportion varie de 7 sur 10 au sein de la population majoritaire à 9 sur 10 chez les natifs d'un DOM. Il semblerait donc que les déclarations de limitations fonctionnelles et de santé altérée soient très fortement corrélées, bien davantage que celles relatives aux maladies chroniques.

En effet, la dispersion est plus forte concernant la part des enquêtés qui déclarent au moins une maladie chronique et dans le même temps un état de santé altéré. Moins de la moitié des enquêtés de la population majoritaire qui déclarent avoir au moins une maladie chronique se ressentent en mauvaise santé (44%) tandis qu'ils sont 53% parmi les natifs d'un DOM et 59% parmi les immigrés. Une hypothèse à ces écarts constatés tient à la fois à une moindre connaissance de ce qu'est une maladie chronique chez les migrants, ce qui donne lieu à des déclarations très contrastées des allergies ou rhumes chroniques et des pathologies plus lourdes telles les cancers, mais aussi à un dépistage plus précoce de et à une meilleure prise en charge de ces maladies chroniques dans la population majoritaire.

Compte-tenu du biais existant autour de la méconnaissance de certaines pathologies chroniques et de leur possibilité de prise en charge, un biais accru de surcroît chez la population immigrée, il semble nécessaire de ne pas retenir ici, dans notre définition du « besoins de soins », le critère de la déclaration d'au moins une maladie chronique qui surreprésentait certaines sous-populations au détriment d'autres groupes. En revanche, déclarer des limitations fonctionnelles, avant l'âge de 60 ans n'est pas anodin en termes de santé perçue comme le met en évidence les résultats du tableau 5. Il apparaît donc pertinent d'ajouter ce critère et de prendre en compte les enquêtés qui déclarent des limitations fonctionnelles comme des individus ayant « besoins de soins ».

A l'issue de cette discussion, le besoins de soins sera donc défini par le fait de se déclarer en « moyenne », « mauvaise » ou « très mauvaise » santé ou de déclarer des limitations fonctionnelles, faibles ou fortes. Cette double approche permet ainsi de juxtaposer les dimensions santé physique et santé mentale dans un unique indicateur présenté dans le Tableau 11 ci-dessous.

Environ un homme enquêté sur cinq, âgé de 18-60 ans, répond à la définition de besoins de soins ressentis à savoir qu'il a déclaré un état de santé altéré ou des limitations fonctionnelles faibles ou fortes et ce, quel que soit son lien à la migration (tableau 6). Assez logiquement, on retrouve des pourcentages légèrement plus élevés chez les femmes (de l'ordre de 25%) dans la mesure où, comme cela a été évoqué antérieurement, le besoin de soins ressenti implique une bonne connaissance de son état de santé et des possibilités de prise en charge par le système médical. Plusieurs études ont montré la plus grande proximité des femmes avec leur corps et le système de santé en général. Par ailleurs, tout comme pour la santé altérée qui en est une composante, on retrouve des écarts selon l'origine concernant les besoins de soins ressentis puisque ceux-ci varient, chez les hommes, de 14% à 31% entre les immigrés d'Afrique subsaharienne et ceux d'Asie du Sud-Est et chez les femmes, de 22% (Afrique subsaharienne) à 40% (Portugal).

Tableau 11- Besoins de soins ressentis par les enquêtés selon leur origine

18-60 ans	Santé altérée	Limitations fonctionnelles faibles ou intenses	Besoins de soins* (a) et/ou (b)		
	% pondérés	% pondérés	% pondérés	Effectifs dans l'enquête	Effectifs estimés (en milliers)
Hommes					
Population majoritaire	15	13	20	318	2702
Natifs d'un DOM	18	12	21	82	29
Ensemble des immigrés	18	14	22	936	384
Autres pays dont UE27	12	10	16	138	73
Afrique subsaharienne	12	7	14	101	23
Espagne/Italie	20	21	30	69	34
Algérie	20	17	24	100	56
Maroc/Tunisie	21	16	25	156	87
Turquie	22	16	26	119	29
Asie du Sud-Est	26	17	31	123	18
Portugal	26	15	30	130	63
Femmes					
Population majoritaire	16	16	22	403	3020
Natifs d'un DOM	20	13	24	99	36
Ensemble des immigrées	25	17	29	1328	540
Autres pays dont UE27	17	13	22	252	135
Afrique subsaharienne	21	14	23	192	49
Espagne/Italie	27	22	32	78	34
Algérie	28	19	32	165	79
Maroc/Tunisie	30	17	34	213	112
Turquie	31	20	33	132	32
Asie du Sud-Est	33	20	35	131	19
Portugal	37	21	40	165	79

Source : Trajectoires et origines, INED-INSEE, 2008.
 Champ : Immigrés, natifs d'un DOM et enquêtés de la population majoritaire, 18-60 ans.
 * Ici les besoins de soins ressentis regroupent soit la déclaration d'une santé altérée, soit la déclaration de limitations fonctionnelles, fortes ou légères.

2.4. Non recours et renoncement aux soins des personnes en situation de besoin de soins

Les Figure 4 et Figure 4 ci-dessous présentent, pour les hommes et pour les femmes, le non recours et le renoncement aux soins⁷, au cours de l'année écoulée, parmi celles et ceux que nous avons sélectionnés comme ayant un besoin de soins. On retrouve une fréquence du non recours contrastée entre les hommes de la population majoritaire qui sont moins de 3% à ne pas avoir consulté de professionnels de santé et les natifs d'un DOM pour qui cela concerne 15% des enquêtés. Le non recours est également assez élevé chez les immigrés du Portugal, d'Algérie et de Turquie où il avoisine 10%, trois groupes de population où la part des hommes ayant besoin de soins est de surcroît plus élevée que pour la moyenne des immigrés.

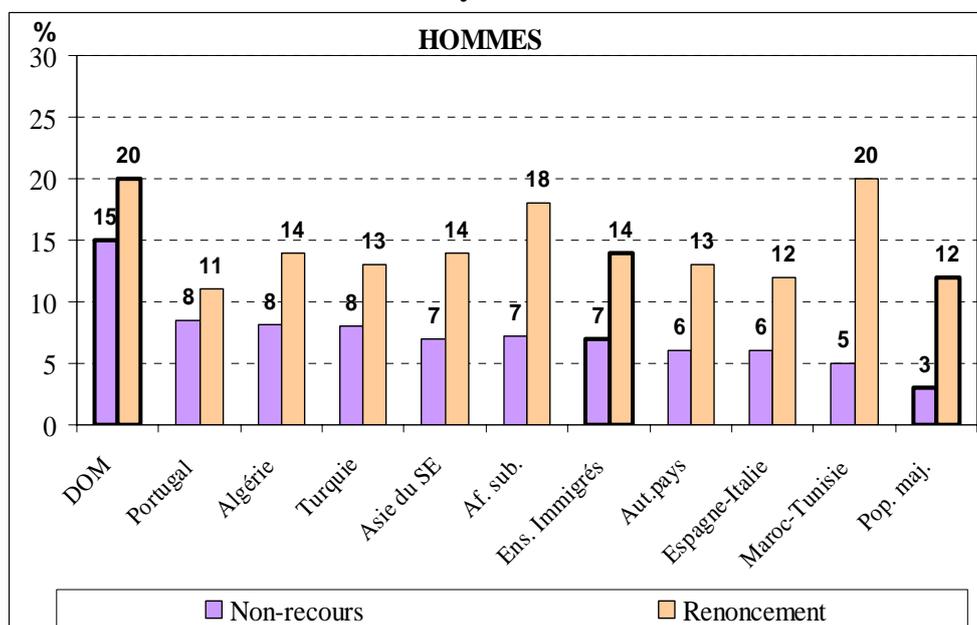
⁷ La question du renoncement dans le questionnaire TeO était posée de la façon suivante : « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous renoncé à des questions de santé pour vous-même ? » « oui », « non », « ne sait pas ». A noter qu'il y avait une consigne donnée aux enquêteurs pour expliquer la notion de « renoncement » (si l'enquêté demande le sens de renoncer : « vous aviez besoin d'aller chez le médecin, mais vous avez dû abandonner l'idée d'y aller »)

Chez les femmes, le non recours est quasi beaucoup plus faible (inférieur à 5% à l'exception des immigrées d'Afrique subsaharienne). Ce constat témoigne de pratiques de recours aux soins très différenciées chez les hommes et chez les femmes. Ces dernières consultent plus régulièrement les professionnels de santé et finalement, le fait de se sentir malade ne modifie que faiblement leurs comportements de recours aux soins. Les hommes, quant à eux, attendent le dernier moment pour se déplacer chez un médecin. En effet, les résultats montrent que même parmi les hommes immigrés ayant besoin de soins, le non-recours est nettement plus élevé que ce que l'on observe pour leurs homologues féminins. Toutefois, cette différence hommes-femmes ne vaut que pour les personnes migrantes, car le recours aux soins est quasiment identique chez les hommes et chez les femmes dans la population majoritaire. Ces données confortent les constats déjà relevés ailleurs de consultations tardives chez les personnes migrantes et l'on voit ici que cela concerne bien plus fortement les hommes.

Une autre question se pose désormais : les groupes qui déclarent ne pas avoir consulté de professionnel de santé alors qu'ils se perçoivent en mauvaise santé ou limités dans leurs activités quotidiennes sont-ils ceux qui déclarent le plus fréquemment renoncer à des soins ? En d'autres termes, ce non recours est-il un renoncement ou l'expression d'une distance au système de soins témoignant aussi d'une difficulté à identifier et prendre en charge ses problèmes de santé ? La relation est complexe entre non recours et renoncement. On peut dans un premier temps considérer que le renoncement témoigne du fait qu'il y a eu une volonté de se soigner mais que celle-ci a été contrariée. La déclaration de renoncement à des soins de santé au cours des douze derniers mois est élevée chez les natifs d'un DOM (de l'ordre de 20%) alors qu'ils recourent peu, mais elle l'est aussi pour les immigrés du Maroc et de Tunisie (20%) pour lesquels le non recours est en revanche de seulement 5%, taux le plus faible après la population majoritaire, et trois fois inférieur à celui des natifs d'un DOM). Les hommes originaires des DOM ayant un besoin de soin se révèlent ainsi être dans une situation particulière : ils sont 15% à ne pas recourir aux soins et 20% à y renoncer, taux les plus élevés dans les deux cas, ce qui témoignent d'une volonté de se soigner et de l'impossibilité de le faire. Alors que chez les hommes marocains on peut plutôt parler d'un désir de consulter davantage.

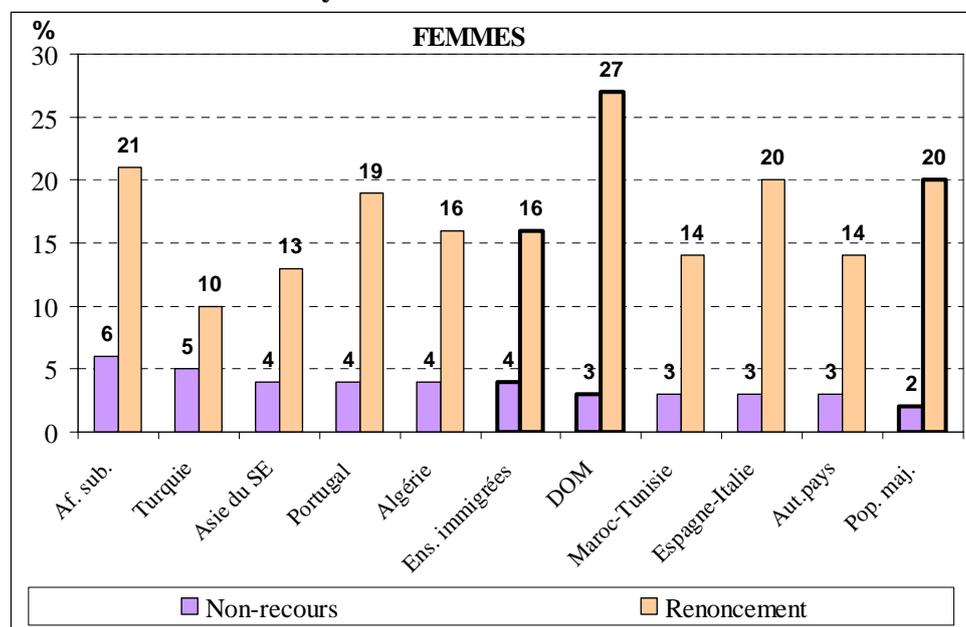
Chez les femmes, le constat est que si ces dernières consultent davantage que les hommes, elles sont aussi plus nombreuses à déclarer avoir renoncé à des soins, ce qui signifie que les femmes dans leur ensemble consultent mais aimeraient consulter davantage. Le renoncement est de 20% chez les femmes de la population majoritaire en besoin de soins, mais de 16% pour l'ensemble des femmes immigrées, qui dans leur ensemble sont un peu plus éloignées du système de soins puisqu'à besoins de soins équivalents, elles recourent légèrement moins et renoncent moins également. On peut en effet supposer que derrière le renoncement plus prononcé dans la population majoritaire, s'expriment des attentes plus élevées de consultation de spécialistes, peut-être un peu moins présentes chez les personnes migrantes, comme le laisse supposer des travaux antérieurs sur le type de médecins consulté par les migrants (Attias-Donfut et Tessier, 2005 ; Dourgnon, Jusot, Sermet et Silva, 2009). Cependant, parmi les femmes qui renoncent le plus figurent les natives d'un DOM (plus d'un quart d'entre) et les immigrés d'Europe du Sud). Les immigrées turques sont celles qui paraissent le plus éloignées du système de santé avec à la fois le taux de non recours le plus élevé (avec les immigrées d'Afrique subsaharienne, autour de 5%) et celles qui déclarent le moins renoncer à des soins.

Figure 3 – Non recours et renoncement aux soins parmi les hommes immigrés ou natifs d’un DOM ayant un besoin de soins



Source : Trajectoires et Origines, Ined-Insee, 2008.
 Champ : Immigrés, natifs d’un DOM et enquêtés de la population majoritaire ayant un besoin de soins, 18-60 ans.

Figure 4 - Non recours et renoncement parmi les femmes immigrées ou natives d’un DOM ayant un besoin de soins



Source : Trajectoires et Origines, Ined-Insee, 2008.
 Champ : Immigrées, natives d’un DOM et enquêtées de la population majoritaire ayant un besoin de soins, 18-60 ans.

Pour étayer ces interprétations, il est utile d’explorer les raisons qui conduisent à ce renoncement. Le tableau 9 indique la part des individus n’ayant pas de complémentaire santé parmi ceux ayant un besoin de soins et ayant renoncé à des soins, ainsi que les motifs déclarés de ce renoncement. Les résultats montrent que les personnes immigrées sont nettement plus

nombreuses que celles de la population majoritaire à ne pas avoir de complémentaire santé (34% contre 14%), ce qui constitue un premier élément d'explication à ce renoncement. Il va de pair avec le motif le plus souvent déclaré dans les deux groupes, à savoir le manque d'argent, invoqué par environ 60% des enquêtés, mais légèrement plus souvent dans la population migrante. Les autres motifs proposés ne sont pas très distinctifs non plus mais montrent cependant une tendance légèrement plus prononcée chez les migrants à ne pas se soigner par « manque de temps » (22% contre 18%) et à préférer « attendre que ça passe » (12% contre 8%). Notons que les motifs proposés quant aux difficultés linguistiques, administratives ou de locomotion ont été très faiblement cités par les enquêtés et ne sont donc pas présentés.

