

[39] Folland S. Does "community social capital" contribute to population health? Soc Sci Med. 2007;64(11):2342-54.

[40] Putnam R. Making democracy work: Civic traditions in modern Italy. Princeton: Princeton University Press; 1993.

[41] Zambrana RE, Ell K, Dorrington C, Wachsman L, Dee H. The relationship between psychosocial status of

immigrant Latino mothers and use of emergency pediatric services. Health Soc Work. 1994;19(2):93-102.

[42] Leclerc FB, Jensen L, Biddlecom AE. Health care utilization, family context and adaptation among immigrants to the United States. J Health Soc Behav. 1994;35(4):370-84.

[43] Chaouchi S, Casu C, Caussidier J, Ledesert B (dir). État de santé et accès aux soins des migrants en France.

Analyse et synthèse bibliographique. Montpellier : Observatoire régional de la Santé du Languedoc-Roussillon; 2006. 82 p.

[44] Balsa AI, McGuire TG. Prejudice, clinical uncertainty and stereotyping as sources of health disparities. J Health Econ. 2003;22(1):89-116.

[45] Carde E. Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins. Santé Publique. 2007;19(2):99-109.

Migrations, conditions de vie et santé en France à partir de l'enquête Trajectoires et origines, 2008

Christelle Hamel (christelle.hamel@ined.fr)¹, Muriel Moisy²

1/ Institut national d'études démographiques, Paris, France

2/ Université Paris-X, Nanterre, France

Résumé / Abstract

Les immigrés âgés de 18-60 ans se déclarent globalement en plus mauvaise santé que les personnes sans ascendance migratoire depuis au moins deux générations. Toutefois, la catégorie « immigrés » revêt des réalités différentes en fonction de l'origine, des parcours migratoires et des conditions de vie passées et actuelles sur le territoire métropolitain. Les immigrés originaires de Turquie et du Portugal sont ceux qui se déclarent le plus en mauvaise santé. Pour les premiers, un cumul de précarité sur le territoire métropolitain explique cette sur-déclaration d'une mauvaise santé malgré une structure de population très jeune ; pour les seconds, les facteurs explicatifs relèvent davantage d'événements vécus pendant l'enfance et de faibles niveaux de qualification, qui, s'ils ne les empêchent pas d'être sur le marché du travail, les exposent à des conditions de travail pénibles.

Mots-clés/Key words

État de santé déclaré, conditions de vie, genre, immigrés, natifs d'un DOM / Reported health status, living conditions, gender, immigrants, DOM native-born

Introduction

La santé des migrants a émergé comme domaine de recherche en France à partir des années 1990 sous l'angle de la mesure des disparités en matière de mortalité et de morbidité entre groupes de population [1]. Des travaux plus récents, menés à partir de l'Enquête décennale santé de 2002-2003, ont montré que les immigrés se déclarent plutôt en moins bonne santé que le reste de la population, un constat qui résulte notamment de conditions de vie souvent plus précaires [2;3]. Des travaux réalisés au Mexique [4] ont révélé l'existence d'un effet sélectif de l'état de santé sur la migration : ne migrent que les personnes en bon état de santé, mais une fois sur le territoire du pays d'accueil, leur santé se dégrade plus vite du fait de moins bonnes conditions de vie et d'une sous-utilisation des dispositifs de santé.

Quel est aujourd'hui l'état de santé des personnes résidant en France métropolitaine ayant vécu une migration ? Cet article entend répondre à cette question, mais en allant au-delà de la catégorie « immigrés » pour examiner s'il existe, au sein de cette population hétérogène, des différences de déclaration de l'état de santé selon le pays ou la région d'origine. En effet, de fortes disparités sociales existent entre courants migratoires et entre parcours de vie des femmes et des hommes migrants, ce qui invite à explorer plus en détails l'impact des conditions de vie et des conditions de la migration sur la déclaration de l'état de santé.

