

## **Etat de santé des populations immigrées en France**

**Florence Jusot (Université Paris-Dauphine Legos, Irdes)  
Jérôme Silva (Irdes)  
Paul Dourgnon (Irdes)  
Catherine Sermet (Irdes)**

**DT n° 14**

**Juillet 2008**

# État de santé des populations immigrées en France

Florence Jusot<sup>1,2,3</sup>, Jérôme Silva<sup>2</sup>, Paul Dourgnon<sup>2</sup>, Catherine Sermet<sup>2</sup>

## Résumé

Cet article étudie les liens existant entre nationalité, migration et état de santé à partir des données de l'Enquête décennale Santé menée en 2002-2003 en France. Les résultats montrent l'existence d'inégalités face à la santé des personnes d'origine étrangère, liées à l'existence d'un effet de sélection à la migration compensé à long terme par un effet délétère de la migration, expliqué en partie seulement par la situation sociale difficile des immigrés. Cette analyse suggère également un effet non négligeable à long terme des caractéristiques économiques et sanitaires du pays de naissance, propre à expliquer les disparités d'état de santé observées au sein de la population immigrée.

**Mots-clés :** santé, nationalité, immigrés, situation économique

**Classification JEL :** I12, J15

---

<sup>1</sup> Auteur correspondant : Florence Jusot, LEGOS, Université Paris-Dauphine, Place du Maréchal de Lattre de Tassigny 75775 PARIS Cedex 16 : jusot@irdes.fr.

<sup>2</sup> IRDES, 10 rue Vauvenargues, 75018 Paris

<sup>3</sup> Cette étude a été financée dans le cadre de l'Appel à projets de recherche Drees-Mire « Analyses secondaires de l'enquête décennale de l'INSEE sur la santé et les soins médicaux ». Les auteurs remercient l'ensemble des participants aux 20èmes journées des économistes de la santé français et en particulier Fabrice Etilé pour leurs commentaires et suggestions. Les auteurs restent responsables des erreurs et omissions éventuelles.

## 1. Introduction

La France affiche comme l'ensemble des pays développés de larges inégalités sociales face à la santé. Quels que soient les indicateurs utilisés pour mesurer l'état de santé - santé perçue, maladies, handicap ou risque de décès - ou le statut social - revenu, éducation, profession -, on constate ainsi que les personnes appartenant aux milieux les plus favorisés bénéficient d'un meilleur état de santé (Leclerc et al., 2000 ; Cambois et Jusot, 2007). Si ces inégalités sont aujourd'hui largement documentées en France, l'état de santé de certaines sous-populations reste encore à explorer. C'est le cas notamment de la population immigrée et de la population étrangère, qui représentaient respectivement 7,3 % et 5,6 % de la population lors du dernier recensement en 1999.

Plusieurs mécanismes liés à l'histoire individuelle des migrants peuvent en effet expliquer des disparités d'état de santé selon la nationalité et l'origine (Shaw, Dorling, Smith, 1999 ; Buekens, 2001). Ceux-ci relèvent à la fois de la migration, de la situation économique et sociale des migrants dans le pays d'accueil et enfin de leur pays d'origine.

L'hypothèse du « healthy migrant effect » suppose tout d'abord que les migrants ont un meilleur état de santé que la population de leur pays d'origine, les personnes en meilleure santé étant plus aptes à migrer et les opportunités de travail dans le pays d'accueil étant plus élevées pour les travailleurs migrants en bonne santé (Shaw, Dorling, Smith, 1999). Cependant, cet effet de sélection peut être contrebalancé avec le temps par les effets délétères de la migration, puisque celle-ci peut conduire à un isolement, un déracinement et à une perte du réseau social, que l'on sait par ailleurs associés à une dégradation de l'état de santé (Berkman et Glass, 2000 ; Cambois et Jusot, 2006).

Au-delà des effets de la migration, le fait d'être d'origine étrangère peut être source de disparités d'état de santé au travers de la situation sociale occupée par les migrants dans le pays d'accueil et du rôle social de l'origine, dans l'accès aux droits au travail et aux soins notamment. Les immigrés sont en effet plus souvent touchés par le chômage (Arai et Vilhermsson, 2004 ; Price, 2001 ; Stören, 2004) et bénéficient de rémunérations plus faibles (Borjas, 1985 ; Bloom, Grenier et Gunderson, 1995), en raison en particulier de la moindre transférabilité du capital humain accumulé à l'étranger (Friedberg, 2000) et de discriminations sur le marché du travail (Ghirardello, 2006 ; Kee, 1995). Ils sont également confrontés à des conditions de travail plus pénibles (Bollini et Siem, 1995). Or l'influence sur la santé du statut socio-économique est aujourd'hui largement démontrée, les résultats d'une étude canadienne suggérant même une influence plus importante des conditions de vie et de travail sur la santé des migrants que sur celles des personnes nées au Canada (Dunn et Dyck, 2000). En outre, la moindre connaissance du système de soins, la moindre maîtrise de la langue et les difficultés de communication avec les professionnels de santé peuvent impliquer une réponse différenciée du système de soins face à des problèmes de santé (Sundquist, 1993 ; Balsa et McGuire, 2003).

Enfin, l'état de santé semble différer selon le pays d'origine des migrants, indépendamment de la situation sociale actuelle des immigrés (Beckman et al., 2004 ; Beckman et al., 2006). Outre la dimension génétique, ceci peut être expliqué par des habitudes de soins et des styles de vie liés à la culture du pays d'origine. De plus, l'état de santé étant influencé par les conditions de vie connues tout au long du cycle de vie (Kuh et Ben Shlomo, 2004), l'état de santé des migrants dans le pays d'accueil peut rester marqué par la situation économique, sanitaire ou encore politique de leur pays d'origine (Shaw et al., 1999 ; Beckman et al., 2004 ; Beckman et al., 2006).

En France, l'état de santé de la population immigrée a été peu étudié, en raison du manque d'informations sur la nationalité et le pays de naissance dans la plupart des enquêtes santé disponibles jusqu'à présent (Chenu, 2000). Quelques rares travaux ont toutefois permis de souligner la spécificité des populations étrangères et immigrées en matière d'état de santé. En cohérence avec la sous-mortalité des étrangers montrée par plusieurs études (Bouvier-Colle, Magescas, Hatton, 1985 ; Khlat et Courbage, 1995 ; Darmon et Khlat, 2001), l'exploitation de l'Enquête décennale Santé de 1991-92 a ainsi montré que les personnes vivant dans des ménages composés d'au moins une personne étrangère originaire du Maghreb jouissaient d'un meilleur état de santé que l'ensemble de la population et, ce, pour de nombreux indicateurs d'état de santé, cet effet étant plus marqué chez les hommes (Khlat, Sermet, Laurier, 1998). L'exploitation des données des enquêtes sur la santé et la protection sociale des années 1988 à 1991 a également montré que les étrangers avaient en moyenne un meilleur état de santé que les Français de naissance, mais aussi que les Français par naturalisation avaient au contraire un plus mauvais état de santé (Mizrahi, Mizrahi, Wait, 1993). Plus récemment, l'exploitation de l'enquête Passage à la retraite des immigrés (Attias-Donfut et Teissier, 2005) a souligné la diversité des situations en matière de santé au sein de la population immigrée âgée de 45 à 70 ans, les ressortissants de l'Europe du Nord et de l'Afrique Subsaharienne se distinguant par exemple par une meilleure santé que les personnes originaires d'Europe du Sud et d'Afrique du Nord. Selon cette étude, l'état de santé des immigrés serait d'autant plus dégradé que leur durée de résidence sur le territoire serait longue. La comparaison des résultats de cette enquête à ceux de l'enquête « Emploi du temps » menée en population générale suggère alors un état de santé globalement plus mauvais des immigrés la population générale en accord avec la littérature internationale (Shaw, Dorling, Smith, 1999). Enfin, l'exploitation de l'enquête Histoire de vie de l'INSEE, montre que les hommes immigrés nés en Europe et leurs enfants souffrent plus souvent de limitations d'activité que les hommes nés en France de deux parents français, alors que les immigrés en provenance de pays non européens et leurs enfants en souffrent au contraire moins souvent (Lert, Melchior, Ville, 2007).

En nous appuyant sur l'Enquête décennale Santé menée en 2002-2003 par l'INSEE, qui a collecté pour la première fois en France des informations précises sur la santé, le pays de naissance et la nationalité, nous proposons d'explorer les liens existants entre nationalité, migration et état de santé en complétant la littérature dans plusieurs directions. Au-delà de la comparaison des états de santé de la population immigrée et de la population née en France, l'utilisation de plusieurs indicateurs de santé et la prise en compte des différents pays de naissance et du statut de nationalité permet tout d'abord d'explorer la diversité de situation des personnes d'origine étrangère en matière de santé. Par ailleurs, nous proposons d'explorer les diverses

hypothèses proposées par la littérature et en particulier de distinguer l'influence directe de la migration et de la nationalité sur la santé, de son influence indirecte passant par la situation socio-économique et les conditions de travail des immigrés et enfin d'étudier l'hypothèse d'un effet à long terme des conditions économiques et sanitaires du pays d'origine.

