

Le rôle de l'origine migratoire comme déterminant social de la santé

Pourquoi et comment étudier l'origine migratoire dans des travaux de santé publique ?

SOMMAIRE

POINTS CLÉS	2		
PRÉAMBULE	2		
INTRODUCTION	3		
1. DONNÉES DE CADRAGE	5		
Définitions	5		
Répartition de la population en France selon l'origine migratoire	6		
Comment évolue la population immigrée en France ?	7		
Où sont nés les immigrés vivant en France ?	7		
Les descendants d'immigrés de 2 ^e génération	8		
2. ARGUMENTAIRE SCIENTIFIQUE : POURQUOI S'INTÉRESSER À L'ORIGINE MIGRATOIRE DANS LES ENQUÊTES ET LES SYSTÈMES DE SURVEILLANCE SANITAIRE ?	8		
Un état de santé dégradé	8		
Un accès aux soins et à la prévention qui reste insuffisant	9		
		Des conditions de vie difficiles qui impactent la santé	9
		Des difficultés qui persistent chez les descendants d'immigrés	10
		3. EN PRATIQUE : QUELLE(S) QUESTION(S) POSER ?	11
		Pays de naissance	11
		Nationalité à la naissance et au moment de l'enquête	11
		Origines des ascendants	12
		Année d'arrivée en France	13
		Raison de la venue en France	13
		Situation administrative au regard du séjour	14
		Langue parlée en famille et maîtrise du français	15
		4. PERSPECTIVES	16

POINTS CLÉS

- L'origine migratoire est un **déterminant social majeur de la santé**. Elle concourt à la position sociale d'un individu et interagit avec les autres déterminants sociaux tels que le sexe, l'éducation, l'emploi et les ressources financières.
- En France, l'origine migratoire est **insuffisamment étudiée dans les travaux de santé publique au prisme des inégalités sociales de santé**.
- Pour caractériser l'origine migratoire, l'approche la plus commune, utilisée par la statistique publique en France, repose sur la **collecte de données objectives d'état civil, telles que la nationalité et le pays de naissance des personnes**, voire celles de leurs parents.
- La collecte de ces données dans les enquêtes en santé permet de **comparer la santé des Français avec celle des étrangers, des non-immigrés avec celle des immigrés**.
- Cette démarche permet d'appréhender dans quelle mesure l'origine migratoire peut être un facteur d'inégalités sociales de santé et en quoi elles peuvent être **liées aux inégalités d'accès aux différentes ressources (services de santé, logement, éducation, emploi, loisirs, services publics, espaces verts, etc.) et aux discriminations**.

PRÉAMBULE

Cette synthèse répond à l'objectif de Santé publique France de mieux documenter les déterminants sociaux de la santé, définis comme les « circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie » (1). Elle fait partie d'une collection de synthèses sur les déterminants sociaux de la santé élaborées par des groupes de travail transversaux à Santé publique France.

En 2008, la Commission des déterminants sociaux de la santé (CDSS) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a développé un modèle théorique visant à montrer comment les contextes politiques et socio-économiques donnent lieu à un ensemble de positions sociales, où les populations sont stratifiées en fonction du sexe, de l'origine « ethnique », de l'éducation, de la profession et des revenus (1). Ensemble, ces déterminants dits « structurels » façonnent à leur tour des déterminants spécifiques de l'état de santé dits « intermédiaires » qui renvoient aux conditions de vie matérielles (ex : conditions de logement et de travail, environnement physique...), aux facteurs biologiques et comportements individuels (ex : alimentation, activité physique, tabac, alcool...), aux facteurs psychosociaux (ex : stress, absence de soutien social) ainsi qu'à l'accès au système de santé. Les inégalités

sociales de santé (ISS) résultent d'une inégalité de distribution de l'ensemble de ces déterminants dans l'ensemble de la population.

L'origine « ethnique » est présentée selon Patrick Simon comme un concept « combinant une multiplicité de caractéristiques telles que le lieu de naissance, la langue, les « traits culturels », la religion, la « race », la nationalité, la couleur de peau, l'ascendance et, recouvrant tous ces attributs, le sens d'une appartenance commune » (2). La notion d'origine « migratoire » (l'Insee – Institut national de la statistique et des études économiques – parle aussi de « lien avec la migration ») est plus restreinte ; elle se limite à des variables d'état civil : pays de naissance de l'individu, de ses parents, voire de ses grands-parents, nationalité à la naissance pour les personnes naturalisées (3). Nous nous focaliserons dans cette synthèse sur **l'origine « migratoire »**.

Ce travail a pour objectif de comprendre l'importance de la prise en compte de l'origine migratoire dans la détermination des inégalités sociales de santé et de mettre à disposition différents indicateurs permettant de la documenter. Sans prétendre à l'exhaustivité, elle propose des pistes de réflexions pour mieux prendre en compte cette dimension dans des travaux de santé publique, que ce soit lors d'investigations, d'enquêtes en santé ou à partir des données issues de systèmes de surveillance épidémiologique.

INTRODUCTION

L'origine migratoire est reconnue de longue date comme un déterminant social de la santé (4). Elle concourt à la position sociale d'un individu et interagit avec les autres déterminants sociaux (ex : accès à l'éducation, à l'emploi, au logement, etc.) se traduisant parfois en inégalités socio-économiques et aboutissant, *in fine*, à un état de santé socialement différencié.

En France, les inégalités sociales de santé (ISS) sont essentiellement étudiées à travers le statut socio-économique (éducation, revenu, profession) ; elles prennent rarement en compte l'origine migratoire (5). Plusieurs raisons peuvent l'expliquer : l'attachement au modèle historique de l'universalisme républicain à la française, qui entend faire abstraction des différences d'origine dans un souci d'intégration et d'assimilation, la crainte d'un risque de stigmatisation à l'encontre de certains groupes et la méconnaissance des possibilités offertes par la loi de pouvoir traiter, sous certaines conditions, des données « sensibles » au sens de la Cnil (encadré 1) (6,7). L'origine migratoire reste donc insuffisamment étudiée dans les travaux de santé publique et quand elle l'est, elle est rarement mise en lien avec l'accès à

l'emploi, au logement ou à la santé, qui sont pourtant des facteurs intriqués permettant de mieux comprendre la complexité de l'articulation entre santé et origine migratoire (8).

Étudier le rôle de l'origine migratoire comme déterminant de santé requiert tout d'abord de la mesurer et de la catégoriser. L'approche la plus commune, utilisée par la statistique publique en France, est fondée sur des données objectives d'état civil, telles que la nationalité et le pays de naissance des personnes, de leurs parents, voire, plus exceptionnellement de leurs grands-parents (3). En France, le recensement de la population recueille, depuis plus d'un siècle, la nationalité et le pays de naissance (10,11). En 2003, à la suite de la directive Égalité de l'Union européenne (2000) visant à « lutter contre les discriminations fondées sur la race ou l'origine ethnique »¹, l'Insee a pu introduire le pays de naissance et la nationalité dans ses grandes enquêtes, dont l'enquête Emploi. La question sur le lieu de naissance des parents a été étendue au recensement de la population en 2025 (12). Ces variables permettent de rendre compte de la diversité de la population et de construire la catégorie « immigré », définie par le Haut Conseil à l'Intégration, comme une personne née étrangère à l'étranger et résidant en France pour une durée d'au

ENCADRÉ 1 : ASPECTS RÉGLEMENTAIRES

Selon les termes de l'article 6 de la loi modifiée du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés : « Il est interdit de traiter des données à caractère personnel qui révèlent la prétendue origine raciale ou l'origine ethnique, les opinions politiques, les convictions religieuses ou philosophiques ou l'appartenance syndicale d'une personne physique ou de traiter des données génétiques, des données biométriques aux fins d'identifier une personne physique de manière unique, des données concernant la santé ou des données concernant la vie sexuelle ou l'orientation sexuelle d'une personne physique ».

Toutefois, de nombreuses dérogations existent, énumérées à l'article 9 du Règlement général sur la protection des données (RGPD) (9). Le traitement de ces données, dites « sensibles », est autorisé notamment lorsqu'il :

- est effectué par une fondation, une association ou tout autre organisme à but non lucratif poursuivant un objectif politique, philosophique, religieux ou syndical ;
- est nécessaire à des fins archivistiques dans l'intérêt public, à des fins de recherche scientifique ou historique ou à des fins statistiques.

Une autorisation de la Cnil et de son comité consultatif est nécessaire ; elle est accordée en fonction de la pertinence du recueil, de la finalité de la recherche et de l'argumentaire scientifique présenté (5).

1. <https://eur-lex.europa.eu/FR/legal-content/summary/equal-treatment-irrespective-of-racial-or-ethnic-origin.html>

moins un an, qu'elle ait ou non acquis la nationalité française². Ainsi, la collecte de données d'état civil dans les enquêtes en santé permet de comparer la santé des Français avec celle des étrangers, des non-immigrés avec celle des immigrés. Elle peut aussi recueillir le pays de naissance et la nationalité des parents pour identifier ce que l'Insee appelle les « descendants d'immigrés » de première génération (3).

En ce qui concerne les systèmes de surveillance, à titre d'exemple, deux fiches de notification de maladies à déclaration obligatoire (MDO) (le VIH et la tuberculose), intègrent des variables liées à l'origine migratoire (le plus souvent le pays de naissance) depuis plus de vingt ans. Elles permettent ainsi de décrire les personnes infectées selon leur origine migratoire (13-16). Ces choix ont été justifiés, au moment de la création des registres, par des niveaux de prévalence élevés dans certains pays d'origine des immigrés et le risque de voir ces maladies importées en France par ces derniers. Cette lecture a été largement remise en question depuis, suite notamment à l'enquête Parcours qui a montré que près de la moitié des personnes infectées par le VIH l'avaient contracté en réalité après leur arrivée en France, en raison des conditions de vie dans les premières années de séjour (absence de titre de séjour, de logement, de ressources) (8,17).

