

La santé perçue des immigrés en France

Une exploitation de l'Enquête décennale santé 2002-2003

Paul Dourgnon, Florence Jusot*, Catherine Sermet, Jérôme Silva

* Université Paris-Dauphine, LEGOS, IRDES

Selon les données de l'Enquête décennale santé menée par l'INSEE en 2002-2003, les personnes d'origine étrangère vivant en France se déclarent en moins bon état de santé que les Français nés en France. Les conditions socio-économiques dégradées de ces populations expliquent en partie leur plus mauvaise santé perçue. Mais on observe également des différences d'état de santé selon les pays d'origine, liées au niveau de développement de ces derniers. Ainsi, les personnes originaires des pays les plus riches déclarent un meilleur état de santé que les personnes originaires des pays de niveau de développement moyen, suggérant un effet à long terme de la situation sociale et sanitaire du pays de naissance sur l'état de santé. Les personnes originaires des pays les plus pauvres déclarent également un meilleur état de santé que les personnes originaires des pays de niveau de développement moyen, ce qui peut s'expliquer par une sélection à la migration plus marquée dans ces pays. Enfin, il ne semble pas y avoir de différence d'état de santé entre les immigrés étrangers et ceux ayant été naturalisés.

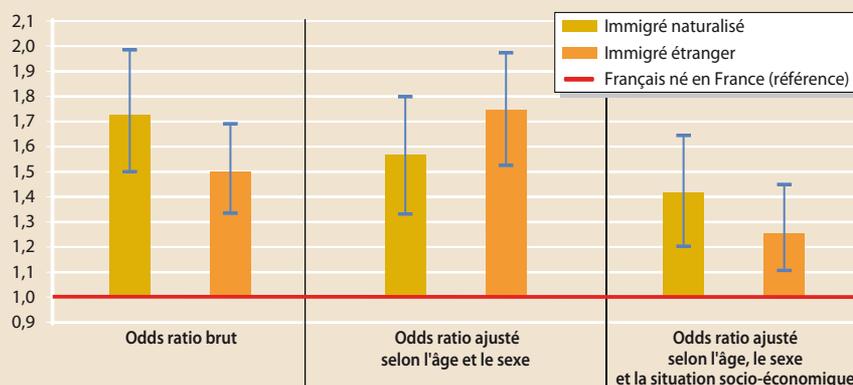
Si les inégalités sociales de santé sont aujourd'hui largement documentées en France, l'état de santé de certaines sous-populations reste encore à explorer. C'est le cas notamment de la population immigrée, qui représente en 2004 8,1 % de la population résidant en France. Jusqu'à présent, il manquait dans la plupart des enquêtes santé disponibles des informations précises sur la nationalité et le pays de naissance des personnes interrogées. L'Enquête décennale santé menée en 2002-2003 par l'INSEE, qui a collecté des informations précises à la fois sur la santé, le pays de naissance et la nationalité (Français de naissance ou réintégration, Français par acquisition, nationalité précise pour les étrangers), permet aujourd'hui d'explorer les liens existant entre nationalité, immigration et état de santé.

Plus précisément, il s'agit de décrire les différences d'état de santé perçue liées à la nationalité et au pays d'origine, regroupés en 11 grandes zones géographiques, puis de chercher à voir si ces différences sont expliquées par la situation économique et sociale des immigrés dans le pays d'accueil, par les conditions économiques du pays d'origine ou par un effet spécifique attribuable à la migration (*cf.* encadré *Méthode* p. 3).

De multiples hypothèses pour expliquer l'état de santé des immigrés

Plusieurs mécanismes liés à l'histoire individuelle des migrants peuvent en

Probabilité de déclarer un mauvais état de santé général selon le profil migratoire



Guide de lecture : un immigré étranger a plus de risque de déclarer une mauvaise santé qu'un Français né en France (odds ratio brut = 1,5). À âge et sexe comparables, ce risque augmente (OR = 1,74). Chaque odds ratio est représenté avec un intervalle de confiance à 95 % (en bleu dans le graphique). Voir la définition de l'odds ratio dans l'encadré *Méthode* page 3.

