



## Santé des migrants en France : l'effet des discriminations liées à l'origine et au sexe

*Health of Immigrants in France: The Effect of the Discriminations Linked to  
Origin and Sex*

*Salud de los inmigrantes en Francia: el efecto de las discriminaciones ligadas al  
origen y al sexo*

**Marguerite Cognet, Christelle Hamel et Muriel Moisy**

---



### Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/remi/5863>  
DOI : 10.4000/remi.5863  
ISSN : 1777-5418

### Éditeur

Université de Poitiers

### Édition imprimée

Date de publication : 1 juin 2012  
Pagination : 11-34  
ISBN : 979-10-90426-04-7  
ISSN : 0765-0752

### Référence électronique

Marguerite Cognet, Christelle Hamel et Muriel Moisy, « Santé des migrants en France : l'effet des discriminations liées à l'origine et au sexe », *Revue européenne des migrations internationales* [En ligne], vol. 28 - n°2 | 2012, mis en ligne le 10 octobre 2012, consulté le 17 mars 2021. URL : <http://journals.openedition.org/remi/5863> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/remi.5863>

---

# Santé des migrants en France : l'effet des discriminations liées à l'origine et au sexe

.....

**Marguerite COGNET<sup>1</sup>, Christelle HAMEL<sup>2</sup>  
et Muriel MOISY<sup>3</sup>**

Les études sur la santé des migrants menées dans divers pays occidentaux – notamment les États-Unis et les pays du Commonwealth – ont souvent souligné que leur population immigrée avait un meilleur état de santé à leur arrivée que les natifs de ces pays ayant le même âge. Cet avantage s'explique tant par la sélection opérée par les politiques migratoires de ces pays (Adelstein *et al.*, 1984 ; Trovato, 1985 ; Wilkinson et Marmot, 2004 ; Young, 1991) que par l'auto-sélection des migrants, qui sont le plus souvent des individus jeunes et dans un état de santé leur permettant de travailler rapidement, et enfin du fait des difficultés inhérentes à la migration que seuls les plus résistants peuvent surmonter (Cognet, 2002). Des études menées dans des pays à politiques migratoires sélectives comme le Canada ou l'Australie, soutiennent que l'effet perdure et se traduit par des taux de mortalité plus faibles (Chen *et al.*, 1996 ; Young, 1991) alors que d'autres tendent à démontrer que la meilleure santé constatée à l'arrivée ne résiste pas aux conditions de vie des immigrés – soit que les écarts d'état de santé déclaré par les migrants et par les non-migrants se dissolvent dans le temps, soit qu'ils s'inversent quand la durée de résidence dépasse une décennie (Zhao *et al.*, 2010).

En France, au début des années 1980, Michèle Brahimi (1980) avançait aussi l'idée d'une détérioration progressive en comparant les taux de mortalité entre immigrants récents et plus anciens, et en montrant que la durée de résidence, mais aussi les conditions de vie et de travail – déjà corrélées aux causes des décès avec une surmortalité par accident ou par maladies professionnelles – réduisaient l'écart et occasionnaient même une surmortalité. Des travaux conduits au début des années 1990 sur les taux de mortalité des immigrés marocains montraient plutôt l'inverse (Khlal et Courbage, 1995). Mais ces

1 Enseignante Chercheure, Université Paris Diderot, Laboratoire URMIS (UMR IRD 205), case courrier 7027, 75205 Paris cedex 13 ; marguerite.cognet@univ-paris-diderot.fr

2 Chercheure, Institut national des études démographiques (INED), Paris ; christelle.hamel@ined.fr

3 Socio-démographe, Université Paris 10 Nanterre ; muriel.moisy@gmail.com

recherches fondées sur l'étude de la mortalité sont à considérer avec précaution dans la mesure où elles ne peuvent prendre en considération les décès des immigrés retournés dans leur pays à l'âge de la retraite. De plus, les déclarations de décès en France ne permettaient alors pas d'identifier le pays de naissance des personnes immigrées ayant acquis la nationalité française et ces travaux ne portaient donc que sur les immigrés demeurés étrangers.

Ces questions sont donc encore peu documentées en France. Malgré un durcissement continu des politiques migratoires et une volonté affichée d'introduire des sélections calquées sur les modèles nord-américains, d'importantes différences demeurent dans les procédures. Il importe donc d'examiner si ces politiques produisent des états de santé différenciés entre migrants et population née française en France. Les études les plus récentes tendent à avancer que l'état de santé déclaré par les migrants résidant en France est moins bon que celui déclaré par la population générale (Dourgnon *et al.*, 2008 ; Hamel et Moisy, 2010, 2012 ; Jusot *et al.*, 2009), alors qu'on constatait plutôt l'inverse dans les années 1980, mais en utilisant des indicateurs différents qui rendent la comparaison néanmoins délicate (Berchet et Jusot, 2012). Les chercheurs soulignent l'impact défavorable des conditions socioéconomiques dans lesquelles vivent les migrants. Ils attirent aussi l'attention sur la modification des profils sociologiques des nouveaux migrants : les migrants des années 2000 seraient davantage des demandeurs d'asile et des personnes entrant par le biais du regroupement familial. Par suite, leur état de santé pourrait davantage être associé aux conditions sanitaires des pays d'origine et de leurs parcours de vie (Jusot *et al.*, 2008). Ces recherches n'ont pu véritablement explorer les liens entre état de santé et conditions de vie vécues avant et après la migration, ni pu examiner les effets sur la santé des discriminations subies au cours de l'existence du migrant, faute de disposer des données adéquates : les enquêtes décennales sur la santé réalisées par l'INSEE n'enregistrent pas la date d'arrivée en France, ni les discriminations subies.

Les chercheurs s'accordent désormais sur le fait que les inégalités de santé sont bien plus le produit d'inégalités sociales que de dispositions génétiques, physiologiques ou biologiques (Aïach, 2010 ; Bhopal, 2007 ; Marmot et Wilkinson, 2000). Des données récentes confirment que les immigrés (devenus français ou restés étrangers) sont globalement dans des situations socioéconomiques moins favorables que les Français de naissance (Lhommeau *et al.*, 2010a, 2010b) et sont plus exposés à des conditions de travail pénibles et contraignantes (Lanna *et al.*, 2010). Or, les risques de surexposition à des conditions de vie et de travail délétères pour la santé sont aggravés dans les périodes de situations administratives précaires : logement précaire ou vie dans la rue ; absence de ressources ou en dessous du seuil de pauvreté (Drouot *et al.*, 2012). Finalement, l'écheveau des inégalités sociales et des inégalités de santé est difficile à démêler (Cambois et Jusot, 2007 ; De Saint Pol, 2009 ; Mizrahi et Mizrahi, 2008). Mais, si importantes que soient les causes socioéconomiques, elles n'épuisent pas nécessairement les écarts de santé entre les groupes qui résultent de multiples formes d'inégalités sociales et de discriminations (Aïach, 2010 ; Aïach et Fassin, 2004 ; Fassin, 1998 ; Krieger, 2000). Il faut donc examiner de plus près les liens possibles entre états de santé et discriminations sexistes, racistes.

En 2008 l'INED et l'INSEE ont lancé une grande enquête par questionnaire intitulée *Trajectoires et Origines : la diversité des populations en France* (TeO) pour appréhender les trajectoires sociales et les conditions de vie des immigrés et des descen-

dants d'immigrés nés en France, afin de les comparer à celles des personnes n'ayant pas de parents immigrés. Il s'agissait de mesurer l'ampleur des discriminations liées à l'origine et leurs effets sur leurs parcours de vie à l'école, dans l'emploi, le logement, etc. L'étude a interrogé près de 22 000 personnes résidant en France métropolitaine, dont près de 10 000 immigrées<sup>4</sup>. Environ 3 400 personnes nées en France métropolitaine dont aucun des parents n'est immigré ou originaire d'un DOM constituent l'échantillon dit de la population majoritaire<sup>5</sup>. Le questionnaire est composé de seize volets, dont l'un est consacré à la santé. C'est la première fois en France qu'une étude enregistre à la fois l'état de santé général des migrants, leur date d'entrée en France, leur expérience des discriminations liées à l'origine et au sexe (quelles qu'en soient les circonstances) et leurs conditions de vie<sup>6</sup>.

À la suite de cette enquête par questionnaire, vingt post-enquêtes qualitatives ont été lancées dont celle sur la santé<sup>7</sup> en vue d'éclairer les associations observées par l'analyse quantitative entre leur état de santé et leurs conditions de vie. Elle a été conduite en 2011 auprès de quarante-deux personnes migrantes, arrivées en France à l'âge adulte, qui lors de la passation du questionnaire quantitatif, avaient déclaré un état de santé « moyen », « mauvais » ou « très mauvais ».

Cet article livre ainsi un regard croisé d'analyses quantitatives et qualitatives sur la santé des migrants. La première partie présente les résultats des analyses statistiques. La seconde cherche dans les données recueillies par entretien les éléments complémentaires et étaye des hypothèses inférées à partir des résultats statistiques sur l'impact que peuvent avoir sur la santé les inégalités sociales et les discriminations liées au sexe et à l'origine.

## L'ÉTAT DE SANTÉ DÉCLARÉ

L'analyse des données de l'enquête par questionnaire révèle que les immigrés âgés de dix-huit à soixante ans en 2008, déclarent globalement un plus mauvais état de santé que les majoritaires à âge identique (Hamel et Moisy, 2010). Comme dans la population majoritaire, les femmes déclarent davantage que les hommes avoir un état de santé général altéré. Cette différence s'explique en partie par le fait que les femmes fréquentent davantage le monde médical en raison de leur rôle de mère et du suivi médical des grossesses. Elles ont de ce fait des exigences de santé plus élevées et une appréciation de leur état de santé plus proche des critères médicaux. Ces différences de déclaration invitent néanmoins à explorer quelles autres explications pourraient entrer en jeu et à examiner si l'état de santé pour les deux sexes s'explique par les mêmes facteurs, c'est pourquoi nous avons conduit nos analyses séparément par sexe.