## 2. Données et méthode

Cette analyse s'appuie sur les données de l'Enquête décennale Santé menée par l'INSEE en 2002-2003 auprès d'un échantillon représentatif de 16 800 ménages ordinaires<sup>4</sup>. Cette enquête dispose, pour les 25 187 personnes âgées de 18 ans et plus et ayant participé aux trois visites de l'enquête, de nombreux indicateurs de santé, reportés par les enquêtés eux-mêmes, de leur nationalité, de leur pays de naissance ainsi que de leurs caractéristiques socio-économiques (Tableau 1).

### 2.1. La construction des profils migratoires et des régions de naissance

Deux informations ont été utilisées pour définir des profils migratoires : la nationalité et le pays de naissance. Le critère de la nationalité permet tout d'abord de distinguer les étrangers, c'est-à-dire les personnes n'ayant pas la nationalité française, puis, parmi les Français, les Français de naissance et les Français par naturalisation, c'est-à-dire les personnes étrangères qui ont acquis la nationalité française. Le pays de naissance permet ensuite de repérer les personnes ayant migré par le fait d'être né dans un pays autre que la France. Cependant, selon la définition de l'INSEE, un immigré est une personne née étrangère à l'étranger. Nous avons donc exclu de l'analyse les personnes nées françaises à l'étranger<sup>5,6</sup>. Trois "profils migratoires" ont ainsi été retenus : les Français nés en France, les immigrés naturalisés et les immigrés étrangers.

Cette typologie permet alors de tester plusieurs hypothèses. D'une part, la comparaison de l'état de santé de la population née française en France à la population née à l'étranger permet de tester l'hypothèse d'une spécificité des migrants en matière de santé. La distinction au sein des migrants entre personnes étrangères et naturalisées permet ensuite d'apporter un éclairage sur la pertinence des hypothèses de l'effet de sélection à la migration, de l'effet délétère de la migration et d'un effet spécifique de la nationalité sur la santé. En effet, sous l'hypothèse de l'effet de sélection à la migration et d'un effet délétère de la migration, l'état de santé des personnes immigrées doit se détériorer avec la durée de résidence sur le territoire. En l'absence d'information sur la date d'arrivée en France, le statut de nationalité est utilisé comme variable de substitution de la durée de résidence sur le territoire, la naturalisation étant acquise selon ce critère. Au contraire, un état de santé plus dégradé des personnes étrangères pourra indiquer un effet spécifique de la nationalité, induit notamment par le fait que les étrangers n'ont pas les mêmes droits que les personnes ayant acquis la nationalité française.

---

<sup>4</sup> <http://www.travail-solidarite.gouv.fr/etudes-recherche-statistiques/statistiques/sante-au-travail/enquetes/enquete-decennale-sante-2002-2003-2014.html>

<sup>5</sup> Ce groupe composé de 921 individus comprend notamment les personnes nées en Algérie française.

<sup>6</sup> Ont également été exclues de l'analyse les 166 personnes déclarant être nées en France et être étrangères ou françaises par naturalisation.

Afin d'étudier les différences d'état de santé selon l'origine, nous avons également construit des régions de naissance en regroupant les 112 pays de naissance, autres que la France, représentés dans l'échantillon. Dix régions ont été définies selon un critère géographique (Tableau 2).

Ainsi, 91 % de notre échantillon est constitué de Français nés en France, les immigrés naturalisés et les immigrés étrangers représentent respectivement 6 % et 5 % de notre échantillon (Tableau 1). Parmi les 2 296 personnes immigrées, 30 % sont nées en Europe du Sud, 30 % au Maghreb, 9 % en Europe du Nord, les régions de naissances les plus représentées étant ensuite l'Asie, l'Afrique hors Maghreb, l'Europe Centrale et de l'Est, et la Turquie (Tableau 2). Alors que la structure démographique de la population immigrée dans son ensemble diffère peu de la population née française en France, la population immigrée naturalisée est en moyenne plus âgée que la population étrangère (51 ans contre 44,9 ans), elle-même légèrement plus jeune que la population française née en France (45,2 ans), confirmant ainsi que la naturalisation est liée à la durée de résidence dans le pays.

## 2.2. La mesure de l'état de santé

Les indicateurs de santé déclarée peuvent être classés en trois catégories (Blaxter, 1985 ; Sermet et Cambois, 2002). Selon le modèle subjectif, l'état de santé est mesuré par la perception qu'ont les individus de leur santé. Selon le modèle médical ou biologique, il peut être évalué par les maladies, un mauvais état de santé correspondant alors à la non-conformité à une norme physiologique. Enfin, selon le modèle fonctionnel et social, l'état de santé est évalué par des indicateurs de limitations fonctionnelles ou de restrictions d'activité. Un mauvais état de santé est alors défini comme l'inaptitude à assurer un rôle social et à réaliser des tâches normales.

Afin de couvrir ces différentes dimensions, nous avons utilisé les trois questions du mini-module proposé par Eurostat<sup>7</sup> afin de définir trois indicateurs dichotomiques de façon usuelle : « déclarer avoir un état de santé général moyen, mauvais ou très mauvais *versus* un état de santé bon ou très bon » ; « déclarer avoir une ou plusieurs maladies chroniques » ; « déclarer être limité dans ses activités depuis au moins 6 mois en raison d'un problème de santé ».

22,3 % des individus de l'échantillon déclarent avoir un mauvais état de santé perçu, près de 40 % déclarent avoir une maladie chronique et 11,4 % être fonctionnellement limités. L'analyse univariée fait apparaître des différences d'état de santé selon le statut migratoire (Tableau 1). Les immigrés naturalisés ont un plus mauvais état de santé que les Français de naissance, et ce pour les trois indicateurs retenus. Les immigrés étrangers ont également un plus mauvais état de santé perçu que les Français de naissance mais déclarent moins fréquemment avoir une maladie chronique ou des limitations fonctionnelles.

---

<sup>7</sup> La première question porte sur la santé perçue : « Comment est votre état de santé général ? », les réponses possibles étant : « très bon », « bon », « moyen », « mauvais », « très mauvais ». La seconde question est une question générale sur les maladies chroniques : « Avez-vous actuellement une ou plusieurs maladies chroniques ? ». La troisième question porte sur les incapacités : « Etes-vous limité depuis au moins 6 mois à cause d'un problème de santé dans les activités que les gens font habituellement ? ».

### 2.3. La mesure du statut économique et social

Afin d'apprécier le statut économique et social, nous avons retenu tout d'abord le niveau d'éducation, l'occupation, la profession et catégorie sociale, le revenu disponible du ménage et le type de ménage. Quatre niveaux d'éducation, repérés par le plus haut diplôme obtenu, ont été définis : n'avoir aucun diplôme, avoir un diplôme inférieur au baccalauréat, avoir un diplôme équivalent au baccalauréat, avoir un diplôme d'études supérieures. Le statut d'occupation se décline en 6 groupes : les personnes en emploi au moment de l'enquête, les chômeurs, les retraités, les personnes au foyer, les étudiants et les autres inactifs. La profession et catégorie sociale à un chiffre correspond à la profession actuelle ou la dernière profession des enquêtés, la catégorie sans objet correspondant aux personnes n'ayant jamais travaillé. Le revenu disponible est introduit en quartiles, définis à partir du revenu total du ménage, issu d'une déclaration exacte ou d'une imputation, divisé par le nombre d'unités de consommation du ménage selon l'échelle d'équivalence de l'OCDE<sup>8</sup>. Cinq types de ménage ont été distingués : les personnes seules, les couples sans enfant, les couples avec enfants, les familles monoparentales et les autres types de ménages, incluant donc des ascendants, des collatéraux ou des cohabitants.

Outre ces caractéristiques classiquement mobilisées, nous avons utilisé un module de 16 questions recueilli par auto-questionnaire se rapportant à l'exposition actuelle ou passée, dans le cadre du travail, à des nuisances, des contraintes de rendement, des contraintes d'horaires et des contraintes physiques afin d'obtenir une description plus précise des conditions de travail que celle fournie par la profession et catégorie sociale. Ces dimensions ont été introduites dans un second temps dans une analyse restreinte aux 17 064 personnes en emploi, chômeuses ou retraitées, ayant renvoyé leur auto-questionnaire et ayant répondu à l'ensemble de ces questions. Ces expositions ont été introduites de deux façons différentes dans l'analyse. Un premier indicateur synthétique permet de rendre compte du nombre de contraintes déclarées tous types de contraintes confondues. Cinq classes ont été considérées : absence de contrainte, 1 ou 2 contraintes, 3 à 5 contraintes, 6 contraintes et plus, une dernière classe correspondant à la non-réponse partielle à certaines questions du module. Nous avons également construit quatre indicateurs correspondant à chacun des types d'exposition permettant de distinguer l'absence de contrainte, la déclaration d'au moins une contrainte et la non-réponse partielle aux questions sur le type de contrainte considéré.