Tableau 12 : Degré de couverture complémentaire et motif déclaré du renoncement chez les personnes ayant un besoin de soin mais ayant déclaré avoir renoncé à des soins dans les 12 derniers mois

	Part des individus n'ayant pas de complémentaire santé	Motifs déclaré du renoncement				Effectifs non pondérés
		Raisons financières	Manque de temps	A préféré attendre que ça passe	Peur des soins	
Population majoritaire	14	58	18	8	14	127
Ens. immigrés	34	63	22	12	4	338

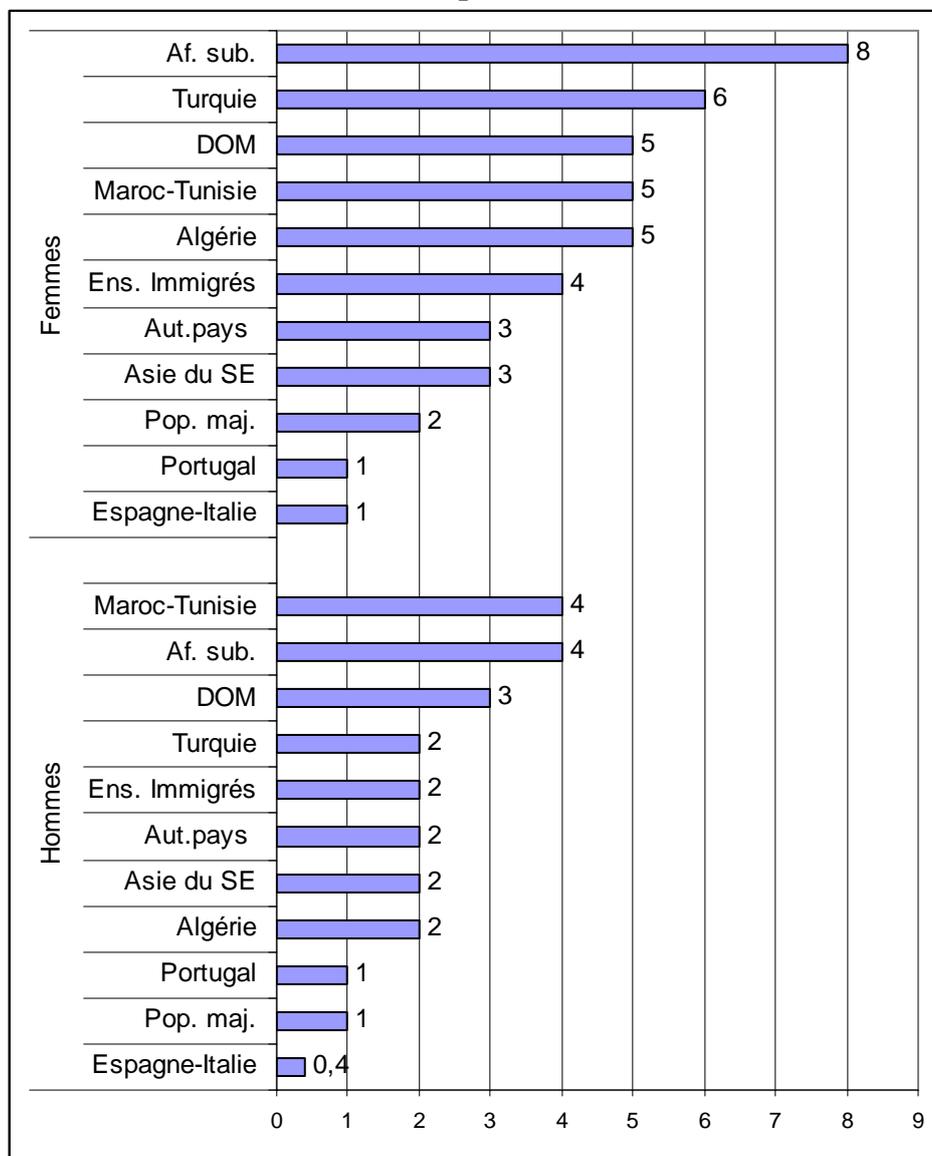
Source : Trajectoires et Origines, INED-INSEE 2008.
 Champ : Personnes immigrés et de la population majoritaire, âgées de 18-60 ans, ayant renoncé à des soins alors qu'elles ont un besoin de soins.

2.5. Traitement défavorable dans le système de soins

L'enquête Trajectoires et Origines étant centrée sur l'étude des discriminations, y compris dans l'accès aux services publics, des questions visant à explorer le sentiment d'avoir été discriminé lors de contacts avec le personnel médical ont été insérées dans le questionnaire. Ce n'est pas tant le refus de soins qui est exploré ici que la façon d'accueillir et traiter les patients. Pour explorer cet aspect, une question sur le fait de se sentir moins bien traité que d'autres patients, inspirée des enquêtes réalisées auprès des bénéficiaires de la CMU (Boisguérin, 2003), a été reprise, ce qui n'avait jamais été fait dans une enquête en population générale. Les enquêtés étaient donc d'abord invités à répondre à la question suivante : « Vous est-il déjà arrivé que du personnel médical ou un médecin vous traite moins bien que les autres ? ». Une information supplémentaire, spécifique à l'enquête Trajectoires et origines, était ensuite demandée permettant de mieux comprendre les raisons de cet accueil différencié afin de pouvoir qualifier ce traitement défavorable de discrimination, selon que leur motif réfère à un motif illégitime ou à autre chose : « A votre avis, ce comportement était-il lié à ... » « Votre sexe », « Votre état de santé ou un handicap », « Votre couleur de peau », « Vos origines ou votre nationalité », « Votre façon de vous habiller », « Votre âge », « Autre, précisez ». La **Erreur ! Source du renvoi introuvable.** présente les résultats pour l'ensemble des enquêtés, quelles que soient leurs déclarations sur leur état de santé actuel, les effectifs ne permettant pas de mener cette analyse sur les seules personnes ayant un besoin de soin. D'une manière globale, les femmes déclarent davantage que les hommes avoir été moins bien reçues, ce qui renvoie à leur fréquentation plus importante du système de soin. Par ailleurs, des contrastes apparaissent selon l'origine, notamment chez les femmes : 8% des immigrées originaires d'Afrique subsaharienne et 6% des femmes venues de Turquie éclairent ce sentiment contre 1% des immigrées venues du Portugal, d'Espagne et d'Italie. A noter que les femmes natives d'un DOM sont près de 5% à avoir ressenti le fait d'être moins bien traité de

la part du personnel médical, un pourcentage élevé que l'on retrouve aussi chez les hommes natifs d'un DOM mais aussi ceux immigrés d'Afrique sub-saharienne, du Maroc ou de la Tunisie alors qu'il est quasiment absent chez les hommes immigrés portugais.

Figure 5 : Sentiment d'avoir été moins bien traité ou reçu que les autres patients lors de contact avec les personnels de soins



Source : Trajectoires et Origines

Champ : Personnes immigrées et de la population majoritaire, âgées de 18-60 ans

Le Tableau 13 met en perspective la part des enquêtés qui déclarent avoir ressenti un traitement défavorable de la part du personnel médical avec le nombre de motifs cités et les raisons évoquées. Il met en exergue trois profils : d'une part, la population majoritaire qui cite très majoritairement un seul motif déclencheur (95%) relevant de la catégorie « autres motifs » (70%). Dans cette catégorie sont regroupés un ensemble d'explications liées à l'encombrement du système de soins (délai d'obtention d'un rendez-vous, temps d'attente, énervement, fatigue, mauvaise humeur du personnel de santé...). Pour la population majoritaire, il semblerait donc qu'il s'agisse plutôt de motifs qui relèvent du système de santé plutôt que de leurs caractéristiques propres à l'exception toutefois de l'état de santé (14%). Ce

dernier motif fait probablement écho à des pathologies spécifiques telles que les addictions, l'obésité, le sida qui peuvent être perçues négativement par le personnel de santé du fait, par exemple, de leur prise en charge délicate ; d'autre part, la population immigrée qui se décompose en deux groupes : un groupe qui rassemble la majorité des immigrés qui ne citent qu'un motif : l'origine. C'est le cas des immigrés de Turquie, du Maghreb et d'Asie du Sud-Est. Enfin, un troisième et dernier profil concerne les immigrés d'Afrique subsaharienne et les natifs d'un DOM qui sont respectivement 25% et 17% à citer au moins deux motifs au premier rang desquels figure la couleur de peau. Ce constat laisse à penser que la couleur de peau ne peut être évoquée comme unique raison dans la mesure où elle englobe finalement toujours une idée d'origine étrangère.

Tableau 13- Déclaration d'un traitement défavorable par le personnel médical et motifs évoqués parmi l'ensemble des enquêtés

Pays ou régions de naissance	% qui déclarent avoir ressenti un traitement différencié	Nombre de motifs cités (%)			Motifs déclarés parmi ceux qui déclarent avoir ressenti un traitement différencié... (%)							Effectifs qui déclarent avoir ressenti un traitement différencié
		NSP	1	2 +	Sexe	État de santé	Couleur de peau	Origine	Code vestimentaire	Age	Autres motifs	
Population majoritaire	2	3	95	2	3	14	1	2	3	12	70	138
Afrique subsaharienne	6	18	57	25	2	4	47	34	2	0	25	120
Natifs d'un DOM	4	14	69	17	3	14	36	6	4	5	40	43
Turquie	4	12	81	7	0	5	0	50	5	0	36	46
Maghreb	4	14	79	7	0	4	2	51	5	5	25	115
Autres pays dont autres pays UE27	2	7	81	12	11	4	12	32	1	3	47	75
Asie du Sud-Est	2	13	76	11	0	4	14	43	0	11	26	28
Europe du Sud	1	13	74	12	0	14	0	19	12	0	54	27

Source : Trajectoires et Origines, Ined-Insee, 2008.

Champ : Immigrés, natifs d'un DOM et enquêtés de la population majoritaire, 18-60 ans.

Note : La question sur les motifs appelait plusieurs réponses possibles, ce qui explique que le total des pourcentages est supérieur à 100%.

En conclusion de cette deuxième partie, il apparaît finalement un lien entre structure par âge des groupes de population observés ici, fréquence du recours aux soins et couverture médicale : ce sont les immigrés d'Afrique subsaharienne et de Turquie qui consultent le moins souvent un professionnel de santé. Ce constat peut s'expliquer à la fois par le fait qu'il s'agit de populations jeunes au regard de l'ensemble des immigrés mais aussi et surtout des populations moins bien couvertes en termes de sécurité sociale et de compléments santé, trois facteurs éminemment corrélés.

Ces mêmes observations rapportées aux personnes ayant besoin de soins soulignent que c'est parmi les hommes natifs d'un DOM que le non recours est le plus élevé (15%) tandis que la part du non recours est nettement plus faible chez les femmes (comprise entre 4% et 11%) et

plus encore chez les femmes ayant besoin de soins (comprise entre 1% et 6%). La relation entre le non recours et le renoncement apparaît complexe : dans certains groupes de population, le renoncement aux soins traduit un réel éloignement du système de santé comme cela semble être le cas des hommes natifs des DOM qui sont pourtant plus d'un sur cinq dans l'enquête à entrer dans la catégorie des personnes ayant un besoin de soins. Ils sont en effet à la fois les plus nombreux à déclarer ne pas recourir aux soins (15% de ceux ayant déclaré un besoin de soins) et à renoncer à des soins (20% de ceux ayant déclaré un besoin de soins). Pour d'autres groupes, le renoncement reflète plutôt un désir de recourir davantage comme c'est le cas parmi les femmes natives d'un DOM qui sont seulement 3% parmi celles ayant déclaré un besoin de soins à ne pas avoir consulté au cours des 12 derniers mois mais sont 27% à affirmer avoir renoncé à des soins et comme c'est le cas aussi mais dans une moindre mesure parmi les femmes de la population majoritaire. Si les femmes et les hommes immigrés bénéficient nettement moins souvent de la double couverture sécurité sociale et complémentaire santé (7 sur 10 contre 9 sur 10 dans la population majoritaire), on observe assez peu de différences avec les natifs d'un DOM qui pourraient expliquer la part plus élevée de non recours chez les hommes et le renoncement élevée chez les femmes ayant besoin de soins.

Finalement, certains des résultats présentés ici soulèvent bien des questions sur les comportements des immigrés et natifs d'un DOM en matière de prise en charge de leur santé. Des enquêtes qualitatives ad-hoc sur des groupes de population spécifiques tels les natifs d'un DOM et les originaires de Turquie, permettraient peut-être de comprendre les arbitrages sous-jacents quant au fait de consulter ou non un professionnel de santé en éclairant les comportements individuels au regard des modes d'entrée en contact avec l'offre de soins.

3. Un ressenti de l'état de santé équivalent entre populations ayant grandi en France métropolitaine ?

L'un des apports de l'enquête *Trajectoires et Origines* est d'interroger non seulement les immigrés et les natifs d'un DOM mais aussi les descendants d'immigrés et les descendants des natifs d'un DOM. L'analyse du lien entre la santé et la migration ne s'applique bien sûr pas aux enfants d'immigrés. Ces derniers n'ayant pas eux-mêmes fait l'expérience de la migration, il n'est pas question d'explorer à leur propos un effet « bonne santé » à l'arrivée en France. De même, les difficultés linguistiques dans les contacts avec le corps médical ou la réception des messages de prévention ne se posent pas. En revanche, la question de la transmission familiale d'habitudes alimentaires ou addictives pourrait constituer un axe de recherche pertinent, mais comme déjà mentionné précédemment, l'enquête ne permet pas d'exploration dans cette direction. C'est plutôt sous l'angle de l'étude des conditions de vie d'une population globalement plus jeune, qui a souvent grandi dans des familles de milieux populaires au sein d'une fratrie plus importante et ayant pour certaines de ses composantes des difficultés d'insertion sur le marché du travail en partie liées à des discriminations subies (cf. les chapitres sur l'emploi) que se situe l'analyse proposée.

Il s'agit d'abord de prendre la mesure de l'appréciation que les descendants d'immigrés ont de leur propre santé et de l'inscrire dans une double perspective comparative avec les enquêtés du même âge appartenant à la population majoritaire d'une part et avec les immigrés de la même origine d'autre part. Dit autrement, la santé des descendants d'immigrés se rapproche-t-elle de celle de la population majoritaire ou bien observe-t-on un plus mauvais état de santé déclaré comme mis au jour pour les immigrés ? Disposent-ils d'une couverture santé adéquate et quelles sont leur pratique de recours aux soins ? Font-ils face dans leurs contacts avec le corps médical à des comportements discriminatoires ? Notons que les descendants

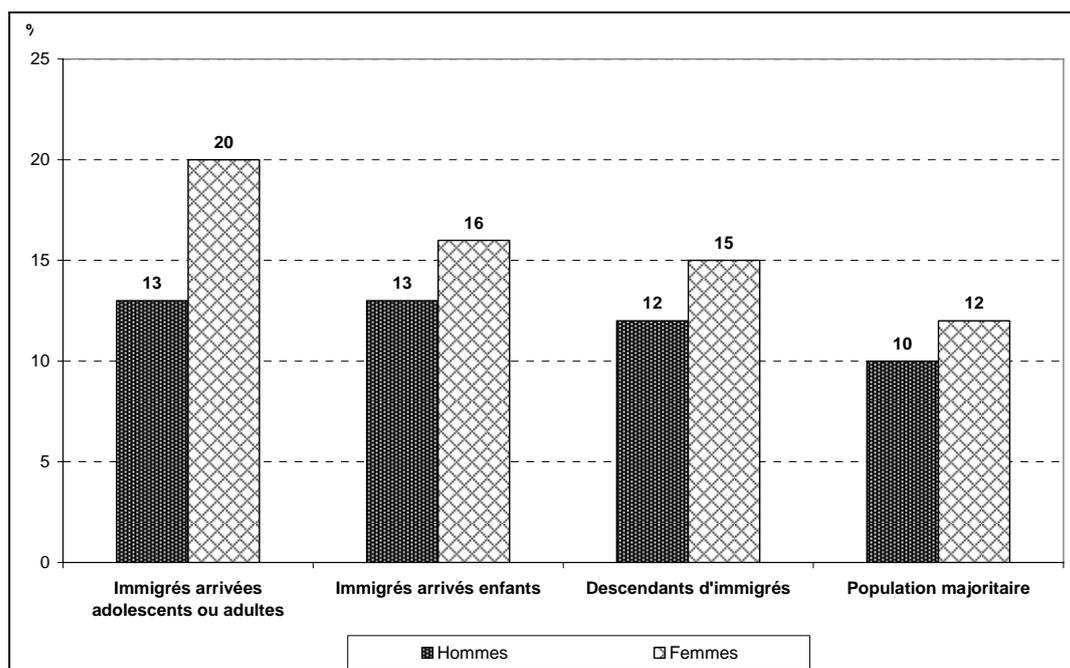
d'immigrés et de natifs d'un DOM ne sont pas les enfants des immigrés et natifs d'un DOM enquêtés, ce qui interdit toute interprétation des résultats de cette comparaison avec les migrants en termes de transmission de l'état de santé et du rapport à la santé.