Sources et méthode

L'enquête « Trajectoires et origines » (TeO)

La plupart des études menées en France sur la santé des immigrés s'appuient sur des enquêtes conduites en population générale qui ne permettent pas, en raison d'une taille d'échantillon trop faible, de distinguer les immigrés par origine. Avec près de 9 000 personnes immigrées (nées étrangères à l'étranger), l'enquête « Trajectoires et origines » (TeO)¹ ouvre de nouvelles perspectives d'analyse.

Cette enquête, représentative de la population vivant en ménages ordinaires en France métropolitaine, a été réalisée en 2008 par l'Ined (Institut national d'études démographiques) et l'Insee (Institut national de la statistique et des études économiques) auprès d'un échantillon d'environ 22 000 personnes âgées de 18 à 60 ans. Elle décrit les caractéristiques de la migration (âge à l'arrivée et durée de résidence en France) ainsi que les conditions de vie des enquêtés. Elle a été conduite non seulement auprès des personnes immigrées, mais aussi des enfants d'immigrés nés en France, des personnes nées dans un DOM et leurs enfants nés en métropole, ainsi que des personnes dites « de la population majoritaire » (ni immigrées, ni enfants d'immigrés, ni originaires d'un DOM), qui représentent 80% des personnes âgées de 18 à 60 ans en France, soit la majorité numérique.

¹ <http://teo.site.ined.fr/>

Migrations, living conditions, and health in France based on the "Trajectoires et origines" survey, 2008

Immigrants aged 18-60 generally report being in less good health than persons with no migrant parents or grandparents. However, the "immigrant" category reflects different realities depending on origin, migration history, and past and present living conditions in France. Immigrants from Turkey and Portugal are those who report the poorest health. For the former, a combination of economic and social insecurity in France explains this over-reporting of poor health, despite a very young population structure; for the latter, the main explanatory factors tend to be events experienced during childhood and low levels of qualification which, while not excluding them from the labour market, expose them to arduous working conditions.

Indicateurs de santé et outils d'analyse

L'enquête TeO explore l'état de santé à partir des 3 questions du mini-module européen de santé, qui appréhendent les dimensions subjectives, médicales et fonctionnelles de la santé. Il permet de disposer d'une auto-évaluation par les enquêtés de leur état de santé sans avis d'un médecin. Les réponses à sa première question : « Comment est votre état de santé en général ? », renseignent tant sur la santé physique que mentale et constituent un indicateur de bien-être. La santé altérée regroupe les modalités de réponse « moyen », « mauvais » ou « très mauvais » par opposition à « bon » ou « très bon » (tableau 1). L'état de santé étant très dépendant de l'âge et des conditions de vie, l'explication des différences observées se situe en partie dans la plus forte concentration au sein de certains groupes d'origine des personnes âgées de 51 à 60 ans (figure 1). C'est le cas des immigrés d'Asie du Sud-Est (31%), du Portugal (35%) et plus encore d'Espagne et d'Italie (54%), plus âgés que la population majoritaire (24%) tandis qu'à l'inverse, les originaires d'Afrique subsaharienne et de Turquie concentrent une population très jeune, avec respectivement 63% et 70% d'enquêtés âgés de moins de 40 ans. Pour affiner la comparaison selon l'origine, des régressions logistiques ont été utilisées. Le modèle 1 (tableau 2) 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. Le modèle 2 (tableau 2) poursuit

Tableau 1 Fréquence de la déclaration d'un état de santé altéré* (18-60 ans, pourcentages pondérés) dans l'enquête Trajectoires et origines, France, 2008 / *Table 1* Reporting frequency of impaired health (18-60 years old, weighted percentage) in the "Trajectoires et origines" survey, France, 2008

Pays ou région de naissance	Hommes		Femmes	
	Pourcentages qui déclarent une santé altérée	Effectifs pondérés, (en milliers)	Pourcentages qui déclarent une santé altérée	Effectifs pondérés, (en milliers)
Population majoritaire	15	1 922	16	2 251
Natifs d'un DOM	18	25	20	31
Ensemble des immigrés	18	313	25	474
Autres pays dont UE27	12	54	17	108
Afrique subsaharienne	12	19	21	44
Espagne/Italie	20	23	27	29
Algérie	20	47	28	72
Maroc/Tunisie	21	73	30	103
Turquie	22	25	31	26
Asie du Sud-Est	26	16	33	18
Portugal	26	55	37	74

Source : Enquête Trajectoires et origines, Ined-Insee, 2008.