Champ : Personnes âgées de 18 ans et plus, ayant participé aux 3 visites de l'enquête et ayant renseigné leur état de santé perçue.

Source : IRDES. Données : Enquête décennale santé 2002/03 (INSEE).

Cette recherche sur l'état de santé des immigrés en France s'inscrit dans le prolongement des recherches sur les inégalités de santé et leurs déterminants menées par l'IRDES depuis de nombreuses années. Elle a bénéficié d'un financement dans le cadre de l'appel à projets de recherche DREES - MiRe « Analyses secondaires de l'enquête décennale de l'INSEE 2002-2003 sur la santé et les soins médicaux ». L'exploitation de cette enquête permet d'étudier les liens entre l'état de santé et le profil migratoire, en distinguant les Français nés en France, les immigrés étrangers et les immigrés naturalisés.

effet expliquer des disparités d'état de santé selon la nationalité et l'origine (cf. par exemple Shaw *et al.*, 1999 et Buekens, 2001).

En premier lieu, l'hypothèse de sélection à la migration liée à la santé suppose que les migrants ont un meilleur état de santé que la population de leur pays d'origine, car seules les personnes en meilleure santé sont amenées à migrer. Cet effet de sélection peut être contrebalancé par la situation économique et sociale des migrants en France, le plus souvent défavorable, en raison de conditions de travail plus difficiles, auxquelles peuvent s'ajouter des difficultés à faire valoir les compétences acquises à l'étranger, ainsi que des discriminations sur le marché du travail. En second lieu, la migration, en provoquant perte du réseau social d'origine et isolement, peut induire une dégradation de l'état de santé. Enfin la moindre connais-

sance du système de soins, la moindre maîtrise de la langue et les difficultés de communication avec les professionnels de santé peuvent impliquer un usage ou une réponse différenciés du système de soins. Par ailleurs, l'état de santé peut rester marqué par les habitudes de soins et les styles de vie liés à la culture du pays d'origine et par les conditions économiques, sanitaires ou encore politiques vécues avant la migration.

Nos données nous permettent plus spécifiquement d'explorer les effets relatifs à la sélection à la migration, au niveau de développement du pays d'origine et aux conditions de vie des immigrés en France. Bien que la durée de séjour en France nous manque, on peut explorer indirectement son effet en distinguant immigrés étrangers et naturalisés, ces derniers résidant en moyenne depuis plus longtemps sur le sol français.

Les études françaises sur la question

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 France. En cohérence avec la sous-mortalité des étrangers montrée par plusieurs études (Bouvier-Colle *et al.*, 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 *et al.*, 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 *et al.*, 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 âgés, en accord avec la littérature internationale (Shaw *et al.*, 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 *et al.*, 2007).

Les personnes immigrées se perçoivent en moins bonne santé que les Français de naissance...

Parmi les personnes de 18 ans et plus de notre échantillon, 91 % sont nés Français en France; 9 % sont des immigrés, c'est-à-dire des personnes nées étrangères à l'étranger, dont environ les deux tiers ont été naturalisées.

Sur l'ensemble de la population étudiée, 26 % des personnes déclarent avoir un mauvais état de santé. Cette proportion varie selon le statut migratoire. Les immigrés naturalisés et étrangers ont un état de santé plus mauvais que les Français de naissance: respectivement 36 % et 31 % contre 25 % (cf. tableau page 3).

Ces différences d'état de santé ne sont pas uniquement liées aux différences de structure par âge et sexe existant entre ces trois populations. En tenant compte de ces effets, il apparaît encore que les immigrés déclarent plus souvent un mauvais état de santé que les personnes françaises nées en France (cf. tableau page 4, modèle 1).