Au-delà du statut migratoire d'une personne, d'autres catégorisations de l'origine existent, plus subjectives et hétérogènes selon les enquêtes et les pays, et qui renvoient notamment à l'auto-déclaration d'appartenance à un groupe « ethno-racial ». En Europe, seuls les recensements britannique et irlandais invitent les personnes à cocher les cases d'un référentiel ethno-racial, sur le modèle américain. Dans le reste de l'Europe, dont la France, elles sont autorisées pour des enquêtes de recherche uniquement, avec contrôle renforcé dans l'exploitation et la diffusion des résultats (3) (encadré 2).

ENCADRÉ 2: EXEMPLES D'ENQUÊTES EN FRANCE TENANT COMPTE DU CARACTÈRE SUBJECTIF DE L'ORIGINE

En France, les enquêtes Trajectoires et Origines (Teo1 en 2008-2009 et Teo2 en 2019-2020), portées par l'Ined (Institut national d'études démographiques) et l'Insee (Institut national de la statistique et des études économiques) comportent en sus de critères objectifs sur l'origine migratoire, des questions subjectives sur d'autres dimensions de l'origine et appartenances culturelles (lien avec le pays d'origine, relations transnationales, religion, langues, image de soi et regard des autres) ainsi que sur les discriminations. L'objectif de ces enquêtes était d'étudier l'impact des origines sur les conditions de vie et les trajectoires sociales, tout en prenant en considération les autres caractéristiques sociodémographiques que sont le milieu social, le quartier, l'âge, la génération, le sexe, le niveau d'études (18).

En 2016, le questionnaire de l'enquête du Défenseur des droits sur l'accès aux droits, comportait un volet conséquent permettant la collecte d'informations sur le profil social et démographique des personnes (âge, sexe, niveau de diplôme, lieu de résidence) mais aussi sur les caractéristiques susceptibles d'exposer les personnes à des différences de traitement (origine, orientation sexuelle, religion, santé, handicap) (19). Concernant l'origine, le questionnaire proposait de saisir les représentations de soi et celles expérimentées dans les relations sociales en demandant aux personnes si elles se considéraient elles-mêmes ou pensaient être considérées par les autres comme appartenant à un groupe minoritaire¹. La richesse du questionnaire a permis d'articuler les différentes dimensions productrices de discriminations et d'inégalités.

Cette démarche a été reprise dans le cadre de l'enquête Contexte des sexualités en France 2023 (CFS-2023) qui associe des mesures objectives de l'origine migratoire (recueil de la nationalité et du pays de naissance de la personne enquêtée et de ses parents) et les représentations perçues (soi et par les autres) (20). Les objectifs de l'enquête CFS-2023 étaient d'étudier la diversification des représentations, des pratiques et des trajectoires sexuelles en France, d'analyser l'effet des conditions de vie sur les trajectoires sexuelles, et d'analyser les relations positives et/ou négatives entre différentes dimensions de la sexualité et l'état de santé (santé mentale, maladies chroniques ou limitations fonctionnelles) à différents âges de la vie.

1. Les questions posées étaient les suivantes : « Pour conclure sur vos origines, comment pensez-vous que les autres vous voient ? Vous pouvez m'indiquer plusieurs réponses. Blanc ; Noir ; Arabe ; Asiatique ; Métis ; Maghrébin ; [Autre] [précisez] ; Vous ne vous reconnaissez pas dans ces catégories ; [refus] ; Ne sait pas. « Et vous-même, vous considérez-vous comme... Vous pouvez m'indiquer plusieurs réponses » [même liste de réponses].

2. L'information sur la nationalité à la naissance étant rarement disponible, l'Onu (Organisation des nations unies) adopte une définition plus large : est immigrée toute personne née dans un pays A et vivant durablement dans un pays B.

La présente synthèse est structurée en quatre parties :

- **1. Données de cadrage** : de nombreux termes intégrant une notion d'origine ou de migration cohabitent (ex : nationalité, immigrés, étrangers, réfugiés, migrants, etc.) ; il nous a donc semblé utile de revenir sur quelques éléments de cadrage (définition et quantification).
- **2. Argumentaire scientifique** : cette partie reprend les éléments de justification de l'importance de l'origine migratoire comme déterminant de santé et rappelle pourquoi elle doit être mieux prise en compte dans les enquêtes et les systèmes de surveillance épidémiologiques.
- **3. En pratique** : la troisième partie est d'ordre pratique et présente les questions les plus fréquemment posées dans les enquêtes (ex : enquêtes nationales de la statistique publique, systèmes de surveillance, etc.).
- **4. Perspectives** : la quatrième partie présente des éléments de discussion concernant la capacité à saisir l'origine migratoire comme un élément clé de la position sociale, susceptible de se traduire dans des inégalités sociales de santé.

1. DONNÉES DE CADRAGE

DÉFINITIONS

La **nationalité** est le lien juridique qui relie un individu à un État, concrétisé par la détention d'un passeport. De ce lien découlent les obligations des personnes qui possèdent la qualité de français, en contrepartie d'une série de droits politiques, civils et professionnels, ainsi que le bénéfice des libertés publiques. La nationalité française peut résulter d'une attribution par filiation (droit du sang) ou par la naissance en France (droit du sol) ou d'une acquisition à la suite d'événements personnels (mariage avec une personne française, par exemple) ou d'une décision des autorités françaises (naturalisation).

Un **étranger** est une personne qui réside en France et ne possède pas la **nationalité** française, soit qu'elle possède une autre nationalité (à titre exclusif), soit qu'elle n'en ait aucune (on parle alors d'une personne **apatride**). Les personnes de nationalité française possédant une autre nationalité (ou plusieurs) sont considérées en France comme françaises (21).

Un **immigré** est une personne née étrangère à l'étranger et résidant en France, selon la définition adoptée par le Haut Conseil à l'intégration. Les personnes nées françaises à l'étranger (comme les rapatriés) et vivant désormais en France ne sont donc pas comptabilisées. Certains immigrés ont pu devenir français, les autres restant étrangers. Les populations étrangère et immigrée ne se recoupent que partiellement : un immigré n'est pas nécessairement étranger et réciproquement, certains étrangers sont nés en France (essentiellement des mineurs). La qualité d'immigré est permanente : un individu continue à appartenir à la population immigrée même s'il devient français par acquisition. C'est le pays de naissance, et non la nationalité à la naissance, qui définit l'origine géographique d'un immigré (22).

Un **descendant d'immigré de 2^e génération** est une personne née en France ayant au moins un parent immigré. Cette définition ne comprend pas les personnes elles-mêmes immigrées, notamment celles qui ont migré lorsqu'elles étaient enfant avec leurs parents.

Un **descendant d'immigré de 3^e génération** est une personne née en France n'ayant pas de parent immigré mais au moins un grand-parent immigré.

Migrant est un terme générique non défini dans le droit international qui, reflétant l'usage commun, désigne toute personne qui quitte son lieu de résidence habituelle pour s'établir à titre temporaire ou permanent et pour diverses raisons, soit dans une autre région à l'intérieur d'un même pays, soit dans un autre pays, franchissant ainsi une frontière internationale ; on parle alors de migrant international (23).

D'autres termes intégrant une notion de migration tels que demandeur d'asile, réfugié ou mineur non accompagné, sont couramment utilisés. Leur usage

parfois indifférencié résulte de la fragmentation du statut administratif des personnes concernées (encadré 3).

RÉPARTITION DE LA POPULATION EN FRANCE SELON L'ORIGINE MIGRATOIRE

En 2024, 7,7 millions d'immigrés vivaient en France, soit 11,3 % de la population totale. Plus d'un tiers d'entre eux (2,6 millions, soit 34 %) ont acquis la nationalité française (27). C'est le cas d'environ 100 000 personnes chaque année (97 288 en 2023, 103 661 en 2024) (28).

Selon l'Insee, la population étrangère vivant en France s'élevait, en 2024, à 6 millions de personnes,

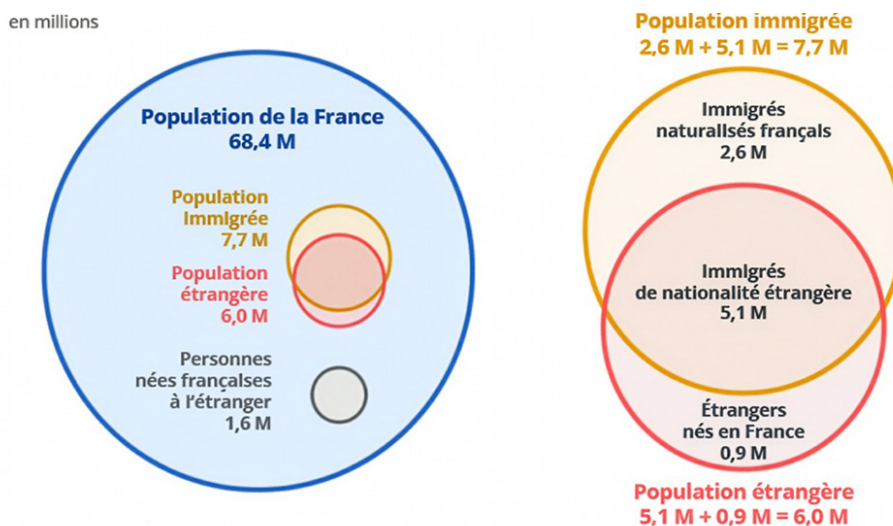
ENCADRÉ 3 : PERSONNES ÉLIGIBLES OU BÉNÉFICIAIRES D'UNE PROTECTION INTERNATIONALE

Un **demandeur d'asile** est une personne qui sollicite le statut de réfugié au titre de la Convention de Genève de 1951 ou une protection subsidiaire définie par la loi du pays. En France, les demandes sont traitées, en première instance, par l'Ofpra (Office français de protection des réfugiés et des apatrides) ou en cas de recours par la CNDA (Cour nationale du droit d'asile). Tout demandeur d'asile n'est pas nécessairement reconnu comme réfugié à l'issue du processus, mais tout réfugié a, dans un premier temps, été demandeur d'asile. En 2024, l'Ofpra a enregistré 153 275 demandes d'asile (dont 130 029 étaient des premières demandes, en augmentation de 4,8 % par rapport à 2023). L'Afghanistan demeurait, comme c'est le cas depuis 2018, le premier pays de provenance des demandeurs d'asile (12 378 premières demandes), devant l'Ukraine (11 814) et la Guinée (10 327). Venaient ensuite la République démocratique du Congo (9 481) et la Côte d'Ivoire (8 851). Les demandeurs d'asile étaient de sexe masculin à 56,6 % contre 61,5 % en 2023 et 64 % en 2022, traduisant la part croissante des demandes déposées par des personnes de sexe féminin. L'âge moyen des primo-demandeurs majeurs était de 33,8 ans (32,7 ans pour les hommes, 35,9 ans pour les femmes) (24).