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

* Ici la santé altérée regroupe les modalités «moyen», «mauvais» et «très mauvais» de l'état de santé déclaré.

cette comparaison en ajoutant diverses caractéristiques individuelles (le diplôme, la taille de la fratrie, le nombre d'enfants), ainsi que divers indicateurs de conditions de vie actuelles et passées : la situation sur le marché du travail, l'opinion sur le revenu du ménage, le degré d'isolement social appréhendé par le fait de ne pas avoir rencontré d'amis dans les 15 derniers jours, l'expérience de discrimination au cours des cinq dernières années potentiellement génératrice de stress et d'isolement, l'expérience d'un logement très précaire au cours de la vie (tel qu'un squat, une chambre d'hôtel, un foyer d'hébergement ou la rue) et enfin, les situations marquantes vécues pendant l'enfance que sont les graves problèmes d'argent, l'alcoolisme d'un des parents ou des violences graves. Le modèle 3 (tableau 3) explore les liens entre la santé actuelle et les caractéristiques de la migration. Dans ce modèle, les migrants sont comparés entre eux et non plus à la population majoritaire

qui n'a pas migré. À origine, âge et diplôme identiques, il est examiné ici dans quelle mesure le fait d'être arrivé enfant, adolescent ou adulte et le fait d'être arrivé récemment ou de résider sur le territoire métropolitain depuis longtemps sont associés à la déclaration d'une santé altérée.

Populations étudiées

Dans cet article, le champ de l'étude est constitué de l'ensemble des immigrés, des natifs d'un département d'outre-mer (DOM) et des enquêtés de la population majoritaire âgés de 18-60 ans. Nous avons inclus les personnes nées dans un DOM car, si elles ne sont pas immigrées, elles ont vécu une mobilité géographique importante et viennent de régions où les conditions de vie et l'offre de soins sont moins favorables qu'en métropole. Cette étude s'appuie sur une démarche comparative : dans les modèles 1 et 2, l'état de santé déclaré par les migrants âgés de 18-60 ans

est comparé, origine par origine, à celui déclaré par les personnes de la population majoritaire (et non à l'ensemble des personnes qui n'avaient pas migré car les descendants d'immigrés de l'enquête n'ont pas été sélectionnés selon la même tranche d'âge, seulement parmi les 18 à 50 ans) ; dans le modèle 3, les réponses des migrants sont comparées entre elles. Les analyses ont été conduites séparément par sexe, car les femmes migrantes sont globalement mieux informées sur la santé que les hommes et consultent davantage les professionnels [5]. Un constat que l'on retrouve aussi en population générale [6].