L'analyse descriptive fait, là encore, apparaître des différences selon le statut migratoire (Tableau 1). Quels que soient les indicateurs retenus – chômage, niveau d'instruction, profession ou revenu, les immigrés étrangers ont globalement une situation sociale plus défavorisée que les immigrés naturalisés, qui ont quant à eux une situation sociale plus défavorable que les Français de naissance. Par ailleurs, les immigrés et les étrangers sont ou ont été exposés à des conditions de travail plus difficiles que les personnes nées en France, qui sont pour chaque type de contraintes, plus fréquemment non-exposées.

---

<sup>8</sup> Cette échelle d'équivalence attribue un poids de 1 à la première personne du ménage, un poids de 0,5 aux autres adultes et un poids de 0,3 aux enfants âgés de moins de 14 ans.

## 2.4. Les caractéristiques des pays de naissance

Deux caractéristiques ont été retenues afin de tester l'influence à long terme, sur la santé, des conditions économiques et sanitaires des pays d'origine : le Produit Intérieur Brut par tête et l'indice de développement humain développé par le Programme des Nations Unies pour le Développement. Le PIB par tête permet ainsi de prendre en compte le niveau de développement économique du pays d'origine, l'indice de développement humain permettant en outre de prendre en compte le niveau d'instruction mesuré par le taux d'alphabétisation et les conditions sanitaires approchées par l'espérance de vie.

Il aurait été pertinent de prendre en compte les caractéristiques des pays d'origine au moment de l'arrivée en France des personnes immigrées, mais cela n'a pas été possible en raison d'une part de l'absence d'information sur la date d'arrivée en France dans l'enquête et d'autre part de l'absence de données systématiques et homogènes pour l'ensemble de 123 pays d'origine pour les années anciennes. Afin d'obtenir les données les plus comparables, nous avons utilisé les indicateurs relatifs à l'année 2006 du Human Development Report réalisé par le PNUD (Programme des Nations Unies pour le Développement)<sup>9</sup>, qui étaient disponibles pour 116 des pays représentés dans l'enquête<sup>10</sup>. Ces deux indicateurs n'ont pas été introduits dans l'analyse de façon continue mais en quartiles.

## 2.5. Méthode

Cette analyse des liens entre immigration, nationalité et état de santé a été menée à l'aide de plusieurs régressions logistiques étudiant l'influence du profil migratoire et des régions de naissance sur la probabilité de déclarer un mauvais état de santé pour les trois indicateurs de santé retenus.

Un premier groupe d'analyses explore l'influence du profil migratoire sur la propension à déclarer un mauvais état de santé. L'analyse est tout d'abord menée en ne contrôlant que par l'âge et le sexe (modèle 1), puis en introduisant le niveau d'éducation, le statut d'occupation, la profession et catégorie sociale, le revenu disponible et le type de ménage afin de distinguer les effets directs de la migration et de la nationalité de leurs effets indirects passant par l'impact de la situation économique et sociale (modèle 2). Ces premières analyses sont ensuite complétées par la prise en compte des conditions de travail sur l'échantillon pour lequel ces informations étaient disponibles (modèles 3 et 4).

Afin d'étudier l'hétérogénéité des situations selon le pays d'origine, l'analyse a été reconduite en introduisant les régions de naissance à la place du profil migratoire (modèles 5 et 6). Dans une dernière analyse, sont enfin introduites les variables caractéristiques des pays de naissance en excluant les régions de naissance afin de tester l'hypothèse d'un effet à long terme, sur la santé, des conditions sanitaires et économiques du pays d'origine. Nous introduisons ainsi le Produit Intérieur Brut dans le modèle 7 puis l'indice de développement humain dans le modèle 8.

<sup>9</sup> Ces données sont disponibles à l'adresse suivante <http://hdr.undp.org/hdr2006/statistics/>

<sup>10</sup> Ont été exclues les 5 personnes originaires d'Andorre, 19 de Serbie et Monténégro, 2 de Somalie, 1 des Iles Vierges Britanniques, 1 d'Irak et 1 de Taiwan.



### 3. Résultats

#### 3.1. Influence du profil migratoire sur l'état de santé déclaré

Les résultats du modèle 1 (Tableau 3) montrent que les immigrés déclarent plus souvent un mauvais état de santé perçu que les Français nés en France en l'absence de contrôle par le statut économique et social. Nous ne trouvons en revanche aucune différence significative liée à la migration dans la déclaration de maladie chronique ou de limitations d'activité. Cette première analyse ne suggère aucun effet spécifique de la nationalité au sens strict, les coefficients associés au fait d'être « immigré étranger » et « immigré naturalisé » n'étant pas significativement différents lorsque la santé est appréciée par la santé perçue ou la santé fonctionnelle. Les immigrés naturalisés semblent toutefois déclarer plus fréquemment avoir une maladie chronique que les immigrés étrangers, mais cette différence n'est significative qu'au seuil de 10 %.

Les résultats du modèle 2 confirment l'existence d'un effet délétère de la migration après ajustement par la situation économique et sociale lorsque la santé est mesurée par la perception de la santé. Ainsi, après contrôle par la situation socio-économique, immigrés étrangers et naturalisés déclarent plus souvent avoir un mauvais état de santé perçu que la population née en France. Là encore, les coefficients associés au fait d'être « immigré étranger » et « immigré naturalisé » ne sont pas significativement différents.

L'utilisation des autres indicateurs d'état de santé conduit à des résultats très différents. A situation économique et sociale donnée, les immigrés étrangers déclarent, moins fréquemment que les Français de naissance, souffrir de maladie chronique et de limitations d'activité, les immigrés naturalisés n'ayant pas un état de santé différent des Français nés en France. Deux hypothèses peuvent être proposées pour expliquer ce résultat. On peut tout d'abord penser que la moindre déclaration de maladies chroniques et de limitations d'activité par les immigrés étrangers est le reflet de l'hypothèse de sélection par la migration, ces derniers étant en moyenne plus récemment arrivés en France que les immigrés naturalisés. Par ailleurs, on peut penser que la notion de maladie chronique est moins bien comprise par les étrangers en raison d'une moindre maîtrise de la langue. On peut également penser que les étrangers ont en moyenne des aspirations moindres en matière de santé, ce qui les conduit à se déclarer moins limités.

La comparaison des résultats des modèles 1 et 2 montre par ailleurs un effet délétère de la migration passant par la détermination de la situation socio-économique. En effet, la diminution de la valeur des odds-ratios associés au profil migratoire après prise en compte de la situation sociale suggère que la situation socio-économique défavorable des immigrés naturalisés et plus encore des étrangers détériore leur état de santé.

La prise en compte des conditions de travail dans l'analyse, par nature restreinte aux personnes en emploi, chômeuses ou retraitées, confirme un effet propre de la migration, distinct de celui de la situation économique des personnes immigrées (Tableau 4). En effet, les coefficients associés au fait d'être immigré de nationalité étrangère et immigré naturalisé ne sont pas modifiés par l'introduction des conditions de travail. Les personnes immigrées, et plus particulièrement les immigrés étrangers, plus souvent ouvriers, connaissent aussi des conditions de travail plus dures (voir Tableau 1), ce qui impacte négativement leur santé, mais la

prise en compte de ces facteurs ne suffit pas à expliquer les différences d'état de santé avec les Français nés en France.

Ces analyses affichent par ailleurs les résultats attendus sur les effets de l'âge, du sexe, du statut économique et social et des conditions de travail sur l'état de santé.

Dans le modèle 2, les coefficients associés aux caractéristiques économiques et sociales usuelles confirment les résultats des études précédentes sur les inégalités de santé (Leclerc et al., 2000). Les femmes déclarent un plus mauvais état de santé que les hommes et l'état de santé déclaré se détériore avec l'âge. La probabilité de déclarer un mauvais état de santé diminue significativement avec le niveau d'instruction, le niveau de revenu, le statut social et l'accès à l'emploi, les différences étant toutefois moins marquées lorsque la santé est mesurée par la déclaration de maladie chronique. Enfin, les personnes vivant en couple avec enfants déclarent un meilleur état de santé<sup>11</sup>.

Le modèle 3 met en évidence un effet cumulatif des contraintes professionnelles, la propension à déclarer un mauvais état de santé subjectif, une maladie chronique ou une limitation d'activité augmentant avec le nombre de contraintes. Les types de contraintes subies ne jouent pas tous le même rôle. Le modèle 4 met à jour un effet important des contraintes physiques et de l'exposition à des produits chimiques, des poussières, des températures extrêmes ou des intempéries. Les contraintes d'horaire et de rendement n'influencent pas significativement l'état de santé. Enfin, la non-réponse partielle est parfois associée à des états de santé plus dégradés, pour la santé perçue dans le cas des contraintes d'horaires, et pour les limitations dans le cas des contraintes de rendement.