Un **réfugié** est une personne à qui l'Ofpra ou la CNDA a reconnu la qualité de réfugié. En 2024, 70 284 personnes ont été nouvellement placées sous la protection de l'Ofpra, portant leur nombre à 663 241 personnes au 31 décembre 2024 (24). L'enquête Elipa 2 a documenté les processus d'insertion des immigrés en France ayant obtenu leur premier titre de séjour en 2018. Elle a montré que, par rapport aux autres primo-détenteurs d'un titre de séjour, les réfugiés étaient plus souvent des hommes (65 %), plus jeunes lors de leur arrivée en France, et ils venaient moins souvent de pays francophones. De plus, durant leurs premières années en France, leurs conditions de vie étaient plus difficiles, du fait du caractère souvent soudain et contraint de la migration, mais aussi de leurs caractéristiques sociodémographiques. Ainsi, ils étaient moins diplômés (43 % d'entre eux n'avaient aucun diplôme), rencontraient plus de difficultés avec la maîtrise de la langue française, l'accès à l'emploi, et faisaient face à des conditions d'emploi plus difficiles que les autres primo-détenteurs. Enfin, même si les réfugiés se déclaraient de manière générale en bonne santé, ils apparaissaient plus fragiles que les non-réfugiés en ce qui concerne la santé mentale (25).

Un **mineur non accompagné** (MNA, auparavant nommé mineur isolé étranger – MIE) est un enfant de moins de 18 ans, de nationalité – étrangère, arrivé sur le territoire français sans être accompagné par l'un ou l'autre des titulaires de l'autorité – parentale ou par un représentant légal. En 2024, selon la mission nationale mineurs non accompagnés du ministère de la Justice, ils étaient 13 554 (contre 19 370 en 2023, soit une diminution de près de 30 %). Les enfants âgés de plus de 16 ans représentaient environ 60 % des MNA. Après une augmentation tendancielle de la proportion de jeunes filles depuis 2015, l'année 2024 a été marquée par une stabilisation de cette proportion : 1 171 en 2024 (soit 8,6 % des MNA) contre 1 613 en 2023 (soit 8,3 % des MNA) et 1 012 en 2022 (6,8 %) et une augmentation du nombre de MNA d'origine malienne. Ainsi, en 2024, les MNA étaient majoritairement originaires de Guinée (27 %), du Mali (16,1 %), de Côte d'Ivoire (15,8 %) et de Tunisie (6,1 %) (26).

FIGURE 1 | **Décomposition de la population vivant en France selon le lieu de naissance et la nationalité en 2024 (27)**



Note : Données provisoires, issues d'estimations avancées de la population.

Lecture : Au 1^{er} janvier 2024, 5 139 000 immigrés de nationalité étrangère vivent en France.

Champ : Population vivant en France.

Source : Insee, estimations de population.

soit 8,8 % de la population totale. Elle se composait de 5,1 millions d'immigrés n'ayant pas acquis la nationalité française et de près de 0,9 million de personnes nées en France de nationalité étrangère (il s'agit, par exemple, d'enfants mineurs nés en France de parents étrangers) (27).

Selon Eurostat, en 2024, sur les 449,3 millions d'habitants des 27 pays de l'Union européenne (UE27), 43,0 millions étaient étrangers, soit 9,6 % de la population européenne. La part de personnes étrangères parmi l'ensemble de la population en France (8,8 %) est donc inférieure à la moyenne européenne. L'Allemagne est le pays où les étrangers sont les plus nombreux (10,6 millions, soit 14,5 % de sa population). Le Luxembourg est le pays de l'UE27 qui compte, proportionnellement, le plus d'étrangers, 47,2 % de sa population étant étrangère, devant Malte (28,1 %) et Chypre (24,0 %). Inversement, les étrangers représentent moins de 2 % de la population en Roumanie, en Pologne, en Slovaquie ou en Bulgarie (27).

COMMENT ÉVOLUE LA POPULATION IMMIGRÉE EN FRANCE ?

Selon les données du recensement, la population immigrée en France était plus importante, en effectif et en pourcentage de la population totale, en 2024

(11,3 %) qu'en 1946 (5,0 %), 1975 (7,4 %) ou encore 2010 (8,5 %). Entre le milieu des années 1940 et le milieu des années 1970, les flux d'immigration étaient majoritairement masculins, comblant les besoins de main-d'œuvre nés de la reconstruction d'après-guerre puis de la période des Trente Glorieuses. En 1974, dans un contexte économique dégradé, l'immigration de travail a été ralentie. Depuis cette date, la part des femmes parmi les flux d'immigration a crû, qu'il s'agisse de regroupement familial ou de migrations pour d'autres motifs (la recherche de sécurité et de protection, l'amélioration des droits et des conditions de vie, l'opportunité de suivre des études, et de trouver un emploi, etc.) (27). En 2023, 52 % des immigrés vivant en France étaient des femmes, contre 44 % en 1975 et 45 % en 1946. Toutefois, bien que les femmes demeurent majoritaires parmi les nouveaux immigrés, leur part diminue ces dernières années (22).

OÙ SONT NÉS LES IMMIGRÉS VIVANT EN FRANCE ?

En 2024, 46 % des immigrés vivant en France sont nés en Afrique, 35 % étaient nés en Europe (dont 26 % hors pays de l'Union européenne), et 13 % étaient nés en Asie (27). En 2023, les pays de naissance les plus fréquents des immigrés étaient l'Algérie (12,2 %), le

Maroc (11,7 %), le Portugal (7,9 %), la Tunisie (4,8 %), l'Italie (3,9 %), la Turquie (3,3 %) et l'Espagne (3,2 %). Près de la moitié des immigrés étaient originaires d'un de ces sept pays (47 %) [22].

LES DESCENDANTS D'IMMIGRÉS DE 2^E GÉNÉRATION

En 2023, 12,1 % des personnes vivant en logement ordinaire³ en France hors Mayotte, soit 8 millions de personnes, étaient des descendants d'immigrés de deuxième génération. Plus d'un quart de la population vivant en France a donc une origine migratoire. Nés en France, les descendants d'immigrés n'ont pas connu eux-mêmes la migration, mais au moins un de leurs parents est lui-même immigré. Parmi les descendants d'immigrés de deuxième génération, 56 % n'ont qu'un seul parent immigré, tandis que 43 % en ont deux. Lorsque les deux parents ont immigré, ils sont nés dans le même pays dans 9 cas sur 10. Près de la moitié (45,5 %) étaient originaires d'Afrique et 37,3 % d'Europe [22].

2. ARGUMENTAIRE SCIENTIFIQUE : POURQUOI S'INTÉRESSER À L'ORIGINE MIGRATOIRE DANS LES ENQUÊTES ET LES SYSTÈMES DE SURVEILLANCE SANITAIRE ?

Décrire des indicateurs de santé selon l'origine migratoire peut permettre la mise en évidence des disparités de santé entre les différents groupes, par exemple entre populations immigrée et non-immigrée. Cette démarche permet d'appréhender dans quelle mesure l'origine migratoire peut être un facteur d'inégalités sociales de santé et en quoi elles peuvent être liées aux inégalités d'accès aux différentes ressources (services de santé, logement, éducation, emploi, loisirs, services publics, espaces verts, etc.) et aux discriminations.

UN ÉTAT DE SANTÉ DÉGRADÉ

Dans le champ des recherches sur la santé des immigrés, les premiers travaux dans les années quatre-vingt montrent que les immigrés ont un meilleur état de santé à leur arrivée en France par rapport aux natifs. Ce phénomène est expliqué en partie par un effet de sélection, ce sont les personnes en bonne santé qui migrent (healthy migrant effect) et par un effet protecteur de certaines habitudes de vie, meilleures pour la santé (ex : alimentation, consommation moindre d'alcool) [8]. Cependant à partir des années 2000, diverses enquêtes nationales ont montré que l'état de santé général des personnes immigrées était globalement moins bon comparativement au reste de la population [29].

Globalement, les données de l'Enquête santé européenne 2019 (EHIS) montraient que les prévalences d'un mauvais ou très mauvais état de santé perçu, du surpoids, de l'obésité, et des syndromes dépressifs étaient plus élevées chez les personnes immigrées par rapport aux personnes non immigrées [22]. En revanche la population immigrée se distinguait par de plus faibles consommations d'alcool et de tabac que le reste de la population [22,30].

Des différences sont observées entre les sexes, mais aussi entre certains groupes d'immigrés. Chez les femmes, les écarts entre la population immigrée et la population non immigrée étaient plus marqués que chez les hommes, notamment pour les indicateurs de

3. Selon l'Insee : ensemble des personnes qui partagent la même résidence principale sans qu'elles soient nécessairement unies par des liens de parenté. Les personnes résidant en collectivité (foyers de travailleurs, maisons de retraite, résidences universitaires, maisons de détention...) sont considérées comme vivant « hors ménages ordinaires ».

l'état de santé perçu et de l'obésité. En 2019, 60 % des femmes immigrées se déclaraient en bonne ou très bonne santé générale, tandis que 11 % déclaraient être en mauvaise ou très mauvaise santé, contre respectivement 71 % et 7 % des femmes ni immigrées ni descendantes d'immigrés. Chez les hommes, ces proportions étaient de 66 % et 10 %, contre 74 % et 7 % respectivement [22]. Par ailleurs, 51 % des femmes immigrées étaient en surpoids ou obèses, contre 40 % des femmes ni immigrées ni descendantes d'immigrés et 38 % des descendantes d'immigrés. Chez les hommes, ces proportions étaient respectivement de 57 %, 49 % et 47 % [22]. Khlal et al. ont montré également que les femmes immigrées d'Afrique subsaharienne et du Maghreb déclaraient un état de santé significativement moins bon que les femmes non immigrées [30]. De même, la prévalence de l'obésité était plus élevée chez les femmes immigrées d'Afrique subsaharienne et celle du diabète de type 2 plus importante pour les femmes immigrées d'Afrique du Nord comparées aux femmes non immigrées [30,31].