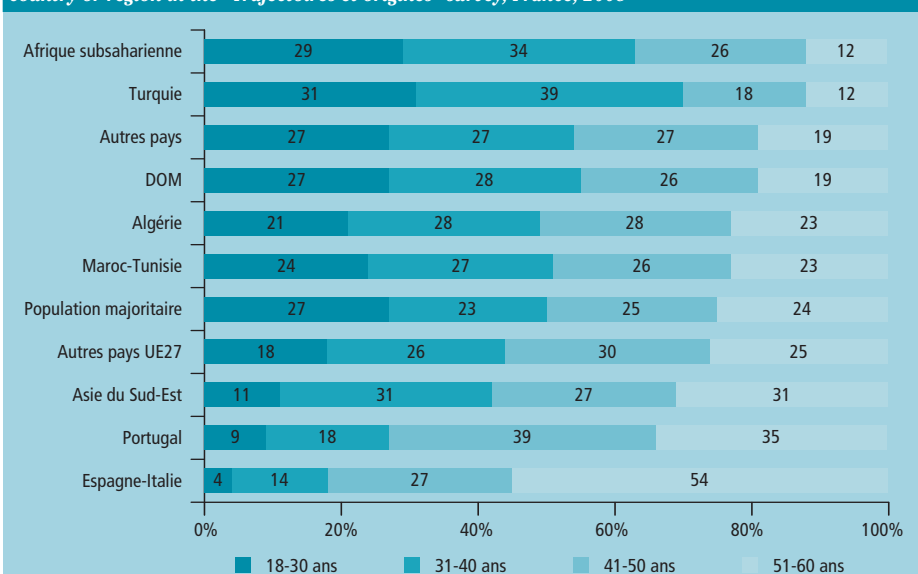
Résultats

Des femmes et des hommes originaires de Turquie en plus mauvaise santé

Parmi les hommes de 18 à 60 ans, 18% des immigrés et autant chez les natifs d'un DOM déclarent un état de santé altéré, contre 15% dans la population majoritaire (tableau 1). Parmi les femmes, ces taux et leurs écarts sont plus marqués : respectivement 25%, 20% et 16%. Ces résultats masquent de fortes disparités selon le pays ou la région de naissance. Au sein de la population masculine, des différences notables existent entre les immigrés d'Afrique subsaharienne ou des pays de l'Union européenne (UE27) (hors Portugal, Espagne et Italie) d'une part, qui sont 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 2 fois supérieur (26%). 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 certains de ces résultats sont surprenants. En effet, bien que très jeunes, les immigrés de Turquie se déclarent plus fréquemment en mauvaise santé que la population majoritaire tandis que ceux venus d'Espagne ou d'Italie, nettement plus âgés, ne sont proportionnellement pas les plus nombreux à se percevoir en mauvaise santé.

Une fois neutralisé l'effet d'âge sur la probabilité de déclarer une santé altérée plutôt qu'une bonne santé (tableau 2, modèle 1), il se confirme qu'hommes et femmes originaires de Turquie se perçoivent plus souvent en mauvaise santé que leurs homologues de la population majoritaire. 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 moins forte. 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. À 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. Aucune différence n'est en revanche observée pour les hommes et les femmes venus d'Espagne ou d'Italie, ni pour ceux des autres pays de l'UE27.

Figure 1 Répartition par âge de la population, selon le pays ou la région de naissance, dans l'enquête Trajectoires et origines, France, 2008 / *Figure 1* Distribution by population age, according to birth country or region in the "Trajectoires et origines" survey, France, 2008



Source : Enquête Trajectoires et origines, Ined-Insee, 2008.

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

Tableau 2 Probabilité de se déclarer en mauvaise santé plutôt qu'en bonne santé d'après l'Enquête Trajectoires et origines, France, 2008 / **Table 2** Probability for self-reporting good health rather than impaired health according to the "Trajectoires et origines" survey, France, 2008

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 (ref)	1	1	1	1
	Afrique subsaharienne	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 (ref)	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 socioéconomique actuelle					
Niveau de diplôme	Aucun diplôme		1,5***		2,0***
	CEP/BEPC		1,5***		2,0***
	CAP/BEP		1,3*		1,5***
	Baccalauréat ou + (ref)		1		1
Statut d'activité	En emploi (ref)		1		1
	Chômeurs		2,0***		1,7***
	Inactifs		3,1***		1,7***
Opinion sur le revenu du ménage	Pas de problèmes d'argent (ref)		1		1
	C'est juste		1,7***		1,7***
	C'est difficile		2,5***		2,7***
Discriminations déclarées	Déclare des discriminations dans les 5 dernières années		1,5***		1,4***
	Pas de discrimination déclarée (ref)		1		1
Expérience de précarité sur le territoire métropolitain					
Instabilité dans l'emploi	Moins d'un an		1		1
	Plus d'un an		1,5**		1,3*
Logement précaire	Moins d'un an		1		1
	Plus d'un an		1,4**		1,7***
Famille et réseau social sur le territoire métropolitain					
Nombre d'enfants au cours de la vie	Aucun		0,9		1,3*
	1 ou 2 (ref)		1		1
	3 ou 4		1,1		1,1
	5 ou plus		1,5*		1,3
Réseau social	A rencontré des amis dans les 15 derniers jours (ref)		1		1
	N'a pas rencontré d'amis au cours des 15 derniers jours		1,4**		1,2*
	Famille d'origine et caractéristiques individuelles				
A vécu un événement grave pendant l'enfance	Oui		1,4***		1,5***
	Non (ref)		1		1
Fratrie dans la famille d'origine d'ego	0, 1, 2 frères/sœurs (ref)		1		1
	3 frères/sœurs ou +		1,0		1,2*