... en raison, notamment, de leurs conditions de vie et de travail dégradées

L'analyse confirme le lien entre le statut économique et social et l'état de santé. Ainsi, la probabilité de déclarer un mauvais état de santé diminue significativement lorsque le niveau d'instruction, le niveau de revenu, le statut social et l'accès à l'emploi augmentent. Par ailleurs, les personnes vivant en couple avec enfants déclarent un meilleur état de santé que les personnes en couple sans enfant, les per-

sonnes seules, issues d'une famille monoparentale ou dans d'autres situations (cf. tableau page 4, modèle 2).

Cette plus mauvaise santé des immigrés est donc en partie expliquée par leur situation socio-économique défavorable. En effet, leurs taux de chômage et d'inactivité sont plus importants, ainsi que la proportion de personnes sans diplômes, qui atteint 48 % chez les immigrés étran-

gers contre 15 % chez les Français nés en France. Les personnes immigrées vivent aussi plus souvent en couple avec enfants et appartiennent également plus souvent à des ménages associant plus de deux générations et des adultes cohabitants (cf. tableau ci-dessous).

Une analyse réalisée par ailleurs montre que les immigrés connaissent ou ont connu des conditions de travail plus diffi-

ciles que la population née en France, qui jouent défavorablement sur leur état de santé (Dourgnon *et al.*, 2008).

Mais il subsiste des différences liées au profil migratoire

Cependant, la situation socio-économique et les conditions de travail ne suffisent pas à expliquer à elles seules les différences d'état de santé avec les Français nés



Méthodes statistiques

MÉTHODE

Cette analyse des liens entre immigration, nationalité et état de santé a été menée à l'aide de trois groupes de régressions logistiques étudiant l'influence du profil migratoire et des régions de naissance sur la probabilité de déclarer un mauvais état de santé (cf. tableau page 5).

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 la 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**).

Afin d'étudier l'hétérogénéité des situations selon le pays d'origine, un deuxième groupe d'analyses a été conduit en introduisant les régions de naissance à la place du profil migratoire (**modèles 3 et 4**).

Enfin, dans le dernier groupe d'analyse sont introduits le Produit intérieur brut puis l'indice de développement humain, 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 (**modèles 5 et 6**).

Définition de l'odds ratio

Un odds ratio (OR) exprime l'effet d'une variable (par exemple le fait d'être un immigré étranger) sur la probabilité de déclarer un mauvais état de santé, par rapport à une situation de référence (être un Français né en France). Le sens de l'association se mesure en comparant la valeur de l'OR à 1. S'il est supérieur à 1, le fait d'être un immigré étranger augmente la probabilité de déclarer un mauvais état de santé.