Concernant la santé périnatale, les recherches qui ont comparé les femmes enceintes selon leur origine migratoire ont mis en évidence que les femmes immigrées avaient des comportements plus favorables à la santé (consommation de tabac et alcool moindre) mais une santé physique plus défavorable (surpoids, obésité et diabète gestationnel plus élevé) [32] et des taux de mortalité maternelle plus importants comparativement aux femmes natives [33]. Un risque de mortalité infantile était également plus important parmi les enfants dont au moins un des parents était né en Europe de l'Est, en Afrique du Nord, en Afrique de l'Ouest, dans un autre pays d'Afrique subsaharienne ou en Amérique, comparativement aux enfants nés de deux parents français [34].

UN ACCÈS AUX SOINS ET À LA PRÉVENTION QUI RESTE INSUFFISANT

En ce qui concerne l'accès aux soins et à la prévention, plusieurs barrières peuvent être évoquées : des raisons financières, une certaine méconnaissance et complexité du parcours administratif français en matière de protection médicale, des difficultés liées à la maîtrise de la langue française, un faible niveau d'information sur les maladies à prévention vaccinale, une perception des risques sous-évaluée, des

discriminations [35,36]. À titre illustratif, une étude menée à partir des données de la cohorte Constance a montré que les femmes immigrées de première ou seconde génération étaient à la fois moins dépistées pour le cancer du col de l'utérus et soumises à un gradient économique plus défavorable que les femmes françaises nées de parents français [37]. En ce qui concerne plus particulièrement les enfants, une étude menée par l'Observatoire du Samu social de Paris a montré que la couverture vaccinale des enfants sans domicile nés en France était élevée (> 90 % à 24 mois pour la plupart des vaccins) et similaire aux niveaux observés dans la population générale, alors que celle des enfants nés hors de France restait faible (< 50 % à 24 mois pour tous les vaccins). Les facteurs significativement associés à une couverture insuffisante chez les enfants nés hors de France étaient l'âge, des parents ayant des difficultés à parler français et le fait d'avoir changé de résidence au moins deux fois au cours de l'année [38,39]. Selon l'enquête EHIS en 2019, les consommations de soins des personnes immigrées étaient proches de celles des non-immigrés. En revanche, elles avaient davantage recours aux services hospitaliers tout en ayant un accès plus limité aux consultations de spécialistes (dentistes, orthodontistes, kinésithérapeutes...) [22].

En outre, d'autres études montrent que l'état de santé des immigrés tend à se détériorer à mesure que leur durée de résidence s'accroît sur le territoire français [35,40]. Cet effet d'usure est expliqué, en grande partie, par leurs conditions de vie et par une assimilation de comportements défavorables à la santé comme le montrent en particulier des travaux portant sur la consommation de tabac [41,42].

DES CONDITIONS DE VIE DIFFICILES QUI IMPACTENT LA SANTÉ

En 2021, les personnes immigrées avaient un niveau de vie moyen inférieur de 26 % à celui des personnes non-immigrées. Les immigrés originaires d'Afrique, qui représentaient un peu moins de la moitié de la population immigrée, disposaient du niveau de vie moyen le plus faible : il était inférieur de 23 % à celui des immigrés européens et de 30 % à celui des non-immigrés. Les personnes immigrées étaient davantage exposées à la pauvreté : leur taux de pauvreté était de 30,6 %, contre 12,7 % pour les personnes non immigrées. Les immigrés représentaient 10 % de

l'ensemble de la population mais 21 % des personnes pauvres (43).

Des facteurs structurels expliquent cette situation : les personnes immigrées sont plus jeunes, moins diplômées et occupent des emplois moins qualifiés, ce qui se traduit par des revenus d'activité inférieurs à ceux des personnes non immigrées. Elles sont également plus souvent au chômage : 7 % en moyenne, contre 3 % pour les non-immigrés (43). Une étude du ministère du Travail souligne également la segmentation du marché du travail français, où les personnes immigrées sont surreprésentées dans des métiers dits « en tension », souvent caractérisés par des conditions de travail pénibles, les exposant à davantage de risques pour la santé (44). D'après l'enquête « Conditions de travail-risques psychosociaux 2016 » (CT-RPS 2016), la prévalence du *job strain* – indicateur de risques psychosociaux lié à une forte pression au travail combinée à une faible autonomie – est plus élevée parmi les personnes immigrées, notamment celles originaires d'Afrique (44 %) et leurs descendants (36 %) que parmi les personnes sans ascendance migratoire (32 %) (45). Surreprésentés dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV), les immigrés habitent également plus souvent dans un logement sur-occupé (26 % vs 8 % pour les non-immigrés en 2020) (46). Cette surreprésentation est en partie liée à la complexité des parcours d'accès aux droits dans les situations de migration, à une précarité accrue face au marché de l'emploi, à des tailles de ménages plus importantes que la moyenne et enfin à des discriminations dans l'accès au logement (47).

Ce sont ces conditions de vie associées à des difficultés de recours aux soins qui ont été mises en avant pour expliquer par exemple la surexposition des populations immigrées au virus SARS-Cov-2 et leur surmortalité lors de la première vague épidémique de Covid-19 au printemps 2020 (48-50). Au sein de la tranche d'âge 40-69 ans, les taux de mortalité en excès étaient, dans les régions les plus touchées par la pandémie (Grand Est et Île-de-France), 8 à 9 fois plus élevés pour les immigrés d'Afrique subsaharienne et 3 à 4 fois pour ceux originaires d'Afrique du Nord, d'Amérique et d'Asie ou d'Océanie que pour les populations nées en France (51).

DES DIFFICULTÉS QUI PERSISTENT CHEZ LES DESCENDANTS D'IMMIGRÉS

La situation de la deuxième génération d'immigrés, en termes de niveaux d'études, d'emplois occupés sur le marché du travail, ou bien encore d'état de santé, est plus proche de celle des personnes sans lien direct à la migration que celle des immigrés de première génération. Cette amélioration globale de la situation sociale d'une génération à l'autre, s'observe pour toutes les origines, toutefois elle reste moins marquée pour les personnes d'origine non européenne (46).

Concernant l'accès à l'emploi et au logement, des inégalités subsistent. Selon l'Insee, en 2021, les taux d'activité étaient plus faibles (67 %) et les taux de chômage plus élevés (12 %) pour les descendants d'immigrés que pour l'ensemble de la population (respectivement 73 % et 8 %). De même, les conditions de logement des descendants d'immigrés demeuraient un peu moins favorables que celles des personnes sans lien à la migration. Par exemple, 55 % des descendants de deux parents immigrés de 40 à 59 ans et 63 % des descendants d'un seul parent immigré vivaient dans un ménage propriétaire de son logement, contre 69 % des personnes sans ascendance migratoire directe (46).

Le ressenti de discrimination persistait également chez les descendants d'immigrés, puisque selon l'enquête Trajectoires et Origines 2 (2019-2020), ces derniers déclaraient autant de discriminations toutes origines confondues que les immigrés (25 % et 24 % respectivement). Les tendances s'inversaient selon le pays d'origine, puisque les descendants d'immigrés d'origine européenne étaient moins nombreux à rapporter des expériences de discrimination que les immigrés des mêmes origines (13 % et 19 %), alors que les descendants d'immigrés d'origine asiatique et africaine déclaraient plus souvent avoir connu des discriminations que la première génération (34 % contre 26 %) (52).

3. EN PRATIQUE : QUELLE(S) QUESTION(S) POSER ?

Dès 1991, l'Insee, l'Ined et le HCl (Haut Conseil à l'intégration) ont officialisé l'usage de la catégorie « immigré » afin d'améliorer la connaissance statistique du phénomène migratoire (53). À ce titre, parmi l'ensemble des variables présentées, certaines sont incontournables pour documenter l'origine migratoire d'un individu : le **pays de naissance** et la **nationalité à la naissance et au moment de l'enquête**. D'autres variables sont à considérer dans les enquêtes en santé selon la question/pathologie que l'on étudie. Nous avons choisi de présenter, autant que possible, des exemples de questions issues des grandes enquêtes de la statistique publique afin de permettre des comparaisons nationales (ex : recensement de la population (Insee) ; Baromètre de Santé publique France ; Trajectoire et Origine (Insee et Ined)).

PAYS DE NAISSANCE

Intérêt : variable relativement simple à collecter dans les enquêtes en santé, y compris dans les systèmes de surveillance. Pour certaines pathologies, le pays de naissance est pertinent à recueillir comme critère d'exposition. Le pays de naissance est actuellement collecté dans les systèmes de surveillance des maladies obligatoires pour le VIH et de la tuberculose.

Limite : seule, cette variable est peu informative du parcours migratoire. C'est pourquoi elle est généralement complétée par d'autres informations comme l'âge d'arrivée en France ou la nationalité à la naissance et au moment de l'enquête afin de pouvoir construire la catégorie « immigré » (cf. ci-après). À noter qu'une personne née hors de France n'est pas automatiquement de nationalité étrangère (ex : rapatrié, enfant d'expatrié) et une personne née en France n'est pas automatiquement de nationalité française (ex : mineur né de parents étrangers).

Formulation de questions utilisées dans le Baromètre de Santé publique France 2024

La question est posée en deux temps :

Où êtes-vous né(e) ?

1. En France hexagonale
2. Dans un département et région d'outre-mer (DROM) ou une collectivité d'outre-mer (COM)
3. À l'étranger
4. Vous ne souhaitez pas répondre

SI NÉ(E) À L'ÉTRANGER

Dans quel pays êtes-vous né(e) ?

[MISE À DISPOSITION D'UN MENU DÉROULANT]

Autre formulation couramment utilisée (en une seule question) :

Quel est votre pays de naissance ?

[MISE À DISPOSITION D'UN MENU DÉROULANT]

NATIONALITÉ À LA NAISSANCE ET AU MOMENT DE L'ENQUÊTE

Intérêt : en complément de l'information sur le pays de naissance, la nationalité à la naissance et au moment de l'enquête est nécessaire pour construire les catégories « non immigré » et « immigré » (personne née étrangère à l'étranger). Lorsque la personne est née à l'étranger et que le pays de naissance est renseigné précisément, la catégorie « immigré » peut être affinée.