Source : Enquête Trajectoires et origines, Ined-Insee, 2008.

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

Seuil de significativité : ***pr<0,01 ; **pr<0,05 ; *pr<0,1.

Revenus, emploi, diplôme : les principaux facteurs associés à une santé altérée

Outre l'âge, les 3 facteurs les plus fortement associés à une santé altérée, pour les hommes comme pour les femmes, sont le fait d'éprouver des difficultés financières, l'absence d'emploi et le défaut de qualification mesuré par le niveau de diplôme (tableau 2, modèle 2). Ces 3 facteurs sont également mis en évidence pour l'ensemble de la population française à partir d'enquêtes en population générale comme l'enquête Handicap-santé de 2008 [6]. Ici, les enquêtés qui estiment qu'il est « difficile » de s'en sortir avec leur revenu sont nettement plus nombreux à déclarer un état de santé altéré que ceux qui se sentent « à l'aise ». Mais l'absence d'emploi et le défaut de qualification ne

revêtent pas la même importance pour les deux sexes. Pour les hommes, être en dehors du marché du travail est la première caractéristique associée à une santé altérée, suivi des difficultés financières : les inactifs déclarent 3 fois plus souvent se sentir en mauvaise santé que ceux en emploi. Ce résultat est ici le fait des individus en retraite anticipée ou pour lesquels on peut faire l'hypothèse qu'ils sont sortis du marché du travail probablement pour des questions de santé puisqu'ils ne se déclarent ni comme retraités, ni comme étudiants ou en formation, ni comme personnes au foyer. Pour les femmes, le facteur le plus important est l'insuffisance de revenu suivi d'un faible niveau de qualification. Ce dernier les conduit à une moindre insertion sur le marché du travail ou à occuper des emplois associés à des conditions de travail pénibles, un constat valable aussi pour les hommes.

Les facteurs secondaires qui fragilisent la santé

D'autres expériences dans l'histoire de vie dégradent la santé, mais celles-ci sont moins répandues d'une part et semblent avoir un impact moindre. Les situations difficiles vécues pendant l'enfance, les discriminations subies dans les cinq dernières années, l'instabilité professionnelle vécue pendant au moins une année, l'expérience de conditions de logement très précaire ou encore l'isolement social fragilisent la santé. Par exemple, 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 enquêtés déclarant avoir subi des discriminations au cours des cinq dernières années quel qu'en soit le motif (racisme ou sexisme) et quelles qu'en soient les circonstances (dans l'emploi, l'accès au logement, les administrations).

Les femmes arrivées enfants plus enclines à se déclarer en bonne santé

Quel est l'impact de l'histoire migratoire sur la santé ? Pour répondre à cette question, nous avons restreint le champ de l'analyse aux enquêtés ayant migré, c'est-à-dire aux natifs d'un DOM ainsi qu'à l'ensemble des immigrés en prenant comme population de référence les immigrés européens (hors Europe du Sud) qui se rapprochaient beaucoup de la population majoritaire en termes de structure par âge ou de perception de la santé. À origine, âge et diplôme identiques, les hommes arrivés dans les cinq dernières années se déclarent davantage en bonne santé, quel que soit leur âge à l'arrivée (tableau 3). Ce constat n'est pas retrouvé chez les femmes, pour lesquelles le fait d'être arrivé avant l'âge de 10 ans a eu un effet protecteur sur leur santé. Ces résultats mettent en évidence qu'un bon état de santé est une condition de la migration masculine tandis que pour les femmes, c'est plutôt la migration qui a un effet sur leur santé. Néanmoins, cet effet est contrasté : protecteur en début de vie et délétère avec le temps.