### **3.2. Influence du pays de naissance sur l'état de santé déclaré**

Les résultats des modèles 5 et 6 (Tableau 5) mettent en évidence la diversité des situations en matière de santé selon la région de naissance.

Les immigrés originaires d'Europe centrale, d'Europe du Sud, du Maghreb, de Turquie, d'Afrique et d'Asie présentent tout d'abord un état de santé perçu significativement dégradé en l'absence de contrôle par le statut économique et social (modèle 5). Cependant, ces différences sont largement expliquées par la situation socio-économique défavorisée de ces populations, seules les personnes originaires d'Europe du Sud et du Maghreb déclarant plus fréquemment un mauvais état de santé perçu après contrôle par leur situation sociale (modèle 6). Les immigrants d'Europe centrale déclarent également plus fréquemment être limités en raison d'un problème de santé que les Français de naissance (modèle 5). Cet effet semble là encore entièrement expliqué par leur situation économique puisque cette différence disparaît après introduction des variables

---

<sup>11</sup> Ces résultats reflètent essentiellement l'effet des caractéristiques socio-économiques sur l'état de santé au sein de la population française née en France dont l'effectif est beaucoup plus important que celui des immigrés. Une analyse complémentaire a mis en évidence des effets des caractéristiques socio-économiques légèrement différents dans ces deux sous-populations. Le diplôme semble avoir un effet plus important sur l'état de santé dans la population immigrée alors que les rôles du type de ménage ou du sexe, significatifs chez les Français de naissance, ne le sont pas chez les immigrés.

sociales (modèle 6). Au contraire, la prise en compte de cette dimension permet de mettre en évidence une moindre déclaration de limitations des personnes originaires du Maghreb, du Sous-continent indien et d'Asie. On ne note en revanche aucune différence de la propension à déclarer une maladie chronique selon le pays de naissance des individus en l'absence de contrôle par la situation socio-économique. Toutefois, les résultats montrent une moindre déclaration des maladies chroniques des personnes originaires du Maghreb après contrôle par leur situation sociale. Enfin, les immigrés d'Europe du Nord se distinguent, quant à eux, par un meilleur état de santé perçu ainsi que par une moindre déclaration de limitations dues à la santé et, ce, à situation socio-économique contrôlée.

Ces différences d'état de santé après prise en compte de la situation économique et sociale actuelle des immigrés selon leur région de naissance suggèrent alors une influence à long terme des caractéristiques économiques, sanitaires et politiques des pays d'origine. En effet, le bon état de santé des personnes originaires d'Europe du Nord pourrait en effet être lié au fait qu'elles ont été confrontées dans leur pays d'origine à des conditions en moyenne plus favorables que les personnes originaires des pays du Maghreb ou d'Afrique.

L'introduction dans l'analyse du Produit Intérieur Brut par tête (modèle 7) et de l'indice de développement humain (modèle 8) du pays de naissance montre alors une influence significative de ces caractéristiques sur l'état de santé, expliquant en partie les différences liées à l'origine des immigrés. Seuls sont commentés ici les résultats du modèle 7 relatif au Produit Intérieur Brut par tête, l'introduction de l'indice de développement humain des pays de naissance dans le modèle 8 aboutissant à des résultats très comparables (Tableau 6).

Nous montrons tout d'abord que les personnes nées dans des pays ayant un PIB par tête appartenant au deuxième et troisième quartiles ont, toutes choses égales par ailleurs, une probabilité de déclarer un mauvais état de santé plus élevée que les personnes originaires des pays les plus riches. Ce résultat suggère ainsi un effet protecteur du niveau de développement du pays d'origine. Cependant, on constate également que les personnes nées dans les pays les plus pauvres n'ont pas un état de santé perçu significativement différent de celui des personnes nées dans les pays les plus riches. Ce constat est en outre confirmé par l'utilisation de l'indicateur de maladies chroniques qui met en évidence que les personnes issues des pays les plus pauvres ont une propension inférieure aux autres à déclarer avoir une maladie chronique. Ces résultats, cohérents avec les résultats de Beckman et al. (2004 ; 2006) suggèrent alors l'existence d'un effet de sélection à la migration plus marqué pour les personnes en provenance des pays les plus pauvres selon lequel les personnes initialement en très bon état de santé ou issues de milieux privilégiés ont plus de facilités à migrer.

Nos résultats montrent enfin peu d'influence du PIB par tête sur la propension à déclarer souffrir de limitations d'activité, les personnes issues des pays appartenant au troisième quartile de PIB par tête semblant toutefois avoir un risque légèrement plus élevé.

Par ailleurs, il est également intéressant de noter que le profil migratoire n'a plus d'effet significatif sur l'état de santé perçu et la déclaration de maladie chronique après introduction des caractéristiques des pays de

naissance, ce qui confirme le faible effet du statut de nationalité sur la santé. Il conserve toutefois un effet sur la déclaration des limitations d'activité, les personnes étrangères étant en meilleure santé selon cet indicateur.

#### 4. Discussion

Cette étude se proposait d'étudier pour la première fois en France les liens entre état de santé, migration et nationalité et d'analyser plus spécifiquement les rôles conjoints du statut socio-économique et des conditions de travail dans le pays d'accueil, la France, du statut migratoire, enfin de la situation du pays d'origine.

Nos résultats montrent tout d'abord que les personnes immigrées, qu'elles soient étrangères ou naturalisées, sont en plus mauvaise santé que la population française née en France lorsque la santé est appréciée par la santé perçue. Cet effet est en partie dû à la situation sociale plus défavorisée et aux conditions de travail difficiles des immigrés mais nous montrons un effet délétère résiduel de la migration cohérent avec ceux de plusieurs études antérieures (Shaw, Dorling, Smith, 1999 ; Dunn et Dyck, 2000). Nos résultats suggèrent un faible effet de l'acquisition de la nationalité française sur la santé, les immigrés naturalisés n'ayant pas un état de santé perçu différent des étrangers. L'utilisation des indicateurs de maladies chroniques et de limitations dues à la santé suggère par ailleurs un état de santé meilleur chez les immigrés étrangers après contrôle par la situation économique et sociale, ce qui va à l'appui de l'hypothèse de sélection à la migration (Shaw, Dorling, Smith, 1999).

Par ailleurs, nos résultats montrent une hétérogénéité selon le pays d'origine de la population immigrée en matière de santé, suggérant par exemple une influence à long terme des caractéristiques économiques, sanitaires et politiques des pays d'origine. La prise en compte des caractéristiques du pays d'origine réduisant fortement les différences d'état de santé selon le statut migratoire, vient ainsi à l'appui de cette hypothèse, les personnes originaires des pays riches déclarant un meilleur état de santé. En cohérence avec les résultats de Beckman et al. (2004 ; 2006), nous montrons également que les personnes originaires des pays les plus pauvres semblent avoir un meilleur état de santé, ce qui suggère l'existence d'un effet de sélection à la migration selon lequel, dans ces pays, la migration est conditionnée par le fait d'être en bon état de santé ou issu d'un milieu privilégié.

Ces résultats exploratoires souffrent toutefois de plusieurs limites. L'enquête décennale Santé étant une enquête réalisée auprès de personnes vivant en ménage ordinaire, elle exclut par définition la population vivant en ménage collectif ou en situation de grande précarité, catégories dans lesquelles les personnes d'origine étrangère sont surreprésentées. Notre population d'étude ne concerne en outre que les personnes ayant participé aux 3 visites de l'enquête et ayant répondu aux questions sur l'état de santé. Or, à chacune de ces étapes, des biais de sélection et de non-réponse liés à l'origine peuvent apparaître. On peut notamment soupçonner une sous-représentation des personnes en situation irrégulière ou ne maîtrisant pas le français.

La non-réponse partielle aux questions sur les conditions de travail est également un peu plus fréquente chez les personnes immigrées. Enfin, la représentativité des populations immigrées selon la nationalité ou le pays de naissance dans l'échantillon étudié n'a pas pu être testée faute d'avoir pu obtenir les données de cadrage issues du recensement.

Par ailleurs, l'absence de connaissance de la date d'arrivée en France des immigrés n'a permis qu'imparfaitement de séparer l'hypothèse d'un effet de sélection à la migration de celle d'un effet délétère de la migration. Cependant, la moindre déclaration de maladies chroniques et de limitations d'activité des étrangers par rapport aux immigrés naturalisés suggère l'existence d'un effet de sélection à la migration compensé par un effet délétère lié à la durée de résidence sur le territoire en cohérence avec les résultats de l'enquête « Passage à la retraite des immigrés » (Attias-Donfut et Teissier, 2005). Cette information aurait également permis d'étudier une hypothèse d'assimilation liée au temps vécu en France relativement au pays d'origine, suggérée par la proximité de la déclaration de maladies chroniques et de limitations d'activité des Français nés en France et des immigrés naturalisés. Cette absence d'information, conjuguée à l'absence d'indicateurs économiques comparables pour l'ensemble des pays pour des dates très antérieures, nous a enfin contraints à utiliser des caractéristiques des pays de naissance relatives à l'année 2006. Or, il est certain que ces informations n'offrent qu'une approximation imparfaite de la situation économique et sanitaire que les immigrés ont connue dans leur pays d'origine.