Limite : la nationalité pouvant évoluer au cours d'une vie, la nationalité au moment de l'enquête est recueillie afin de pouvoir identifier la population étrangère et ainsi distinguer les nationaux des étrangers. Le droit à la nationalité variant d'un pays à l'autre, ce seul critère juridique ne permet pas des comparaisons internationales. Par ailleurs, il arrive fréquemment que les effectifs ne permettent pas de distinguer des catégories aussi détaillées qu'on le souhaiterait, parfois moins évidentes à interpréter.

Formulation de questions utilisées dans l'Insee

Quelle est votre nationalité ?

1. Française
 - Vous êtes né(e) français(e)
 - Vous êtes devenu(e) français(e) (par exemple par naturalisation, déclaration, à votre majorité)
 - o Indiquer votre nationalité à la naissance : _____
2. Étrangère
 - Indiquer votre nationalité : _____

Formulation de question utilisée dans l'enquête EpiCov⁴

Quelle est votre nationalité ?

Plusieurs réponses possibles

1. Vous êtes né(e) français(e)
2. Vous êtes devenu(e) français(e) (par exemple : par naturalisation, par déclaration, à votre majorité)
3. Étrangère
4. Vous ne souhaitez pas répondre

Ci-dessous est présentée la construction d'une variable binaire « Non immigré/immigré » à partir du pays de naissance et de la nationalité :

Pays de naissance	Nationalité	Variable binaire
France métropolitaine ou DROM/COM	Française de naissance	Non immigré
France métropolitaine ou DROM/COM	Française par acquisition	Non immigré
France métropolitaine ou DROM/COM	Étrangère	Non immigré
Pays étranger	Française de naissance	Non immigré
Pays étranger	Française par acquisition	Immigré
Pays étranger	Étrangère	Immigré

Il est ensuite possible de détailler la catégorie « immigré » selon le pays de naissance. Les pays de naissance sont fréquemment regroupés par grandes régions du monde (ex : Europe du Nord ou de l'Ouest, Europe du Sud, Europe de l'Est, Afrique du Nord, Afrique subsaharienne, Amériques, Asie et Océanie). Cependant, d'autres regroupements peuvent être envisagés en fonction des effectifs et de la question de recherche que l'on se pose. À ce titre l'exemple de l'enquête EpiCov est intéressant, puisqu'à partir du même jeu de questions, et au sein de la même enquête, différents regroupements ont été choisis.

Exemple n° 1 : Regroupement utilisé dans une étude sur le recours à la vaccination contre le Covid-19 à partir de l'enquête EpiCov (54)

Origine migratoire :

1. Ni immigrés ou descendants d'immigrés ni natifs ou descendants de DROM
2. Natifs ou descendants de DROM
3. Descendants d'immigrés – Union européenne (UE)
4. Descendants d'immigrés – hors UE
5. Immigrés UE
6. Immigrés hors UE

Dans l'exemple ci-dessus, les immigrés originaires de l'UE ont été regroupés en supposant que leur situation sociale est plus proche de celle de la population majoritaire (non immigrés ou descendants d'immigrés ni natifs ou descendants de DROM) par rapport aux immigrés hors UE.

4. « Épidémiologie et Conditions de vie » est une grande enquête française lancée en 2020, pendant la pandémie de Covid-19. Elle a été conçue par l'Inserm et la Drees, avec l'appui de l'Insee et de Santé publique France, pour mesurer la propagation du virus et évaluer l'impact de la crise sanitaire sur les conditions de vie de la population.

Exemple n° 2 : Regroupement utilisé dans une étude descriptive sur la séroprévalence contre le SARS-CoV-2 à partir de l'enquête EpiCov (55)

Origine migratoire :

1. Non immigré
2. Immigré d'origine européenne
3. Immigré d'origine africaine
4. Immigré Asie, Océanie, Amérique
5. Descendant d'immigré d'origine européenne
6. Descendant d'immigré d'origine africaine
7. Descendant d'immigré Asie, Océanie, Amérique

Dans cet exemple, le regroupement a été motivé par le fait que les immigrés issus des anciennes colonies (Afrique du Nord et subsaharienne) sont plus souvent dans des ménages modestes et résident dans des zones à forte densité d'habitation comparativement à la population non immigrée ou immigrée d'origine européenne. Par ailleurs, les études sur la segmentation du marché du travail en France montrent qu'ils sont également surreprésentés dans certains secteurs qualifiés de « première ligne » face à l'exposition au SARS-CoV-2 (ex : aide à domicile, nettoyage etc.). Ces deux dimensions avaient été identifiées comme des facteurs d'exposition au SARS-CoV-2.

ORIGINES DES ASCENDANTS

Intérêt : à travers la collecte de la nationalité et du pays de naissance de la personne et de ses parents (père et mère), il est possible d'apporter des éléments de connaissance sur les descendants d'immigrés (personnes nées en France et ayant au moins un parent immigré) et ainsi d'étudier les inégalités spécifiques qui les concernent d'un point de vue social ou sanitaire.

Limite : cela augmente le temps de passation du questionnaire et les informations ne sont pas toujours connues du répondant. Dans le cas où seul le lieu de naissance des parents est collecté, il n'est pas possible de reconstituer stricto sensu la catégorie « descendants d'immigré ».

Formulation de questions utilisées dans le Baromètre de Santé publique France 2024

Où est né(e) votre père/mère ?

1. En France hexagonale
2. Dans un DROM ou une COM
3. À l'étranger
4. Vous ne savez pas
5. Vous ne souhaitez pas répondre

Quelle est ou était la nationalité de votre père/mère ?

1. Français(e) de naissance
2. Français(e) par acquisition (par exemple : naturalisation, par déclaration, à votre majorité)
3. Étranger(e)
4. Vous ne savez pas
5. Vous ne souhaitez pas répondre

Formulation de questions utilisées dans l'Insee en 2025

Où sont nés vos parents ?

PARENT 1

1. En France (y compris outre-mer)
2. À l'étranger
3. Je ne sais pas
4. Je ne souhaite pas répondre

PARENT 2

1. En France (y compris outre-mer)
2. À l'étranger
3. Je ne sais pas
4. Je ne souhaite pas répondre

Formulation de question utilisée dans l'enquête VacciCol

Vous avez :

1. Deux parents nés à l'étranger
2. Un parent né à l'étranger
3. Aucun parent né à l'étranger

Attention, dans ces deux derniers exemples, il n'est pas possible de reconstituer la catégorie « descendants d'immigré » stricto sensu.

ANNÉE D'ARRIVÉE EN FRANCE

Intérêt : l'année d'arrivée permet de connaître l'ancienneté de la migration qui est une information intéressante à plusieurs titres. Elle permet, par exemple, de caractériser une durée d'exposition dans le pays d'origine (avant la migration) ou au contraire dans le pays d'accueil (depuis l'arrivée). Dans le champ de la sociologie, elle permet d'étudier les phénomènes de socialisation, c'est-à-dire le processus par lequel les individus intériorisent les normes et les valeurs de la société dans laquelle ils évoluent (56). Ce processus se traduit généralement par un phénomène de convergence des comportements des immigrés vers les comportements de la société d'accueil. Ainsi, par exemple, il a été démontré que pour les immigrés d'Afrique subsaharienne qui sont arrivés avant l'âge de 10 ans, les modalités d'entrée dans la sexualité étaient proches de celles de la population non immigrée, en termes d'âge et de comportements de protection vis à vis de la santé tandis que les personnes qui avaient eu leur premier rapport sexuel avant leur venue en France s'inscrivaient dans un calendrier d'entrée dans la sexualité adulte plus précoce et dans des stratégies de moindre protection (57).

Limite : le recueil de cette variable peut être rendu compliqué par les parcours migratoires alternant une succession de séjours plus ou moins longs. Le HCSP (Haut Conseil de la santé publique) propose, dans le cas où il n'est pas possible de renseigner l'ensemble du parcours migratoire, d'interroger l'année (ou l'âge) de la première arrivée en France et/ou la durée cumulée de vie passée en France.

Formulation de questions utilisées dans le recensement, le Baromètre de Santé publique France, l'Enquête nationale périnatale, Esteban

SI NÉ(E) À L'ÉTRANGER

En quelle année êtes-vous arrivé(e) en France ?

OU

À quel âge êtes-vous arrivé(e) en France ?

Selon les contextes, il peut être intéressant de recueillir le mois.

RAISON DE LA VENUE EN FRANCE

Intérêt: information qui éclaire le contexte migratoire. Les raisons de venue en France ont évolué au cours du temps. En 2024, selon le ministère de l'Intérieur, les migrations pour raison économique, prédominantes jusqu'au milieu des années soixante-dix, ne représentent plus que 17 % des motifs de primo-dé-livrances des titres de séjour. Le motif principal est celui des études (32 %) suivi du motif familial (27 %). Le motif humanitaire (16 %) connaît une augmentation importante ces dernières années du fait des crises internationales. La raison de la migration est aussi un marqueur du parcours d'insertion à venir (accès au travail, au logement...) plus aisé dans le cadre d'un rapprochement familial que dans celui d'une demande d'asile.

Limite: variable généralement recueillie dans le cadre d'enquêtes spécifiques réalisées auprès de la population immigrée ou dans des enquêtes en population générale avec des tailles d'échantillon importantes. Le recueil de cette variable peut être rendu compliqué par les parcours migratoires alternant une succession de séjours plus ou moins longs. Les raisons peuvent également être multiples, c'est pourquoi la raison principale est parfois privilégiée.

Formulation de question utilisée dans l'enquête Parcours 2012-2013

Pourquoi êtes-vous venu(e) en France (à ce moment-là) ?