Discussion-conclusion

Des facteurs délétères sur la santé inégalement répartis selon l'origine

Si les biais de déclaration liés à l'approche culturelle des enquêtes vis-à-vis du système de santé et de leur santé ne doivent pas être négligés, on s'aperçoit que les caractéristiques de conditions de vie pouvant constituer des expériences néfastes pour la santé ne concernent pas, de manière équivalente, les différentes origines. Des résultats déjà publiés à partir des données de l'enquête TeO ont montré que certains groupes de population se concentrent davantage dans les milieux défavorisés [7;8]. Un exemple, 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 pour les originaires du Maghreb qui déclarent de surcroît des discriminations (28% contre 9% pour la population majoritaire). Si les immigrés

Tableau 3 Probabilité de déclarer une santé altérée plutôt qu'une bonne santé parmi les enquêtés ayant expérimenté la migration, d'après l'Enquête Trajectoires et origines, France, 2008 / *Table 3* Probability for self-reporting good health rather than impaired health among the respondents who experienced migration, according to the "Trajectoires et origines" survey, France, 2008

Variables explicatives	Modalités	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
	<i>Autres pays dont autres pays UE27 (ref)</i>	1	1
Groupe d'âge	18-30 ans	0,5***	0,6***
	<i>31-40 ans (ref)</i>	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***
	<i>Baccalauréat ou + (ref)</i>	1	1
Caractéristiques de la migration			
Âge à l'arrivée sur le territoire métropolitain	Enfant	0,8	0,6***
	Adolescent	0,9	0,8*
	<i>Adulte (ref)</i>	1	1
Ancienneté sur le territoire métropolitain	0 à 5 ans	0,6*	0,9
	6 à 10 ans	1,0	1,1
	<i>11 à 20 ans (ref)</i>	1	1
	Plus de 20 ans	1,3	1,3*

Source : Enquête Trajectoires et origines, Ined-Insee, 2008.
Champ : Immigrés âgés de 18-60 ans.
Seuil de significativité : *** $p < 0,01$; ** $p < 0,05$; * $p < 0,1$.

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 vécu 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 dans les métiers de la restauration (18% des femmes immigrées turques), des emplois pénibles et fatigants. Notons qu'une femme immigrée de Turquie sur 2 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, eux non plus, davantage confrontés au chômage ou aux difficultés financières. En revanche, ils sont 3 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. Les non-diplômés sont 2 fois plus nombreux chez les natifs d'un DOM (19%) que dans la population majoritaire, mais ils ne sont pas davantage au chômage ou en difficultés financières. En revanche, ils sont nombreux à avoir connu des événements graves pendant l'enfance (37% contre 25% pour la population

majoritaire) et à déclarer des discriminations (29%). Les immigrés d'Afrique subsaharienne se déclarent en bonne santé dans l'enquête, du fait de leur âge et de leurs qualifications plus élevées, un 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 les autres facteurs néfastes pour la santé, ce qui laisse augurer que leur santé puisse se dégrader plus rapidement.

Des inégalités sociales qui absorbent fortement les disparités selon l'origine

La prise en compte des conditions de vie actuelles et passées dans la modélisation réduit en grande partie les différences de déclaration de l'état de santé entre origines, notamment pour la population masculine. La sur-déclaration que l'on observe chez les hommes originaires du Maghreb, d'Asie du Sud-Est ou d'un DOM disparaît. Mais dans certains groupes, une sur-déclaration d'une santé altérée subsiste. C'est le cas pour les immigrés de Turquie et du Portugal.