Rappelons que les échantillons des descendants d'immigrés ou de natifs d'un DOM ne sont représentatifs que pour la tranche d'âge des 18-50 ans et par conséquent que les résultats ne sont plus présentés dans les pages suivantes sur les 18-60 ans comme pour les immigrés.

3.1. État de santé déclaré entre descendants d'immigrés, descendants de natifs des DOM et la population majoritaire

Etre né en France est-il un facteur protecteur pour la santé comparativement au fait d'être arrivé jeune avec ses parents ? Et avoir des parents immigrés a-t-il globalement un impact sur la santé ? Une première réponse est apportée par les résultats présentés dans la Figure 6 ci-dessous qui expose, parmi les 18-50 ans, la part des hommes et des femmes qui déclarent un état de santé altéré parmi les immigrés (en distinguant ceux arrivés adolescents ou adultes et ceux arrivés avant l'âge de 10 ans), les descendants d'immigrés et les enquêtés sans ascendance migratoire. Les résultats soulignent que les descendants d'immigrés se situent dans une position intermédiaire, en mentionnant un peu plus fréquemment une santé altérée que les enquêtés de la population majoritaire (12% versus 10% pour les hommes, 15% versus 12% pour les femmes), mais moins fréquemment que les immigrés, quel que soit le moment où ces derniers sont arrivés. Cette première observation montre *a minima* que leurs conditions de vie en France ne sont pas aussi dégradées que celles des immigrés. Ils n'ont pas eu à vivre l'isolement produit par la migration, ni eu à fuir leurs pays, et leur scolarisation les protège davantage.

Figure 6- Santé altérée déclarée par les hommes et les femmes. Comparaison des réponses entre immigrés, descendants d'immigrés et enquêtés de la population majoritaire âgés de 18-50 ans



Source : Enquête Trajectoires et Origines, INED-INSEE, 2008.

Champ : Immigrés, descendants d'immigrés et enquêtés de la population majoritaire, 18 à 50 ans.

Lecture : 13% des hommes immigrés arrivés adolescents ou adultes déclarent un état de santé altéré, c'est le cas de 20% des femmes immigrées arrivées elle-aussi tardivement en France métropolitaine.

On note que les écarts entre les femmes et les hommes sont moins prononcés pour les personnes nées en France que pour les immigrés. Toutefois, ces premiers résultats souffrent de nombreux biais de comparaison, à commencer par l'effet induit par les différences de composition de chacun de ces groupes en matière d'âge et de condition de vie socio-économique.

Pour y remédier, une régression logistique en deux étapes a été réalisée (Tableau 14), où le risque de se déclarer en mauvaise santé est estimé par rapport à la population majoritaire en contrôlant d'abord à âge identique (modèle 1) puis en prenant aussi en considération le niveau de diplôme, la situation d'activité et la situation financière des enquêtées approchée par l'appréciation portée sur le revenu du ménage (modèle 2).

La lecture des résultats met en évidence qu'à âge identique, les hommes comme les femmes issues de l'immigration sont légèrement plus nombreux que les personnes du même sexe dans la population majoritaire de déclarer une santé altérée, et encore qu'ils sont en meilleure santé que les personnes migrantes, que celles-ci soient arrivées jeunes ou adulte. Mais à caractéristiques d'âge, de diplôme, d'activité et de revenus similaires (modèle 2), les fils d'immigrés n'ont pas un risque plus élevé que les enquêtés de la population majoritaire de déclarer une santé altérée, alors que pour les femmes, ce risque reste légèrement supérieur, l'odd-ratio s'établissant à 1,2 au seuil de 10%. Comme pour les immigrés, ce sont les mauvaises conditions de vie qui favorisent la déclaration d'un mauvais état de santé, le statut de migrants de leurs parents n'ayant en réalité pas d'impact, à conditions de vie équivalentes. Par ailleurs, on n'observe plus de différence entre les immigrés arrivés enfants (avant l'âge de 10 ans) et les enfants d'immigrés nés en France.

Tableau 14- Facteurs associés à la déclaration d'une mauvaise santé perçue chez les descendants d'immigrés comparé aux immigrés et à la population majoritaire

Variables explicatives	Modalités	Hommes		Femmes	
		Modèle 1	Modèle 2	Modèle 1	Modèle 2
Lien à la migration	Immigrés arrivés adolescents ou adultes	1,4***	1,1	1,8***	1,2**
	Immigrés arrivés enfants	1,5***	1,3	1,4***	1,1
	Descendants d'immigrés	1,2**	1,1	1,3***	1,2*
	Population majoritaire (Réf.)	1	1	1	1
Groupe d'âge	18-30 ans	0,5***	0,4***	0,6***	0,5***
	31-40 ans (Réf.)	1	1	1	1
	41-50 ans	1,7***	1,6***	1,7***	1,7***
Niveau de diplôme	Aucun diplôme		2,0***		2,0***
	CEP/BEPC		1,8***		1,9***
	CAP/BEP		1,5***		1,6***
	Baccalauréat ou + (Réf.)		1		1
Situation d'activité	Chômeurs		1,9***		1,9***
	Inactifs		2,3***		1,5***
	En emploi (Réf.)		1		1
Opinion sur le revenu	"C'est difficile"		2,9***		3,0***
	"C'est juste"		1,9***		1,7***
	Pas de problème d'argent (Réf.)		1		1

Source : Trajectoires et Origines, INED-INSEE, 2008.

Champ : Immigrés, descendants d'immigrés et enquêtés de la population majoritaire, 18-50 ans.

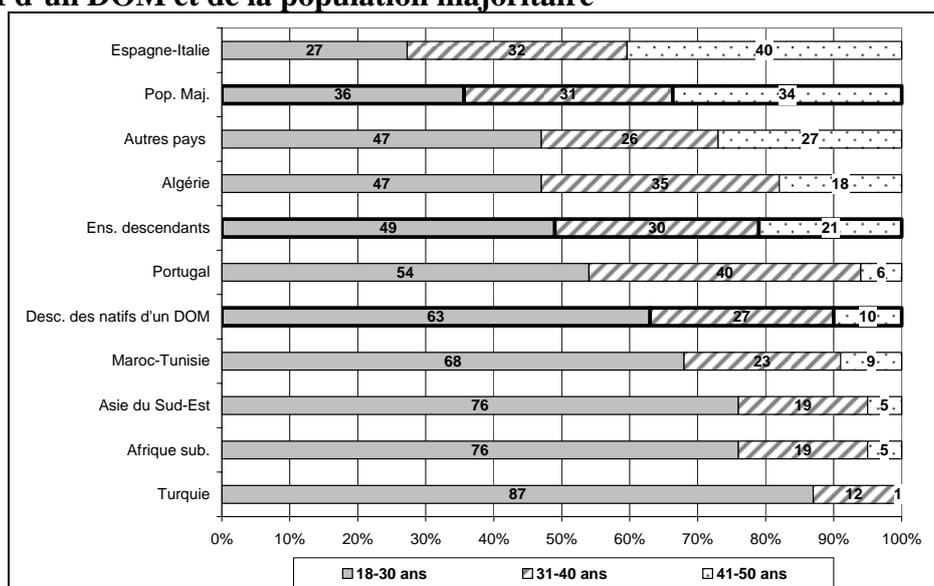
Lecture : Par rapport à une femme appartenant à la population majoritaire, âgée de 31 à 40 ans, ayant au moins le baccalauréat, active occupée et qui ne déclare pas de problème d'argent, une femme descendante d'immigrés à une probabilité 1,2 fois supérieure de se déclarer en mauvaise santé, un résultat significatif au seuil de 10%.

Seuils de significativité : ***=pr <0,01, **=pr <0,05, *=pr <0,1

3.2. État de santé déclaré selon l'origine des descendants

Ces résultats masquent des différences selon l'origine nationale des parents des enquêtés. Mais avant même de pointer ces différences de déclaration par origine, il importe comme nous l'avons fait pour les migrants de s'intéresser aux structures par âge des groupes d'origine qui, comme pour les immigrés, varient considérablement au sein de la tranche d'âge des 18-50 ans (Figure 7). Alors que dans la population majoritaire, les 18-30 ans, les 31-40 ans et les 41-50 ans se répartissent de façon équilibrée (un tiers chacun), les descendants d'immigrés dans leur ensemble et de natifs des DOM présentent une structure par âge plus jeune : un descendant d'immigrés sur deux parmi les 18-50 ans a moins de 30 ans (six descendants de natifs des DOM sur 10) et les descendants d'immigrés turcs se révèlent les plus jeunes : seuls 87% d'entre eux ont moins de 30 ans. Les descendants d'immigrés d'Afrique subsaharienne et d'Asie du Sud-Est sont eux-aussi beaucoup plus jeunes que l'ensemble avec 76% ayant moins de 30 ans. A l'inverse, les descendants d'immigrés espagnols et italiens sont les plus âgés de l'échantillon, avec 40% d'entre eux ayant entre 41 ans et 50 ans. On s'attend dès lors à ce que dans les groupes où les jeunes sont majoritaires, les déclarations d'un état de santé altéré soient plus rares.

Figure 7- Structure par âge des descendants d'immigrés, des descendants d'un natif d'un DOM et de la population majoritaire



Source : Enquête Trajectoires et Origines, INED-INSEE, 2008.

Champ : Femmes et Hommes âgés de 18 à 50 ans.

Lecture : 27% des descendants d'immigrés d'Espagne et d'Italie interrogés dans l'enquête Trajectoires et Origines sont âgés de 18 à 30 ans.

Pourtant, c'est le constat inverse qui s'observe (Tableau 15). Comme déjà indiqué, l'ensemble des descendants d'immigrés âgés de 18 à 50 ans se déclarent un peu plus souvent en mauvaise santé que les enquêtés de la population majoritaire, chez les hommes (12% versus 10%) comme chez les femmes (15% versus 12%). Parmi les hommes, la part des enquêtés qui qualifient leur santé de « moyenne », « mauvaise » ou « très mauvaise » varie de 6% pour les descendants d'immigrés d'Asie du Sud-Est à 16% pour les descendants d'immigrés d'Algérie. La fourchette est comprise entre 6% et 20% chez les descendantes d'immigrés avec le pourcentage le plus faible chez celles dont les parents sont originaires d'Asie du Sud-Est et un pourcentage plus élevé pour celles ayant des parents algériens (17%) comme pour celles ayant des parents espagnols ou italiens (20%). Si les résultats concernant les descendant(e)s

d'immigrés d'Asie du Sud-Est peuvent s'expliquer par une structure par âge plus jeune comme le montre la Figure 7, le raisonnement est erroné pour les descendants d'immigrés d'Algérie dont la structure par âge est plus proche de celle de la population majoritaire. On note aussi que les enquêtés déclarant une santé altérée est relativement importante chez les descendants d'immigrés turcs (12%), alors qu'ils constituent le groupe d'origine le plus jeunes (puisque 80% d'entre eux ont moins de 30 ans).

Tableau 15- Comparaison de l'état de santé déclaré chez les femmes et les hommes descendants d'immigrés et de natifs d'un DOM âgés de 18-50 ans selon l'origine

Pays ou région de naissance des parents	Hommes		Femmes	
	% qui déclarent une santé altérée	Effectifs Non pondérés	% qui déclarent une santé altérée	Effectifs Non pondérés
Population majoritaire	10	1520	12	1663
Natifs d'un DOM	8	307	13	342
Ensemble des descendants d'immigrés	12	3861	15	4321
Autres pays dont UE27	11	617	11	687
Afrique subsaharienne	8	370	11	442
Espagne/Italie	15	825	20	862
Algérie	16	582	17	723
Maroc/Tunisie	8	487	13	635
Turquie	12	213	12	234
Asie du Sud-Est	6	299	6	274
Portugal	11	468	11	464

Source : Trajectoires et Origines, Ined-Insee, 2008.

Champ : Descendants d'immigrés, descendants de natifs d'un DOM et enquêtés de la population majoritaire, 18-50 ans.

Lecture : 10% des hommes de 18-50 ans, appartenant à la population majoritaire, déclarent une santé altérée, c'est-à-dire qu'ils considèrent leur santé comme « mauvaise » ou « très mauvaise ».

Pour contrôler cet effet d'âge, une régression logistique quant au risque de déclarer une santé altérée a été menée séparément pour les hommes et pour les femmes (Tableau 16, modèle 1). Les résultats présentés confirment la plus mauvaise santé déclarée des « filles et fils » d'immigrés algériens comparativement à la population majoritaire à âge identique : les odds ratios s'établissent à 1,8 pour les hommes et 1,7 pour les femmes et sont significatifs au seuil de 1%. Parmi les autres résultats, on note que ce sont surtout chez les femmes que des différences apparaissent. Ainsi, les descendantes d'immigrés venus de Turquie se déclarent deux fois plus souvent en mauvaise santé à âge identique comme on pouvait le pressentir. Par ailleurs, les résultats de la régression logistique mettent en évidence que les descendantes des natifs d'un DOM ont une probabilité significative, 1,5 fois plus élevée que les femmes de la population majoritaire du même âge de se déclarer en mauvaise santé (au seuil de 5%). Les femmes d'origine marocaine et espagnole sont elles aussi concernées avec des odds-ratio de 1,4.

Tableau 16- Facteurs associés à la déclaration d'une santé altérée parmi les descendants d'immigrés et les descendants des natifs d'un DOM

		HOMMES		FEMMES	
		modèle 1	modèle 2	modèle 1	modèle 2
Origine des parents et âge de l'enquêté					
Pays ou département de naissance des parents	Turquie	1,2	0,9	2***	1,3
	Asie du Sud-Est	1,1	1,0	0,6*	0,7
	Portugal	1,3	1,3	1,1	1,2
	Natif d'un DOM	1,1	0,8	1,5**	1,3
	Maroc/Tunisie	1,0	0,7	1,4**	1,1
	Algérie	1,8***	1,1	1,7***	1,1
	Population majoritaire (Réf.)	1	1	1	1
	Afrique sahélienne	1,2	0,7	1,2	0,8
	Afrique guinéenne	0,7	0,5	1,6*	1,1
	Espagne/Italie	1,2	1,3	1,4***	1,5***
Autres pays dont autres pays UE27	1,0	1,1	1,0	1,0	
Groupe d'âge	18-30 ans	0,5***	0,4	0,6***	0,7***
	31-40 ans (Réf.)	1	1	1	1
	41-50 ans	1,6***	1,5	1,6***	1,6***
Scolarisation des parents de l'enquêté					
Niveau de diplôme des parents d'ego	Aucun parent scolarisé (Réf.)			1	1
	Pas de diplôme mais au moins un des parents a été scolarisé			0,9	1,1
	Au moins un des parents a un diplôme de niveau CEP, BEPC, CAP ou BEP			1,1	1,1
	Au moins un des parents a le BAC ou +			1,2	1,1
Situation socio-économique de l'enquêté					
Niveau de diplôme d'ego	Aucun diplôme			2,1***	1,8***
	CEP/BEPC			1,7***	1,3*
	CAP/BEP			1,5***	1,3**
	Baccalauréat ou + (Réf.)			1	1
Statut d'activité	En emploi (Réf.)			1	1
	Chômeurs			1,6***	1,6***
	Inactifs			1,6***	1,3**
Opinion sur le revenu du ménage	Pas de problèmes d'argent (Réf.)			1	1
	C'est juste			1,9***	2***
	C'est difficile			3***	2,6***
Discriminations au cours des 5 dernières années	Déclare des discriminations			1,4***	1,4***
	Pas de discriminations ressenties			1	1
Expérience de précarité sur le territoire métropolitain					
Instabilité dans l'emploi	Moins d'1 an (Réf.)			1	1
	Plus d'1 an			1	1,2
Logement précaire	Non (Réf.)			1	1
	Oui			2,3***	2,5***
Famille et réseau social sur le territoire métropolitain					
Nombre d'enfants	Aucun			2***	1,3**
	1 ou 2 (Réf.)			1	1
	3 ou 4			1,2	1,1
	5 ou +			1,5	0,8
Réseau social (avoir rencontré des amis au cours des 15 derniers jours)	A rencontré des amis (Réf.)			1	1
	N'a pas rencontré d'amis			2,1***	1,6***
Évènements vécus pendant l'enfance					
A vécu une situation difficile pendant l'enfance	Oui			1,2**	1,4***
	Non (Réf.)			1	1
Fratrie d'ego	0, 1, 2 frères/sœurs (Réf.)			1	1
	3 frères/sœurs ou +			1,0	0,9

Source : Trajectoires et Origines, Ined-Insee, 2008.