Plusieurs réponses possibles

1. Rejoindre un(e) conjoint(e) ou un(e) fiancé(e)
2. Rejoindre vos enfants
3. Rejoindre un autre membre de la famille (hors conjoint et enfants)
4. Pour vous marier
5. Étudier
6. Chercher un travail
7. Prendre un emploi déjà identifié
8. Tenter votre chance
9. Vous étiez menacé(e) dans votre pays
10. Pour raisons médicales
11. Parce que vous êtes venu(e) avec vos parents
12. Pour une autre raison
13. Ne sait pas/Non réponse

Formulation de question utilisée dans l'enquête Sans Domicile 2025

Pour quelle(s) raison(s) avez-vous quitté votre pays d'origine ?

Plusieurs réponses possibles

1. Pour faire des études ou suivre une formation
2. Pour échapper à l'insécurité, à une guerre ou des troubles politiques
3. Pour fuir la sécheresse, des inondations ou pour toute autre raison climatique
4. Pour fuir des violences (excision des jeunes filles, mariage forcé) ou des persécutions (ethnie, religion, orientation sexuelle, identité de genre)
5. Pour trouver un travail, améliorer vos conditions de vie ou celles de votre famille
6. Pour accompagner ou rejoindre votre conjoint ou un membre de votre famille
7. Pour des raisons médicales
8. Pour une autre raison

SITUATION ADMINISTRATIVE AU REGARD DU SÉJOUR

Intérêt : la situation administrative permet de distinguer les personnes ayant un titre de séjour régulier et les personnes dont le séjour est irrégulier mais également d'identifier les situations de précarité administrative. Ces différentes situations ont un impact sur l'accès et le recours aux soins.

Limite : variable à recueillir dans le cadre d'enquêtes spécifiques réalisées auprès de la population immigrée ou dans des enquêtes en population générale avec des tailles d'échantillon importantes. Cette question mesure la situation au moment de l'enquête alors que la situation administrative évolue au cours de l'histoire migratoire. Dans l'enquête TeO2 qui a porté sur un large échantillon d'immigrés vivant en France en 2019-2020, un sur cinq a été sans papiers à un moment de son séjour en France [58]. Cette variable ne concerne pas les mineurs.

Formulation de question utilisée dans l'enquête EpiCov

La situation administrative des personnes peut avoir un impact sur leur vie quotidienne et leur accès au système de santé. Pouvez-vous nous dire quelle est votre situation actuelle ?

1. Vous avez un titre de séjour de moins de dix ans
2. Vous avez une carte de dix ans ou plus
3. Vous n'avez pas besoin de titre de séjour
4. Vos démarches sont en cours (autorisation provisoire, récépissé, attestation...)
5. Autre
6. Vous ne savez pas
7. Vous ne voulez pas répondre

Formulation de question utilisée dans l'étude ProSanté (auprès de personnes en situation de prostitution)

Pour les personnes de nationalité étrangère, vous avez ?

1. Une carte de résident
2. Une carte de séjour temporaire (CST)
3. Un visa touristique de courte ou longue durée en cours de validité
4. Une autorisation provisoire de séjour (APS)
5. Un récépissé de demande de carte de séjour
6. Vous êtes en attente de régularisation
7. Un récépissé de demande d'asile
8. Un statut d'UE
9. Aucun titre et aucune demande de régularisation en cours
10. Autre, préciser : _____
11. Refus de réponse

ENCADRÉ 4 : TITRES DE SÉJOUR ET DOCUMENTS ASSOCIÉS

Carte de résident : d'une durée de dix ans, ce titre de séjour peut être obtenu de manière automatique sous certaines conditions (parent d'enfant français, conjoint de Français, réfugié statutaire, etc.) ou de manière discrétionnaire (au cas par cas). Depuis 2007, une personne titulaire d'une carte de résident de dix ans arrivant à échéance peut demander une carte de résident permanent qui permet de résider en France de manière inconditionnelle et pour une durée indéterminée.

Carte de séjour temporaire (CST) : titre de séjour qui permet à son titulaire de séjourner sur le territoire français pour une durée déterminée. En général, une carte de séjour temporaire a une durée de validité d'un an et peut être renouvelée. Toutes les cartes de séjour temporaire portent une mention qui correspond au motif de délivrance. Exemple : la carte de séjour temporaire mention « vie privée et familiale », qui est délivrée pour des motifs familiaux. Certaines d'entre elles permettent de travailler.

Récépissé de demande de carte de séjour : document délivré lors d'une demande de carte de séjour. Valable maximum six mois, il permet de séjourner régulièrement sur le territoire et selon les cas de travailler.

Autorisation provisoire de séjour (APS) : document qui permet à un étranger de rester en France temporairement et pour une raison spécifique, sans avoir besoin d'un visa ou d'une carte de séjour. Il y a différents types d'autorisation selon la situation de la personne : pour les étudiants qui cherchent un emploi ou qui désirent créer leur entreprise, pour les parents qui accompagnent un enfant dont l'état de santé nécessite urgemment des soins médicaux, pour les personnes étrangères qui sont victimes de la prostitution et qui aspirent à en sortir, pour les étrangers qui veulent faire du volontariat en France.

LANGUE PARLÉE EN FAMILLE ET MAÎTRISE DU FRANÇAIS

Intérêt : Ces variables peuvent être utilisées comme proxy du pays de naissance des individus enquêtés ou de leurs ascendants. En effet, la grande majorité des immigrés n'ont pas été élevés exclusivement en français et continuent à utiliser leur langue maternelle étrangère à l'âge adulte avec des membres de leur entourage (famille vivant en France et voisinage).

Limite : cette variable, seule, est assez imprécise. Ces questions sont, le plus souvent, posées dans le cadre d'enquêtes spécifiques comme l'enquête Trajectoires et Origines de l'Ined et de l'Insee.

Formulation de questions utilisées dans l'enquête KABP DFA 2011-2012 et le Baromètre Santé DOM 2014

Quelle langue parlez-vous le plus souvent en famille ?

Formulations utilisées dans l'enquête Trajectoire et Origines (TeO)

Quelles sont la ou les langues que vous parliez votre mère/père quand vous étiez enfant ?

Deux réponses possibles

Quelles sont la ou les langues que vous parlez avec votre conjoint ?

Deux réponses possibles

Lorsque vous êtes arrivé en France, quelle connaissance aviez-vous du français pour... ?

Réponses possibles pour chaque item : Très bien, Bien, Un peu, Pas du tout, Ne sait pas

1. Comprendre
2. Lire
3. Écrire
4. Parler

Et aujourd'hui, quelle connaissance avez-vous du français pour ?

Réponses possibles pour chaque item : Très bien, Bien, Un peu, Pas du tout, Ne sait pas

1. Comprendre
2. Lire
3. Écrire
4. Parler

4. PERSPECTIVES

L'enjeu stratégique sur les inégalités sociales de santé et ce travail spécifique sur l'origine migratoire doivent permettre d'outiller les utilisateurs et favoriser une collecte harmonisée des données relatives à ce déterminant social dans les enquêtes, notamment de santé publique. En effet, un recensement des indicateurs liés à l'origine migratoire dans les travaux de Santé publique France a montré, que non seulement l'origine migratoire n'était pas systématiquement recueillie mais que lorsqu'elle l'était, les modalités de la nationalité n'étaient pas toujours assez détaillées pour permettre la construction des catégories immigrés/non immigrés. De plus, la durée de résidence et le statut administratif étaient rarement renseignés, alors que ces variables ont un effet propre sur la santé. Cette synthèse doit désormais permettre un recueil plus standardisé, ce qui rendra possible les comparaisons avec d'autres enquêtes et en particulier avec celles de l'Insee.

Toutefois, la seule mesure objective de la nationalité et du pays de naissance présente des limites. La principale est que cette approche ne prend pas en compte les dimensions subjectives de l'origine migratoire, pourtant essentielles pour saisir complètement l'origine migratoire comme un statut social hiérarchisé, susceptible de se traduire dans des inégalités sociales de santé (59). En effet, depuis les années 1990, la question des discriminations liées à l'origine migratoire et leur impact sur la santé s'est développée. Il s'agit d'une dimension de la perception de l'origine étrangère (faciès, couleur de peau, patronyme, accent, religion, etc.), relevant d'attributs dits ethniques, indépendamment de la nationalité ou du pays de naissance. Ces attributs socialement situés sont sélectionnés pour catégoriser des populations minoritaires et permettent de mieux appréhender les mécanismes de discrimination à l'œuvre, et notamment le racisme. Ces discriminations peuvent parfois être inconscientes, comme le montrent certains travaux sur les soins différenciés en périnatalité selon l'origine migratoire. On parle alors de « biais implicites raciaux » en santé (60,61).

Or, les discriminations qui affectent la santé des personnes discriminées, par le biais de la précarité économique, de conditions de vie et de travail délétères, ou de recours sub-optimaux aux services de santé constituent un déterminant majeur de santé et

restent à inclure dans le cadre plus large des inégalités sociales de santé. C'est pour contribuer à cette réflexion que Santé publique France a intégré ces différents déterminants dans ces grandes enquêtes en particulier le Baromètre de Santé publique France, enquête représentative de la population générale qui a lieu tous les deux ans. Ainsi l'édition 2024 intègre non seulement des questions sur l'origine migratoire (pays de naissance et nationalité de la personne enquêtée et de ses parents) mais également, pour la première fois, un module spécifique de questions sur les discriminations⁵.