4 Personnes nées étrangères à l'étranger.

5 « Population majoritaire » ici englobe les personnes qui ne sont ni immigrées, ni enfants d'immigrés, ni originaires d'un DOM. Elle fait écho à la notion de minorité qui s'applique aux personnes migrantes et issues de l'immigration. Les notions de population majoritaire et minoritaire sont reprises des travaux de Collette Guillaumin (Guillaumin, 2002) et réfèrent au rapport social de domination et d'exploitation qu'est le racisme.

6 Cf. <http://teo.site.ined.fr>

7 *La santé des immigrés en France : trajectoires migratoires et histoires de santé*, dirigée par Marguerite Cognet. Cette enquête a reçu des subventions du laboratoire URMIS (UMR D 205), de la DRESS et de l'ACSé.

Le tableau 1 explore au moyen d'une régression logistique l'effet de la durée de résidence des enquêtés sur la déclaration d'un état de santé altéré, à âge identique et diplôme équivalent. Il révèle que la durée de résidence en France exerce un effet délétère sur la santé des personnes immigrées. Les hommes immigrés arrivés dans les cinq dernières années sont significativement en meilleure santé que les hommes de la population majoritaire ayant le même âge et des qualifications équivalentes (OR=0,7) alors que ceux qui résident en France depuis plus de vingt ans déclarent plus souvent une santé altérée (OR=1,4). Si, pour les femmes, on ne constate pas l'existence d'une meilleure santé chez celles arrivées récemment, on observe, comme pour les hommes, que la durée de résidence en France accroît le risque de déclarer une santé altérée en comparaison des femmes de la population majoritaire aux mêmes âges et qualifications (OR=1,6 pour celles arrivées depuis plus de vingt ans). Ainsi, la bonne santé ne se révèle pas être un facteur de sélection des femmes qui migrent : cela est dû au fait qu'une part importante d'entre elles migrent pour rejoindre leur conjoint et ont par conséquent quitté leur pays à un âge un peu plus avancé que les hommes et ont ainsi été davantage exposées que ces derniers aux conditions de vie parfois difficiles de leur pays d'origine. La sélection des migrants par la bonne santé est ainsi un phénomène qui concerne d'abord les hommes.

La prise en compte du diplôme dans l'analyse permet ici de comparer les personnes immigrées et la population majoritaire à milieu social relativement équivalent et ayant un rapport au corps médical relativement similaire, puisque le niveau de diplôme est fortement corrélé aux positions sociales dans l'emploi et qu'il influe très fortement sur la compréhension des messages de prévention et sur les relations avec les médecins : ainsi le risque de déclarer une santé altérée pour les hommes sans diplôme est 2,5 fois supérieur à celui des hommes ayant au moins le baccalauréat. Il est multiplié par 3,3 chez les femmes.

**Tableau 1 : Facteurs associés à la déclaration d'une santé altérée : l'importance de la durée de résidence (Odd ratio)**

Variables explicatives	Modalités	Hommes	Femmes
<b>Lien à la migration et durée de résidence</b>	Immigrés arrivés dans les 5 dernières années	0,7*	1,3
	Immigrés arrivés depuis 6 à 10 ans	1,1	1,5**
	Immigrés arrivés depuis 11 à 20 ans	1,1	1,3*
	Immigrés arrivés depuis plus de 20 ans	1,4***	1,6***
	<i>Population majoritaire (Réf.)</i>	<i>1</i>	<i>1</i>
<b>Âge</b>	18-30 ans	0,5***	0,7**
	<i>31-40 ans (Réf.)</i>	<i>1</i>	<i>1</i>
	41-50 ans	1,5***	1,6***
	51-60 ans	2,7***	2,9***
<b>Niveau de diplôme</b>	Aucun diplôme	2,5***	3,3***
	CEP/BEPC	2,2***	2,6***
	CAP/BEP	1,6***	1,9***
	<i>Baccalauréat ou + (Réf.)</i>	<i>1</i>	<i>1</i>

Lecture : La valeur 0,7 concernant les hommes immigrés arrivés en France dans les cinq dernières années, indique qu'à âge et niveau de diplôme identiques, ces hommes ont un moindre risque de déclarer un état de santé altéré que les hommes de la population majoritaire (catégorie de référence figurée en gras).

Un odd ratio (OR) exprime l'effet d'une variable (par exemple le fait d'être immigré) sur la probabilité de déclarer une santé altérée par rapport à une catégorie de référence (ici population majoritaire telle que définie plus haut). Le sens de l'association se mesure en comparant la valeur de l'OR à 1. S'il est supérieur, il indique une probabilité plus forte de déclarer une santé altérée, si sa valeur est inférieure à 1 elle indique un moindre risque de faire cette déclaration.

(\*) Signifie que les résultats sont significatifs, mais avec 10 % de risque de se tromper.

(\*\*) Réduit ce risque à 5 %.

(\*\*\*) Réduit ce risque à 1 %.

L'absence d'étoile indique que les résultats ne sont pas significatifs.

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

## Santé des migrants selon le sexe et l'origine

Le tableau 2 montre que ces écarts de santé masquent des différences notables selon les pays d'émigration et que la plus mauvaise santé des migrants s'explique d'abord par leurs conditions de vie socioéconomiques, actuelles et passées. Deux modèles sont présentés : le premier compare le risque de déclarer une santé altérée à âge identique selon le pays d'origine. Le second ajoute des informations potentiellement explicatives du mauvais état de santé et compare les migrants à la population majoritaire en considérant divers éléments de leurs conditions de vie présentes (niveau de diplôme, statut d'activité, opinion sur le revenu du ménage, expérience de discrimination – sexistes ou racistes – au cours des cinq dernières années, quels qu'en soient le motif et les circonstances) et passées (instabilité de l'emploi ; expérience d'une forme très précaire d'hébergement) ainsi que des éléments relatifs à la famille tels que la taille de la fratrie dans laquelle l'enquêté a grandi, le nombre d'enfants qu'il ou elle a eu et le fait d'avoir connu des événements difficiles durant l'enfance (violences parentales ; problèmes d'alcool d'un des parents ; graves tensions entre les parents). Enfin, des renseignements sur le degré d'isolement social de l'enquêté (mesuré par le fait d'avoir vu ou non des amis dans les quinze derniers jours) sont insérés, dans la mesure où ils peuvent expliquer la perception de l'état de santé, mais aussi peser sur le recours au système de soins sous l'influence des amis ou des proches. Précisons que les discriminations déclarées au cours des cinq dernières années sont celles qui ont été perçues comme telles par les enquêtés, sur une période relativement courte au regard de leur parcours de vie. Or, les discriminations ne sont pas toujours perceptibles bien qu'elles aboutissent à un sur-chômage des minorités migrantes et engendrent une moindre progression de carrière professionnelle à qualification équivalente (Cédiey et Foroni, 2006 ; Eckert, 2011 ; Massieu, 2004). Mais démêler les effets des discriminations et des inégalités sociales (statut d'activité, catégorie socio-professionnelle) est impossible avec cet outil. Par ailleurs, la discrimination perçue au cours des cinq dernières années ne capte qu'une fraction des discriminations vécues et leur possible intrication, alors que les conditions de vie présentes peuvent résulter de discriminations antérieures. Ainsi, le raisonnement « toutes choses égales par ailleurs » est-il ici à considérer avec précaution.

Tableau 2 : Facteurs associés à la probabilité de déclarer une santé altérée (Odd ratios)

Variables explicatives	Modalités	Hommes		Femmes	
		Modèle 1	Modèle 2	Modèle 1	Modèle 2
<b>Origine et âge</b>					
<b>Pays ou région de naissance</b>	Turquie	2,4***	1,5**	2,9***	1,4*
	Asie du Sud-Est	1,7***	1,3	2,2***	1,4*
	Portugal	1,7***	1,5**	2,2***	1,6***
	Natif d'un DOM	1,7**	1,1	1,4*	0,9
	Maroc ou Tunisie	1,6***	0,9	2,6***	1,4*
	Algérie	1,5***	0,8	2,2***	1,2
	<i>Population majoritaire (Réf.)</i>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
	Afrique sub-saharienne	0,9	0,5***	1,9***	0,8
	Espagne ou Italie	0,8	0,8	1,2	1,1
	Autres pays dont autres pays UE27	0,8	0,7**	1,0	0,9
<b>Groupe d'âge</b>	18-30 ans	0,5***	0,4***	0,6***	0,5***
	<i>31-40 ans (Réf.)</i>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
	41-50 ans	1,9***	1,8***	1,9***	1,8***
	51-60 ans	3,9***	2,8***	4,0***	3,3***
<b>Situation socioéconomique actuelle</b>					
<b>Niveau de diplôme</b>	Aucun diplôme		1,5***		2,0***
	CEP/BEPC		1,5***		2,0***
	CAP/BEP		1,3*		1,5***
	<i>Baccalauréat ou + (Réf.)</i>		<b>1</b>		<b>1</b>
<b>Statut d'activité</b>	<i>En emploi (Réf.)</i>		<b>1</b>		<b>1</b>
	Chômeurs		2,0***		1,7***
	Inactifs		3,1***		1,7***
<b>Opinion sur le revenu du ménage</b>	<i>Pas de problèmes d'argent (Réf.)</i>		<b>1</b>		<b>1</b>
	C'est juste		1,7***		1,7***
	C'est difficile		2,5***		2,7***
<b>Discriminations déclarées dans les 5 dernières années</b>	Oui		1,5***		1,4***
	<i>Non (Réf.)</i>		<b>1</b>		<b>1</b>
<b>Expérience de précarité sur le territoire métropolitain</b>					
<b>Instabilité dans l'emploi</b>	<i>Moins d'1 an</i>		<b>1</b>		<b>1</b>
	Plus d'1 an		1,5**		1,3*
<b>Logement précaire</b>	<i>Moins d'1 an</i>		<b>1</b>		<b>1</b>
	Plus d'1 an		1,4**		1,7***



Famille et réseau social sur le territoire métropolitain					
Nombre d'enfants au cours de la vie	Aucun		0,9		1,3*
	<b>1 ou 2 (Réf.)</b>		<b>1</b>		<b>1</b>
	3 ou 4		1,1		1,1
	5 ou plus		1,5*		1,3
A rencontré des amis dans les 15 derniers jours	<b>Oui (Réf.)</b>		<b>1</b>		<b>1</b>
	Non		1,4**		1,2*
Famille d'origine et caractéristiques individuelles					
A vécu un évènement grave pendant l'enfance	Oui		1,4***		1,5***
	<b>Non (Réf.)</b>		<b>1</b>		<b>1</b>
Taille de la fratrie dans la famille d'origine de l'enquêté	<b>0, 1, 2 frères/sœurs (Réf.)</b>		<b>1</b>		<b>1</b>
	3 frères/sœurs ou +		1,0		1,2*
Lecture : En comparaison des hommes de la population majoritaire ayant entre 31 et 40 ans en 2008, les hommes du même âge, originaires de Turquie ont un risque 2,4 fois supérieur de déclarer un état de santé altéré plutôt qu'une bonne santé.					