Champ : 18-50 ans.

Seuils de significativité : ***=pr <0,01, **=pr <0,05, *=pr <0,1

Lecture : Comparé à un homme de la population majoritaire âgé de 31 à 40 ans, un descendant d'immigrés d'Algérie a une probabilité multipliée par 1,8, significative au seuil de 1% de déclarer une santé altérée.

Comment expliquer la sur-déclaration d'une santé altérée par les « filles » et « fils » d'immigrés algériens et des filles d'origine turque après contrôle des résultats à âge identique ? Déclarent-ils également davantage de maladies chroniques ou de limitations fonctionnelles que les autres groupes ? Le croisement des réponses aux trois questions du

mini-module européen de santé ne révèle pas de différences sensibles par origine, ce qui aurait été surprenant, compte tenu du fait que nous travaillons ici auprès de personnes ayant moins de 50 ans. Cela suggère que cette déclaration d'une santé altérée renvoie surtout à une mauvaise « santé mentale » ou un « mal-être » en écho à la définition de la santé de l'OMS.

Ce constat invite à explorer l'impact des conditions de vie. La série de facteurs explicatifs introduite dans le deuxième modèle (modèle 2, Tableau 16) reprend les mêmes variables potentiellement discriminantes décrites dans les modèles pour les immigrés. Une fois contrôlés ces aspects liés aux conditions de vie en France les différences observées disparaissent, sauf pour les filles d'immigrés espagnols ou italiens, les raisons de ce maintien s'avérant difficiles à établir et plaident pour une exploration des comportements alimentaires, mais aussi un approfondissement de l'étude des conditions de vie, notamment des secteurs d'activité.

Pour l'ensemble des enquêtés, on note que les difficultés financières, le chômage comme l'inactivité, l'absence de qualification, l'expérience d'un logement précaire, celle d'un événement difficile pendant l'enfance et de discriminations dans les cinq dernières années ainsi que l'absence d'enfant et l'isolement social favorisent la déclaration d'une santé altérée. En revanche, le niveau de diplôme des parents, obtenu en France ou dans leur pays de naissance ainsi que la taille de la fratrie n'ont pas d'impact. L'hypothèse qui était retenue d'un effet d'une faible qualification des parents en termes de sensibilité aux campagnes de prévention (santé bucco-dentaire, surpoids/obésité, sédentarité...) et de vaccination de leurs enfants par exemple ne peut être maintenue. Ces constats invitent à examiner quelle est la situation sociale des filles et fils d'immigrés algériens et des filles d'immigrés venus de Turquie. Au regard des résultats présentés dans le Tableau 17 ci-dessous, on mesure l'importance des difficultés auxquelles sont confrontés les filles et fils d'immigrés d'Algérie et de Turquie.

Tableau 17- Profil sociodémographique et conditions de vie des descendants d'immigrés originaires d'Algérie et de Turquie comparé à l'ensemble des descendants et à la population majoritaire chez les 18-50 ans

	Descendants d'immigrés algériens	Descendants d'immigrés de Turquie	Ensemble des descendants d'immigrés	Population majoritaire
% aucun diplôme	19	21	13	9
% qui déclarent que « c'est difficile » en évoquant le niveau de vie du ménage	27	29	21	16
% de chômeurs	17	20	11	9
% d'inactifs (hors étudiants)	11	12	7	5
% d'ouvriers	23	31	20	19
% d'enquêtés ayant subi des discriminations au cours des 5 dernières années	39	33	24	10
% travaillant dans l'industrie manufacturière	10	19	13	15
% travaillant dans le secteur de la construction	11	29	11	9
% déclarant avoir vécu de graves problèmes d'argent dans la famille avant les 18 ans	32	35	26	19

Source : Trajectoires et Origines, Ined-Insee, 2008.

Champ : 18-50 ans.

Lecture : 19% des descendants d'immigrés algériens n'ont jamais été scolarisés ou n'ont pas de diplôme parmi les 18-50 ans, ils ne sont que 9% dans la population majoritaire du même âge.

Ces difficultés sont de différente nature : éducative, financière ou d’insertion professionnelle. Ainsi plus de 30% des descendants d’immigrés algériens ou turcs ont connu de graves problèmes d’argent dans leur famille avant leurs 18 ans, contre 9% des individus de la population majoritaire. Environ 20% ont quitté le système éducatif sans aucun diplôme et plus de 30% n’ont pas d’emploi. Ces pourcentages sont sans commune mesure avec ce que l’on constate pour l’ensemble des descendants (respectivement 13% et 11%). Lorsqu’ils sont en emploi, les filles et fils d’immigrés turcs sont davantage ouvriers et ouvrières et sont sur-représentés dans les métiers de la construction (29% contre 9% de la population majoritaire), très délétères pour la santé.

3.3. Le rapport au système de santé des descendants d’immigrés

Chez les descendants d’immigrés, 81% des hommes et 83% des femmes sont couverts par la sécurité sociale couplée à une complémentaire (Tableau 18), contre 93% des hommes et des femmes de la population majoritaire. Les bénéficiaires de la CMU sont trois fois plus nombreux parmi les fils d’immigrés que parmi les hommes de la population majoritaire (6% versus 2%) et deux fois plus nombreux chez les femmes (8% versus 4%). Les descendants d’immigrés de Turquie se distinguent assez fortement par une mauvaise couverture santé : ils sont près de 40% à ne pas bénéficier de la sécurité sociale avec une complémentaire tandis que ce pourcentage descend en dessous de 30% pour les autres origines. Un résultat qui s’explique par une plus grande vulnérabilité vis-à-vis du marché du travail liée, entre autres, à leur manque de qualification évoquée précédemment.

Tableau 18- Couverture sociale médicale selon le sexe et l’origine

	HOMMES					FEMMES				
	Pas de couverture	CMU	Sécurité sociale	CMU	Sécurité sociale	Pas de couverture	CMU	Sécurité sociale	CMU	Sécurité sociale
		Sans complémentaire		Avec complémentaire			Sans complémentaire		Avec complémentaire	
Population majoritaire	1	1	5	1	92	1	2	3	2	91
Descendants d'un natif d'un DOM	1	1	11	0	87	0	2	6	3	90
Ensemble des descendants d'immigrés	1	3	13	3	81	1	4	9	4	83
Pays ou région de naissance des parents des enquêtés										
Algérie	1	6	16	5	73	1	8	10	7	74
Maroc-Tunisie	2	4	20	5	70	0	5	13	4	77
Afrique subsaharienne	1	3	23	4	69	1	6	19	7	68
Asie du Sud-Est	0	3	13	3	82	0	2	10	2	86
Turquie	2	4	25	10	59	1	9	24	5	61
Portugal	1	1	9	2	87	1	1	3	2	93
Espagne-Italie	0	2	6	3	89	0	1	6	2	90
Autres pays dont autres pays UE27	0	2	11	2	85	0	2	6	3	89

Source : Trajectoires et Origines, Ined-Insee, 2008.

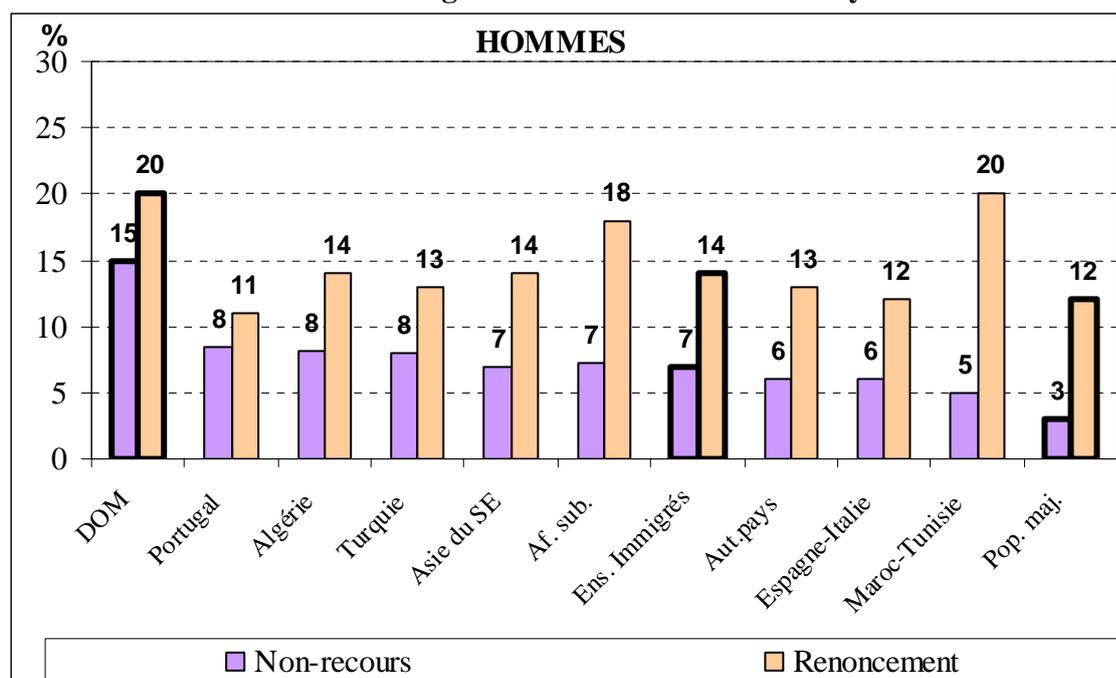
Champ : 18-50 ans.

Lecture : 92% des hommes de la population majoritaire sont couverts par la sécurité sociale et une complémentaire santé.

Parmi les personnes ayant un besoin de soins, soit qu'elles ont déclaré un état de santé altéré, soit des limitations fonctionnelles, le non recours aux soins au cours des douze derniers mois s'avère à nouveau nettement plus fréquent chez les hommes que chez les femmes quelle que soit l'origine, et globalement plus fréquent chez les descendants d'immigrés que dans la population majoritaire, respectivement 11% et 4% chez les fils et filles d'immigrés contre 4% et 2% chez les hommes et les femmes de la population majoritaire (Figure 8). A état de santé perçu équivalent à celui déclaré par les personnes de la population majoritaire, les hommes descendants de natifs d'un DOM sont 5 fois plus nombreux en proportion à ne pas recourir aux soins (15% contre 5%), tandis que chez les femmes, ce sont surtout celles dont les parents sont originaires d'Afrique subsaharienne qui recourent peu (6% contre 2%). Chez les hommes comme chez les femmes, les filles et fils d'immigrés turcs en besoins de soin ont un taux de non recours relativement élevé.

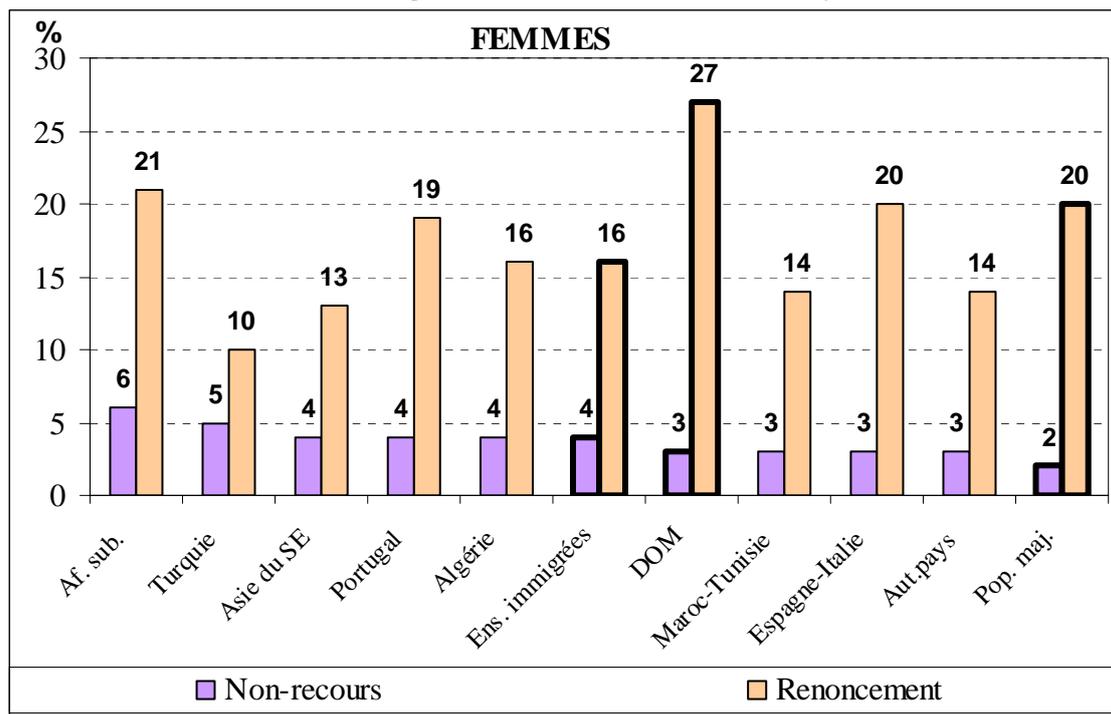
Le renoncement aux soins est comme attendu plus fréquent chez les femmes, celles-ci ayant des attentes en termes de soins plus élevés que les hommes. Chez ces femmes ayant un besoin de soins, le non recours et le renoncement sont les plus prononcés pour celles dont les parents sont originaires de Turquie et du Maghreb. Le renoncement est deux à trois fois plus fréquent que pour les femmes de la population majoritaire et le renoncement concerne plus d'un tiers d'entre elles, contre un quart des femmes de la population majoritaire. Or, comme on l'a vu, elles sont proportionnellement plus nombreuses à déclarer une santé altérée. Cette moindre fréquence des consultations médicale est sans doute à mettre en lien avec le fait qu'elles ont aussi une moins bonne couverture santé. Les mêmes constats s'appliquent aux fils d'immigrés algériens. On note pour les hommes en besoin de soins dont les parents sont originaires d'Afrique subsaharienne un taux de renoncement aux soins incroyablement élevé (44%) mais un taux d'absence de recours équivalente à celui des hommes de la population majoritaire. Malheureusement, en raison d'effectifs trop faibles, il n'est pas possible d'explorer les motifs du renoncement aux soins, à l'instar de ce qui a été fait pour les immigrés.

Figure 8- Non-recours et renoncement aux soins au cours des douze derniers mois parmi les hommes descendants d'immigrés ou de natifs d'un DOM ayant un besoin de soins



Source : Trajectoires et Origines, Ined-Insee, 2008.
 Champ : 18-50 ans ayant un besoin de soins.