Enfin, il est utile de rappeler que l'effet de l'origine migratoire sur la santé peut se révéler différent selon la zone géographique d'origine, en raison de potentielles différences de susceptibilité génétique à certaines maladies (c'est le cas par exemple de la drépanocytose, maladie génétique héréditaire qui touche plus fréquemment les populations originaires d'Afrique, des Antilles et de certaines parties du subcontinent Indien (62)), mais aussi de certains facteurs culturels, comme, par exemple, certaines habitudes alimentaires. Ce rôle spécifique de quelques variables culturelles ou biologiques n'occulte en rien l'importance des facteurs socio-économiques qu'il est indispensable de prendre en compte. De même, l'origine migratoire ne peut pas être considérée uniquement comme un indicateur indirect du statut socio-économique. En effet, l'ajustement sur les conditions socio-économiques révèle tantôt un effet protecteur, (le *healthy migration effect* en partie expliqué par le retour au pays d'origine des individus en moins bonne santé ou plus âgés (63)), tantôt un effet délétère de l'origine migratoire pour la santé, comme conséquence des conditions de vie et de travail. Il est ainsi fortement recommandé de considérer à la fois l'ensemble des déterminants sociaux de la santé pour mesurer les inégalités sociales de santé lorsqu'on s'intéresse à l'origine migratoire, mais aussi de ne pas occulter l'origine migratoire qui fait partie intégrante de la position sociale quand on s'intéresse aux inégalités sociales de santé. ●

RÉFÉRENCES

1. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: final report of the commission on social determinants of health. World Health Organization. [Internet]. 2008. Disponible sur: <https://iris.who.int/handle/10665/43943>
2. Simon P. La statistique des origines : L'ethnicité et la « race » dans les recensements aux États-Unis, Canada et Grande-Bretagne. *Sociétés Contemp.* 1997;26(2):11-44.
3. Jugnot S. Les débats français sur les statistiques « ethniques » dans la confusion des genres. *Histoire aujourd'hui, statistiques demain. Regards croisés sur la production et l'usage des statistiques*, Insee; IGPDE, Jun 2016, Paris, France. [Internet]. Disponible sur: <https://hal.science/hal-04511397/document>
4. Fassin D. Repenser les enjeux de santé autour de l'immigration / Didier Fassin. n° 1225 2000, mai-juin. *Repenser Enjeux Santé Autour Immigr Didier Fassin N° 1225 2000 Mai-Juin* [Internet]. 2000 [cité 2 avr 2025]; Disponible sur: <https://documentation.insp.gov/fr/insp/doc/SYRACUSE/187319/repenser-les-enjeux-de-sante-autour-de-l-immigration-didier-fassin-n-1225-2000-mai-juin>
5. Haut Conseil de la santé publique (HCSP). Indicateurs de suivi de l'évolution des inégalités sociales de santé dans les systèmes d'information en santé [Internet]. 2013 juin. Disponible sur: https://catalogue.atlasante.fr/geonetwork/srv/en/resources.get?id=838&fname=hcspr20130619_indicateurinegalitesocialesante.pdf&access=private
6. Meron M. Statistiques ethniques : tabous et boutades. *Trav Genre Sociétés.* 1 mars 2009;21(1):55-68.
7. Vignier N, Tortelli A, Sauvegrain P, Abgrall S, Jauffret-Roustide M, Cagnet M, *et al.* État de santé des immigrés à travers les grandes enquêtes. *Actual Doss En Santé Publique N° 111* [Internet]. 2020 [cité 21 avr 2025]; Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/Adsp?clef=1172>
8. Pannetier J, Desgrées du Loû A. Immigration et santé : de l'étude des différences à celle des inégalités. In : Gérard, Etienne, Henaff, Nolwen, éditeurs. *Inégalités en perspectives* [Internet]. Editions des archives contemporaines; 2019 [cité 27 mars 2025]. p. 163-75. Disponible sur: <https://hal.science/hal-04152958>
9. Vollmer N. Article 9 EU règlement général sur la protection des données (EU-RGPD) [Internet]. *SecureDataService*; 2023 [cité 21 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.privacy-regulation.eu/fr/9.htm>
10. Le Minez S. Oui, la statistique publique produit des statistiques ethniques ! *Panorama d'une pratique ancienne, encadrée et évolutive* [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://blog.insee.fr/statistique-publique-produit-des-statistiques-ethniques/>

5. Intitulé des questions : Pensez-vous avoir subi des traitements inégaux ou des discriminations au cours des 5 dernières années ? Était-ce en raison de vos origines ou votre nationalité ? À quelle(s) occasion(s) cette ou ces expériences se sont-elles produites ?

11. Héran F. Statistique publique et statistiques ethniques : témoignage et analyses Céline RUET (dir.). In : Appréhender la diversité. Regards pluridisciplinaires sur l'appréhension de la diversité. Paris : Fondation Varenne; p. 23-40. (Colloques & Essais).
12. Barlet M, Colin C. En 2025 le questionnaire du recensement évolue et ce n'est pas si fréquent [Internet]. 2025 [cité 21 avr 2025]. Disponible sur : <https://blog.insee.fr/en-2025-le-questionnaire-du-recensement-evolue/>
13. Lot F, Saura C, Semaille C, Cazein F, Che D, Larsen C, *et al.* Trois pathologies infectieuses fréquemment rencontrées chez les migrants en France : le VIH, la tuberculose et l'hépatite B. Bull Epidemiol Hebd. 17 janv 2012;(2-3-4):25-30.
14. Tapié de Celeyran F, Astre H, Aras N, Grassineau D, VAL T, Vignier N, *et al.* Étude nationale sur les caractéristiques des personnes migrantes consultant dans les Permanences d'accès aux soins de santé en France en 2016. Bull Epidemiol Hebd. 5 sept 2017;(19-20):396-405.
15. Blanc FX. Tuberculose : ce que nous ont appris les dernières années [Internet]. [cité 27 mars 2025]. Disponible sur : http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2024/6-7/2024_6-7_0.html
16. Lefrançois R, Tarantola A. Bilan épidémiologique régional tuberculose en Île-de-France : Bilan 2023. Édition régional Île-de-France. 5 mars 2022. Saint-Maurice : Santé publique France, 25 pages, 2025. Directrice de publication : Caroline Semaille.
17. Desgrées-du-Loû A, Pannetier J, Ravalihasy A, Gosselin A, Supervie V, Panjo H, *et al.* Sub-Saharan African migrants living with HIV acquired after migration, France, ANRS PARCOURS study, 2012 to 2013. Euro Surveill Bull Eur Sur Mal Transm Eur Commun Dis Bull. 2015;20(46).
18. Ined – Institut national d'études démographiques [Internet]. [cité 27 mars 2025]. Trajectoires et Origines 2. Disponible sur : <https://teo.site.ined.fr/>
19. Revil H, Vial B, Warin P. Inégalités d'accès aux droits et discriminations en France – Tome 1 : Contributions de chercheurs à l'enquête du Défenseur des droits – Dir. scientifique : Nathalie Bajos [Internet]. La Documentation française. 2019. 196 p. Disponible sur : <https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/2023-08/ddd-enquete-inegalite-acces-aux-droits-discriminations-en-France-20200625.pdf>
20. Premiers résultats de l'enquête CSF-2023 Inserm-ANRS-MIE [Internet]. 2024 nov. Disponible sur : https://presse.inserm.fr/wp-content/uploads/2024/11/rapp_CSF_web.pdf
21. Insee. Définition – Étranger [Internet]. [cité 2 avr 2025]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1198>
22. Insee. Immigrés et descendants d'immigrés en France. Insee Réf Édition 2023. :146-7.
23. International Organization for Migration [Internet]. [cité 2 avr 2025]. Termes clés de la migration. Disponible sur : <https://www.iom.int/fr/termes-cles-de-la-migration>
24. Office français de protection des réfugiés et apatrides (Ofpra). Rapport d'activité 2024 de l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (Ofpra) [Internet]. 2025 [cité 2 avr 2025]. Disponible sur : https://www.ofpra.gouv.fr/libraries/pdf.js/web/viewer.html?file=/sites/default/files/2025-06/OFPRA_RA_2024_BD_PaP.pdf
25. Ghiorghita E, Henry J, Ninnin LM. Les premières années en France des réfugiés – Immigrés et descendants d'immigrés. Insee Réf Édition 2023 [Internet]. 2023 [cité 11 juill 2025]; Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6793306?sommaire=6793391#onglet-2>
26. Direction de la protection judiciaire de la jeunesse. Mission nationale mineurs non accompagnés – Rapport d'activités 2024 [Internet]. 2022 juill [cité 21 nov 2025]. Disponible sur : https://www.vie-publique.fr/files/rapport/pdf/300564_0.pdf
27. Pariset C, Tanneau P. En 2024, 6,0 millions d'étrangers vivent en France, 0,9 million y sont nés. Insee Prem N° 2076 [Internet]. 2025 [cité 21 nov 2025]; Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/8651304>
28. Ministère de l'Intérieur. <https://www.immigration.interieur.gouv.fr/Info-ressources/Etudes-et-statistiques/Les-chiffres-de-l-immigration-en-France/Integration-et-l-acces-a-la-nationalite-francaise>. [cité 11 juill 2025]. Intégration et l'accès à la nationalité française. Disponible sur : <https://www.immigration.interieur.gouv.fr/Info-ressources/Etudes-et-statistiques/Les-chiffres-de-l-immigration-en-France/Integration-et-l-acces-a-la-nationalite-francaise>
29. Nielsen SS, Krasnik A. Poorer self-perceived health among migrants and ethnic minorities versus the majority population in Europe: a systematic review. Int J Public Health. oct 2010;55(5):357-71.
30. Khlal M, Legleye S, Bricard D. Gender Patterns in Immigrants' Health Profiles in France: Tobacco, Alcohol, Obesity and Self-Reported Health. Int J Environ Res Public Health. déc 2020;17(23):8759.
31. Fosse-Edorh S, Fagot-Campagna A, Detournay B, Bihan H, Gautier A, Dalichamp M, *et al.* Type 2 diabetes prevalence, health status and quality of care among the North African immigrant population living in France. Diabetes Metab. avr 2014;40(2):143-50.
32. El-Khoury Lesueur F, Sutter-Dallay AL, Panico L, Azria E, Van der Waerden J, Regnault Vauvillier N, *et al.* The perinatal health of immigrant women in France: a nationally representative study. Int J Public Health. déc 2018;63(9):1027-36.