Caractéristiques de l'échantillon

	Profil migratoire		
	Français nés en France	Immigrés étrangers	Immigrés naturalisés
Indicateur de santé			
Mauvaise santé perçue	24,8 %	31,2 %	36,0 %
Bonne santé perçue	75,2 %	66,8 %	64,0 %
Caractéristiques socio-économiques			
Âge			
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 %
Sexe			
Homme	46,9 %	49,8 %	44,6 %
Femme	53,1 %	50,2 %	55,4 %
Situation vis-à-vis de l'emploi			
En emploi	54,8 %	47,4 %	50,2 %
Chômeur	5,5 %	12,0 %	7,9 %
Étudiant	6,0 %	4,2 %	2,1 %
Personne au foyer	6,6 %	17,1 %	11,7 %
Retraité	24,0 %	13,2 %	24,4 %
Autre inactif	3,1 %	6,2 %	3,7 %
Profession et catégorie socioprofessionnelle			
Agriculteur	5,6 %	0,9 %	1,2 %
Artisan, commerçant	8,1 %	7,8 %	9,5 %
Employé	14,7 %	10,6 %	16,7 %
Ouvrier	29,4 %	53,8 %	36,9 %
Profession intermédiaire	23,4 %	11,7 %	17,2 %
Cadre	17,4 %	12,2 %	17,0 %
Sans objet	1,3 %	3,1 %	1,6 %
Niveau d'études			
Sans diplôme	15,4 %	48,3 %	32,9 %
BEPC-CAP	45,0 %	23,6 %	33,3 %
Baccalauréat	16,1 %	9,1 %	13,0 %
Bac +2 ou plus	23,5 %	19,0 %	20,7 %
Revenu mensuel par unité de consommation (répartition en quartiles)			
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 %
Type de ménage			
Personne seule	15,8 %	11,4 %	13,8 %
Couple sans enfant	31,5 %	22,9 %	27,3 %
Couple avec enfant(s)	42,9 %	52,0 %	46,7 %
Famille monoparentale	5,6 %	4,8 %	6,6 %
Adultes cohabitants	4,2 %	8,8 %	5,6 %
Région de naissance			
Europe du Nord		10,5 %	6,6 %
Europe centrale		3,3 %	9,8 %
Europe du Sud		30,3 %	27,4 %
Turquie		5,2 %	2,5 %
Maghreb		32,2 %	26,0 %
Moyen-Orient		1,4 %	4,2 %
Afrique hors Maghreb		6,9 %	6,0 %
Sous-continent indien + îles		2,1 %	3,6 %
Asie		5,0 %	10,0 %
Amérique, Australie, Nouvelle-Zélande		3,2 %	3,9 %
Taille de l'échantillon	22 891	1 399	897

Guide de lecture : Parmi les immigrés étrangers, 31,2 % déclarent avoir une mauvaise santé et 47,4 % sont en emploi.

Champ : Personnes âgées de 18 ans et plus ayant participé aux 3 visites de l'enquête et ayant renseigné leur état de santé perçue.

Source : IRDES. Données : Enquête décennale santé 2002/03 (INSEE).