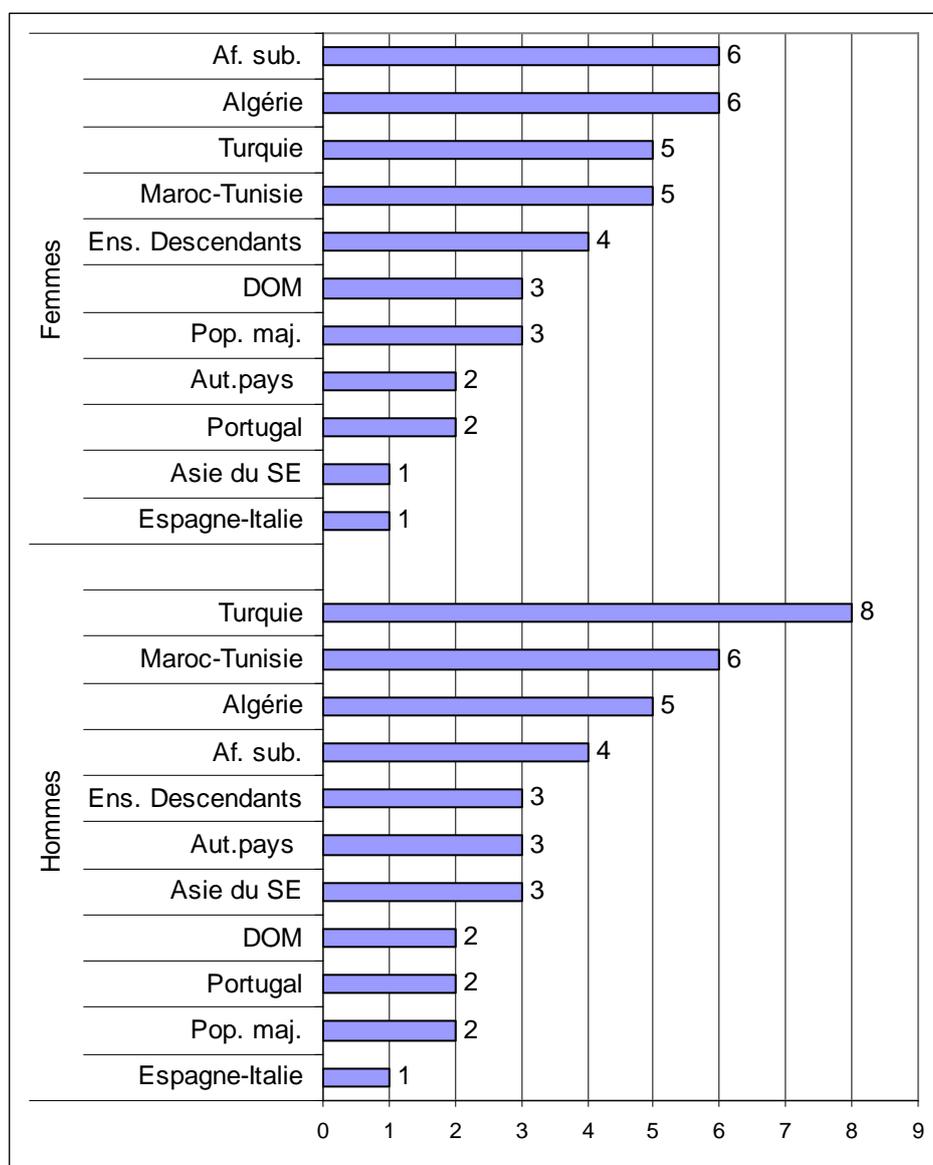
Figure9 -Non-recours et renoncement aux soins au cours des douze derniers mois parmi les femmes descendantes d'immigrés ou de natifs d'un DOM ayant un besoin de soins



Source : Trajectoires et Origines, Ined-Insee, 2008.
 Champ : 18-50 ans ayant un besoin de soins.

Le sentiment d'avoir été moins bien traité ou plus mal reçu que les autres patients dans le cadre de consultations médicales soit par le personnel médical, soit par le personnel administratif est présenté dans la Figure10. Les résultats sont calculés pour l'ensemble des enquêtés, et non plus seulement pour ceux ayant un besoin de soins. Parmi les femmes, celles dont les parents sont originaires d'Afrique subsaharienne ou du Maghreb sont les plus nombreuses à déclarer s'être senties moins bien traitées, deux fois plus souvent que les femmes de la population majoritaire. Les femmes ayant des parents originaires d'Europe du Sud et d'Asie du Sud-Est se révèlent à l'inverse moins nombreuses que celles de la population majoritaire à se sentir moins bien traitées. Malheureusement, les effectifs trop faibles nous empêchent d'aller plus loin dans l'analyse et d'explorer quels sont les motifs perçus de ces comportements. Pour les hommes, à l'exception des descendants d'immigrés espagnols et italiens, le sentiment d'avoir été moins bien traité est plus fréquent que parmi les hommes de la population majoritaire (2%). Ce sont les fils de natifs de Turquie les plus concernés par le phénomène (8%) suivi des descendants d'immigrés du Maghreb (6%). Il apparaît que l'origine ne détermine pas de la même façon les traitements différenciés ressentis par les femmes et pour les hommes.

Figure10 : Sentiment d’avoir été moins bien traité ou reçu que les autres patients lors de contacts avec les personnels de soins



Source : Trajectoires et Origines, Ined-Insee, 2008.
Champ : 18-50 ans.

Conclusion

A l'issue de ce chapitre, un constat ressort comme une évidence : tout comme il n'apparaît plus pertinent aujourd'hui d'analyser l'état de santé des individus sans distinguer les hommes et les femmes ou sans prendre en considération le milieu social, les résultats produits à partir des données de l'enquête *Trajectoires et Origines* montrent qu'il n'est plus possible d'étudier la santé des migrants sans tenir compte de leur diversité tant par leurs origines géographiques que leur ancienneté dans le pays d'accueil ainsi que par les conditions de vie qu'ils y ont trouvées. Les résultats corroborent des constats établis antérieurement, infirment ou confirment des hypothèses restées jusque-là en suspens et apportent un éclairage nouveau, notamment sur les discriminations déclarées dans le domaine de la santé et les motifs liés à ces traitements défavorables.

L'effet de sélection par la bonne santé des candidats à la migration dans les pays d'origine se trouve confirmé pour l'ensemble des migrants et en particulier pour ceux originaires d'Afrique subsaharienne discréditant l'idée répandue dans les imaginaires sociaux selon laquelle les immigrés viendraient sur le territoire français pour profiter de son système de soins. S'il est établi que certaines maladies, notamment des maladies infectieuses comme la tuberculose ou le sida sont plus fréquentes chez les migrants de certains pays, précisément parce qu'elles sont plus répandues dans les pays d'origine qu'en France, cela ne suffit pas à contrebalancer le fait que les migrants restent dans leur ensemble en meilleure santé à leur arrivée en France que les Français du même âge. Certes, le volet santé n'interroge pas les enquêtés sur les maladies infectieuses comme le VIH-sida ou la tuberculose qui sont précisément des maladies qui auraient pu être contractées avant la migration en raison de leur forte prévalence dans les pays d'origine, mais on peut penser que ces pathologies auraient été déclarées comme maladies chroniques à la deuxième question du mini-module européen de santé, du moins pour les immigrés qui se savent contaminés ou concernés. Or, la part des migrants qui déclarent au moins une maladie chronique est plus faible que pour la population sans ascendance migratoire. De la même façon, si certains migrants ont subi avant la migration des traumatismes liés à des contextes de guerre ou de persécutions politiques, pouvant dégrader fortement la santé tant mentale que physique, il semble que ceux qui ont vécu de tels événements sont proportionnellement trop peu nombreux pour contrebalancer à l'échelle de l'ensemble des migrants le constat d'une meilleure santé à l'arrivée. Cela dit, il faut garder à l'esprit qu'une minorité de migrants arrivent néanmoins avec des besoins de soins particuliers, alors que la très grande majorité sont à l'inverse particulièrement bien portants et que leur capital santé devrait constituer un facteur positif d'intégration sociale.

Notons toutefois qu'au delà de ce constat global, les liens entre état de santé et migration se conjuguent différemment pour les femmes et pour les hommes. La meilleure santé à l'arrivée se vérifie surtout pour la population masculine arrivée dans les cinq dernières années précédant l'enquête. Pour les femmes, on ne retrouve pas cet effet sélectif des personnes en bonne santé par la migration chez les personnes arrivées adultes précisément parce que les femmes sont plus rarement initiatrices de leur migration. Mais on constate en revanche un effet protecteur de l'arrivée à un jeune âge (avant 10 ans) plutôt qu'adulte.

Autre résultat que corroborent les données de l'enquête : l'effet délétère des conditions de vie en France sur la santé des migrants. La situation socio-économique actuelle, ainsi que les expériences de précarité vécues au cours de la vie dans l'emploi et le logement expliquent en grande partie la sur-déclaration d'une mauvaise santé. La mauvaise santé découle de la concentration importante des personnes migrantes dans les franges les plus défavorisées de la société. A ce titre, les chapitres sur l'emploi montrent clairement qu'il existe un sur-chômage des migrants à qualification identique, un sur-chômage qui résulte en partie de discriminations

et se révèle avoir un impact conséquent sur la santé à long terme. Autrement dit, les discriminations ont des conséquences sociales qui dépassent le préjudice immédiat causé par le fait d'avoir été moins traité en raison de son origine.

Outre les conditions de travail et de vie plus difficiles, on peut aussi imaginer que s'opère un rapprochement des comportements alimentaires entre les immigrés et la population majoritaire. Ils perdraient au fil du temps l'effet protecteur d'une alimentation plus équilibrée du pays d'origine et conservée les premiers temps en France métropolitaine ainsi que l'effet protecteur de plus faibles comportements à risque (alcool, tabac). La complexité de l'imbrication de ces phénomènes dans le contexte post-migratoire invite à approfondir leur analyse en réalisant des études longitudinales sur la santé des nouveaux migrants permettant à la fois de la comparer à celle de non-migrants du même âge et de saisir l'évolution de l'état de santé dans le temps, tel que cela est réalisé dans les enquêtes canadiennes par exemple. Ce type d'enquête permettrait d'identifier les traumatismes subis avant la migration, les modes d'alimentation et leur transformation, mais aussi le temps écoulé entre le départ du pays d'origine, l'arrivée en France et l'obtention du premier titre de séjour stable, en même temps que l'évolution de la santé mentale et physique.

Un autre constat consolidé par les données de l'enquête *Trajectoires et Origines* concerne le moindre recours aux soins des immigrés, notamment des immigrés ayant besoin de soins, en particulier chez les hommes. Cela s'explique en partie par une plus faible couverture médicale, précisément l'absence de mutuelle. Pour autant, le renoncement aux soins se conjuguent davantage au féminin, signifiant par là-même qu'il n'a pas la même signification pour les hommes et pour les femmes. Les hommes recourent peu, les femmes consultent mais souhaiteraient le faire davantage. Ce moindre recours aux soins va encore à l'encontre des idées reçues selon laquelle les immigrés, particulièrement les sans-papiers encombreraient le système de soins et en abuseraient. C'est plutôt l'inverse que nous constatons, ce qui alerte sur la nécessité de mise en place de campagnes de prévention envers la population migrante d'une part et le personnel soignant d'autre part, afin de prévenir des recours aux soins tardifs intervenant à des stades trop avancés des problèmes de santé.

L'une des perspectives nouvelles de l'enquête était de mesurer les traitements discriminatoires dans la sphère de santé. Si les données ont permis de mettre en évidence les traitements défavorables dont sont victimes les migrants lors de la consultation de soins, la conception même du questionnaire a rapidement montré les limites de ce volet en raison de filtres sur ces questions posées uniquement aux bénéficiaires de la couverture médicale universelle (et aux enquêtés peu nombreux qui ont l'aide médicale d'état), soit un trop faible nombre d'enquêtés pour approfondir l'analyse. Une amélioration de l'enregistrement des discriminations subies dans les situations de soins ne pourrait être que bénéfique pour comprendre la plus grande distance au système de santé français reconnu pourtant pour son efficacité. Elle nécessite un développement et une meilleure articulation des travaux qualitatifs et quantitatifs sur la question.

L'enquête *Trajectoires et Origines* permet d'affiner l'étude de ces processus selon l'origine des migrants en allant au-delà des grandes zones géographiques qui masquent d'importantes disparités en termes d'ancienneté de la migration comme en termes d'insertion sociale. Les immigrés originaires de Turquie et du Portugal s'avèrent particulièrement concernés tant par la mauvaise santé que par le faible recours aux soins, à milieu social équivalents. Bien que plus coutumiers du système de santé français que ne peuvent l'être les immigrés, les hommes natifs d'un DOM s'avèrent relativement distants du système de soins, en ce sens qu'ils y recourent peu. Les femmes comme les hommes venus d'un DOM renoncent conséquemment aux soins. L'hypothèse d'une méconnaissance du système ne peut véritablement s'appliquer

pour eux nés français en France. Il faut peut-être davantage chercher du côté du sentiment d'avoir été moins bien traité de la part du personnel médical, un sentiment particulièrement exacerbé chez les natifs d'un DOM, davantage encore que parmi la population immigrée. Les originaires d'Afrique subsaharienne se sont révélés contre toute attente en meilleure santé que les autres, mais ils cumulent déjà tous les facteurs d'une probable dégradation de l'état de santé au regard de leurs conditions de vie sur le territoire métropolitain.

Enfin, les résultats mis en lumière à propos du moins bon état de santé des descendants d'immigrés comparé à la population majoritaire et aux immigrés du même âge sont cohérents avec ceux d'autres études (Berchet *et al.*, 2010). Les résultats convergent notamment sur le fait que les disparités sont davantage prononcées chez les femmes que chez les hommes et que les différences observées sont d'abord et avant tout à relier aux conditions de vie.

L'ensemble de ces constats mettent en lumière les éclairages nécessaires pour mieux appréhender la santé des migrants et les enjeux qu'elle pose. Parmi ces éclairages, un questionnaire plus adapté comprenant un relevé des maladies infectieuses parallèlement à l'enregistrement de l'existence d'au moins une maladie chronique ainsi que des indicateurs de traumatismes et de violences subies aurait permis de mieux appréhender les différences de santé perçue restées non expliquées. Directement lié à ce constat, il apparaît clairement qu'une autre dimension de la santé est quasi inexistante dans le questionnaire : la santé mentale. Or, le cumul des expériences douloureuses vécues pendant l'enfance ainsi que le déracinement familial et culturel ne peuvent être sans répercussion sur la santé mentale et par conséquent sur la santé perçue des immigrés. Par ailleurs, mieux capter les comportements alimentaires adoptés sur le territoire métropolitain (consommation de fruits et légumes, grignotage) et les pratiques addictives (consommation à risque d'alcool et de tabac) est un objectif majeur à fixer pour les prochaines enquêtes sur la santé des migrants, notamment au regard de plusieurs travaux qui ont montré l'influence manifeste de ces déterminants sur l'état de santé perçue. Autre déterminant qui gagnerait à être exploré : la santé périnatale et les disparités de suivi en matière de grossesse. Des études réalisées à partir des enquêtes nationales périnatales 2003 et 2010 mettent en évidence des caractéristiques spécifiques chez les femmes étrangères : une grossesse mise au jour plus tardivement et moins de visites prénatales que les femmes nées françaises en France. Mais le trop faible échantillon de femmes étrangères dans ces enquêtes et l'absence de distinction possible pour isoler les immigrées empêchent toutes analyses approfondies.

Références bibliographiques

Abraido-Lanza, AF, Dohrenwend BP, N-Mak, D.S., Tuner, J.B., 1999, "The Latino mortality paradox : a test of the 'salmon-bias' and healthy migrant hypothesis", in *American Journal of Public Health*, 89(10):1543-8.

Attias-Donfut C., Wolff F-C., 2005, « Le lieu d'enterrement des personnes nées hors de France », *Population*, n° 5, Vol. 60, pp. 813-836.

URL : www.cairn.info/revue-population-2005-5-page-813.htm.

Attias-Donfut C., et Tessier P., 2005, « Santé et vieillissement des immigrants », *Retraite et société*, 46 :90-129.

Berchet C. et Jusot Fl., 2012, « Etat de santé et recours aux soins des immigrants en France : une revue de littérature », in *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n°2-3-4, 17 janvier, pp. 17-21.

Berchet C. et Jusot Fl., 2010, « L'état de santé des migrants de première et seconde génération en France. Une analyse selon le genre et l'origine », *Revue Economique*, n°6, vol 61, pp. 1075-1098.

Boisguérin, B., 2004, *Enquête auprès des bénéficiaires de la CMU (mars 2003). Principaux résultats*, Document de travail, n° 63, p97.

Boisguérin, B. et Haury, B., 2008, « Les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins. », *Etudes et résultats*, n°645, pp 1-8.