33. Saucedo M, Deneux-Tharoux C, pour le comité national d'experts sur les mort maternelles (CNEMM). Maternal mortality in France, 2016-2018, frequency, causes and women's profile. *Gynecol Obstet Fertil Senol.* avr 2024;52(4):185-200.
34. Wallace M, Khlat M, Guillot M. Infant mortality among native-born children of immigrants in France, 2008-17: results from a socio-demographic panel survey. *Eur J Public Health.* 1 avr 2021;31(2):326-33.
35. Berchet C, Jusot F. État de santé et recours aux soins des immigrés : une synthèse des travaux français. *Quest Déconomie Santé* [Internet]. 2012 [cité 27 mars 2025];(172). Disponible sur : <https://hal.science/hal-01593737>
36. Simonnot N, Rodriguez A, Nuenberg M, Fille F, Aranda-Fernandez PE, Chauvin P. Access to healthcare for people facing multiple vulnerabilities in health in 31 cities in 12 countries [Internet]. *World M du MD of the*, éditeur. 2016 [cité 8 avr 2025]. Disponible sur : <https://hal.science/hal-01493906>
37. Sassenou J, Ringa V, Zins M, Ozguler A, Paquet S, Panjo H, *et al.* Combined influence of immigration status and income on cervical cancer screening uptake. *Prev Med Rep.* déc 2023;36:102363.
38. Mansor-Lefebvre S, Strat YL, Bernadou A, Vignier N, Guthmann JP, Arnaud A, *et al.* Diphtheria-Tetanus-Polio, Measles-Mumps-Rubella, and Hepatitis B Vaccination Coverage and Associated Factors among Homeless Children in the Paris Region in 2013: Results from the ENFAMS Survey. *IJERPH.* 2020;17(8):1-17.
39. Samu social de Paris. ENFAMS – Enfants et familles sans logement personnel en Ile-de-France – Premiers résultats de l'enquête quantitative. Paris : Samu social de Paris; 2014 oct.
40. Spadea T, Rusciani R, Mondo L, Costa G. Health-Related Lifestyles Among Migrants in Europe. In: *Primary Care and Preventative Health Services of Migrants* [Internet]. 2018 [cité 4 avr 2025]. p. 57-64. Disponible sur : https://www.researchgate.net/publication/324902673_Health-Related_Lifestyles_Among_Migrants_in_Europe
41. Khlat M, Bricard D, Legleye S. Smoking among immigrant groups in metropolitan France: prevalence levels, male-to-female ratios and educational gradients. *BMC Public Health.* 11 avr 2018;18(1):479.
42. Khlat M, Legleye S, Bricard D. Migration-related changes in smoking among non-Western immigrants in France. *Eur J Public Health.* 1 juin 2019;29(3):453-7.
43. Insee. Niveau de vie et pauvreté des immigrés – Les revenus et le patrimoine des ménages. *Insee Réf Édition 2024* [Internet]. 2024 [cité 9 avr 2025]; Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/7941405?sommaire=7941491>
44. Desjonquieres A, Lhommeau B, Niang M, Okba M. Quels sont les métiers des immigrés ? *Dares Anal N° 36* [Internet]. 2021 [cité 21 avr 2025]; Disponible sur : <https://dares.travail-emploi.gouv.fr/publication/quels-sont-les-metiers-des-immigres>
45. Gosselin A, Malroux I, Desprat D, Devetter FX, Memmi S, Pannetier J, *et al.* Prevalence of psychosocial risks among immigrants in France and associations with mental health: findings from the national French Working Conditions Survey. *Int Arch Occup Environ Health.* juill 2022;95(5):1017-26.
46. Rouhban O, Tanneau P. Une situation des descendants d'immigrés plus favorable que celle des immigrés – Immigrés et descendants d'immigrés. 2023 [cité 9 avr 2025]; Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6793314?sommaire=6793391>
47. Fondation pour le logement. L'état du mal-logement en France 2018 – Surpeuplement, un problème de taille [Internet]. 2018. Disponible sur : https://www.fondation-abbe-pierre.fr/sites/default/files/synthese_rapport_2018_surpeuplement_un_probleme_de_taille.pdf
48. Gosselin A, Melchior M, Desprat D, Devetter FX, Pannetier J, Valat E, *et al.* Were immigrants on the frontline during the lockdown? Evidence from France. *Eur J Public Health.* 1 déc 2021;31(6):1278-81.
49. Warszawski J, Meyer L, Franck JE, Rahib D, Lydié N, Gosselin A, *et al.* Trends in social exposure to SARS-Cov-2 in France. Evidence from the national socio-epidemiological cohort-EPICOV. *PLoS One.* 2022;17(5):e0267725.
50. Gosselin A, Warszawski J, Bajos N, EpiCov Study Group. Higher risk, higher protection: COVID-19 risk among immigrants in France-results from the population-based EpiCov survey. *Eur J Public Health.* 1 août 2022;32(4):655-63.
51. Khlat M, Ghosn W, Guillot M, Vandentorren S, Delpierre C, Desgrées du Loû A, *et al.* Impact of the COVID-19 crisis on the mortality profiles of the foreign-born in France during the first pandemic wave. *Soc Sci Med.* 1 nov 2022;313:115160.
52. Rouhban O, Tanneau P, Simon P. Le sentiment de discrimination persiste à la deuxième génération. *Insee Réf Édition 2024* [Internet]. 2024; Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/8242403?sommaire=8242421#titre-bloc-6>
53. Beauchemin C, Caron L, Haddad M, Temporal F. Migrations internationales : ce que l'on mesure (ou pas). *Popul Sociétés – Ined Éditions* [Internet]. Nov 2021 [cité 10 avr 2025]; Disponible sur : <https://www.ined.fr/fr/publications/editions/population-et-societes/migrations-internationales-ce-que-l-on-mesure-ou-pas/>

54. Bajos N, Costemalle V, Leblanc S, Spire A, Franck JE, Jusot F, *et al.* Recours à la vaccination contre le Covid- 19 : de fortes disparités sociales – Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Études Résultats N° 1222 [Internet]. 2022 [cité 10 avr 2025]; Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/recours-la-vaccination-contre-le-covid-19-de>

55. Warszawski J, Bajos N, Costemalle V, Leblanc S. 4 % de la population a développé des anticorps contre le SARS-CoV-2 entre mai et novembre 2020 – Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Études Résultats N° 1202 [Internet]. 2021 [cité 21 avr 2025]; Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/4-de-la-population-developpe-des-anticorps-contre-le-sars-cov-2>

56. Riutort P. La socialisation : Apprendre à vivre en société. Major. 2013;63-74.

57. Marsicano É, Lydié N, Bajos N. Genre et migration : l'entrée dans la sexualité des migrants d'Afrique subsaharienne en France. *Population*. 28 déc 2011;66(2):313-41.

58. Beauchemin C, Descamps J, Dietrich-ragon P. Sans papiers ou sans logement : les aléas des trajectoires des immigrés « installés » en France – Documents de travail – Ined éditions. 2023;(275):34.

59. Carde E. De l'origine à la santé, quand l'ethnique et la race croisent la classe. *Rev Eur Migr Int*. 2011;27(3):31-55.

60. Sauvegrain P, Azria E, Chiesa-Dubruille C, Deneux-Tharoux

C. Exploring the hypothesis of differential care for African immigrant and native women in France with hypertensive disorders during pregnancy: a qualitative study. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. nov 2017;124(12):1858-65.

61. Sauvegrain P. La santé maternelle des « Africaines » en île-de-France : racisation des patientes et trajectoires de soins. *Rev Eur Migr Int*. 1 juin 2012;28(2):81-100.

62. Haute autorité de santé (HAS). Avis n° 2022.0060/AC/SESPEV du 10 novembre 2022 du collège de la Haute Autorité de santé relatif à la généralisation du dépistage de la drépanocytose en France métropolitaine.

63. Is there a Mediterranean migrants mortality paradox in Europe? | *International Journal of Epidemiology* | Oxford Academic [Internet]. [cité 10 avr 2025]. Disponible sur: <https://academic.oup.com/ije/article/32/6/1115/775190>

ENCADRÉ 5 : L'avis 151 « Tenir compte des origines des patients dans les données de santé » du Comité consultatif national d'éthique (CCNE) a été adopté le 16 avril 2026. À retrouver sur <https://www.ccne-ethique.fr/>

AUTRICES

Cette synthèse a été rédigée par Érica Fougère (Santé publique France, DiRe), Nathalie Lydié (Santé publique France, DPPS), Aude Mondeilh (Cerpap UMR1295, équipe Equity, Université de Toulouse) et Stéphanie Vandentorren (Santé publique France, DSin).

Elle est le fruit d'un travail collectif qui a associé des membres de différentes directions de Santé publique France : Direction de la prévention et promotion de la santé – DPPS, Direction Appui, Traitements et Analyses de données – DATA, Direction des régions – DiRE, Direction des maladies non transmissibles et traumatismes – DMNTT, Direction des maladies infectieuses – DMI.

MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL

- Agius Roxane, DMNTT
- Bernillon Pascale, DiRe
- Chêne Sonia, DiRe
- Dorléans Frédérique, DiRe
- Fougère Erica, DiRE
- Gabet Amélie, DMNTT
- Gomes Eugenia, DMNTT
- Guthmann Jean-Paul, DMI
- Haidar Sahar, DATA
- Hamel Emmanuelle, DPPS
- N'Diaye Bakhao, DiRe
- Ousseine Youssoufa, DPPS
- Prouvost Hélène, DiRe
- Retel Olivier, DiRe
- Rogel Agnès, DMNTT
- Saboni Leila, DATA

Ce travail s'inscrit dans l'enjeu transversal « Équité en santé » de Santé publique France coordonné par Stéphanie Vandentorren (Direction scientifique et International – DSin).

RELECTURE

Pr. François Héran, Collège de France, Chaire statutaire « Migrations et sociétés »
Annabel Desgrées du Loû, Ceped – UMR 196 – Centre Population et Développement

REMERCIEMENTS

Edwige Bertrand Olczykowski¹, Grégoire Deleforterie¹, Yann Le Strat², Anne Gosselin³, Cyrille Delpierre⁴

1. Santé publique France, DSin
2. Santé publique France, Directeur scientifique
3. Institut national d'études démographiques (Ined), Equipe « Mortalité, santé, épidémiologie »
4. Cerpap, UMR1295, Université de Toulouse

MOTS CLÉS :

INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ (ISS)
DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ
ORIGINE MIGRATOIRE
IMMIGRATION
DESCENDANTS D'IMMIGRÉS
DISCRIMINATION
SANTÉ PUBLIQUE
CONDITIONS DE VIE

Citation suggérée : Lydié N, Mondeilh A, Fougère E, Vandentorren S. Pourquoi et comment étudier l'origine migratoire dans des travaux de santé publique ? Le rôle de l'origine migratoire comme déterminant social de la santé. Saint-Maurice : Santé publique France ; 2026 : 22 p. Disponible à partir de l'URL : <http://www.santepubliquefrance.fr>