Modélisations de la probabilité de déclarer un mauvais état de santé

	Probabilité de déclarer un mauvais état de santé											
	Modèle 1		Modèle 2		Modèle 3		Modèle 4		Modèle 5		Modèle 6	
	Odds ratio	p-value	Odds ratio	p-value	Odds ratio	p-value	Odds ratio	p-value	Odds ratio	p-value	Odds ratio	p-value
CARACTÉRISTIQUES SOCIOÉCONOMIQUES INDIVIDUELLES												
Âge												
18-29 ans	<i>Réf.</i>	-	<i>Réf.</i>	-	<i>Réf.</i>	-	<i>Réf.</i>	-	<i>Réf.</i>	-	<i>Réf.</i>	-
30-49 ans	2,2	<0,001	2,06	<0,001	2,2	<0,001	2,07	<0,001	2,07	<0,001	2,07	<0,001
50-69 ans	5,19	<0,001	3,67	<0,001	5,24	<0,001	3,67	<0,001	3,68	<0,001	3,68	<0,001
70 ans et plus	13,02	<0,001	6,53	<0,001	13,2	<0,001	6,55	<0,001	6,57	<0,001	6,57	<0,001
Sexe												
Homme	<i>Réf.</i>	-	<i>Réf.</i>	-	<i>Réf.</i>	-	<i>Réf.</i>	-	<i>Réf.</i>	-	<i>Réf.</i>	-
Femme	1,29	<0,001	1,21	<0,001	1,29	<0,001	1,21	<0,001	1,22	<0,001	1,21	<0,001
Profession et catégorie socioprofessionnelle												
Agriculteur			1,37	<0,001			1,35	<0,001	1,37	<0,001	1,37	<0,001
Artisan, commerçant			1,07	0,393			1,05	0,48	1,06	0,429	1,06	0,429
Employé			1,34	<0,001			1,32	<0,001	1,33	<0,001	1,33	<0,001
Ouvrier			1,54	<0,001			1,51	<0,001	1,53	<0,001	1,53	<0,001
Profession intermédiaire			1,23	0,001			1,21	0,002	1,22	0,001	1,22	0,001
<i>Cadre</i>			<i>Réf.</i>	-			<i>Réf.</i>	-	<i>Réf.</i>	-	<i>Réf.</i>	-
Sans objet			1,56	0,018			1,53	0,024	1,53	0,023	1,54	0,022
Niveau d'éducation												
Sans diplôme			2,17	<0,001			2,11	<0,001	2,14	<0,001	2,14	<0,001
BEPC-CAP			1,56	<0,001			1,54	<0,001	1,55	<0,001	1,55	<0,001
Baccalauréat			1,24	0,001			1,23	0,001	1,23	0,001	1,23	0,001
<i>Bac +2 ou plus</i>			<i>Réf.</i>	-			<i>Réf.</i>	-	<i>Réf.</i>	-	<i>Réf.</i>	-
Situation vis-à-vis de l'emploi												
<i>En emploi</i>			<i>Réf.</i>	-			<i>Réf.</i>	-	<i>Réf.</i>	-	<i>Réf.</i>	-
Chômeur			1,59	<0,001			1,58	<0,001	1,58	<0,001	1,58	<0,001
Étudiant			0,71	0,008			0,71	0,008	0,71	0,01	0,71	0,01
Personne au foyer			1,24	0,001			1,24	0,001	1,25	0,001	1,24	0,001
Retraité			1,57	<0,001			1,58	<0,001	1,58	<0,001	1,58	<0,001
Autre inactif			3,99	<0,001			4	<0,001	4,03	<0,001	4,03	<0,001
Revenu disponible du ménage												
Premier quartile			1,47	<0,001			1,46	<0,001	1,46	<0,001	1,46	<0,001
Deuxième quartile			1,32	<0,001			1,32	<0,001	1,32	<0,001	1,32	<0,001
Troisième quartile			1,1	0,059			1,1	0,052	1,1	0,062	1,1	0,062
<i>Quatrième quartile</i>			<i>Réf.</i>	-			<i>Réf.</i>	-	<i>Réf.</i>	-	<i>Réf.</i>	-
Type de ménage												
Personne seule			1,2	0,001			1,21	0	1,34	<0,001	1,34	<0,001
Couple sans enfant			1,18	<0,001			1,18	0	1,22	0,013	1,22	0,013
<i>Couple avec enfant(s)</i>			<i>Réf.</i>	-			<i>Réf.</i>	-	<i>Réf.</i>	-	<i>Réf.</i>	-
Famille monoparentale			1,33	<0,001			1,34	0	1,18	<0,001	1,18	<0,001
Autre cas			1,23	0,011			1,23	0,009	1,21	<0,001	1,21	<0,001
Profil migratoire												
<i>Français né en France</i>	<i>Réf.</i>	-	<i>Réf.</i>	-					<i>Réf.</i>	-	<i>Réf.</i>	-
Immigré naturalisé	1,57	<0,001	1,42	<0,001					1,02	0,842	1,03	0,824
Immigré étranger	1,74	<0,001	1,26	0,001					0,88	0,268	0,88	0,273
Régions de naissance												
<i>France et Dom-Tom</i>					<i>Réf.</i>	-	<i>Réf.</i>	-				
Europe du Nord					0,49	<0,001	0,59	0,008				
Europe centrale					1,61	0,015	1,35	0,141				
Europe du Sud					1,91	<0,001	1,49	<0,001				
Turquie					2,07	0,007	1,43	0,188				
Maghreb					2,41	<0,001	1,58	<0,001				
Moyen-Orient					0,79	0,48	0,95	0,89				
Afrique (hors Maghreb)					1,5	0,043	1,13	0,558				
Sous continent indien + îles					1,61	0,126	1,09	0,786				
Asie					1,53	0,027	1,42	0,079				
Amérique, Australie, Nouvelle-Zélande					0,66	0,202	0,85	0,621				
CARACTÉRISTIQUES DU PAYS DE NAISSANCE												
Produit intérieur brut (PIB)												
Premier quartile									1,3	0,188		
Deuxième quartile									1,58	0,001		
Troisième quartile									1,71	<0,001		
<i>Quatrième quartile</i>									<i>Réf.</i>	-		
Indice de développement humain (IDH)												
Premier quartile											1,29	0,212
Deuxième quartile											1,6	<0,001
Troisième quartile											1,72	<0,001
<i>Quatrième quartile</i>											<i>Réf.</i>	-
STATISTIQUES D'AJUSTEMENT												
-2 Log L (constante seule)	28 484		28 484		28 484		28 484		28 457		28 457	-
-2 Log L (constante et covariables)	25 563		24 278		25 476,4		24 251,4		24 237,7		24 237,7	-
Taille de l'échantillon	24 911		24 911		24 911		24 911		24 887		24 887	-