Bond, J., 2006, "Self-Rated Health Status as a Predictor of Death, Functional and Cognitive Impairment: A longitudinal Cohort Study", *European Journal of Ageing*, 3:193-206.

Cambois E., et Jusot, Fl., 2006, « Vulnérabilité sociale et santé », in C. Allonier, P. Dourgnon, T. Rochereau, *Santé, soins et protection sociale en France*, IRDES, 1621.

Carde E., 2006, « 'On ne laisse mourir personne' : Les discriminations dans l'accès aux soins », *Travailler*, vol. 2, n°16, pp. 57-80.

Chandola T., Jenkinson C., 2000, "Validating self-rated health in different ethnic groups", *Ethnicity and Health*, n°5 (2), pp.151-159.

Chen J., Ng E. et Wilkins, R., 1996, « La santé des immigrants au Canada en 1994-1995 », *Rapport sur la santé*, vol. 7, n°4, pp. 37-50.

Darmon, N. et Khlal, M., 2001, "An overview of the health status of migrants in France, in relation to their dietary practices", *Public Health Nutr.*, 4, 2: 163-72.

Després, C., Dourgnon, P., Fantin R., Jusot, Fl., 2011, « Le renoncement aux soins pour des raisons financières : une approche économétrique », *Questions d'économie de la santé*, n°170, nov. 2011.

Devaux, M., Jusot, Fl., Sermet, C., Tubeuf, S., 2008, « Hétérogénéité sociale de la déclaration de l'état de santé et mesure des inégalités de santé », in *Revue française des affaires sociales, Etat de santé. Quelques illustrations des apports, limites et perspectives de l'enquête décennale Santé*, vol.62, n°1, pp. 29-47.

Dourgnon, P., Jusot, Fl., Sermet, C., Silva, J., 2008, « La santé perçue des immigrés en France. Une exploitation de l'enquête décennale santé 2002-2003 », *Questions d'économie de la santé*, n° 133, juillet 2008, pp. 1-8.

Dourgnon, P., Jusot Fl. Sermet C. et Sila, J., 2009, « Le recours aux soins de ville des immigrés en France », *Questions d'économie de la santé*, n° 146, septembre 2009, pp. 1-6.

Estellat C., 2004, *Revue des méthodes d'évaluation des besoins de santé*, Rapport réalisé pour la DGOS (Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins), Ministère de la santé et de la protection sociale, pp.1-25.

Fassin, D., 1998, « Peut-on étudier la santé des étrangers et des immigrés ? », *Plein droit*, revue du GISTI (Groupe d'information et de soutien aux travailleurs immigrés), n°38, pp.1-7,

Fassin, D., 2000, « Repenser les enjeux de santé autour de l'immigration », *Hommes et migration*, n°1225, mai-juin, pp. 5-12.

Fassin, D., Carde, E., Ferré, N., et Musso-Dimitrijevic S., 2001, *Un traitement inégal : les discriminations dans l'accès aux soins*, Paris, Centre de recherche sur les enjeux contemporains en santé publique (CRESP), Rapport d'étude.

Fennely, K., 2007, "The healthy migrant effect" in *Minn. Med.*, 90(3):51-3.

Grillo, F., Soler M., Chauvin, P., 2012, « L'absence de dépistage du cancer du col de l'utérus en fonction des caractéristiques migratoires chez les femmes de l'agglomération parisienne en 2010 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n°2-3-4, 17 janvier, pp. 45-47.

Hyman I. et Jackson B., 2010, L'effet immigrant en santé : un phénomène temporaire ?, *Bulletin de recherche sur les politiques de santé*, n° 17, pp. 17-21.

Idler E., Benyamini Y., (1997), "Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies", *Journal of Health and Social Behaviour*, n°38 (1), pp. 21-37.

Institut national de veille sanitaire (INVS), 2011, « Fiche 38 : Incidence de la tuberculose », in DREES, *L'Etat de santé de la population en France, Rapport 2011*, Paris : Drees, collection études et statistiques, pp. 222-223.

Jackson, J., S., Brown, D. R., William, D. R., Torres, S. L., Sellers, Brown, 1996, K., "Racism and the Physical and the Mental Health Status Of African Americans: Thirteen Year National Panel Study". *Ethnicity and Disease*, 6:132-147.

Johnston D. and Lordan G., 2011, "Discrimination makes me sick! Establishing a relationship between discrimination and health", Working Paper, pp.1-33.

URL: <http://www.uq.edu.au/economics/abstract/421.pdf>

Jenkinson C., Chandola T., Coutler A., Bruster S., (2001), « An assessment of the construct validity of the SF-12 summary scores across ethnic groups », *Journal of Public Health medicine*, n°23 (3), pp.187-194.

Jusot, Fl., Silva, J., Dourgnon, P., Sermet, C., 2008, « État de santé des populations immigrées en France », Document de travail, n° 14, pp.1-22.

URL : <http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT14EtatSantePopuImmigrFrance.pdf>

Jusot Fl., Silva J., Dourgnon, P. et Sermet, C., 2009, « Inégalités de santé liées à l'immigration en France. Effets de conditions de vie ou sélection à la migration ? », 2009, *Revue économique*, n°2, vol. 60, pp. 385-411.

Karlsen S., Nazroo J.Y., 2002, "Relation between racial discrimination, social class, and health among ethnic minority groups", *American Journal of Public Health*, 92:624-631.

Khlat, M. et Courbage, Y., 1995, « Mortalité des immigrés marocains en France, de 1979 à 1991. I. Mortalité générale. Une confirmation de la sous-mortalité masculine malgré les problèmes de mesure », *Population*, 2, 447-472.

Khlat, M. et Courbage, Y., 1995, « Mortalité des immigrés marocains en France, de 1979 à 1991. II. Les causes de décès », *Population*, 2, 447-472.

Khlat M., Sermet, C., et Laurier, D., 1998, La morbidité dans les ménages originaires du Maghreb sur la base de l'enquête santé de l'Insee, 1991-1992 », *Population*, 6, 1998, 1155-1184.

Leclerc, A., Fassin, D., Grandjean, H. Kaminski M. et Lang, T., 2000, *Les inégalités sociales de santé*, Paris, La Découverte, INSERM.

Lert Fr., Melchior M. et Ville I., 2007, « Functional limitations and overweight among migrants in the Histoire de Vie Study (Insee 2003) », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 55(6) :391-400.

Mizrahi, A., Mizrahi A. et Wait, S., 1993, *Accès aux soins et état de santé des populations immigrées*, Paris, Rapport du CREDES, 968.

Mizrahi, An. et Mizrahi, Ar., 2000, « Les étrangers dans les centres de consultation gratuits », *Hommes et migrations*, n°1225, mai-juin, pp.94-100.

URL : http://www.hommes-et-migrations.fr/docannexe/file/1225/1225_11.pdf

Molines C., Sapin C., Simeoni M.C., Gentile S., Auquier P., (2000), "Santé perçue et migration : une nouvelle approche pour l'intégration sanitaire », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, n°48 (2), pp.145-155.

Muenning P. et Murphy M., 2011, "Does Racism Affect Health ? Evidence from the United States and from the United Kingdom", *Journal of Health Politics, Policy and Law*, February, 36(1):187-214.

Or Z. *et al.*, « Inégalités de recours aux soins en Europe. Quel rôle attribuable aux systèmes de santé ? » *Revue économique*, 2009, vol 60, n°2, pp.521-543.

Pineault R., Daveluy C., 1995, *La planification de la santé : concepts, méthodes, stratégies*. Montréal, Québec, Editions Nouvelles.

Stevens, A., Raftery J., Mant, J. (eds.), 2007, "An introduction in Health care needs assessment. The epidemiological approach to health care needs assessment" in A. Stevens, J.

Raftery, J. Mant, *Health Care Needs Assessment. The epidemiologically based needs assessment review*. First Series, Second edition, Volume 1., Radcliffe Publishing, pp.1-16.

Tribalat M., Simon, P. et Riandey, B., 1996, *De l'immigration à l'assimilation. Enquête sur les populations d'origine étrangère en France*, Paris, La Découverte, Ined.

Veïssé, AR., Wolmark L., Revault, P., 2012, « Santé mentale des migrants/étrangers : mieux caractériser pour mieux soigner », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n°2-3-4, 17 janvier, pp.36-40.

Wanner, P., Khlal, M., Bouchardy, C., 1995, « Habitudes de vie et comportements en matière de santé des immigrés de l'Europe du Sud et du Maghreb en France », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 43 : 548-559.

Wilkins, Ng., Gendron, R., et Berthelot, J. M., 2005, « L'évolution de l'état de santé des immigrants au Canada : constats tirés de l'enquête nationale sur la santé de la population », *Statistique Canada*, n°82-618.

Zhao, J., Xue, L., & Gilkinson, T., 2010a, « État de santé et capital social des nouveaux immigrants : données probantes issues de l'Enquête longitudinale auprès des immigrants du Canada (ELIC) ». In T. McDonald, E. Ruddick, A. Sweetman & C. Worswick (Eds.), *Canadian Immigration: Economic Evidence for a Dynamic Policy Environment*. Montréal et Kingston: McGill-Queen's University Pres.

Zhao, J., Xue, L., & Gilkinson, T., 2010b, *État de santé et capital social des nouveaux immigrants. Données probantes issues de l'Enquête longitudinale auprès des immigrants du Canada*. Ottawa: Citoyenneté Immigration Canada.

PUBLICATIONS

- N° 190. – Christelle HAMEL et Muriel MOISY, *Immigrés et descendants d'immigrés face à la santé*, Série Trajectoires et Origines (TeO) : enquête sur la diversité des populations en France, janvier 2013, 50 p.
- N° 189. – Christelle HAMEL, Bertrand LHOMMEAU, Ariane PAILHÉ, Emmanuelle SANTELLI, *Rencontrer son conjoint dans un espace multiculturel et international*, Série Trajectoires et Origines (TeO) : enquête sur la diversité des populations en France, janvier 2013, 32 p.
- N° 188. – Cora Leonie MEZGER KVEDER, *Temporary Migration: A Review of the literature*, janvier 2013, 44 p.
- N° 187. – Arnaud RÉGNIER-LOILIER, Présentation, questionnaire et documentation de la troisième vague de l'Étude des relations familiales et intergénérationnelles (Erfi-GGS 2011), décembre 2012, 328 p.
- N° 186. – Zahia OUADAH-BEDIDI et Jacques VALLIN, Fécondité et politique de limitation des naissances en Algérie : une histoire paradoxale, octobre 2012, 20 p.
- N° 185. – Zahia OUADAH-BEDIDI, Fécondité et nuptialité différentielles en Algérie : l'apport du recensement de 1998, octobre 2012, 42 p.
- N° 184. – Maud LESNÉ et Patrick SIMON, *La mesure des discriminations dans l'enquête « Trajectoires et Origines »*, septembre 2012, 32 p.
- N° 183. – Yael BRINBAUM, Mirna SAFI, Patrick SIMON, *Les discriminations en France: entre perception et expérience*, septembre 2012, 34 p.
- N° 182. – Dominique MEURS, Bertrand LHOMMEAU et Mahrez OKBA, *Emplois, salaires et mobilité intergénérationnelle*, 2012, 48 p.
- N° 181. – Christelle Hamel et Ariane PAILHÉ, *Former une famille en contexte migratoire*, septembre 2012, 35 p.
- N° 180. – Marie-Thérèse LETABLIER et Anne SALLES, *Labour market uncertainties for the young workforce in France and Germany: implications for family formation and fertility*, juillet 2012, 79 p.
- N° 179. – Aline F. DÉSESQUELLES, *Self-Rated Health of French Prison Inmates: Does Time Spent Behind Bars Matter?*, mai 2012, 14 p.
- N° 178. – Aline F. DÉSESQUELLES, *Self-Rated Health of French Prison Inmates: Measurement and Comparison with Other Health Indicators*, mai 2012, 20 p.
- N° 177. – Béatrice VALDES, Khalid ELJIM, Christophe BERGOUIGNAN, Patrick FESTY, Jean-Paul SARDON (coord.), *Évaluer et valoriser la base européenne de micro-données de recensement. Les résultats du projet ANR CENSUS*, janvier 2012, 355 p.
- N° 176. – Patrick SIMON et Vincent TIBERJ, *Les registres de l'identité. Les immigrés et leurs descendants face à l'identité nationale*, janvier 2012, 30 p.
- N° 175. – Vincent TIBERJ et Patrick SIMON, *La fabrique du citoyen: origines et rapport au politique en France*, janvier 2012, 32 p.
- N° 174. – Ángela LUCI et Olivier THÉVENON, *The impact of family policy packages on fertility trends in developed countries*, janvier 2012, 40 p.
- N° 173. – Arnaud RÉGNIER-LOILIER, Leila SABONI, Béatrice VALDES, *Presentation and Modifications to the Generations and Gender Survey Questionnaire in France (Wave 2). L'Étude des relations familiales et intergénérationnelles (Erfi.)*, novembre 2011, 146 p.
- N° 172. – Cris BEAUCHEMIN, Hugues LAGRANGE, Mirna SAFI, *Transnationalism and immigrant assimilation in France: between here and there?*, Imiscoe Annual Conference, Workshop 6: Integration and transnationalism: how are the two connected? Warsaw, Poland – 7-9 September 2011, 2011, 26 p.
- N° 171. – Jean-Louis PAN KÉ SHON, Claire SCODELLARO, *Discrimination au logement et ségrégation ethnico-raciale en France*, 2011, 30 p.
- N° 170. – Audrey SIEURIN, Emmanuelle Cambois, Jean-Marie Robine, *Les espérances de vie sans incapacité en France: Une tendance récente moins favorable que dans le passé*, 2011, 30 p.
- N° 169. – Ariane PAIHLÉ et Anne SOLAZ, *Does job insecurity cause missing births in a high fertility European country. Evidence for France*, 2011, 32 p.