Seuil de significativité : (\*\*\*)=1 % ; (\*\*)=5 % ; (\*)=10 %.

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

Le premier modèle montre que le risque de déclarer une santé altérée est 2,4 fois supérieur à celui des hommes de la population majoritaire pour les originaires de Turquie et 1,7 fois supérieur pour ceux d'Asie du Sud-Est, du Portugal, d'un DOM et du Maghreb.

À la différence des hommes, les femmes de presque toutes les origines, hormis celles venues d'Espagne, d'Italie ou d'un des vingt-sept pays de l'Union européenne, déclarent beaucoup plus souvent une santé altérée que les femmes de la population majoritaire, à âge identique. De plus, ces écarts ont une amplitude plus prononcée que celle observée pour les hommes. Les femmes originaires de Turquie, du Maroc ou de Tunisie ont un risque presque trois fois plus élevé que celui des femmes de la population majoritaire de déclarer une santé dégradée (OR=2,9 et 2,6). Celles venues du Portugal, d'Asie du Sud-Est, d'Algérie et d'Afrique subsaharienne ont un risque encore deux fois plus important et les femmes natives d'un DOM, une fois et demi. Ceci confirme que l'effet de sélection à la migration d'individus en bonne santé est moins fort pour les femmes que pour les hommes. C'est particulièrement visible pour les femmes d'Afrique subsaharienne qui, à la différence de leurs homologues masculins, ne sont pas en meilleure santé que les femmes de la population majoritaire.

Une fois prises en compte les conditions de vie en France (modèle 2), les différences de déclaration entre les hommes migrants et ceux de la population majoritaire ne



persistent que pour les immigrés venus de Turquie (OR=1,5) et du Portugal (OR=1,5). À âge et conditions de vie actuelles et passées comparables, ils continuent de déclarer plus fréquemment que les autres une santé altérée. L'odd ratio diminue nettement pour les premiers, passant de 2,4 à 1,5, ce qui signifie que leurs moins bonnes conditions de vie (ils sont plus souvent sans diplôme, au chômage ou avec un revenu limité) expliquent pour une part importante les écarts de santé avec la population majoritaire. Il n'en va pas de même pour les originaires du Portugal, puisque l'odd ratio passe seulement de 1,7 à 1,5. Leur déclaration plus fréquente d'un mauvais état de santé n'est donc pas aussi étroitement liée à des conditions de vie défavorables. Dans les deux cas, on peut supposer que la concentration dans des métiers pénibles, comme ceux du bâtiment ou de l'industrie, qui ne sont pas pris en considération ici, peut expliquer le maintien des écarts de santé déclarés. Chez les femmes, les écarts se maintiennent non seulement pour les Portugaises (OR=1,8), mais aussi pour les Turques, Marocaines, Tunisiennes ou du Sud-Est asiatique (OR=1,4). Leurs états de santé se dégradent avec l'âge plus fortement que pour les hommes, même une fois les autres variables indépendantes introduites.

Si l'on examine les caractéristiques les plus étroitement associées à la déclaration d'une santé altérée, on constate que l'âge avancé est le plus déterminant pour les hommes comme pour les femmes. Pour les hommes, l'inactivité est l'élément qui après l'âge est le plus fortement corrélé (OR=3,1) précisément parce que les inactifs dans la tranche d'âge des dix-huit-soixante ans le sont souvent pour des raisons de santé (ce qui n'est pas vrai pour les femmes dont l'inactivité est d'abord liée au nombre d'enfants en bas âge). Avoir un revenu insuffisant et être au chômage sont les conditions qui, après l'inactivité, apparaissent les plus déterminantes (OR=2,5 et 2). Être sans qualification ou peu diplômé (CEP ou BEPC), avoir connu au moins un an d'instabilité dans l'emploi et avoir déclaré des discriminations dans les cinq dernières années ont un impact délétère relativement fort (OR=1,5).

Pour les femmes, un revenu insuffisant est le premier facteur (après l'âge) qui dégrade la santé (OR=2,7). Mais, l'absence de qualification ou une faible qualification (OR=2) est davantage associée à la déclaration d'une santé altérée que ce n'était le cas pour les hommes, tandis que le fait d'être inactive ou au chômage semble avoir un impact un peu moins prononcé que pour ces derniers. L'importance du diplôme peut s'expliquer par le fait qu'en cas de faible qualification, les femmes ont souvent des emplois néfastes pour la santé, tels les métiers d'agent d'entretien et d'aide à la personne. L'effet des discriminations déclarées au cours des cinq dernières années est similaire pour les femmes et les hommes. On constate encore pour les femmes que le fait d'avoir connu des conditions de logement très précaires a un impact négatif sur la santé. Ne pas avoir d'enfant et avoir grandi dans une fratrie de plus de trois frères et sœurs a également un impact défavorable qui ne s'observait pas pour les hommes ; le rôle d'aide aux personnes de la famille, dévolu aux femmes, peut être en cause.

Pour la première fois en France, il est possible d'établir une association statistique significative entre discrimination perçue et déclaration d'une santé altérée. Ces résultats invitent à explorer comment l'expérience des discriminations au fil de la vie (et non seulement au cours des cinq dernières années) a pu influencer sur la santé de ces femmes et de ces hommes. Ils invitent encore à examiner les liens entre discrimination, inégalités

sociales et conditions de vie difficiles et mauvaise santé, ce à quoi la phase qualitative de ce projet s'est attachée.

## TRAJECTOIRES MIGRATOIRES ET HISTOIRES DE SANTÉ

Les entretiens biographiques permettent de discuter des effets des conditions de vie des migrants sur les trajectoires. Ils apportent également des éclairages nouveaux sur les effets des discriminations systémiques<sup>8</sup> fondées sur l'origine et le sexe dans la double dynamique des rapports sociaux minoritaires *versus* majoritaires et des rapports intra-minoritaires.

Nous chercherons d'abord à éclairer les liens de causalité entre les conditions vécues en France et les états de santé, puis à comprendre pourquoi certains groupes, comme les originaires du Portugal, conservent un risque significativement plus élevé de déclarer une santé altérée à âge et conditions de vie identiques. Enfin, en explorant les trajectoires et les histoires de vie des femmes, nous tenterons de repérer les variations par rapport aux hommes venus des mêmes pays, en nous demandant en quoi ces trajectoires peuvent affecter différemment leur santé.

### Méthodologie et profil des répondants aux entretiens

Les personnes interrogées par entretien ont été sélectionnées selon les critères suivants : avoir plus de trente ans ; avoir immigré en France après dix-huit ans ; venir d'un pays du Maghreb, d'Afrique subsaharienne, d'Asie du Sud-Est ou d'Europe du Sud ; avoir déclaré un état de santé altérée, mais pas de problème de santé important avant l'immigration. Nous avons rencontré la quasi-totalité des répondants à leur domicile trois ans après l'enquête par questionnaire. Ils ont été invités à raconter leur histoire, avec pour consigne à l'enquêteur de provoquer une narration détaillée à partir du moment où était abordé le thème de la santé. Les entretiens, d'une durée moyenne de 2 h 35, ont été analysés à l'aide du logiciel N'Vivo suivant la méthode de la théorie ancrée (Strauss et Corbin, 2004).

Parmi les quarante-deux interviewés, la moitié était des femmes, dix-huit venaient du Maghreb, quatorze d'Afrique de l'Ouest ou centrale et trois d'un des pays correspondant à l'ancienne Indochine française (Vietnam, Laos, Cambodge), soit pour l'essentiel des anciennes colonies françaises. Les autres venaient d'Europe du Sud (n=7), en particulier du Portugal. Dans l'ensemble, les répondants parlaient très bien le français et cela dès leur arrivée en France, du fait des liens historiques entre ces pays d'origine et

---

8 Nous définissons la discrimination systémique comme « l'existence de déséquilibres socioéconomiques ou d'inégalités sociales qui sont historiquement constitués [...] par les processus qui produisent et reproduisent les places sociales inégalitaires en fonction de l'appartenance à une "classe", une "race" ou un "sexe", cette appartenance pouvant être réelle ou supposée. [...] Même si les discriminations se manifestent par des actes individuels, elles ont un soubassement dans le fonctionnement du système social. [...] Les discriminations systémiques sont donc constituées des processus invisibles d'assignations à une place dans la hiérarchie sociale en fonction d'un critère réel ou supposé [...]. Ces processus agissent par le biais des discriminations indirectes et directes et en constituent en réalité le soubassement » (Collectif Manouchian, 2010).

la France. Quoique nombreux à avoir fait une demande de naturalisation, seuls douze sont aujourd'hui français. Pour les autres, la demande est soit en cours d'instruction, soit a été rejetée. Ils sont majoritairement arrivés vers vingt-cinq ans et ont aujourd'hui entre trente et soixante ans. Tous avaient plus de cinq ans de résidence en France ; les deux tiers étaient là depuis plus de vingt ans et un peu plus de la moitié avaient vécu plus de temps en France que dans leur pays d'origine.