Guide de lecture : Le tableau présente 6 différents modèles d'analyse de l'influence du profil migratoire sur la propension à déclarer un mauvais état de santé (les caractéristiques prises en compte dans les modèles sont détaillées dans l'encadré Méthode, page 3). La valeur 2,2 indiquée dans la catégorie des hommes âgés de 30 à 49 ans pour le modèle 1 s'interprète de la manière suivante : quand on ne tient compte que de l'âge et du sexe (modèle 1), la probabilité des hommes appartenant à cette catégorie est 2,2 fois plus élevée que pour les hommes âgés de 18 à 29 ans (catégorie de référence). Les catégories de référence sont en caractères gras et italiques. La p-value à <0,001 indique que le risque d'erreur est inférieur à 0,1 %. Voir définition de l'odds ratio dans l'encadré Méthode page 3.

Champ : Personnes âgées de 18 ans et plus, ayant participé aux 3 visites de l'enquête et ayant renseigné leur état de santé perçue.

Source : IRDES. Données : Enquête décennale santé 2002/03 (INSEE).

en France, ce qui suggère des effets liés à la migration. A situation économique et sociale donnée, le risque que les immigrés étrangers se déclarent en mauvaise santé est plus élevé (odds ratio=1,3) que celui des Français nés en France et celui des immigrés naturalisés (odds ratio=1,4) (cf. tableau page 4, modèle 2). Ce résultat suggère un effet délétère du fait d'avoir migré sur la santé. Par ailleurs, les immigrés naturalisés n'ont pas un état de santé perçu différent des étrangers.

Des diversités selon les pays d'origine...

Parmi les 2 296 personnes immigrées de notre échantillon, 30 % sont nées en Europe du Sud, 30 % au Maghreb, 9 % en Europe du Nord. Les régions de naissance les plus représentées ensuite sont l'Asie,

l'Afrique hors Maghreb, l'Europe centrale, l'Europe de l'Est et la Turquie. L'analyse selon les pays de naissance montre une diversité des situations d'état de santé relevées pour les différentes populations d'immigrés (cf. tableau 2, modèles 3 et 4).

Tout d'abord, les immigrés originaires d'Europe centrale, d'Europe du Sud, du Maghreb, de Turquie, d'Afrique et d'Asie présentent un état de santé perçu significativement dégradé à âge et sexe comparables au seuil de 5 %. Au contraire, les immigrés d'Europe du Nord se distinguent par un meilleur état de santé perçu que les personnes nées en France. Ces différences sont en grande partie expliquées par leur situation socio-économique en France. Après contrôle par leur situation sociale, seules les personnes originaires d'Europe du Sud et du Maghreb déclarent

plus fréquemment un mauvais état de santé que les personnes nées en France, alors que les immigrés d'Europe du Nord apparaissent toujours en meilleure santé.