- N° 168. – Équipe TeO, coordonné par Patrick SIMON, Cris BEAUCHEMIN et Christelle HAMEL, *Trajectoire et Origines. Enquête sur la diversité des populations en France. Premiers résultats*, 2010, 152 p.
- N° 167. – Angela LUCI, Olivier THEVENON, *Does economic development drive the fertility rebound in OECD countries?*, 2010, 45 p.
- N° 166. – Cris BEAUCHEMIN, Lama KABBANJI, Bruno SCHOU MAKER, *Sept communications présentées lors de la table ronde sur les migrations entre l'Afrique et l'Europe*, Dakar, Sénégal, 21 novembre 2009, 244 p.
- N° 165. – Arnaud RÉGNIER-LOILIER, Présentation, questionnaire et documentation de la seconde vague de l'étude des relations familiales et intergénérationnelles (Erfi-GGS2), 211 p.
- N° 164. – Carole BONNET, Anne SOLAZ, Elisabeth ALGAVA, *La séparation conjugale affecte-t-elle l'activité professionnelle? Une estimation basée sur les méthodes d'appariement*, 2009, 36 p.
- N° 163. – Olivia EKERT-JAFFÉ, *Le coût du temps consacré aux enfants: contraintes de temps et activité féminine/The Real Time Cost of Children in France is Equally Shared by Mothers and Fathers*, 2009, 48 p.
- N° 162. – Laurent GOBILLON et François-Charles WOLFF, *Housing and location choices of retiring households: Evidence from France*, 2009, 28 p.
- N° 161. – Matthieu SOLIGNAC, *Les politiques de conciliation vie professionnelle/vie familiale menées par les employeurs: élaboration d'une typologie des établissements de l'Enquête Familles-Employeurs*, 2009, 143 p.
- N° 160. – Géraldine DUTHÉ, Raphaël LAURENT, Gilles PISON, *Vivre et mourir après 60 ans en milieu rural africain. Isolement, recours aux soins et mortalité des personnes âgées à Mlomp*, 2009, 26 p.
- N° 159. – Nathalie DONZEAU et Jean-Louis PAN KÉ SON, *La mobilité résidentielle depuis la fin des Trente Glorieuses*, 2009, 34 p.
- N° 158. – Olivier THÉVENON, *The costs of raising children and the effectiveness of policies to support parenthood in European countries: a Literature Review* 2009, 612 p.
- N° 157. – Jean-Louis PAN KÉ SON, *L'émergence du sentiment d'insécurité en quartiers défavorisés. Dépassement du seuil de tolérance... aux étrangers ou à la misère?* 2009, 20 p.
- N° 156. – Maryse Marpsat, *The Ined Research on Homelessness, 1993-2008*, 2008, 218 p.
- N° 155. – Éva BEAUJOUAN, Anne SOLAZ, *Childbearing after separation: Do second unions make up for earlier missing births? Evidence from France*, 2008, 24 p.
- N° 154. – Carole BONNET, Laurent GOBILLON, Anne LAFERRÈRE, *The effect of widowhood on housing and location choices*, 2008, 40 p.
- N° 153. – Louise MARIE DIOP-MAES, *La population ancienne de l'Afrique subsaharienne. Les éléments d'évaluation*, 2008, 20 p.
- N° 152. – Traduction en Russe du N° 121.
- N° 151. – P. FESTY, J. ACCARDO, D. DEMAILLY, L. PROKOFIEVA, I. KORTCHAGINA, A. SZUKIELOJC-BIENKUNSKA, L. NIVOROZHKINA, L. OVTCHAROVA, M. SEBTI, A. PATERNO, S. STROZZA, I. ELISEEVA, A. SHEVYAKOV, *Mesures, formes et facteurs de la pauvreté. Approches comparative*, 2008, 196 p.
- N° 150. – Géraldine DUTHÉ, Serge H. D. FAYE, Emmanuelle GUYAVARCH, Pascal ARDUIN, Malick A. KANTE, Aldiouma DIALLO, Raphaël LAURENT, Adama MARRA, Gilles PISON, *La détermination des causes de décès par autopsie verbale: étude de la mortalité palustre en zone rurale sénégalaise*, 2008, 42 p.
- N° 149. – Maryse MARPSAT, *Services for the Homeless in France. Description, official statistics, client recording of information. A report for the European Commission*, 2007, 84 p.
- N° 148. – Olivier THÉVENON, *L'activité féminine après l'arrivée d'enfants: disparités et évolutions en Europe à partir des enquêtes sur les Forces de travail, 1992-2005*, 2007, 56 p.
- N° 147. – Magali BARBIERI, *Population en transition. Dix communications présentées au XXV^e Congrès général de la population, Tours, France, 18-23 juillet 2005*, 2007, 201 p.
- N° 146. – François CHAPIREAU, *La mortalité des malades mentaux hospitalisés en France pendant la deuxième guerre mondiale*, 2007, 36 p.
- N° 145. – Maryse MARPSAT, *Explorer les frontières. Recherches sur des catégories « en marge »*, Mémoire présenté en vue de l'habilitation à diriger des recherches en sociologie, 2007, 274 p.
- N° 144. – Arnaud RÉGNIER-LOILIER et Pascal SEBILLE, *Modifications to the Generations and Gender Surveys questionnaire in France (wave 1)*, 192 p.

- N° 143. – Ariane PAILHÉ et Anne SOLAZ, *L'enquête Familles et employeurs. Protocole d'une double enquête et bilan de collecte*, 180 p.
- N° 142. – Annie BACHELOT et Jacques de MOUZON, *Données de l'enquête « Caractéristiques des couples demandant une fécondation in vitro en France »*, 2007, 44 p.
- N° 141. – Olivia EKERT-JAFFÉ, Shoshana GROSSBARD et Rémi MOUGIN, *Economic Analysis of the Childbearing Decision*, 2007, 108 p.
- N° 140. – Véronique HERTRICH and Marie LESCLINGAND, *Transition to adulthood and gender: changes in rural Mali*
- N° 139. – Patrick SIMON et Martin CLÉMENT, *Rapport de l'enquête « Mesure de la diversité ». Une enquête expérimentale pour caractériser l'origine*, 2006, 86 p.
- N° 138. – Magali BARBIERI, Alfred NIZARD et Laurent TOULEMON, *Écart de température et mortalité en France*, 2006, 80 p.
- N° 137. – Jean-Louis PAN KÉ SHON, *Mobilités internes différentielles en quartiers sensibles et ségrégation*, 2006, 42 p.
- N° 136. – Francisco MUNOZ-PÉREZ, Sophie PENNEC, avec la collaboration de Geneviève Houriet Segard, *Évolution future de la population des magistrats et perspectives de carrière, 2001-2040*, 2006, XXX + 114 p.
- N° 135. – Alexandre DJIRIKIAN et Valérie LAFLAMME, sous la direction de Maryse MARPSAT, *Les formes marginales de logement. Étude bibliographique et méthodologique de la prise en compte du logement non ordinaire*, 2006, 240 p.
- N° 134. – Catherine BONVALET et Éva LELIÈVRE, *Publications choisies autour de l'enquête « Biographies et entourage »*, 2006, 134 p.
- N° 133. – Arnaud RÉGNIER-LOILIER, *Présentation, questionnaire et documentation de l'« Étude des relations familiales et intergénérationnelles » (Erfi). Version française de l'enquête « Generations and Gender Survey » (GGS)*, 2006, 238 p.
- N° 132. – Lucie BONNET et Louis BERTRAND (sous la direction de), *Mobilités, habitat et identités*, Actes de la journée d'étude « Jeunes chercheurs ». Le logement et l'habitat comme objet de recherche. Atelier 3, 2005, 92 p.
- N° 131. – Isabelle FRECHON et Catherine Villeneuve-Gokalp, *Étude sur l'adoption*, 2005, 64 p.
- N° 130. – Dominique MEURS, Ariane PAIHLÉ et Patrick SIMON, *Mobilité intergénérationnelle et persistance des inégalités. L'accès à l'emploi des immigrés et de leurs descendants en France*, 2005, 36 p.
- N° 129. – Magali MAZUY, Nicolas RAZAFINDRATSIMA, Élise de LA ROCHEBROCHARD, *Déperdition dans l'enquête « Intentions de fécondité »*, 2005, 36 p.
- N° 128. – Laure MOGUEROU et Magali BARBIERI, *Population et pauvreté en Afrique. Neuf communications présentées à la IV^e Conférence africaine sur la population*, Tunis, Tunisie, 8-12 décembre 2003, 2005, 184 p.
- N° 127. – Jean-Louis PAN KÉ SHON, *Les sources de la mobilité résidentielle. Modifications intervenues sur les grandes sources de données dans l'étude des migrations*, 2005, 30 p.
- N° 126. – Thierry DEBRAND et Anne-Gisèle PRIVAT, *L'impact des réformes de 1993 et de 2003 sur les retraites. Une analyse à l'aide du modèle de microsimulation Artémis*, 2005, 28 p.
- N° 125. – Kees WAALDIJK (ed), *More or less together: levels of legal consequences of marriage, cohabitation and registered partnership for different-sex and same-sex partners: a comparative study of nine European countries*, 2005, 192 p. (s'adresser à Marie DIGOIX)
- N° 124. – Marie DIGOIX et Patrick FESTY (eds), *Same-sex couples, same-sex partnerships, and homosexual marriages: A Focus on cross-national differentials*, 2004, 304 p.
- N° 123. – Marie DIGOIX et Patrick FESTY (sous la dir.), *Séminaire « Comparaisons européennes », années 2001-2002*, 2004, 220 p.
- N° 122. – Emmanuelle GUYAVARCH et Gilles PISON, *Les balbutiements de la contraception en Afrique au Sud du Sahara*, septembre 2004, 48 p.
- N° 121. – Maryse JASPARD et Stéphanie CONDON, *Genre, violences sexuelles et justice*. Actes de la journée-séminaire du 20 juin 2003, 2004, 135p.
- N° 120. – Laurent TOULEMON et Magali MAZUY, *Comment prendre en compte l'âge à l'arrivée et la durée de séjour en France dans la mesure de la fécondité des immigrants ?* 2004, 34 p.

- N° 119. – Céline CLÉMENT et Bénédicte GASTINEAU (coord.), *Démographie et sociétés*. Colloque international « Jeunes Chercheurs », Cerpos-Université Paris X-Nanterre, 1^{er} et 2 octobre 2002, 2003, 350 p.
- N° 118. – Monique BERTRAND, Véronique DUPONT et France GUÉRIN-PACE (sous la dir.), *Espaces de vie. Une revue des concepts et des applications*, 2003, 188 p.
- N° 117. – Stephanie CONDON et Armelle ANDRO, *Questions de genre en démographie. Actes de la journée du 22 juin 2001*, 2003, 128 p.
- N° 116. – Maryse JASPARD et l'équipe Enveff, *Le questionnaire de l'enquête Enveff. Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France*, 2003, 10 + 88 p.
- N° 115. – Zahia OUADAH-BEDIDI et Jacques VALLIN, *Disparités régionales de l'écart d'âge entre conjoints en Algérie. Évolution depuis 1966*, 2003, 32 p.
- N° 114. – Magali MAZUY, *Situations familiales et fécondité selon le milieu social. Résultats à partir de l'enquête EHF de 1999*, 2002, 60 p.
- N° 113. – Jean-Paul SARDON, *Fécondité et transition en Europe centrale et orientale*, 2002, 38 p.
- N° 112. – Thérèse LOCOH, *Deux études sur la fécondité en Afrique: 1) Structures familiales et évolutions de la fécondité dans les pays à fécondité intermédiaire d'Afrique de l'Ouest; 2) Baisse de la fécondité et mutations familiales en Afrique sub-saharienne*, 2002, 24 p. et 30 p.
- N° 111. – Thierry DEBRAND et Anne-Gisèle PRIVAT, *Individual real wages over business cycle: The impact of macroeconomic variations on individual careers and implications concerning retirement pensions*, 2002, 38 p.
- N° 110. – Recueil préparé par Amandine LEBUGLE et Jacques VALLIN, *Sur le chemin de la transition*. Onze communications présentées au XXIV^e Congrès général de la population à Salvador de Bahia, Brésil, août 2001, 2002, 234 p.
- N° 109. – Éric BRIAN, Jean-Marc ROHRBASSER, Christine THÉRÉ, Jacques VÉRON (intervenants et organisateurs), *La durée de vie: histoire et calcul*. Séminaire de la valorisation de la recherche, 7 février 2000, 2002, 70 p.
- N° 108. – France MESLÉ et Jacques VALLIN, *Montée de l'espérance de vie et concentration des âges au décès*, 2002, 20 p.
- N° 107. – Alexandre AVDEEV, *La mortalité infantile en Russie et en URSS: éléments pour un état des recherches*, 2002, 48 p.
- N° 106. – Isabelle ATTANÉ (organisatrice), *La Chine en transition: questions de population, questions de société*. Séminaire de la valorisation de la recherche, 31 janvier et 1^{er} février 2001 (s'adresser à Céline PERREL), 2002, 46 p.
- N° 105. – A. AVDEEV, J. BELLENGER, A. BLUM, P. FESTY, A. PAILHÉ, C. GOUSSEFF, C. LEFÈVRE, A. MONNIER, J.-C. SEBAG, J. VALLIN (intervenants et organisateurs), *La société russe depuis la perestroïka: rupture, crise ou continuité?* Séminaire de la valorisation de la recherche, 1^{er} mars 2001 (s'adresser à Céline PERREL), 2001, 124 p.
- N° 104. – Jacques VÉRON, Sophie PENNEC, Jacques LÉGARÉ, Marie DIGOIX (éds), *Le contrat social à l'épreuve des changements démographiques ~ The Social Contract in the Face of Demographic Change*, Actes des 2^e Rencontres Sauvy, 2001, 386 p.
- N° 103. – Gilles PISON, Alexis GABADINHO, Catherine ENEL, *Mlomp (Sénégal). Niveaux et tendances démographiques; 1985-2000*, 2001, 182 p.
- N° 102. – *La famille en AOF et la condition de la femme*. Rapport présenté au Gouverneur général de l'AOF. par Denise SAVINEAU (1938). Introduction de Pascale Barthélémy, 2001, XXII-222 p.
- N° 101. – Jean-Paul SARDON, *La fécondité dans les Balkans*, 2001, 88 p.
- N° 100. – Jean-Paul SARDON, *L'évolution récente de la fécondité en Europe du Sud*, 26 p.
- N° 99. – S. JUSTEAU, J.H. KALTENBACH, D. LAPEYRONNIE, S. ROCHÉ, J.-C. SEBAG, X. THIERRY et M. TRIBALAT (intervenants et organisateurs), *L'immigration et ses amalgames*. Séminaire de la valorisation de la recherche, 24 mai 2000, 2001, 94 p.
- N° 98. – Juliette HALIFAX, *L'insertion sociale des enfants adoptés. Résultats de l'enquête « Adoption internationale et insertion sociale », 2000 (Ined – Les Amis des enfants du monde)*, 2001, 58 p.
- N° 97. – Michèle TRIBALAT, *Modéliser, pour quoi faire?* 2001, 10 p.

- N° 96. – O. EKERT-JAFFÉ, H. LERIDON, S. PENNEC, I. THÉRY, L. TOULEMON et J.-C. SEBAG (intervenants et organisateurs), *Évolution de la structure familiale*. Séminaire de la valorisation de la recherche, 28 juin 2000, 2001, 110 p.
- N° 95. – A. ANDRO, A. LEBUGLE, M. LESCLINGAND, T. LOCOH, M. MOUVAGHA-SOW, Z. OUADAH-BEDIDI, J. VALLIN, C. VANDERMEERSCH, J. VÉRON, *Genre et développement. Huit communications présentées à la Chaire Quetelet 2000*, 2001, 158 p.
- N° 94. – C. BONVALET, C. CLÉMENT, D. MAISON, L. ORTALDA et T. VICHNEVSKAIA, *Réseaux de sociabilité et d'entraide au sein de la parenté: Six contributions*, 2001, 110 p.
- N° 93. – Magali MAZUY et Laurent TOULEMON, *Étude de l'histoire familiale. Premiers résultats de l'enquête en ménages*, 2001, 100 p.
- N° 92. – *Politiques sociales en France et en Russie*, INED/IPSEP, 2001, 246 p.
- N° 91. – Françoise MOREAU, *Commerce des données sur la population et libertés individuelles*, 2001, 20 p. + Annexes.
- N° 90. – Youssef COURBAGE, Sérgio DELLAPERGOLA, Alain DIECKHOFF, Philippe FARGUES, Emile MALET, Elias SANBAR et Jean-Claude SEBAG (intervenants et organisateurs), *L'arrière-plan démographique de l'explosion de violence en Israël-Palestine*. Séminaire de la valorisation de la recherche, 30 novembre 2000, 2000, 106 p.
- N° 89. – Bénédicte GASTINEAU et Elisabete de CARVALHO (coordonné par), *Démographie: nouveaux champs, nouvelles recherches*, 2000, 380 p.
- N° 88. – Gil BELLIS, Jean-Noël BIRABEN, Marie-Hélène CAZES et Marc de BRAEKELEER (modérateur et intervenants), *Génétique et populations*. Séminaire de la valorisation de la recherche, 26 janvier 2000, 2000, 96 p.
- N° 87. – Jean-Marie FIRDION, Maryse MARPSAT et Gérard MAUGER (intervenants), *Étude des sans-domicile: le cas de Paris et de l'Île-de-France*. Séminaire de la valorisation de la recherche, 19 avril 2000, 2000, 90 p.
- N° 86. – François HÉRAN et Jean-Claude SEBAG (responsables modérateurs), *L'utilisation des sources administratives en démographie, sociologie et statistique sociale*. Séminaire de la valorisation de la recherche, 20 septembre 2000, 2000, 170 p.
- N° 85. – Michel BOZON et Thérèse LOCOH (sous la dir.), *Rapports de genre et questions de population. II. Genre, population et développement*, 2000, 200 p.
- N° 84. – Michel BOZON et Thérèse LOCOH (sous la dir.), *Rapports de genre et questions de population. I. Genre et population, France 2000*, 2000, 260 p.
- N° 83. – Stéphanie CONDON, Michel BOZON et Thérèse LOCOH, *Démographie, sexe et genre: bilan et perspectives*, 2000, 100 p.
- N° 82. – Olivia EKERT-JAFFE et Anne SOLAZ, *Unemployment and family formation in France*, 2000, 26 p.
- N° 81. – Jean-Marie FIRDION, *L'étude des jeunes sans domicile dans les pays occidentaux: état des lieux*, 1999, 28 p.
- N° 80. – *Age, génération et activité: vers un nouveau contrat social? Age, cohort and activity: A new "social contract"?*, Actes des 1^{res} rencontres Sauvy (s'adresser à Marie DIGOIX), 1999, 314 p.
- N° 79. – Maryse MARPSAT, *Les apports réciproques des méthodes quantitatives et qualitatives: le cas particulier des enquêtes sur les personnes sans domicile*, 1999, 24 p.
- N° 78. – *Les populations du monde, le monde des populations. La place de l'expert en sciences sociales dans le débat public*, Actes de la Table ronde pour l'inauguration de l'Ined, 1999, 54 p.
- N° 77. – Isabelle SÉGUY, Fabienne LE SAGER, *Enquête Louis Henry. Notice descriptive des données informatiques*, 1999, 156 p.
- N° 76. – I. SÉGUY, H. COLENÇON et C. MÉRIC, *Enquête Louis Henry. Notice descriptive de la partie nominative*, 1999, 120 p.
- N° 75. – Anne-Claude LE VOYER (s'adresser à H. LERIDON), *Les processus menant au désir d'enfant en France*, 1999, 200 p.
- N° 74. – Jacques VALLIN et France MESLÉ, *Le rôle des vaccinations dans la baisse de la mortalité*, 1999, 20 p.
- N° 73. – Bernard ZARCA, *Comment passer d'un échantillon de ménages à un échantillon de fratries? Les enquêtes « Réseaux familiaux » de 1976, « Proches et parents » de 1990 et le calcul d'un coefficient de pondération*, 1999, 20 p.