Hormis une personne, ne déclarant plus de problème de santé lors de l'entretien, toutes les autres ont confirmé leurs réponses de 2008, percevant toujours leur santé comme déficitaire et, pour certaines, comme s'étant aggravée. Sur les quatre-vingt-un types de problèmes de santé rapportés les plus récurrents sont des pathologies de l'appareil circulatoire et des maladies endocriniennes ou métaboliques. Viennent ensuite les troubles musculo-squelettiques (17/81) majoritairement associés à des postures de travail (tendinites, dorsalgies, hernies discales). Les problèmes de santé mentale sont également rapportés de nombreuses fois (11/81). Les hommes sont plus sujets aux cardiopathies sévères alors que les femmes ont des problèmes de tension artérielle et de circulation dans les membres inférieurs. Dans les pathologies musculo-squelettiques, les hommes ont davantage de tendinites et de hernies discales dues à la manipulation de matériaux lourds ou/et peu maniables alors que les femmes déclarent davantage de dorsalgies liées aux postures et aux mouvements dans leurs activités professionnelles et domestiques. Enfin, les troubles de santé mentale s'expriment très différemment. Les femmes sont principalement sujettes aux dépressions alors que pour les hommes il s'agit dans deux cas sur trois de pathologies mentales sévères avec passage à l'acte violent envers eux-mêmes et autrui.

### **La matérialité biographique des liens de causalité statistique : de la précarité administrative du séjour à l'exploitation économique des immigrés en France**

Les récits font apparaître combien les conditions de vie dégradées des personnes migrantes sont liées au statut administratif de migrants, aux discriminations subies, autant qu'à leur niveau de qualification.

Il y a d'abord ce que vivent certains migrants au cours de leur migration, au moment où ils fuient une situation de conflit politique ou de guerre. Phong (cinquante et un ans), résistant politique au régime Khmer rouge, a pris la fuite, car sa vie était menacée. Il a passé neuf jours sur la mer de Chine dans une embarcation de trois mètres sur vingt avec vingt-cinq autres compatriotes et pour seule nourriture un peu de riz et du poisson péché. Il pèse quarante-huit kilogrammes en arrivant à Hong-Kong où il est placé dans un camp. Six mois plus tard, refusé comme réfugié politique, il doit quitter le camp. Il vivote neuf ans sur place avant d'être reconnu comme réfugié par la France. Après six mois en foyer où il peine à apprendre le français, il doit à nouveau rependre sa route et se débrouiller seul. Les épreuves, les carences alimentaires, les difficultés à se faire soigner (la complémentaire CMU n'ayant été mise en place qu'en 2000) font de lui un homme usé avant l'âge. Li Khoun (cinquante-six ans) et Than (cinquante-six ans), qui viennent aussi d'Asie du Sud-Est, ont fui leur pays sous la menace, sont passés par les camps de réfugiés avant d'arriver en France où les difficultés professionnelles, linguistiques furent

des obstacles épuisants et où les problèmes financiers ruinent à la fois leurs espoirs et leur vie conjugale. Ces hommes ont aussi vécu des violences qui ont visiblement laissé des séquelles, dont des blessures corporelles, des troubles mentaux et comportementaux.

Il y a ensuite ceux qui se sont retrouvés en France dans l'irrégularité (entrée illégale ; demande d'asile déboutée ; titre de séjour épuisé, etc.). Ces situations de risques, de vulnérabilité, de surexposition au danger et aux carences ont des conséquences durables sur leur santé aux différents âges de la vie. Tuyêt Mai (quarante-quatre ans) n'aime pas se rappeler l'année qu'elle a vécue en situation irrégulière au terme de son visa de tourisme. Elle préfère dire qu'elle est arrivée l'année de sa régularisation. Seydouba (quarante-quatre ans), qui a quitté son pays, en Afrique de l'Ouest, du fait de la guerre civile, a mis quatre semaines pour arriver « acrobatiquement » en France et y déposer une demande d'asile qui n'a pas abouti. D'autres parlent plus aisément de ces années de précarité administrative. Parti à pied de chez lui, Antonio (cinquante-sept ans) n'était pas préparé à l'hiver parisien. Sans vêtements adaptés ni logement, il déclare une forte fièvre suivie d'un état de fatigue durable. Une Française le prend en charge, le loge et le fait soigner à l'hôpital. D'autres ont moins de chance. En conflit violent avec sa famille, Talila (quarante-neuf ans) fuit son pays à dix-sept ans, munie d'un visa touristique obtenu grâce à une amie. Elle rejoint son amoureux à Paris, parti quelques mois plutôt pour échapper aux hommes de sa famille soucieux de leur « honneur ». Le couple vit chez la sœur du jeune homme, mais les problèmes s'accumulent. Sans papiers, ils ne peuvent travailler et elle est enceinte. Sous-nutrie, sa grossesse est problématique et le bébé naît prématurément. Elle sort trop tôt de l'hôpital où elle a été acceptée sous aide médicale gratuite et restera longtemps fatiguée avant que sa régularisation lui permette enfin de passer à autre chose.

Même quand leur statut administratif les autorise à travailler, les personnes interrogées mentionnent fréquemment des situations d'exploitation. Près d'un tiers de femmes et d'hommes (15/42) évoquent une déqualification : ils occupent des emplois sans rapport avec leurs diplômes et compétences professionnelles. Il s'agit principalement de ceux venus après 1974 avec des niveaux d'études supérieurs à ceux arrivés dans la période précédente. Outre une déqualification statutaire, il arrive que leurs compétences fassent l'objet d'une exploitation sans compensation.

Malika (quarante et un ans) était comptable dans son pays. En 2001, âgée d'une trentaine d'années, une histoire d'amour l'amène en France, un pays où elle n'avait jamais pensé venir. Son ménage ne dure pas, mais la naissance d'un enfant la contraint à rester en France. En quête d'emploi, elle fait une formation de remise à niveau en comptabilité. Mais cinq ans plus tard, elle constate amèrement qu'elle ne trouve que des emplois intérimaires d'ouvrière dans les usines de la région. Elle ne se ménage pas, se plie à tous les horaires et donne à l'occasion un « *petit coup de main à la compta* ». D'où son incompréhension quand, lors d'un de ses derniers contrats, le patron, arguant que l'usine tourne au ralenti, lui propose de « *prendre une semaine de congés en février* ». Semaine qui deviendra un mois. Elle apprendra par la suite qu'il l'avait remplacée par le fils d'un ami. Malika se sent d'autant plus dévalorisée par son déclassement professionnel et social qu'elle ne perçoit pas d'amélioration possible de sa condition. Dorsalgie, fracture et séquelles rhumatismales, suite à un accident au travail où sa main a été happée par une machine, fatigue

mentale et physique sont autant de conséquences d'un travail posté, à la chaîne, exercé dans de mauvaises conditions relationnelles et organisationnelles.

Quand ils ne sont pas exploités au travail pour des compétences dont ils ne peuvent espérer la rétribution, nombre de nos enquêtés occupent des emplois qui mettent le corps à rude épreuve. La situation de Batista est de ce point de vue exemplaire.

Batista (cinquante-sept ans) travaille dans une entreprise où il fait du sablage de pièces à décaper (pièces de métal, châssis de voiture, etc.) quand survient un problème d'hypertension sévère. Bien qu'ancien fumeur, son médecin considère cependant que son emploi est une cause probable de ses problèmes circulatoires. Sa pathologie n'est pas reconnue comme maladie professionnelle. Déclaré inapte, il perd son travail avec une indemnité de chômage insuffisante pour faire vivre sa famille. Une agence d'intérim lui trouve un emploi dans une usine de plaque de polystyrène. Il ne se demande pas si ce travail lui est contre-indiqué, il a son fils à élever et sa conjointe, en situation irrégulière, ne peut travailler bien que diplômée. Et, comme il le dit : « *en travaillant en intérim, je n'ai pas vu de médecin du travail* ». Deux ans après, l'usine est délocalisée. Il retrouve un poste dans une usine où il taille des rails de métal pesant de deux à 300 kilogrammes. Au bout de quelque temps, il souffre des jambes. Les douleurs deviennent insupportables, mais il tient avec des antalgiques, considérant qu'il n'a pas d'autre choix que de travailler. Il se résout enfin à consulter, mais alors que le médecin prescrit une intervention chirurgicale en urgence pour une pose de stents<sup>9</sup> dans les artères fémorales, il a peur de perdre encore une fois son emploi et attend pour se faire opérer pendant la semaine de fermeture de l'entreprise. En dépit de l'avis médical, il reprend le travail dès sa sortie de l'hôpital, mais son patron le licencie peu après : « *le patron savait que je ne pouvais pas faire le boulot que je faisais avant ; du moins, je ne pouvais pas le faire avec la rapidité que je le faisais avant. Il m'a dit "j'ai plus besoin de toi"* ».

Les récits recueillis montrent aussi que la sortie de la précarité administrative ne se traduit pas toujours par des conditions de vie acceptables, notamment en matière de logement. Conception (quarante-sept ans), par exemple, se découvre asthmatique en France, ce qui est dû aux revêtements du logement situé en sous-sol d'un pavillon où elle a vécu avec son mari à son arrivée. Yasmina (cinquante-quatre ans) vit dans une cave aménagée, humide et froide et de surcroît fréquentée par les souris, un « *trou à rats* » dit-elle qui lui coûte 650 euros par mois, mais surtout ces conditions de vie aggravent sa santé déjà précaire (dépression, diabète et problèmes thyroïdiens sévères).

Un quart des individus ou ménages rencontrés lors de l'enquête vivaient dans des quartiers ségrégués, relégués en périphérie ou dans des logements surpeuplés, voire délabrés. Aux conditions de travail pénibles, voire dangereuses, s'ajoutent des conditions d'habitat délétères pour la santé (nuisances sonores et atmosphériques notamment). Si les liens de causalité entre conditions de logement et santé peuvent paraître ténus, nous savons, au moins depuis les travaux sur le saturnisme (Fassin, 1998), combien elles affectent en premier lieu les populations les plus pauvres parmi lesquelles les immigrés sont surreprésentés. L'analyse des entretiens montre que ces situations participent d'une espérance de vie en bonne santé plus faible que pour d'autres groupes de population.