Les différences d'état de santé mises en évidence selon le profil migratoire et la région de naissance sont plus marquées lorsque la santé est appréciée par la santé perçue que par la déclaration de maladies chroniques ou de limitations d'activité. Ceci pose naturellement la question de la comparabilité de l'indicateur de santé perçue entre la population française et la population immigrée d'une part, et au sein d'une population immigrée d'origines différentes d'autre part. De nombreux travaux ont en effet montré que la perception de la santé varie en fonction de nombreux facteurs liés à la culture, comme les normes de bonne santé et aspirations des individus, qui sont donc particulièrement hétérogènes au sein de la population immigrée (Idler et Benyamini, 1997 ; Shmueli, 2003, Lardjane et Dourgnon, 2007). Cependant des travaux ont validé l'utilisation de la santé perçue à travers différents groupes ethniques et montrent que dans tous les groupes ethniques, une plus mauvaise santé perçue est associée à de plus grandes prévalences de maladies, association qui ne varie pas d'un groupe à l'autre (Chandola et al., 2000 ; Moline et al., 2000).

En dépit des limites évoquées, cette étude montre ainsi l'existence d'inégalités face à la santé des personnes d'origine étrangère. Elle suggère l'existence d'un effet de sélection à la migration compensé à long terme par un effet délétère expliqué en partie seulement par la situation sociale difficile des immigrés. Les résultats montrent la diversité des situations en matière de santé selon l'origine et soulignent par là l'intérêt de l'utilisation du pays de naissance, au-delà du simple fait d'être immigré ou étranger. Cette analyse suggère enfin un effet non négligeable à long terme des caractéristiques économiques et sanitaires du pays de naissance, propre à expliquer les disparités d'état de santé observées au sein de la population immigrée et appelle ainsi de nouveaux travaux de recherche pour comprendre les disparités d'état de santé observées au sein de la population immigrée.

## Bibliographie

- Arai M., Vilhermsson R. (2004), "Unemployment-Risk Differentials Between Immigrant and Native Workers in Sweden", *Industrial Relations*, 43 (3), 690-698.
- Attias-Donfut C., Teissier P., 2005, « Santé et vieillissement des immigrés », *Retraite et Société*, 46 : 90-129.
- Balsa A.I., McGuire T.G., (2003), « Prejudice, clinical uncertainty and stereotyping as sources of health disparities », *Journal of Health Economics*, 22, 1 : 89-116.
- Beckman L., Hakansson A., Rastam L., Lithman T., Merlo J. (2006), « The role country of birth plays in receiving disability pensions in relation to patterns of health care utilisation and socioeconomic differences : a multilevel analysis in Malmö, Sweden », *BMC Public Health*, 6 : 71.
- Beckman L., Merlo J., Lynch J.W., Gerdtham U.G., Lindström M; et Lithman T. (2004), « Country of birth, socio-economic position, and health care expenditure : a multilevel analysis in Malmö, Sweden », *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58 : 145-149.
- Berkman L.F., Glass T. (2000), « Social Integration, Social Networks, Social Support, and Health », in *Social Epidemiology*, ed Berkman L., Kawachi I., Oxford University Press.
- Blaxter M. (1985). « A comparison of measures of inequality in morbidity », in John Fox, *Health Inequalities in European Countries*, Aldershot, Gower.
- Bloom D.E., Grenier G., Gunderson M. (1995), " The Changing Labour Market Position of Canadian Immigrants ", *The Canadian Journal of Economics*, 28, 4b : 987-1005.
- Bollini P, Siem H. (1995), "No real progress towards equity : health of migrants and ethnic minorities on the eve of the year 2000", *Social Science and Medicine*, 41, 6 : 819-28.
- Borjas G.J. (1985), "Assimilation, Changes in Cohort Quality, and the Earnings of Immigrants", *Journal of Labor Economics*, 3, 4 : 463-489.
- Bouvier-Colle M.H., Magescas J.B., Hatton F. (1985), « Causes de décès et jeunes étrangers en France », *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 33, 6 : 409-416.
- Buekens P. (2001), « Faut-il étudier la santé des communautés immigrées ? », *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 49 : 409-410.
- Cambois E., Jusot F. (2006), « Vulnérabilité sociale et santé », in Allonier C., Dourgnon P., Rochereau T., « Santé, soins et protection sociale en 2004 », IRDES, 1621.
- Cambois E., Jusot F. (2007), "Ampleur, tendance et causes des inégalités sociales de santé et de mortalité en Europe : une revue des études comparatives", *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, Numéro thématique - Les inégalités sociales de santé en France en 2006 : éléments de l'état des lieux. 2007/01/23, 2-3 : 10-14.
- Chandola M., Jenkinson C. "Validating Self Rated Health in Different Ethnic Groups", *Ethnicity & Health*, 2000 ; 5(2) : 151-159.
- Chenu A. (2000), « Le repérage de la situation sociale », in *Les Inégalités Sociales de Santé*, ed. Leclerc A. et al, La Découverte/INSERM : 93-108.
- Darmon N., Khlat M. (2001), « An overview of the health status of migrants in France, in relation to their dietary practices », *Public Health Nutr.*, 4, 2 : 163-72.
- Dunn J.R., Dyck I. (2000), « Social determinants of health in Canada's immigrant population : result from

the National Population Health Survey », *Social Science and Medicine*, 51 : 1576-1593.

Ghirardello A. (2006), « Droit et Économie : la même difficulté pour traiter des discriminations raciales », in *Economie Sociale et Droit. Actes des XXVIème journées de l'Association d'Économie Sociale les 7 et 8 septembre 2006 à Nancy, 2006/09, Tome 1* : 99-114.

Friedberg R.M. (2000), "You Can't Take It with You? Immigrant Assimilation and the Portability of Human Capital ", *Journal of Labor Economics*, 18, 2 : 221-251.

Stören L.A. (2004), Unemployment experiences during early career of immigrant and non-immigrant graduates", *Journal of Education and Work*, 17 : 71 – 93.

Idler E.L. et Benyamini Y. (1997) « Self-rated health and mortality : a review of twenty-seven community studies », *Journal of Health and Social Behaviour*, 38 : 21-37.

Kee P. (1995), "Native-Immigrant Wage Differentials in the Netherlands : Discrimination?", *Oxford Economic Papers, New Series*, 47, 2 : 302-317.

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

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

Kuh D., Ben-Shlomo Y. (eds) (2004), *A Life course approach to chronic disease epidemiology*, second edition, Oxford : Oxford Medical Publications.

Lardjane S., Dourgnon P. (2007), « Les comparaisons internationales d'état de santé subjectif sont-elles pertinentes ? Une évaluation par la méthode des vignettes-étalons », *Economie et Statistique*, n° 403-404 : 165-177.

Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kaminski M., Lang T. (2000), *Les Inégalités Sociales de Santé*, Paris : La Découverte/INSERM.

Lert F., Melchior M., Ville I. (2007), « Functional limitations and overweight among migrants in the Histoire de Vie study (Insee, 2003) », *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 55, 6 : 391-400.

Mizrahi A., Mizrahi A., Wait S. (1993), « Accès aux soins et état de santé des populations immigrées », *rapport CREDES*, 968.

Molines C., Sapin C., Siméoni MC., Gentile S., Auquier P. (2000), « Santé perçue et migration : une nouvelle approche pour l'intégration sanitaire », *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 48 : 145-155.

Price S.W. (2001), "The unemployment experience of male immigrants in England", *Applied Economics*, 33, 2 : 201-215.

Sermet C., Cambois E (2002), « Mesurer l'état de santé », in Caselli G., Vallin J., Wunsch G., *Démographie : analyse et synthèse. III. Les déterminants de la mortalité*, Paris, Éditions de l'INED, 2002/12, vol. III, chapitre 41 : 25-52.

Shaw M., Dorling D., Smith. GD. (1999) « Poverty, social exclusion, and minorities », in Marmot, M. and R. Wilkinson (Eds.), *Social Determinants of Health*, Oxford : Oxford University Press.

Shmueli A. (2003), « Socio-economic and demographic variation in health and in its measures : the issue of reporting heterogeneity », *Social Science and Medicine*, 57 : 125-134.

Sundquist J. (1993), « Ethnicity as a risk factor for consultations in primary care and out-patient care », *Scand J Prim Health Care*, 11 : 169-73.