- N° 72. – Catherine BONVALET, *Famille-logement. Identité statistique ou enjeu politique ?* 1998, 262 p.
- N° 71. – Denise ARBONVILLE, *Normalisation de l'habitat et accès au logement. Une étude statistique de l'évolution du parc « social de fait » de 1984 à 1992*, 1998, 36 p.
- N° 70. – *Famille, activité, vieillissement: générations et solidarités*. Bibliographie préparée par le Centre de Documentation de l'Ined, 1998, 44 p.
- N° 69. – XXIII^e Congrès général de la population, Beijing, Chine, 11-17 octobre 1997 :
Contribution des chercheurs de l'Ined au Congrès, 1997, 178 p.
Participation of Ined Researchers in the Conference, 1997, 180 p.
- N° 68. – France MESLÉ et Jacques VALLIN, *Évolution de la mortalité aux âges élevés en France depuis 1950*, 1998, 42 p.
- N° 67. – Isabelle SEGUY, *Enquête Jean-Noël Biraben « La population de la France de 1500 à 1700 ». Répertoire des sources numériques*, 1998, 36 p.
- N° 66. – Alain BLUM, *I. Statistique, démographie et politique. II. Deux études sur l'histoire de la statistique et de la statistique démographique en URSS (1920-1939)*, 1998, 92 p.
- N° 65. – Annie LABOURIE-RACAPÉ et Thérèse LOCOH, *Genre et démographie: nouvelles problématiques ou effet de mode ?* 1998, 27 p.
- N° 64. – C. BONVALET, A. GOTMAN et Y. GRAFMAYER (éds), et I. Bertaux-Viame, D. Maison et L. Ortalda, *Proches et parents: l'aménagement des territoires*, 1997.
- N° 63. – Corinne BENVENISTE et Benoît RIANDEY, *Les exclus du logement: connaître et agir*, 1997, 20 p.
- N° 62. – Sylvia T. WARGON, *La démographie au Canada, 1945-1995*, 1997, 40 p.
- N° 61. – Claude RENARD, *Enquête Louis Henry. Bibliographie de l'enquête*, 1997, 82 p.
- N° 60. – H. AGHA, J.-C. CHASTELAND, Y. COURBAGE, M. LADIER-FOULADI, A.H. MEHRYAR, *Famille et fécondité à Shiraz (1996)*, 1997, 60 p.
- N° 59. – Catherine BONVALET, Dominique MAISON et Laurent ORTALDA, *Analyse textuelle des entretiens « Proches et Parents »*, 1997, 32 p.
- N° 58. – B. BACCAÏNI, M. BARBIERI, S. CONDON et M. DIGOIX (éds),
 Questions de population. Actes du Colloque Jeunes Chercheurs :
 I. *Mesures démographiques dans des petites populations*, 1997, 50 p.
 II. *Nuptialité – fécondité – reproduction*, 1997, 120 p.
 III. *Histoire des populations*, 1997, 90 p.
 IV. *Économie et emploi*, 1997, 50 p.
 V. *Vieillesse – retraite*, 1997, 66 p.
 VI. *Famille*, 1997, 128 p.
 VII. *Santé – mortalité*, 1997, 136 p.
 VIII. *Population et espace*, 1997, 120 p.
 IX. *Migration – intégration*, 1997, 96 p.
- N° 57. – Isabelle SÉGUY et Corinne MÉRIC, *Enquête Louis Henry. Notice descriptive non nominative*, 1997, 106 p.
- N° 56. – Máire Ní BHRÓLCHÁIN and Laurent TOULEMON, *Exploratory analysis of demographic data using graphical methods*, 1996, 50 p.
- N° 55. – Laurent TOULEMON et Catherine de GUIBERT-LANTOINE, *Enquêtes sur la fécondité et la famille dans les pays de l'Europe (régions ECE des Nations unies). Résultats de l'enquête française*, 1996, 84 p.
- N° 54. – G. BALLAND, G. BELLIS, M. DE BRAEKELEER, F. DEPOID, M. LEFEBVRE, I. SEGUY, *Généalogies et reconstitutions de familles. Analyse des besoins*, 1996, 44 p.
- N° 53. – Jacques VALLIN et France MESLÉ, *Comment suivre l'évolution de la mortalité par cause malgré les discontinuités de la statistique ? Le cas de la France de 1925 à 1993*, 1996, 46p.
- N° 52. – Catherine BONVALET et Eva LELIÈVRE, *La notion d'entourage, un outil pour l'analyse de l'évolution des réseaux individuels*, 1996, 18 p.
- N° 51. – Alexandre AVDEEV, Alain BLUM et Serge ZAKHAROV, *La mortalité a-t-elle vraiment augmenté brutalement entre 1991 et 1995 ?* 1996, 80 p.
- N° 50. – France MESLÉ, Vladimir SHKOLNIKOV, Véronique HERTRICH et Jacques VALLIN, *Tendances récentes de la mortalité par cause en Russie, 1965-1993*, 1995, 70 p. Avec, en supplément, 1 volume d'Annexes de 384 p.

- N° 49. – Jacques VALLIN, *Espérance de vie: quelle quantité pour quelle qualité de vie?* 1995, 24 p.
- N° 48. – François HÉRAN, *Figures et légendes de la parenté:*
 I. *Variations sur les figures élémentaires*, 1995, 114 p.
 II. *La modélisation de l'écart d'âge et la relation groupe/individu*, 1995, 84 p.
 III. *Trois études de cas sur l'écart d'âge: Touaregs, Alyawara, Warlpiri*, 1995, 102 p.
 IV. *Le roulement des alliances*, 1995, 60 p.
 V. *Petite géométrie fractale de la parenté*, 1995, 42 p.
 VI. *Arbor juris. Logique des figures de parenté au Moyen Âge*, 1996, 62 p.
 VII. *De Granet à Lévi-Strauss*, 1996, 162 p.
 VIII. *Les vies parallèles. Une analyse de la co-alliance chez les Etoro de Nouvelle-Guinée*, 1996, 80 p.
 IX. *Ambrym ou l'énigme de la symétrie oblique: histoire d'une controverse*, 1996, 136 p.
- N° 47. – Olivia EKERT-JAFFÉ, Denise ARBONVILLE et Jérôme WITWER, *Ce que coûtent les jeunes de 18 à 25 ans*, 1995, 122 p.
- N° 46. – Laurent TOULEMON, *Régression logistique et régression sur les risques. Deux supports de cours*, 1995, 56 p.
- N° 45. – Graziella CASELLI, France MESLÉ et Jacques VALLIN, *Le triomphe de la médecine. Évolution de la mortalité en Europe depuis le début de siècle*, 1995, 60 p.
- N° 44. – Magali BARBIERI, Alain BLUM, Elena DOLGIKH, Amon ERGASHEV, *La transition de fécondité en Ouzbékistan*, 1994, 76 p.
- N° 43. – Marc De BRAEKELEER et Gil BELLIS, *Généalogies et reconstitutions de familles en génétique humaine*, 1994, 66 p.
- N° 42. – Serge ADAMETS, Alain BLUM et Serge ZAKHAROV, *Disparités et variabilités des catastrophes démographiques en URSS*, 1994, 100 p.
- N° 41. – Alexandre AVDEEV, Alain BLUM et Irina TROITSKAJA, *L'avortement et la contraception en Russie et dans l'ex-URSS: histoire et présent*, 1993, 74 p.
- N° 40. – Gilles PISON et Annabel DESGREES DU LOU, *Bandafassi (Sénégal): niveaux et tendances démographiques 1971-1991*, 1993, 40 p.
- N° 39. – Michel Louis LÉVY, *La dynamique des populations humaines*, 1993, 20 p.
- N° 38. – Alain BLUM, *Systèmes démographiques soviétiques*, 1992, 14 + X p.
- N° 37. – Emmanuel LAGARDE, Gilles PISON, Bernard LE GUENNO, Catherine ENEL et Cheikh SECK, *Les facteurs de risque de l'infection à VIH2 dans une région rurale du Sénégal*, 1992, 72 p.
- N° 36. – Annabel DESGREES DU LOU et Gilles PISON, *Les obstacles à la vaccination universelle des enfants des pays en développement. Une étude de cas en zone rurale au Sénégal*, 1992, 26 p.
- N° 35. – France MESLÉ, Vladimir SHKOLNIKOV et Jacques VALLIN, *La mortalité par causes en URSS de 1970 à 1987: reconstruction de séries statistiques cohérentes*, 1992, 36 p.
- N° 34. – France MESLÉ et Jacques VALLIN, *Évolution de la mortalité par cancer et par maladies cardio-vasculaires en Europe depuis 1950*, 1992, 48 p.
- N° 33. – Didier BLANCHET, *Viellissement et perspectives des retraites: analyses démo-économiques*, 1991, 120 p.
- N° 32. – Noël BONNEUIL, *Démographie de la nuptialité au XIX^e siècle*, 1990, 32 p.
- N° 31. – Jean-Paul SARDON, *L'évolution de la fécondité en France depuis un demi-siècle*, 1990, 102 p.
- N° 30. – Benoît RIANDEY, *Répertoire des enquêtes démographiques: bilan pour la France métropolitaine*, 1989, 24 p.
- N° 29. – Thérèse LOCOH, *Changement social et situations matrimoniales: les nouvelles formes d'union à Lomé*, 1989, 44 p.
- N° 28. – Catherine ENEL, Gilles PISON, et Monique LEFEBVRE, *Migrations et évolution de la nuptialité. L'exemple d'un village joola du sud du Sénégal, Mlomp*, 1989, 26 p.
 (Sénégal) depuis 50 ans, 1^{re} édition: 1989, 36 p.; 2^e édition revue et augmentée: 1990, 48 p.
- N° 27. – Nicolas BROUARD, *L'extinction des noms de famille en France: une approche*, 1989, 22 p.
- N° 26. – Gilles PISON, Monique LEFEBVRE, Catherine ENEL et Jean-François TRAPE, *L'influence des changements sanitaires sur l'évolution de la mortalité: le cas de Mlomp*, 1989, 36 p.

- N° 25. – Alain BLUM et Philippe FARGUES, *Estimation de la mortalité maternelle dans les pays à données incomplètes. Une application à Bamako (1974-1985) et à d'autres pays en développement*, 1989, 36 p.
- N° 24. – Jacques VALLIN et Graziella CASELLI, *Mortalité et vieillissement de la population*, 1989, 30 p.
- N° 23. – Georges TAPINOS, Didier BLANCHET et Olivia EKERT-JAFFÉ, *Population et demande de changements démographiques, demande et structure de consommation*, 1989, 46 p.
- N° 22. – Benoît RIANDEY, *Un échantillon probabiliste de A à Z: l'exemple de l'enquête Peuplement et dépeuplement de Paris. INED (1986)*, 1989, 12 p.
- N° 21. – Noël BONNEUIL et Philippe FARGUES, *Prévoir les « caprices » de la mortalité. Chronique des causes de décès à Bamako de 1964 à 1985*, 1989, 44 p.
- N° 20. – France MESLÉ, *Morbidité et causes de décès chez les personnes âgées*, 1988, 18 p.
- N° 19. – Henri LERIDON, *Analyse des biographies matrimoniales dans l'enquête sur les situations familiales*, 1988, 64 p.
- N° 18. – Jacques VALLIN, *La mortalité en Europe de 1720 à 1914: tendances à long terme et changements de structure par âge et par sexe*, 1988, 40 p.
- N° 17. – Jacques VALLIN, *Évolution sociale et baisse de la mortalité: conquête ou reconquête d'un avantage féminin?* 1988, 36 p.
- N° 16. – Gérard CALOT et Graziella CASELLI, *La mortalité en Chine d'après le recensement de 1982: I. – Analyse selon le sexe et l'âge au niveau national et provincial*, 1988, 72 p. *II. – Tables de mortalité par province*, 1988, 112 p.
- N° 15. – Peter AABY (s'adresser à J. VALLIN), *Le surpeuplement, un facteur déterminant de la mortalité par rougeole en Afrique*, 1987, 52 p.
- N° 14. – Jacques VALLIN, *Théorie(s) de la baisse de la mortalité et situation africaine*, 1987, 44 p.
- N° 13. – Kuakivi GBENYON et Thérèse LOCOH, *Différences de mortalité selon le sexe, dans l'enfance en Afrique au Sud du Sahara*, 1987, 30 p.
- N° 12. – Philippe FARGUES, *Les saisons et la mortalité urbaine en Afrique. Les décès à Bamako de 1974 à 1985*, 1987, 38 p.
- N° 11. – Gilles PISON, *Les jumeaux en Afrique au Sud du Sahara: fréquence, statut social et mortalité*, 1987, 48 p.
- N° 10. – Philippe FARGUES, *La migration obéit-elle à la conjoncture pétrolière dans le Golfe? L'exemple du Koweït*, 1987, 30 p.
- N° 9. – Didier BLANCHET, *Deux études sur les relations entre démographie et systèmes de retraite*, 1986, 26 p.
- N° 8. – Didier BLANCHET, *Équilibre malthusien et liaison entre croissances économique et démographique dans les pays en développement: un modèle*, 1986, 20 p.
- N° 7. – Jacques VALLIN, France MESLÉ et Alfred NIZARD, *Reclassement des rubriques de la 8e révision de la Classification internationale des maladies selon l'étiologie et l'anatomie*, 1986, 56 p.
- N° 6. – Philippe FARGUES, *Un apport potentiel des formations sanitaires pour mesurer la mortalité dans l'enfance en Afrique*, 1986, 34 p.
- N° 5. – Jacques VALLIN et France MESLÉ, *Les causes de décès en France de 1925 à 1978*, 1986, 36 p.
- N° 4. – Graziella CASELLI, Jacques VALLIN, J. VAUPEL et A. YASHIN, *L'évolution de la structure par âge de la mortalité en Italie et en France depuis 1900*, 1986, 28 p.
- N° 3. – Paul PAILLAT, *Le vécu du vieillissement en 1979*, 1981, 114 p.
- N° 2. – Claude LÉVY, *Aspects socio-politiques et démographiques de la planification familiale en France, en Hongrie et en Roumanie*, 1977, 248 p.
- N° 1. – Georges TAPINOS, *Les méthodes d'analyse en démographie économique*, 1976, 288 p.

Janvier 2013