9 Ressorts placés dans les artères rétrécies ou obstruées pour améliorer la circulation sanguine.



Les inégalités socioéconomiques et les inégalités de santé sont étroitement liées, comme le montrent les entretiens. Une mauvaise santé a souvent pour conséquence une dégradation de la situation sociale (perte d'emploi, de revenus pouvant avoir d'autres conséquences) et parallèlement, une situation économique difficile ne permet pas d'accéder à tous les soins. Ils révèlent également les effets que peuvent avoir la succession d'événements traumatisants sur la santé : la fuite d'un contexte politique difficile, des passages dans des camps, de longs trajets à pieds, une sous-nutrition précèdent une arrivée en France où encore une situation administrative précaire qui peut s'avérer longue et qui expose à une exploitation économique comme à des conditions de logements dégradées. Ces épreuves surmontées, quand elles le sont, la santé est déjà dégradée.

Les discriminations à raison de l'origine (réelle ou supposée) et le racisme sont souvent évoqués dans les récits des personnes rencontrées. Au terme de l'enquête, il apparaît qu'ils sont, dans bien des situations, un facteur explicatif des inégalités de santé.

## Les discriminations et le racisme au quotidien

Discriminations à raison de l'origine et racisme ont des effets indéniables sur les individus et sur leur santé psychique et physique. Ces expériences discriminatoires leur inculquent l'idée qu'ils doivent « rester à leur place » ; elles peuvent entraîner une dévalorisation de l'image de soi.

Les trois quarts (32/42) des interviewés ont évoqué, au cours de l'entretien au moins une situation où ils ont eu l'impression d'être regardés ou traités différemment. Comme le formulait clairement Wagaye (cinquante et un ans), « *Un jour ta couleur te rappelle à l'ordre* ». Et même en devenant français, un autre enquêté déclare : « *Les papiers, ça change rien ; ton nom il est arabe !* » (Nabil, quarante-six ans).

Les expériences discriminatoires sont particulièrement ressenties dans le cadre du travail<sup>10</sup> avec d'abord des refus d'embauche. Talila (quarante-neuf ans) est une femme très résiliente que les épreuves ont à la fois fait souffrir et endurcie : « *Une fois, j'avais un entretien dans une banque et j'étais avec le responsable du recrutement et le directeur de l'agence est venu il a dit : "Ah non, non, on a notre quota de Noirs, on veut pas de Noirs". Sur le coup ça m'a fait mal, ça m'a choquée, mais par la suite je me suis dit, vraiment j'ai mal pour cette personne qu'elle éprouve ce sentiment* ». Des affectations sélectives sont également mentionnées, comme en témoigne Wagaye (cinquante et un ans) qui, avant d'être définitivement affectée aux cuisines de son entreprise, indique que son supérieur avait refusé de la mettre en salle à cause de sa « *physionomie* » : « *Parce que je suis noire, il voulait que je reste derrière, que je fabrique et que les autres servent. Et que moi je retourne à la plonge* ».

La discrimination prend parfois la forme d'une pression au travail constituant une détérioration des conditions d'exercice. Ainsi, Malika (quarante et un ans) est harcelée

---

10 Selon l'ultime rapport de la HALDE (2010), 49,7 % des réclamations portent sur des discriminations en matière d'emploi – la moitié pour le recrutement et l'autre moitié pour le déroulement de carrière.

par un cadre en raison de son origine : « *Ma responsable et moi, ça ne marche pas, parce que je suis arabe. Il n'y a rien à dire d'autre. Elle me l'a dit en face* ». L'acrimonie de sa chef d'atelier se manifeste au quotidien par des reproches sur son rythme de travail et par des exigences inaccessibles : « *J'étais sur mon poste de travail, [...] c'est un poste où normalement il y a deux personnes. Elle arrive, j'étais toute seule, alors que normalement, y a une personne qui ramasse, l'autre qui met les patins [pieds des palettes] et fait le montage. [...] C'est vraiment très physique. J'étais toute seule et elle me dit : "Au lieu de perdre du temps, tu peux faire les patins sur cette palette-là". Donc, six patins à classer, trois par-là et trois par-là, y a une grande table et normalement, y a deux personnes qui se mettent face à face pour faire l'assemblage. Donc je lui ai dit : "je ne peux pas". Elle me dit : "si". Je lui dis : "non, je ne peux pas, c'est pas possible [...]"*. Donc, elle me dit : « *Non, non, non. C'est de la mauvaise volonté, nanani, nanana...* ». Elle a trop poussé [...]. Je lui dis : « *non* ». Alors, elle me sort... Je ne m'y attendais pas du tout. « *En plus, tu es une menteuse !* » ». Cette fois, Malika se plaint au directeur qui, pour ménager les deux parties, la laisse finir sa mission d'intérim : « *Il a été correct. Il ne m'a pas donné raison, mais il ne lui a pas donné raison non plus* ». Mais le plus souvent, elle courbe l'échine, faute d'alternative : « *Ce n'était pas la première fois, ça durait quand même depuis longtemps... Mais je laissais passer parce que [...] j'ai deux enfants à nourrir. Donc, je suis obligée de faire ça. Faire le boulot des deux et me taire* ».

Il ressort de nos entretiens que les discriminations au travail induisent des pertes d'emploi, un cantonnement dans des emplois précaires ou peu rémunérés, une dégradation des conditions de travail ; autant de facteurs qui pèsent sur la santé. La faiblesse du revenu est le premier élément de détérioration de la santé, mais cette faiblesse, dans le cas des migrants ou dans celui des majoritaires, n'a pas toujours la même cause. Pour les premiers, la discrimination sous-jacente est souvent la clé explicative, ce qui est d'autant plus frappant quand les personnes sont diplômées. Par ailleurs, si lors des entretiens, le racisme et les discriminations sont le plus souvent associés au travail, les enquêtés évoquent des expériences similaires dans d'autres sphères, dont celle de l'organisation sanitaire.

## **Les discriminations en matière de soins : cause et conséquence d'une santé altérée**

Les obstacles à l'accès et à la continuité des soins, qui reviennent le plus fréquemment lors des entretiens, sont principalement liés à la méconnaissance des droits, à des difficultés administratives, à des barrières linguistiques et aux coûts des traitements, mais aussi à des discriminations du fait de leur situation ou de leur statut. Talila (quarante-neuf ans) a ainsi été malmenée au cours d'une consultation gynécologique qui s'est terminée par un refus de soins. Le gynécologue, au vu de son état de santé – elle a effectivement divers problèmes dont elle le prévient –, refuse de l'examiner et s'empporte violemment : « *"Qu'est-ce que vous faites ici ? Et d'abord comment vous avez eu le rendez-vous ?" Il ne me laissait pas répondre. "Comment vous vous appelez ?" Il n'attendait pas, il hurlait, il criait : "qu'est-ce que vous faites dans mon cabinet ? Qui vous a envoyé ?" Et puis j'ai fait une crise, je tremblais de tous mes membres, je n'arrivais plus à parler tellement il hurlait, il me criait dessus. [...] Je l'ai supplié de se calmer. Mais il a hurlé sur moi, il m'a insultée, je ne dirai pas les termes* ». Même si elle refuse de les répéter, Talila précise que



ce sont des termes racistes, si insultants que les redire serait trop douloureux. Elle n'aura pas de consultation ce jour-là. Elle commence les démarches de plainte en écrivant à l'ordre des médecins, mais son médecin généraliste la dissuade de poursuivre : « *il risque gros là, vous savez madame. Je voudrais juste que vous réfléchissiez un peu, il risque de perdre son travail, d'être rayé de la liste, etc.* ». Malgré la violence des faits, malgré la privation de son droit à consulter, elle abandonne son recours et finit même par s'attribuer la responsabilité de la situation. « *Comment je peux vivre avec moi, avec ma conscience en étant responsable du fait qu'il perde son travail ? Il a des patientes qui sont contentes de lui, parce que j'ai vu des patientes dans son cabinet, je ne suis pas obligée de retourner le voir, il y a d'autres gynécologues. J'ai écrit un courrier électronique à l'ordre des médecins et je leur ai dit qu'en réalité que je n'étais pas bien, je ne sais plus ce que je leur ai dit, que j'étais déprimée, des trucs comme ça, que j'ai mal pris ça, mais qu'il n'a pas été méchant et tout ça. Je me suis accusée* ».

Il semble aussi que les immigrés fassent particulièrement l'objet d'un soupçon de fainéantise, les médecins doutant de leurs dires, mais aussi de leurs symptômes. Quand Roberto (quarante-huit ans) est brûlé au deuxième degré sur le chantier où il travaille comme maçon, il consulte pour la première fois en France. Le médecin, qui va jusqu'à le soupçonner de s'être brûlé intentionnellement pour bénéficier d'un arrêt de travail, l'apostrophe en ces termes : « *quand on veut des vacances, on ne va pas les demander au docteur, on les demande à son patron* ». Lui qui ne s'arrête jamais se sent mortifié. Depuis, quand il est malade, il prend des jours de congé. Ce rapport entre l'immigré et la maladie, mais aussi le médecin comme instance en charge de dire l'état de santé et de confirmer ou d'infirmier la légitimité de la demande de dispense de responsabilité (provisoire ou de longue durée) au sens que Parsons (1955) a donné aux rôles du médecin et du malade, nous ramène au propos de Sayad qui soulignait les ambiguïtés et les contradictions constitutives de la condition de l'immigré : « Parce que l'immigré n'a de sens, à ses propres yeux et aux yeux de son entourage et parce qu'il n'a d'existence, à la limite, que par le travail, la maladie par elle-même, mais peut-être plus encore par la vacance qu'elle entraîne, ne peut manquer d'être éprouvée comme la négation de l'immigré » (Sayad, 1999 : 260).

Les discriminations qui privent les immigrés, en particulier les femmes, des soins auxquels ils ont droit ne sont pas le fait des seuls médecins. Les interviewées évoquent des situations où elles sont maltraitées dans le système sanitaire et n'obtiennent pas ce à quoi elles sont en droit de prétendre. Ainsi Amy (vingt-neuf ans), qui s'est fait agresser à l'arme blanche par son conjoint, perd l'usage d'une partie de son côté droit et dépose une demande d'allocation adulte handicapée. Elle est convoquée par un médecin expert qui refuse de croire que l'accident lui est arrivé en France : « *Le médecin me dit : "Oui, mais vous êtes venue en France avec votre handicap ou non ?" [...] Pour eux, c'est comme si je venais d'Afrique avec mon handicap pour pouvoir bénéficier des aides ici* ». En dépit des séquelles évidentes de son agression, confirmées par les médecins du CHU qui l'ont opérée, au moment où nous rencontrons Amy trois ans après le drame, son handicap n'est toujours pas reconnu et elle attend les suites de son recours.