## Annexe

**Tableau 1 : Indicateurs de santé et caractéristiques socio-économiques selon le profil migratoire**

Indicateurs de Santé	Français nés en France	Immigrés étrangers	Immigrés naturalisés
Mauvaise santé perçue	24,8	31,2	36,0
Maladies chroniques	42,1	38,2	46,7
Limitations dues à la santé	13,9	11,4	15,6
<b>Classes d'âges</b>			
18-29 ans	18,9	14,8	9,0
30-49 ans	38,4	44,5	42,7
50-69 ans	29,0	34,2	29,7
70 ans et plus	13,8	6,6	18,6
<b>Sexe</b>			
Homme	46,9	49,8	44,6
Femme	53,1	50,2	55,4
<b>Occupation</b>			
En emploi	54,8	47,4	50,2
Chômeur	5,5	12,0	7,9
Étudiant	6,0	4,2	2,1
Retraité	24,0	13,2	24,4
Personne au foyer	6,6	17,1	11,7
Autre inactif	3,1	6,2	3,7
<b>Profession et Catégorie sociale</b>			
Agriculteur	5,6	0,9	1,2
Artisan commerçant	8,1	7,8	9,5
Cadre	17,4	12,2	17,0
Profession intermédiaire	23,4	11,7	17,2
Employé	14,7	10,6	16,7
Ouvrier	29,4	53,8	36,9
Sans objet	1,3	3,1	1,6
<b>Diplôme</b>			
Sans diplôme	15,4	48,3	32,9
BEPC-CAP	45,0	23,6	33,3
BAC	16,1	9,1	13,0
BAC + 2 et plus	23,5	19,0	20,7
<b>Quartile de revenu</b>			
Premier quartile	22,3	48,4	34,7
Deuxième quartile	25,5	21,9	28,0
Troisième quartile	25,6	16,1	19,3
Quatrième quartile	26,6	13,6	18,1
<b>Type de ménage</b>			
Personne seule	15,8	11,4	13,8
Couple sans enfant(s)	31,5	22,9	27,3
Couple avec enfant(s)	42,9	52,0	46,7
Famille monoparentale	5,6	4,8	6,6
Autre cas	4,2	8,8	5,6
<b>Effectifs</b>	22891	1399	897
<b>Nuisances</b>		<b>Conditions de travail</b>	
Aucune	58,8	47,3	54,0
Au moins une	35,4	44,2	37,2
Non-réponse	5,8	8,5	8,8
<b>Contraintes d'Horaire</b>			
Aucune	69,7	63,2	61,7
Au moins une	24,9	29,2	30,7
Non-réponse	5,4	7,6	7,6
<b>Pénibilités physiques</b>			
Aucune	59,9	47,3	56,1
Au moins une	36,5	46,1	38,5
Non-réponse	3,6	6,6	5,4
<b>Contraintes de rendement</b>			
Aucune	82,8	72,8	72,0
Au moins une	13,6	20,3	21,9
Non-réponse	3,6	6,9	6,1
<b>Nombre de contraintes</b>			
0	40,0	28,0	33,7
1-2	21,2	20,7	17,2
3-5	18,1	19,4	19,4
6 ou plus	10,4	17,1	15,1
Non-réponse	10,3	14,9	14,6
<b>Effectifs</b>	15870	672	522



**Tableau 2 : Régions de naissance**

Régions de naissance	Pays de naissance	Fréquence
Europe du Nord	Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Finlande, Irlande, Luxembourg, Norvège, Pays-Bas, Royaume-Uni, Suède, Suisse	8,9 %
Europe Centrale et de l'Est	Albanie, Arménie, Azerbaïdjan, Belarus, Bosnie-Herzégovine, Bulgarie, Croatie, Estonie, Géorgie, Hongrie, Kazakhstan, Kirghizstan, Lettonie, Lituanie, Macédoine, Moldavie, Monté negro, Ouzbékistan, Pologne, République tchèque, Roumanie, Russie, Serbie, Slovaquie, Slovénie, Tadjikistan, Turkménistan, Ukraine	5,8 %
Europe du Sud	Andorre, Chypre, Espagne, Grèce, Italie, Portugal	29,2 %
Turquie	Turquie	4,1 %
Maghreb	Algérie, Maroc, Tunisie	29,8 %
Moyen-Orient	Égypte, Liban, Irak, Iran, Israël, Jordanie, Koweït, Syrie, Yémen	2,5 %
Afrique hors Maghreb	Afrique du Sud, Angola, Bénin, Burkina-Faso, Cameroun, Cap-Vert, Congo, Côte d'Ivoire, Gabon, Gambie, Guana, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Mali, Mauritanie, Mozambique, Niger, Nigeria, République centrafricaine, Sénégal, Sierra Leone, Soudan, Tchad, Togo, Zaïre	6,6 %
Amérique, Australie et Nouvelle-Zélande	Australie, Canada, États-Unis, Nouvelle-Zélande, Argentine, Belize, Bolivie, Brésil, Chili, Colombie, Dominique, Équateur, Haïti, Mexique, Pérou, Salvador, Venezuela	3,4 %
Asie	Chine, Corée du Sud, Japon, Hong-Kong, Malaisie, Philippines, Sri-Lanka, Taïwan, Thaïlande, Cambodge, Laos, Vietnam	7 %
Sous continent Indien et îles de l'océan indien	Afghanistan, Bangladesh, Inde, Pakistan, Comores, Madagascar, Île Maurice	2,7 %

**Tableau 3 : Influence du profil migratoire sur la déclaration de l'état de santé avant et après contrôle par la situation économique et sociale**

Variables	Santé perçue				Maladies chroniques				Limitations			
	Modèle 1		Modèle 2		Modèle 1		Modèle 2		Modèle 1		Modèle 2	
	OR	p-value	OR	p-value	OR	p-value	OR	p-value	OR	p-value	OR	p-value
18-29 ans	Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.	
30-49 ans	2,2	<0,001	2,06	<0,001	1,6	<0,001	1,59	<0,001	2,01	<0,001	2,01	<0,001
50-69 ans	5,19	<0,001	3,67	<0,001	3,65	<0,001	2,59	<0,001	4,4	<0,001	3,01	<0,001
70 ans et plus	13,02	<0,001	6,53	<0,001	7,5	<0,001	3,73	<0,001	9,87	<0,001	4,97	<0,001
Homme	Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.	
Femme	1,29	<0,001	1,21	<0,001	1,24	<0,001	1,22	<0,001	1,08	0,037	0,98	0,615
Cadre			Ref.				Ref.				Ref.	
Agriculteur			1,37	<0,001			1,04	0,639			0,89	0,247
Artisan commerçant			1,07	0,393			0,89	0,055			0,94	0,506
Employé			1,34	<0,001			0,95	0,347			1,14	0,112
Ouvrier			1,54	<0,001			1	0,942			1,22	0,011
Profession intermédiaire			1,23	0,001			1,02	0,643			1,14	0,061
Sans objet			1,56	0,018			0,7	0,015			1,3	0,231
Bac+2 ou plus			Ref.				Ref.				Ref.	
BAC			1,24	0,001			0,97	0,535			1,06	0,449
BEPC-CAP			1,56	<0,001			1,11	0,016			1,28	<0,001
Sans diplôme			2,17	<0,001			1,27	<0,001			1,46	<0,001
En emploi			Ref.				Ref.				Ref.	
Chômeur			1,59	<0,001			1,32	<0,001			1,86	<0,001
Étudiant			0,71	0,008			1,12	0,167			1	0,983
Personne au foyer			1,24	0,001			1,22	<0,001			1,59	<0,001
Retraité			1,57	<0,001			1,86	<0,001			2,05	<0,001
Autre inactif			3,99	<0,001			2,7	<0,001			7,82	<0,001
Dernier quartile de revenu			Ref.				Ref.				Ref.	
Premier quartile de revenu			1,47	<0,001			0,99	0,893			1,24	0,002
Deuxième quartile de revenu			1,32	<0,001			1,01	0,849			1,09	0,191
Troisième quartile de revenu			1,1	0,059			0,98	0,545			1,05	0,429
Couple avec enfants			Ref.				Ref.				Ref.	
Couple sans enfant			1,18	<0,001			1,13	0,002			1,05	0,375
Famille monoparentale			1,33	<0,001			0,98	0,77			1,13	0,209
Personne seule			1,2	0,001			1,15	0,002			1,04	0,548
Autre cas			1,23	0,011			1,04	0,608			1,27	0,009
<b>Profil migratoire</b>												
Français né en France	Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.	
Immigré étranger	1,74	<0,001	1,26	0,001	0,89	0,059	0,83	0,003	0,87	0,129	0,64	<0,001
Immigré naturalisé	1,57	<0,001	1,42	<0,001	1,08	0,296	1,08	0,292	1	0,969	0,92	0,399
-2 Log L (Constante seule)	28484		28484		34273		34273		20246		20246	
-2 Log L (Constante et covariables)	25563		24278		31740		31363		18738		17880	
Taille de l'échantillon	24 911		24 911		25 187		25 187		25 187		25 187	