... liées au niveau de développement

Ces différences d'état de santé perçu après la prise en compte de la situation économique et sociale actuelle des immigrés selon leur région de naissance suggèrent 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 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. Nous avons tenté de vérifier ce facteur



L'Enquête décennale santé 2002-2003

L'Enquête décennale santé (EDS) est réalisée tous les dix ans par l'Insee auprès d'un échantillon représentatif de ménages ordinaires résidant en France métropolitaine. La dernière enquête s'est déroulée entre octobre 2002 et septembre 2003. Au total, 40 796 personnes appartenant à 16 800 ménages ont été enquêtées. Les ménages ont été enquêtés sur une période de huit semaines avec trois visites d'enquêteurs espacées chacune d'un mois. L'enquête a permis de collecter des informations sur les caractéristiques socio-économiques des individus (conditions de vie, situation professionnelle, protection sociale) ainsi que des données sur leur nationalité et leur pays de naissance, leur état de santé et leurs consommations de soins. Signalons toutefois que cette enquête 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.

Champ de l'étude

Pour analyser les liens entre le profil migratoire (Français né en France, immigré étranger, immigré naturalisé) et l'état de santé, le champ de l'étude est restreint aux personnes âgées de plus de 18 ans, ayant participé aux trois visites de l'enquête et appartenant à une des trois catégories suivantes : **personnes françaises nées en France**, **personnes étrangères nées à l'étranger** (immigrés étrangers), **personnes nées à l'étranger ayant été naturalisées** (immigrés naturalisés).

Les Français nés à l'étranger (n=921) ont été exclus de l'étude, en raison de la forte proportion de personnes nées en Algérie avant 1962, pour lesquelles on ne pouvait définir les éléments de contexte du pays d'origine dans une étude générale comme la nôtre.

Au total, l'échantillon final est constitué de 22 891 personnes, dont 2 296 immigrés.

L'indicateur de santé perçue

L'appréciation de l'état de santé repose sur l'indicateur de santé perçue proposé par Eurostat dans les enquêtes européennes : « Comment est votre état de santé général ? ». Les personnes qui déclarent avoir un état de santé général moyen, mauvais ou très mauvais sont comparées à celles qui déclarent un état de santé bon ou très bon.

Cet indicateur subjectif pose la question de sa comparabilité entre des populations d'origines différentes. De nombreux travaux ont en effet montré que la perception de la santé varie en fonction des normes de santé et des aspirations des individus, facteurs liés à la culture (Idler et Benyamini, 1997 ; Shmueli, 2003, Lardjane et Dourgnon, 2007). Cependant, des travaux ont validé l'utilisation de différents indicateurs de santé perçue à travers différents groupes ethniques et montrent que dans tous les groupes ethniques une plus mauvaise santé perçue est associée de manière constante à des plus grandes prévalences de maladies (Chandola et Jenkinson, 2000 ; Molines *et al.*, 2000).

Les autres indicateurs

Afin d'apprécier le statut économique et social, ont été retenus le niveau d'éducation, l'occupation, la profession et la catégorie sociale, le revenu disponible du ménage et le type de ménage.

Pour tester l'influence à long terme sur la santé des conditions économiques et sanitaires des pays d'origine, deux indicateurs ont été choisis : le Produit intérieur brut par tête (PIB) et l'indice de développement humain développé par le Programme des Nations-Unies pour le Développement (PNUD). 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. Faute d'information sur la date d'entrée en France, les indicateurs relatifs à l'année 2006 ont été utilisés. Pour tous les enquêtés ces deux indicateurs ont été introduits dans l'analyse en quartiles.

explicatif en introduisant alternativement dans l'analyse deux indicateurs de développement, à savoir le Produit intérieur brut par tête (PIB) et l'indice de développement humain du pays de naissance (cf. encadré *Données et méthode* page 5). Cette approche montre une influence significative de ces indicateurs sur l'état de santé, expliquant les différences liées à l'origine des immigrés.