Plus généralement il convient de remarquer que les discriminations dans l'accès aux soins sont surtout rapportées par des femmes. Parfois, mais pas toujours, elles en voient le caractère injuste, inéquitable, et il arrive qu'elles le qualifient de racisme, du fait

de leur origine ou de leur statut d'immigrée, mais jamais de sexisme. On ne peut éliminer l'idée que ces expériences ont contribué à aggraver leurs états de santé et à dévaloriser leurs perceptions d'elles-mêmes et de leur valeur sociale alors, qu'en même temps, les termes dans lesquels elles les interprètent en minimisent l'effet dans les volets du questionnaire concernant les discriminations déclarées.

Au final, la plupart des migrant-e-s n'interprètent pas, ou très rarement, ces interactions avec le système sanitaire, ou d'autres situations de spoliation de ressources ou d'exploitation, en termes de discriminations. Ils se mettent plus souvent en retrait, pas du tout certains de leur légitimité à demander quoi que ce soit<sup>11</sup>. Leur attitude confirme le poids d'un climat qui leur est défavorable en raison de législations de plus en plus répressives et de la propagation d'idées et de pratiques racistes mettant en cause le droit à la santé, un principe universel pourtant énoncé au lendemain de la Deuxième Guerre mondiale (Fassin, 1997). Les premières victimes, sont certes les étrangers en situation irrégulière, mais les représentations à l'endroit des immigrés, la logique du soupçon qui pèse quotidiennement font qu'aujourd'hui une part croissante des étrangers et des immigrés, et même, au-delà d'eux, des Français d'ascendance étrangère, sont touchés par ces phénomènes.

### **Au-delà des conditions de vie et des discriminations, que reste-t-il ?**

Les régressions logistiques, présentées en première partie, montrent la persistance d'une sur-déclaration par les hommes d'origine portugaise et par les femmes de plusieurs origines. Cette persistance signifie que les conditions socioéconomiques et les discriminations ne suffisent pas à tout expliquer. Aussi convient-il d'abord de se demander ce que les variables socioéconomiques et de discriminations mesurent en réalité et ce qu'elles omettent.

La mesure des discriminations se heurte au fait de ne refléter que des faits perçus, leurs déclarations dépendant donc de la sensibilité des répondants aux situations vécues. Tous n'ont pas la même lecture d'une situation donnée ni la même conception de ce qu'est une discrimination. Parmi les immigrés rencontrés et en dépit des récits de situations rapportées, que l'on peut juger discriminatoires, certains ne raisonnent pas en ces termes, voire déclarent ne pas être l'objet de discriminations comme c'est le cas notamment des Portugais. Ainsi Gustavo constate, résigné, que l'entreprise qui l'a fait travailler pendant quarante ans a exploité les compétences qu'il a acquises au cours des années, mais il refuse de se plaindre. Il se présente plutôt comme un homme qui, à cinquante-huit ans, est satisfait de sa condition. Il faudra le pousser à expliciter une petite phrase dite l'air de rien – « *À soixante ans, j'aurais mes trimestres. J'arrête là !* » – pour qu'il raconte une histoire professionnelle moins épanouissante qu'il ne voulait le dire. Depuis son arrivée en France, à vingt-six ans, il n'a jamais changé d'employeur. De sept ouvriers à son arrivée, cette entreprise du bâtiment a aujourd'hui vingt-cinq ouvriers permanents et un volant d'intérimaires. Le prix de cette stabilité professionnelle, Gustavo le paye par une absence d'évolution de carrière. Pourtant, il fait depuis longtemps le travail de chef d'équipe, mais

11 D'une manière générale, nos interlocuteurs connaissaient mal leurs droits et les ressources existantes.

sans jamais en avoir eu le titre ni le salaire. Il raconte, gêné, l'humiliation qu'il a ressentie quand le fils du patron a nommé chef d'équipe un jeune Français entré dans l'entreprise bien après lui. Il clôt l'épisode avec force soupirs, indiquant sa lassitude et son sentiment d'impuissance et finit par dire, comme s'il fallait à tout prix faire contre mauvaise fortune bon cœur : « *Ce n'est pas grave parce que comme ça, je n'ai pas à m'occuper de la paperasse* ». Il préfère se réfugier dans la perspective de sa retraite prochaine, quand sa femme voudrait qu'il réclame son dû. Au questionnaire, Gustavo a répondu n'avoir subi ni discrimination, ni propos ou attitudes racistes. Il n'emploie pas non plus ces termes dans l'entretien. Les termes dont il use sont plus modérés, il dit seulement : « *Je ne trouve pas ça correct... parce que j'aurais dû arriver à un salaire bien plus haut* », puis relativise aussitôt : « *Mais bon... c'est pas maintenant pour deux ans qu'il me reste que je vais faire encore... Je vais rester là comme ça* ».

Ne pas se dire victime de discrimination est en soi une stratégie d'évitement. Un évitement qui consiste à refuser de lire ce qui arrive comme tel. Cette posture renvoie à l'interprétation de ce que sont le racisme et les discriminations. Pour ces hommes portugais, le terme « racisme » est associé à d'autres minorités, ce qui est également une façon de se désigner comme migrant certes, mais plutôt du côté du majoritaire, à distance de ceux qu'ils perçoivent comme des minorités racisées. Interpellés en entretien sur les possibilités de racisme en France, ils évoquent spontanément ceux qui, selon eux, risquent le plus d'en être victimes – les « Noirs », les « Arabes » – dans lesquels non seulement ils ne s'incluent pas en tant que Portugais et Européens, mais dont ils souhaitent se distancier pour ne pas y être amalgamés<sup>12</sup>.

## Trajectoire migratoire et histoire de santé des femmes

Une lecture des inégalités de santé sous l'angle des inégalités économiques et des discriminations « raciales » laisse des points aveugles sur d'autres types de rapports sociaux tout aussi opprimants, comme les rapports sociaux de sexe. Les femmes sont particulièrement concernées par les inégalités économiques : elles sont plus pauvres au sein de chaque catégorie socioprofessionnelle. Immigrées, elles sont aussi exposées à des discriminations racistes et sexistes. Pour toutes celles que nous avons rencontrées, ces deux marques les classent socialement et structurent leurs trajectoires. En matière de santé, dans les deux tiers des cas, leur statut de femme apparaît déterminant. Nous n'avons pas dans l'enquête, envisagé de traiter systématiquement cet aspect, mais, lors des entretiens, plus de la moitié des femmes rencontrées ont spontanément<sup>13</sup> évoqué des expériences où leur statut de femmes leur avait porté préjudice.

Née au début des années 1950, Rosetta est élevée par sa grand-mère maternelle. Sa mère, enceinte à quinze ans d'un jeune homme du village a été chassée du foyer familial par son père, un homme violent envers sa fille et sa femme, qui le sera aussi

12 Une attitude qui a déjà été décrite à propos des Italiens (Noiriel, 1984).

13 Il est important de souligner ce caractère spontané. Chaque fois que les femmes ont abordé des problèmes de sexisme, elles l'ont fait au détour d'une autre question, quelquefois pour expliquer le chaos de leur parcours, d'autres pour expliquer le décalage entre leurs projets et leur réalité, d'autres fois encore parce que l'entretien offrait une opportunité d'en parler.

envers Rosetta. À la mort de sa grand-mère, elle a dix ans et est envoyée chez son oncle, lui aussi un homme qui frappe sa femme et « *lui a fait onze gosses* ». Obligée de quitter l'école où elle montrait pourtant de bonnes dispositions, Rosetta devient leur bonne. La lessive, le ménage et de nombreuses autres tâches la font se lever à 4 h le matin et se coucher tard : « *J'étais une esclave* ». Jeune fille, elle fait la connaissance d'un homme qui vit en France. Espérant échapper à son enfer quotidien, elle accepte de partir avec lui en France. En situation irrégulière, elle dépend de son compagnon et l'enfer recommence : il devient violent et dilapide les revenus du ménage en alcool. Enceinte de jumeaux, elle n'a rien à manger, sauf du pain rassis qu'il rapporte de chez une cliente. Les bébés sont prématurés, un seul survit. Un an et demi plus tard, son mari, ivre et sans permis de conduire, provoque un accident de voiture dans lequel elle est blessée et son deuxième bébé tué. La vie de Rosetta est structurée par des rapports de domination machiste. Les autres facteurs de discrimination, comme le fait d'être immigrée ou Portugaise et aujourd'hui d'être physiquement handicapée, viendront s'agréger à sa condition de femme violentée. C'est d'abord parce qu'elle est fille d'une femme ayant « *fauté* » que lui est faite dès son plus jeune âge, une condition d'esclave dans sa propre famille, ce qui conditionnera toute sa vie ultérieure. D'autres récits comparables à celui de Rosetta montrent qu'il ne s'agit pas là d'un cas isolé. Plus de la moitié des vingt et une femmes rencontrées ont rapporté diverses formes de maltraitance vécues au cours de leur vie, dont trois ont évoqué des violences intrafamiliales dans leur jeunesse et neuf des violences conjugales.

Les discriminations sexistes et les violences machistes ont un effet évidemment néfaste sur la santé des femmes, comme en attestent ces récits qui confirment les résultats d'autres études (Cavalin, 2010 ; Jaspard et L'équipe Enveff, 2003). Les violences dont elles sont la cible peuvent marquer à jamais leurs corps, comme Amy devenue hémiplégique. Elles ont provoqué des troubles psychiatriques avec des symptômes de décompensation ou de dépression, comme Zineb que son mari ne cesse de violenter et laisse sans argent alors qu'elle vient d'accoucher de son quatrième enfant, provoquant une dépression accompagnée d'une dermatose que le médecin lie à la violence de son stress. Ces violences affectent leur confiance et leur estime d'elles-mêmes, affectent leurs existences de façon irréversible, contraignant toujours plus étroitement leur devenir.