**Tableau 4 : Influence du profil migratoire sur la déclaration de l'état de santé après contrôle par la situation économique et sociale et les conditions de travail actuelles ou passées**

Variables	Santé perçue				Maladies chroniques				Limitation			
	Modèle 3		Modèle 4		Modèle 3		Modèle 4		Modèle 3		Modèle 4	
	OR	p-value	OR	p-value	OR	p-value	OR	p-value	OR	p-value	OR	p-value
18-29 ans	Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.	
30-49 ans	2,05	<0,001	2,06	<0,001	1,53	<0,001	1,54	<0,001	2,09	<0,001	2,1	<0,001
50-69 ans	3,71	<0,001	3,7	<0,001	2,46	<0,001	2,45	<0,001	3,45	<0,001	3,46	<0,001
70 ans et plus	7,66	<0,001	7,64	<0,001	3,59	<0,001	3,57	<0,001	6,38	<0,001	6,4	<0,001
Homme	Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.	
Femme	1,33	<0,001	1,31	<0,001	1,23	<0,001	1,23	<0,001	1,14	0,017	1,11	0,06
Cadre	Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.	
Agriculteur	1,19	0,12	1,16	0,199	0,96	0,625	0,94	0,492	0,77	0,066	0,75	0,045
Artisan commerçant	1,07	0,492	1,04	0,717	0,88	0,1	0,87	0,069	0,87	0,235	0,84	0,14
Employé	1,43	<0,001	1,43	<0,001	0,9	0,097	0,9	0,106	1,09	0,393	1,09	0,404
Ouvrier	1,48	<0,001	1,47	<0,001	0,92	0,205	0,92	0,168	1,07	0,484	1,06	0,559
Profession intermédiaire	1,28	0,001	1,28	0,001	1	0,997	1	0,962	1,14	0,14	1,14	0,132
Sans objet	1,06	0,944	1,05	0,95	0,89	0,831	0,89	0,832	2,1	0,349	2,13	0,341
BAC + 2 et plus	Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.	
BAC	1,2	0,017	1,2	0,015	0,93	0,222	0,93	0,217	1,1	0,313	1,11	0,286
BEPC-CAP	1,46	<0,001	1,46	<0,001	1,07	0,18	1,07	0,19	1,23	0,013	1,23	0,012
Sans diplôme	2,12	<0,001	2,1	<0,001	1,16	0,027	1,14	0,041	1,3	0,009	1,29	0,013
En emploi	Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.	
Chômeur	1,55	<0,001	1,56	<0,001	1,33	<0,001	1,33	<0,001	1,8	<0,001	1,82	<0,001
Retraité	1,29	<0,001	1,3	<0,001	1,79	<0,001	1,8	<0,001	1,61	<0,001	1,64	<0,001
Dernier quartile de revenu	Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.	
Premier quartile de revenu	1,32	<0,001	1,3	<0,001	1,03	0,688	1,01	0,811	1,23	0,029	1,21	0,047
Deuxième quartile de revenu	1,24	0,001	1,23	0,001	1,03	0,592	1,02	0,671	1,11	0,189	1,1	0,236
Troisième quartile de revenu	1,1	0,119	1,09	0,137	0,96	0,345	0,95	0,323	1,02	0,774	1,01	0,853
Couple avec enfants	Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.	
Couple sans enfant	1,1	0,079	1,1	0,081	1,08	0,101	1,08	0,092	1,04	0,611	1,04	0,6
Famille monoparentale	1,2	0,059	1,2	0,062	0,96	0,595	0,96	0,595	0,94	0,656	0,95	0,682
Personne seule	1,1	0,174	1,11	0,142	1,12	0,052	1,13	0,046	1,06	0,551	1,07	0,493
Autre cas	1,24	0,038	1,25	0,029	0,91	0,329	0,92	0,365	1,13	0,361	1,14	0,337
Conditions de travail												
Aucune contrainte	Ref.				Ref.				Ref.			
1 à 2 contraintes	1,24	<0,001			1,13	0,006			1,13	0,096		
3 à 5 contraintes	1,52	<0,001			1,14	0,007			1,31	<0,001		
6 contraintes ou plus	1,61	<0,001			1,23	0,001			1,52	<0,001		
Non-réponse	1,53	<0,001			1,28	<0,001			1,17	0,06		
Aucune nuisance			Ref.				Ref.				Ref.	
Au moins une nuisance			1,23	<0,001			1,09	0,043			1,11	0,127
Non-réponse			1,08	0,43			1,03	0,723			1	0,988
Aucune contrainte de rendement			Ref.				Ref.				Ref.	
Au moins une contrainte			1,06	0,314			1,04	0,403			1,09	0,254
Non-réponse			1,23	0,079			1,38	0,005			1,11	0,466
Aucune contrainte d'horaire			Ref.				Ref.				Ref.	
Au moins une contrainte			0,99	0,891			1	0,927			0,96	0,544
Non-réponse			1,23	0,028			1,08	0,349			1,01	0,931
Aucune contrainte physique			Ref.				Ref.				Ref.	
Au moins une contrainte			1,27	<0,001			1,1	0,028			1,3	<0,001
Non-réponse			1,01	0,923			1,05	0,679			0,91	0,561
<b>Profil migratoire</b>												
Français né en France	Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.	
Immigré étranger	1,12	0,247	1,12	0,247	0,77	0,003	0,77	0,003	0,54	<0,001	0,54	<0,001
Immigré naturalisé	1,3	0,014	1,31	0,011	1,13	0,19	1,13	0,195	0,92	0,554	0,93	0,595
-2 Log L (Constante seule)	18272,1		18272,1		23065,7		23065,7		12123,7		12123,7	
-2 Log L (Constante et covariables)	16044,9		16026,2		21448,2		21434,3		11095,4		11081,9	
Taille de l'échantillon	17 042		17 042		17 064		17 064		17 064		17 064	

**Tableau 5 : Influence de la région de naissance sur la déclaration de l'état de santé avant et après contrôle par la situation économique et sociale**

Variables	Santé perçue				Maladie chronique				Limitation			
	Modèle 5		Modèle 6		Modèle 5		Modèle 6		Modèle 5		Modèle 6	
	OR	p-value	OR	p-value	OR	p-value	OR	p-value	OR	p-value	OR	p-value
18-29 ans	Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.	
30-49 ans	2,2	<0,001	2,07	<0,001	1,6	<0,001	1,59	<0,001	2,01	<0,001	2,01	<0,001
50-69 ans	5,24	<0,001	3,67	<0,001	3,63	<0,001	2,58	<0,001	4,39	<0,001	2,99	<0,001
70 ans et plus	13,2	<0,001	6,55	<0,001	7,48	<0,001	3,71	<0,001	9,86	<0,001	4,94	<0,001
Homme	Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.	
Femme	1,29	<0,001	1,21	<0,001	1,24	<0,001	1,22	<0,001	1,08	0,033	0,98	0,633
Cadre			Ref.				Ref.				Ref.	
Agriculteur			1,35	<0,001			1,03	0,679			0,88	0,227
Artisan commerçant			1,05	0,48			0,89	0,055			0,94	0,467
Employé			1,32	<0,001			0,95	0,354			1,14	0,12
Ouvrier			1,51	<0,001			0,99	0,843			1,2	0,02
Profession intermédiaire			1,21	0,002			1,02	0,658			1,14	0,073
Sans objet			1,53	0,024			0,71	0,018			1,31	0,227
Bac+2 et plus			Ref.				Ref.				Ref.	
BAC			1,23	0,001			0,97	0,55			1,06	0,434
BEPC-CAP			1,54	<0,001			1,11	0,016			1,28	<0,001
Sans diplôme			2,11	<0,001			1,26	<0,001			1,46	<0,001
En emploi			Ref.				Ref.				Ref.	
Chômeur			1,58	<0,001			1,33	<0,001			1,87	<0,001
Étudiant			0,71	0,008			1,11	0,183			0,99	0,946
Personne au foyer			1,24	0,001			1,23	<0,001			1,59	<0,001
Retraité			1,58	<0,001			1,87	<0,001			2,05	<0,001
Autre inactif			4	<0,001			2,7	<0,001			7,73	<0,001
Dernier quartile de revenu			Ref.				Ref.				Ref.	
Premier quartile de revenu			1,46	<0,001			1	0,974			1,24	0,002
Deuxième quartile de revenu			1,32	<0,001			1,01	0,839			1,09	0,174
Troisième quartile de revenu			1,1	0,052			0,97	0,53			1,05	0,422
Couple avec enfants			Ref.				Ref.				Ref.	
Couple sans enfant			1,18	0			1,12	0,002			1,05	0,357
Famille monoparentale			1,34	0			0,99	0,818			1,13	0,192
Personne seule			1,21	0			1,15	0,002			1,04	0,542
Autre cas			1,23	0,009			1,03	0,658			1,27	0,009
<b>Régions de naissance</b>												
France et Dom-Tom	Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.	
Europe du Nord	0,49	<0,001	0,59	0,008	0,84	0,226	0,85	0,277	0,55	0,01	0,59	0,027
Europe Centrale	1,61	0,015	1,35	0,141	1,07	0,709	1,03	0,869	1,58	0,03	1,32	0,205
Europe du Sud	1,91	<0,001	1,49	<0,001	1,15	0,093	1,11	0,212	0,97	0,806	0,81	0,06
Turquie	2,07	0,007	1,43	0,188	0,84	0,449	0,79	0,301	0,92	0,82	0,65	0,268
Maghreb	2,41	<0,001	1,58	<0,001	0,87	0,107	0,79	0,007	1,14	0,275	0,76	0,027
Moyen-Orient	0,79	0,48	0,95	0,89	0,9	0,695	0,94	0,818	0,7	0,424	0,74	0,504
Afrique hors Maghreb	1,5	0,043	1,13	0,558	0,75	0,116	0,71	0,067	0,79	0,458	0,59	0,106
Sous-continent indien + îles	1,61	0,126	1,09	0,786	0,83	0,505	0,77	0,347	0,3	0,096	0,24	0,046
Asie	1,53	0,027	1,42	0,079	0,93	0,663	0,96	0,817	0,5	0,038	0,47	0,025
Amérique, Australie, Nouvelle-Zélande	0,66	0,202	0,85	0,621	1,31	0,243	1,39	0,161	0,53	0,172	0,61	0,297
-2 Log L (Constante seule)	28484		28484		34272,5		34272,5		20245,9		20245,9	
-2 Log L (Constante et covariables)	25476,4		24251,4		31732,3		31356,1		18713,8		17873,1	
Taille de l'échantillon	24 911		24 911		25 187		25 187		25 187		25 187	