En effet, nous constatons tout d'abord que les personnes nées dans des pays ayant un niveau de développement intermédiaire ont, toutes choses égales par ailleurs, une probabilité plus élevée de déclarer un mauvais état de santé que les personnes originaires des pays les plus développés. Ce résultat confirmerait un effet protecteur à long terme du niveau de développement du pays d'origine. Cependant, on constate également que les personnes nées dans les pays les moins développés n'ont pas un état de santé perçu significativement différent de celui des personnes nées dans les pays les plus riches. Ces résultats, qui peuvent paraître surprenants sont pourtant cohérents avec ceux de Beckman *et al.* (2004, 2006). Ils traduisent probablement l'existence d'un effet de sélection à la migration plus marqué pour les personnes en provenance des pays les plus pauvres, effet selon lequel les personnes en très bon état de santé auraient plus de facilités à migrer (cf. tableau page 4, modèles 5 et 6).

 Cette étude met en évidence l'existence d'inégalités face à la santé des personnes d'origine étrangère. Ces inégalités sont en partie expliquées par les conditions économiques et sociales dégradées des immigrés en France.

Les différences d'état de santé selon le pays d'origine sont également liées au niveau de développement économique de ces derniers, à conditions économiques et sociales actuelles données. Les résultats suggèrent un effet à long terme de la situation sociale et sanitaire du pays de naissance sur l'état de santé : les personnes originaires des pays les plus riches déclarent un meilleur état de santé que les personnes originaires des pays de niveau

de développement moyen. Toutefois, les personnes provenant des pays les plus pauvres déclarent également un meilleur état de santé que les personnes provenant des pays de niveau de développement moyen, ce qui peut s'expliquer par une sélection à la migration plus marquée dans ces pays. Enfin, il ne semble pas y avoir de différence d'état de santé entre les immigrés étrangers et ceux qui ont obtenu la nationalité française.

Ces résultats montrent la diversité des situations en matière de santé selon l'ori-

gine, et soulignent l'intérêt de ce type de recherche prenant en compte le pays de naissance au-delà de la seule nationalité. Deux travaux en cours à l'IRDES continuent d'explorer ces problématiques, l'un portant sur le recours aux soins des immigrés à partir de l'enquête santé de l'INSEE, et l'autre complétant la présente étude sur l'état de santé des populations immigrées, en utilisant des informations sur la durée de séjour et l'accès au capital social, à partir des données l'enquête ESPS 2004.



POUR EN SAVOIR PLUS

- Attias-Donfut C., Teissier P. (2005), Santé et vieillissement des immigrés, *Retraite et Société*, 46 : 90-129.
- 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.
- Bouvier-Colle M.H., Magescas J.B., Hatton F. (1985), Causes de décès et jeunes étrangers en France, *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 33, 6 : 409-416.
- Buekens P. (2001), Faut-il étudier la santé des communautés immigrées ? *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 49 : 409-410.
- Chandola M., Jenkinson C. (2000), Validating Self Rated Health in Different Ethnic Groups, *Ethnicity & Health*, 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 Nutrition*, 4, 2 : 163-72.
- Dourgnon P., Jusot F., Sermet C., Silva J. (2008), [État de santé des populations immigrées en France](#), Document de travail n° 14, Irdes.
- Idler E.L., Benyamini Y. (1997), Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies, *Journal of Health and Social Behaviour* 38 : 21-37.
- 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.
- 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, 2007/12, 165-177.
- Lert F., Melchior M., Ville I. (2007), Functional limitations and overweight among migrants in the Histoire de Vie study (Insee, 2003), *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 55(6):391-400.
- Mizrahi An., Mizrahi Ar., Wait S. (1993), *Accès aux soins et état de santé des populations immigrées*, Rapport CREDES n° 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'Epidémiologie et de Santé Publique*, 48:145-155.
- Shaw M., Dorling D., Smith. GD. (1999), Poverty, social exclusion, and minorities, in Marmot, M. and R. Wilkinson (Eds.), *Social Determinants of Health*, 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.