Chez les femmes, la plupart des probabilités restent significatives. Ainsi, à âge et conditions de vie identiques, les femmes immigrées du Portugal ont encore une probabilité 1,6 fois supérieure à celle des femmes de la population majoritaire de se déclarer en mauvaise santé. C'est aussi le cas pour celles originaires de Turquie, d'Asie du Sud-Est et du Maroc ou de Tunisie mais dans une moindre mesure. Les comportements addictifs (tabac, alcool), fortement associés

à la déclaration d'une santé altérée, pourraient constituer une explication à cette sur-déclaration persistante, notamment pour les hommes. Pour les femmes, on pense davantage aux habitudes alimentaires avec, en filigrane, les prévalences du surpoids et de l'obésité, à l'instar de ce qui a déjà été mis en évidence concernant les étrangers et étrangères originaires du Maghreb interrogés dans l'Enquête décennale santé 1991-1992 [1]. Ces points posent en amont la question des comportements de prévention des 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, plutôt dans une démarche curative que préventive [9;10]. Ces hypothèses que l'on ne peut vérifier avec l'enquête TeO invitent à développer des recherches sur les pratiques alimentaires et toxicologiques chez les migrants.

Références

- [1] Khat M, Sermet C, Laurier D. La morbidité dans les ménages originaires du Maghreb, sur la base de l'Enquête santé de l'Insee 1991-1992. Population. 1998;6:1155-84.
- [2] Jusot F, Silva J, Dourgnon P, Sermet C. État de santé des populations immigrées en France. Document de travail. Paris: Institut de recherche et documentation en économie de la santé; 2008. 22 p. Disponible à : <http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT14EtatSantePopulImmigrFrance.pdf>
- [3] Berchet C, Jusot F. Inégalités de santé liées à l'immigration et capital social : une analyse en décomposition. Économie publique. 2009;24-25(1-2):73-100.
- [4] Rubalcava LN, Teruel GM, Thomas D, Goldman N. The healthy migrant effect: new findings from the Mexican Family Life Survey. Am J Public Health. 2008;98(1):78-84.
- [5] Hamel C, Moisy M. L'expérience de la migration, santé perçue et renoncement aux soins. In: Beauchemin C, Hamel Ch, Simon P. Trajectoires et origines. Enquête sur la diversité des populations en France. Premiers résultats. Paris: Institut national d'études démographiques, Institut national de la statistique et des études économiques (coll. Documents de travail). 2010;(168):77-84.
- [6] Montaut A. Santé et recours aux soins des femmes et des hommes. Premiers résultats de l'enquête Handicap-Santé 2008. Paris: Direction de recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Études et Résultats. 2010;717:1-8.
- [7] Moguerou L, Brinbaum Y, Primon JL. Niveaux de diplômes des immigrés et de leurs descendants. In: Beauchemin C, Hamel Ch, Simon P. Trajectoires et origines. Enquête sur la diversité des populations en France. Premiers résultats. Paris: Institut national d'études démographiques, Institut national de la statistique et des études économiques (coll. Documents de travail). 2010;(168):39-45.
- [8] Lhommeau B, Meurs D, Primon JL. Situation par rapport au marché du travail des 18-50 ans selon l'origine et le sexe. In: Beauchemin C, Hamel Ch, Simon P. Trajectoires et origines. Enquête sur la diversité des populations en France. Premiers résultats. Paris: Institut national d'études démographiques, Institut national de la statistique et des études économiques (coll. Documents de travail). 2010;(168):55-62.
- [9] Dourgnon P, Jusot F, Sermet C, Sylva J. Le recours aux soins de ville des immigrés en France. Irdes. Questions d'économie de la santé. 2009;(146):1-6.
- [10] Jusot F, Or Z, Yilmaz E. Inégalités de recours aux soins en Europe. Quel rôle attribuable aux systèmes de santé ? Revue Économique. 2009;60(2):521-43.