Précisons cependant que la violence machiste n'est pas le seul fait d'hommes immigrés (Condon et Hamel, 2007 ; Hamel, 2005). Les violences parentales et conjugales sont soutenues par un environnement sexiste où les traitements différenciés entre garçons et filles dans la famille et les violences faites aux femmes se diffusent dans toutes les classes sociales (Jaspard et L'équipe Enveff, 2003). En France, tous les deux jours, une femme meurt des coups que lui inflige son conjoint ou ex-conjoint. Les auteurs de ces crimes ne sont étrangers que dans 7,8 % des cas, les 92,2 % restants sont commis par des Français (Bauer, 2010 : 272). Le machisme est transversal aux classes et se combine fort bien à des rapports de domination racistes et classistes.

Dans le cas des hommes immigrés, la violence est aussi une affaire de migration et d'exclusion. La condition même d'immigré – avec ce qu'elle produit de dévalorisation identitaire, de perte de statut social, de déclassement sur le marché du travail entraîne un déclassement de ces hommes marché matrimonial en France ce qui peut favoriser ces violences. La migration place les femmes immigrées en situation de vulnérabilité accrue,

sous la dépendance juridique de leur conjoint pour le droit au séjour ou l'accès à la nationalité française, mais aussi sous leur dépendance économique, en raison d'un accès au travail restreint puisque beaucoup des répondantes sont venues rejoindre un mari déjà installé. De ce fait, leur maîtrise du français reste insuffisante pour accéder à davantage d'autonomie. En ce sens, les politiques migratoires qui entravent leur circulation et leur droit au séjour indépendamment de leur mari, définissent un cadre qui les enferme certainement davantage que les femmes de la population majoritaire subissant aussi des violences conjugales, ce que les féministes ont dénoncé comme une double peine à l'encontre des femmes immigrées (Lesselier, 2008).

Les violences subies dans le cadre familial au cours de la vie constituent ainsi une explication au fait observé dans les résultats statistiques d'une sur-déclaration d'une santé altérée par les femmes comparativement aux hommes, et cela pour les personnes immigrées comme pour les personnes de la population majoritaire. Car de telles violences existent dans ces deux populations, même ici les entretiens ne portaient que sur les personnes migrantes.

Il est aussi possible que les écarts constatés entre les femmes migrantes et celles de la population majoritaire trouvent une part de leur explication dans le fait que les femmes migrantes victimes de violences aient davantage de difficulté que celles de la population majoritaire à quitter leur conjoint violent, du fait de contrainte administrative notamment, ce qui expliquerait que l'âge et les variables socioéconomiques ne suffisent pas à faire disparaître les écarts constatés. En effet, pour les femmes ayant obtenu un titre de séjour par le mode du regroupement familial, le divorce impliquait jusqu'en 2006 la perte du titre de séjour. Quitter son conjoint violent signifiait donc devenir sans-papier. La dépendance vis-à-vis des hommes dans laquelle ces femmes sont placées, le fait d'avoir à prendre soin dès leur plus jeune âge de leur fratrie et de leur père, puis plus tard de leur mari, a clairement un impact négatif.

## CONCLUSION

Nous avons indiqué que les femmes déclarent davantage que les hommes être dans un état de santé altéré et que l'effet de sélection par la bonne santé des personnes candidates à la migration ne vaut que pour les hommes (voir supra). Nous avons encore constaté qu'avec l'allongement de la durée de résidence en France, la santé se dégrade, pour les femmes comme pour les hommes. L'analyse qualitative montre clairement qu'un des facteurs explicatifs de la sur-déclaration des femmes par rapport aux hommes d'un mauvais état de santé, résulte en partie des violences que certaines d'entre elles subissent ou ont subies au cours de leur vie dans le cadre familial ou dans leur vie de couple. On comprend aussi aisément au regard des conditions de leur migration que certaines n'ont pas migré à leur initiative. Pour plus de la moitié de nos interlocutrices, les difficultés qui jalonnent leur existence sont d'abord structurées par les inégalités de traitement sexuées dans la famille.

Nous avons aussi mis au jour les raisons d'une dégradation rapide de la santé dans le contexte migratoire, pour les femmes comme pour les hommes. Les personnes



migrantes qui déclarent aujourd'hui une mauvaise santé ont connu la précarité administrative dans les premiers temps de leur installation en France avec pour conséquence des conditions de logement très dégradées, une limitation de l'accès à l'emploi, une forte exposition à l'exploitation dans le travail, un accès aux soins difficile, qui cumulés ont affecté leur santé, ce qui a entraîné plusieurs années après leur régularisation, des licenciements. Nous avons vu aussi que les discriminations dans le travail (non-reconnaissance des diplômes, cantonnement dans des tâches difficiles ou moins valorisantes, racisme explicite, imposition d'un rythme de travail plus soutenu) étaient un facteur de la détérioration de la santé physique et psychologique.

Nous avons vu enfin que le machisme systémique qui prend la forme de traitements discriminatoires sexistes et racistes à la fois constitue un élément explicatif complémentaire d'un risque plus élevé de déclarer un état de santé altéré. Pour celles que nous avons rencontrées, leurs origines et leur statut de femme s'intriquent à leur détriment. Il n'est guère étonnant que leur état de santé, leur intégrité physique et leur santé mentale s'en trouvent affectés. C'est parce qu'elle est immigrée que Malika n'obtient pas la reconnaissance de son diplôme en comptabilité, ni de son expérience dans ce même domaine. C'est parce qu'elle est immigrée que les seuls emplois qu'on lui propose sont des postes d'ouvrière à la chaîne et qu'elle doit faire le travail de deux personnes. C'est parce qu'elle est une femme et qu'elle est étrangère que l'expert médical se permet de malmenager Rosetta, paralysée devant cet homme qui jouit de son autorité. C'est parce qu'elle est une femme que le conjoint de Malika ose la frapper, la contraignant à fuir avec son jeune fils. C'est parce Rosetta est une femme que la seule issue qui s'offre à elle pour échapper à sa situation d'esclave est d'accepter le mariage avec un homme qu'elle connaît à peine et qui lui propose de vivre en France, où elle devra supporter ses coups et pleurer la perte de ses fils. C'est parce qu'elles sont des femmes et des immigrées que ces femmes sont littéralement cassées.

.....

## Références bibliographiques

- ADELSTEIN Abraham M., MARMOT Michael G. and BULUSU Le (1984) Migrant Studies in Britain, *British Medical Bulletin*, 40 (4), pp. 315-319.
- AÏACH Pierre (2010) *Les inégalités sociales de santé : écrits*, Paris, Economica, Anthropos, 304 p.
- AÏACH Pierre et FASSIN Didier (2004) L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé, *Revue du Praticien*, 54, pp. 2221-2227.
- BAUER Alain (2010) *La criminalité en France. Rapport de l'Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales*, Paris, Institut national des hautes études de la sécurité et de la justice (INHESJ), [en ligne]. URL : <http://www.inhesj.fr/?q=content/rapport-2010>
- BERCHET Caroline et JUSOT Florence (2012) État de santé et recours aux soins des immigrés : une synthèse des travaux français, *Questions d'économie de la santé*, 172, pp. 1-8.
- BHOPAL Raj S. (2007) Racism in health and health care in Europe: reality or mirage?, *European Journal of Public Health*, 17 (3), pp. 238-241.
- BRAHIMI Michèle (1980) La mortalité des étrangers en France, *Population*, pp. 603-622.
- CAMBOIS Emmanuelle et JUSOT Florence (2007) Ampleur, tendances et causes des inégalités sociales de santé et de mortalité en Europe : une revue des études comparatives, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2-3, pp. 10-14.

- CAVALIN Catherine (2010) Des parcours de vie difficiles, où surviennent violences et problèmes de santé, in François Beck, Catherine Cavalin et Florence Maillachon Éd.s., *Violences et santé en France. État des lieux*, Paris, La Documentation française, pp. 171-184.
- CEDIEY Éric et FORONI Fabrice (2006) *Les discriminations à raison de « l'origine » dans les embauches en France. Une enquête nationale par tests de discrimination selon la méthode du BIT*, Genève, Bureau International du Travail, 113 p.
- CHEN Jiajian, WILKINS Russel et NG Edwards (1996) L'espérance de santé selon le statut d'immigrant, 1986 et 1991, *Rapports sur la santé*, 8 (3), pp. 31-41.
- COGNET Marguerite (2002) La santé des immigrés à l'aune des modèles politiques d'intégration des étrangers, *Bastidiana*, 39-40, pp. 97-130.
- COLLECTIF MANOUCHIAN (2010) Glossaire critique des notions liées aux discriminations racistes, sexistes, classistes. Critique du glossaire dominant, *Les Figures de la Domination*, [en ligne]. URL : <http://lesfiguresdeladomination.org/index.php?id=288>
- CONDON Stéphanie et HAMEL Christelle (2007) Contrôle social et violences subies parmi les descendantes d'immigrés maghrébins, in Maryse Jaspard et Natacha Chetcuti Éd.s., *Violences envers les femmes. Trois pas en avant, trois pas en arrière*, Paris, L'Harmattan, pp. 201-222.
- DE SAINT POL Thibaut (2009) Les inégalités sociales face à la santé en France, *Regards croisés sur l'économie*, 5 (1), pp. 65-70.
- DOURGNON Paul, JUSOT Florence, SERMET Catherine et SILVA Jérôme (2008) La santé perçue des immigrés en France, *Questions d'économie de la santé*, 133, pp. 1-6.
- DROUOT Nadège, TOMASINO Anne, PAUTI Marie-Dominique, CORTY Jean-François, LUMINET Béatrice, FAHET Georges et CAYLA Françoise (2012) L'accès aux soins des migrants en situation précaire, à partir des données de l'Observatoire de Médecins du Monde : constats en 2010 et tendances principales depuis 2000, *BEH*, 2-3-4, pp. 41-44.
- ECKERT Henri (2011) Discrimination et reproduction sociale ou l'emploi qui reste, *Agora*, 57 (1), pp. 107-119.
- ESSÉN Birgitta, BÖDKER Birgit, SJÖBERG N.-O., LANGHOFF-ROSS Jens, GREISEN Gorn, GUDMUNDSSON Saemundur and ÖSTERGREN P.-O. (2002) Are some perinatal deaths in immigrant groups linked to suboptimal perinatal care services?, *British Journal of Obstetrics and Gynaecology (BJOG)*, 109 (6), pp. 677-682.
- FASSIN Didier (1998) Peut-on étudier la santé des étrangers et des immigrés ?, *Plein Droit*, 38, [en ligne]. URL : <http://www.gisti.org/doc/plein-droit/38/sante.html>
- FASSIN Didier (1997) La santé en souffrance, in Didier Fassin, Alain Morice et Catherine Quiminal Éd.s., *Les lois de l'inhospitalité. Les politiques de l'immigration à l'épreuve des sans-papiers*, Paris, La Découverte, pp. 107-123.
- FUCHS Victor R. (2004) Reflections on the socio-economic correlates of health, *Journal of Health Economics*, 23 (4), pp. 653-661.
- GUILLAUMIN Colette (2002) *L'idéologie raciste*, Paris, Gallimard, 378 p.
- HALDE (2010) *Rapport annuel de la Halde 2010*, Paris, 89 p.
- HAMEL Christelle (2005) De la racialisation du sexisme au sexisme identitaire, *Migrations Société*, 17 (99-100), pp. 91-104.
- HAMEL Christelle et MOISY Muriel (2012) Migrations, conditions de vie et état de santé en France à partir de l'enquête Trajectoires et Origines, 2008, *BEH*, 2-3-4, pp. 21-24.
- HAMEL Christelle et MOISY Muriel (2010) L'expérience de la migration, santé perçue et renoncement aux soins, in Cris Beauchemin, Christelle Hamel et Patrick Simon Éd.s., *Trajectoires et Origines. Enquête sur la diversité des populations en France. Premiers résultats*, Documents de travail 168, Paris, INSEE et INED, pp. 77-84.
- JASPARD Maryse et L'équipe ENVEFF (2003) *Les violences envers les femmes en France. Une enquête nationale*, Paris, La Documentation française, 350 p.