**Tableau 6 : Influence des caractéristiques du pays de naissance sur la déclaration de l'état de santé après contrôle par la situation économique et sociale**

Variables	Santé perçue Modèle 7		Maladie chronique Modèle 7		Limitation Modèle 7		Santé perçue Modèle 8		Maladie chronique Modèle 8		Limitation Modèle 8	
	OR	p-value	OR	p-value	OR	p-value	OR	p-value	OR	p-value	OR	p-value
18-29 ans	Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.	
30-49 ans	2,07	<0,001	1,59	<0,001	2,02	<0,001	2,07	<0,001	1,59	<0,001	2,02	<0,001
50-69 ans	3,68	<0,001	2,57	<0,001	2,99	<0,001	3,68	<0,001	2,56	<0,001	2,99	<0,001
70 ans et plus	6,57	<0,001	3,68	<0,001	4,93	<0,001	6,57	<0,001	3,66	<0,001	4,92	<0,001
Homme	Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.	
Femme	1,22	<0,001	1,22	<0,001	0,98	0,586	1,21	<0,001	1,22	<0,001	0,98	0,571
Cadre	Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.	
Agriculteur	1,37	<0,001	1,03	0,651	0,88	0,236	1,37	<0,001	1,03	0,656	0,88	0,236
Artisan commerçant	1,06	0,429	0,89	0,055	0,94	0,498	1,06	0,429	0,89	0,055	0,94	0,497
Employé	1,33	<0,001	0,95	0,356	1,14	0,123	1,33	<0,001	0,95	0,362	1,14	0,12
Ouvrier	1,53	<0,001	0,99	0,921	1,21	0,014	1,53	<0,001	0,99	0,907	1,21	0,015
Profession intermédiaire	1,22	0,001	1,02	0,615	1,14	0,066	1,22	0,001	1,02	0,605	1,14	0,065
Sans objet	1,53	0,023	0,71	0,017	1,29	0,245	1,54	0,022	0,72	0,021	1,32	0,212
Bac+2 et plus	Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.	
BAC	1,23	0,001	0,97	0,552	1,06	0,494	1,23	0,001	0,97	0,544	1,06	0,5
BEPC-CAP	1,55	<0,001	1,11	0,016	1,28	<0,001	1,55	<0,001	1,11	0,016	1,28	<0,001
Sans diplôme	2,14	<0,001	1,27	<0,001	1,46	<0,001	2,14	<0,001	1,27	<0,001	1,46	<0,001
En emploi	Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.	
Chômeur	1,58	<0,001	1,33	<0,001	1,87	<0,001	1,58	<0,001	1,34	<0,001	1,88	<0,001
Étudiant	0,71	0,01	1,11	0,18	1	0,992	0,71	0,01	1,11	0,195	1	0,985
Personne au foyer	1,25	0,001	1,23	<0,001	1,59	<0,001	1,24	0,001	1,24	<0,001	1,6	<0,001
Retraité	1,58	<0,001	1,87	<0,001	2,06	<0,001	1,58	<0,001	1,87	<0,001	2,07	<0,001
Autre inactif	4,03	<0,001	2,72	<0,001	7,85	<0,001	4,03	<0,001	2,72	<0,001	7,85	<0,001
Dernier quartile de revenu	Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.	
Premier quartile de revenu	1,46	<0,001	1	0,981	1,24	0,002	1,46	<0,001	1	0,968	1,24	0,002
Deuxième quartile de revenu	1,32	<0,001	1,01	0,879	1,09	0,192	1,32	<0,001	1,01	0,885	1,09	0,192
Troisième quartile de revenu	1,1	0,062	0,97	0,498	1,05	0,444	1,1	0,062	0,97	0,486	1,05	0,443
Couple avec enfants	Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.	
Autre cas	1,22	0,013	1,04	0,59	1,28	0,009	1,22	0,013	1,04	0,585	1,28	0,009
Couple sans enfant	1,18	<0,001	1,13	0,001	1,05	0,358	1,18	<0,001	1,13	0,002	1,05	0,363
Famille monoparentale	1,34	<0,001	0,98	0,794	1,13	0,186	1,34	<0,001	0,98	0,779	1,13	0,192
Personne seule	1,21	<0,001	1,15	0,002	1,05	0,501	1,21	<0,001	1,15	0,002	1,05	0,511
<b>Profil migratoire</b>												
Français né en France	Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.		Ref.	
Immigré étranger	0,88	0,268	0,91	0,326	0,58	<0,001	0,88	0,273	0,91	0,341	0,58	<0,001
Immigré naturalisé	1,02	0,842	1,19	0,105	0,83	0,184	1,03	0,824	1,19	0,106	0,83	0,185
<b>Caractéristiques du pays de naissance</b>												
Dernier quartile de PIB	Ref.		Ref.		Ref.							
Premier quartile de PIB	1,3	0,188	0,68	0,038	0,8	0,47						
Deuxième quartile de PIB	1,58	0,001	0,81	0,089	1,04	0,832						
Troisième quartile de PIB	1,71	<0,001	1,05	0,677	1,36	0,069						
Dernier quartile d'IDH							Ref.		Ref.		Ref.	
Premier quartile d'IDH							1,29	0,212	0,66	0,026	0,77	0,415
Deuxième quartile d'IDH							1,6	<0,001	0,8	0,06	1,05	0,766
Troisième quartile d'IDH							1,72	<0,001	1,16	0,238	1,44	0,041
-2 Log L (Constante seule)	28457		34236,9		20226,6		28457		34236,9		20226,6	
-2 Log L (Const. et covariables)	24237,7		31319,7		17859,3		24237,7		31314		17858,3	
Taille de l'échantillon	24 887		25 159		25 159		24 887		25 159		25 159	

## Etat de santé des populations immigrées en France

Florence Jusot (Université Paris-Dauphine Legos, Irdes), Paul Dourgnon (Irdes), Catherine Sermet (Irdes)

Cet article étudie les liens existant entre nationalité, migration et état de santé à partir des données de l'Enquête décennale Santé menée en 2002-2003 en France. Les résultats montrent l'existence d'inégalités face à la santé des personnes d'origine étrangère, liées à l'existence d'un effet de sélection à la migration compensé à long terme par un effet délétère de la migration, expliqué en partie seulement par la situation sociale difficile des immigrés. Cette analyse suggère également un effet non négligeable à long terme des caractéristiques économiques et sanitaires du pays de naissance, propre à expliquer les disparités d'état de santé observées au sein de la population immigrée.

## The Health of Immigrants in France

Florence Jusot (Université Paris-Dauphine Legos, Irdes), Paul Dourgnon (Irdes), Catherine Sermet (Irdes)

Using the data from the French 2002-2003 decennial health survey, this article analyses the links between nationality, migration and health status in France. The findings show health inequalities related to immigration in favor of the native population living in France. Those inequalities appear to reflect a healthy migrant selection effect counter balanced by a deleterious impact of migration, partly due to the poor socioeconomic conditions of immigrants in France. We also observe a long term effect of the economic and sanitary characteristics of country of birth that contribute to explain the heterogeneity of health status among immigrants.