- JUSOT Florence, SILVA Jérôme, DOURGNON Paul et SERMET Catherine (2009) Inégalités de santé liées à l'immigration en France. Effet des conditions de vie ou sélection à la migration ?, *Revue économique*, 60 (2), pp. 385-412.
- JUSOT Florence, SILVA Jérôme, DOURGNON Paul et SERMET Catherine (2008) *État de santé des populations immigrées en France*, Paris, IRDES, 20 p.
- KHLAT Myriam et COURBAGE Youssef (1995) La mortalité et les causes de décès des Marocains en France 1979-1991. I. La mortalité générale. Une confirmation de la sous-mortalité masculine malgré les problèmes de mesure, *Population*, 1, pp. 7-32.
- KRIEGER Nancy (2000) Discrimination and Health, in Lisa F. Berckman and Ichiro Kawachi Eds., *Social Epidemiology*, New York, Oxford University Press, pp. 36-67.
- LANNA Fabienne, MARCHAND Anne et THEBAUD-MONY Annie (2010) Cancer et travail : des liens et des droits niés, *Plein droit, Santé des étrangers : l'autre double peine*, 86, pp. 10-13.
- LESSELIER Claudie (2008) Politiques d'immigration en France : appréhender la dimension de genre, *Cahiers du CEDREF, Femmes, genre, Migrations et Mondialisation : un état des problématiques*, pp. 189-208.
- LHOMMEAU Bertrand, MEURS Dominique et PRIMON Jean-Luc (2010a) Situation par rapport au marché du travail des 18-50 ans, selon l'origine et le sexe, in Cris Beauchemin, Christelle Hamel et Patrick Simon Eds., *Trajectoires et Origines. Enquête sur la diversité des populations en France. Premiers résultats*, Documents de travail 168, Paris, INSEE et INED, pp. 55-62.
- LHOMMEAU Bertrand, MEURS Dominique et PRIMON Jean-Luc (2010b) Temps de travail et salaires, in Cris Beauchemin, Christelle Hamel et Patrick Simon Eds., *Trajectoires et Origines. Enquête sur la diversité des populations en France. Premiers résultats*, Documents de travail 168, Paris, INSEE et INED, pp. 71-76.
- MARMOT Michael G. et WILKINSON Richard (2000) *Les déterminants sociaux de la santé. Les faits*, Genève, OMS, 40 p.
- MASSIEU Sophie (2004) *La tête de l'emploi : histoires vraies de discrimination raciale*, Paris, Édition VieetCie, 155 p.
- MIZRAHI Andrée et MIZRAHI Arié (2008) Morbidité et soins médicaux aux personnes nées à l'étranger, *Journal d'Économie Médicale*, 26 (3), pp. 159-176.
- NOIRIEL Gerard (1984) *Longwy : immigrés et prolétaires, 1880-1980*, Paris, PUF, 400 p.
- PARSONS Talcott (1955) Structure sociale et processus dynamique : le cas de la pratique médicale moderne, in Talcott Parsons, *Éléments pour une sociologie de l'action*, Paris, Plon, pp. 197-238.
- SAYAD Abdelmalek (1999) La maladie, la souffrance et le corps, in Abdelmalek Sayad, *La double absence. Des illusions de l'émigré aux souffrances de l'immigré*, Paris, Seuil, pp. 255-303.
- STRAUSS Anselm et CORBIN Juliet (2004) *Les fondements de la recherche qualitative. techniques et procédures de développement de la théorie enracinée*, Fribourg, Academic Press Fribourg, 342 p.
- TROVATO Franck (1985) Mortality differences among Canada's indigenous and foreign-born populations, 1951-1971, *Canadian Studies in Population*, 12 (1), pp. 49-80.
- WILKINSON Richard et MARMOT Michael (2004) *Les déterminants sociaux de la santé. Les faits*, Copenhague, OMS/WHO, 40 p.
- YOUNG Christabel M. (1991) Changes in the demographic behaviour of migrants in Australia and the transition between generations, *Population Studies*, 45 (1), pp. 67-89.
- ZHAO Jun, XUE Li and GILKINSON Tara (2010) Health Status and Social Capital of Recent Immigrants in Canada: Evidence from the Longitudinal Survey of Immigrants to Canada, in Ted McDonald, Elizabeth Ruddick, Arthur Sweetman and Christopher Worswick Eds., *Canadian Immigration: Economic Evidence for a Dynamic Policy Environment*, Montréal and Kingston, McGill-Queen's University Press, pp. 311-340.

## Santé des migrants en France : l'effet des discriminations liées à l'origine et au sexe

Marguerite Cognet, Christelle Hamel et Muriel Moisy

En 2008 l'INED et l'INSEE ont réalisé une enquête par questionnaire *Trajectoires et Origines : enquête sur la diversité des populations en France* (TeO) comparant les trajectoires sociales des immigrés et descendants d'immigrés à celles des Français n'ayant pas de parents immigrés. Il s'agissait de mesurer l'ampleur des discriminations liées aux origines et leurs effets sur les trajectoires sociales. Un volet est consacré à la santé. Une enquête ultérieure par entretien auprès de personnes ayant déclaré un état de santé altéré, a permis de retracer l'histoire des enquêtés et de confronter les résultats statistiques aux récits de vie. Cet article est le produit de ce regard croisé d'analyses quantitatives et qualitatives sur la santé des migrants. Les données du questionnaire montrent que les personnes immigrées en France déclarent un plus mauvais état de santé que les personnes de la population majoritaire ; un constat en très grande partie liée aux facteurs socioéconomiques. Mais les récits montrent que les discriminations systémiques subies à raison de l'origine et du sexe exercent un effet délétère qui n'est pas, loin s'en faut, de moindre importance.

## Health of Immigrants in France: The Effect of the Discriminations Linked to Origin and Sex

Marguerite Cognet, Christelle Hamel and Muriel Moisy

In 2008, National Institute for Demographic Studies (INED) and National Institute for Statistics and Economic Studies (INSEE) realized a questionnaire *Trajectories and Origins: survey on the diversity of the populations in France* (TeO) comparing migrants and descendants of migrants' social trajectories to those of French people having no immigrant parents. The survey aims to measure the scale of the discriminations linked to origins and their impact on social trajectories. A section is dedicated to the health. A later investigation by interview with persons having declared a poor health status, allowed to redraw their story and to confront the statistical results with the narratives of life. This article is the product of this crossed approach of quantitative and qualitative analyses on the health of immigrants. The data of the questionnaire show that the immigrants in France declare a worse health than the persons of the majority population; an important part of this result is explained by the socioeconomic factors. But narratives show that the systemic discriminations undertaken by origin and sex, exercise a harmful effect which is not, far from it, of lesser importance.

## Salud de los inmigrantes en Francia: el efecto de las discriminaciones ligadas al origen y al sexo

Marguerite Cagnet, Christelle Hamel y Muriel Moisy

En 2008 el Instituto Nacional de Estudios Demográficos (INED) y el Instituto Nacional de Estadística y de Estudios Económicos (INSEE) realizaron un cuestionario *Trayectorias y Orígenes: investiga sobre la diversidad de las poblaciones en Francia* (TeO) que les compara las trayectorias sociales de los inmigrados y descendientes de inmigrados a las de franceses que no tienen parientes inmigrados. Se trataba de medir la amplitud de las discriminaciones ligadas a los orígenes y sus efectos sobre los trayectos sociales. Un aspecto es dedicado a la salud. Una encuesta posterior por entrevista cerca de personas que habían declarado un estado alterado de salud, permitió volver a trazar la historia de los investigados y confrontar los resultados estadísticos con los recitados de vida. Este artículo es el producto de esta mirada cruzada de análisis cuantitativos y cualitativos sobre la salud de los inmigrantes. Los datos del cuestionario muestran que las personas inmigradas a Francia declaran un estado más malo de salud que las personas de la población mayoritaria; una acta en parte muy grande vinculada a los factores socioeconómicos. Pero los recitados muestran que las discriminaciones sistémicas sufridas a razón del origen y a razón del sexo, ejercen un efecto deletéreo que no es, lejos se hace falta, de menor importancia.