

<https://archined.ined.fr>

La santé au fil du temps et des générations : dynamique des inégalités sociales de santé parmi les immigrés et leurs descendants

Anne Gosselin et Mathieu Ichou

Version

Libre accès

Licence / License

CC Attribution - Utilisation non commerciale - Pas d'Œuvre
dérivée 4.0 International (CC BY-NC-ND)

POUR CITER CETTE VERSION / TO CITE THIS VERSION

[Anne Gosselin](#) et [Mathieu Ichou](#), 2024, "La santé au fil du temps et des générations : dynamique des inégalités sociales de santé parmi les immigrés et leurs descendants". Documents de travail, n°293, Aubervilliers : Ined. <https://doi.org/10.48756/ined-dt-293.0524>

Disponible sur / Available at:

<http://hdl.handle.net/20.500.12204/Kn3evo8BvnvsSstXX0Ob>

DOCUMENTS DE TRAVAIL 293

La santé au fil du temps et des générations : dynamique des inégalités sociales de santé des immigrés et leurs descendants

Anne Gosselin et Mathieu Ichou

Mai 2024

DOI : 10.48756/ined-dt-293.0524



La santé au fil du temps et des générations : dynamique des inégalités sociales de santé parmi les immigrés et leurs descendants

Anne Gosselin^{1,2,3} et Mathieu Ichou^{1,2,4}

1 : Institut National d'Études Démographiques (INED), F-93300 Aubervilliers, France

2 : Institut Convergences Migrations

3 : Ceped UMR 196 – Université Paris-Cité – Institut de recherche pour le développement (IRD) – Inserm – Paris

4 : Centre de recherche sur les inégalités sociales, Sciences Po CNRS, Paris

Résumé :

Ce document de travail s'intéresse à l'état de santé des immigrés et descendants d'immigrés en France et à son évolution au fil des années passées en France pour les immigrés, et au fil des générations. A partir des données de l'enquête Ined-Insee TeO2 (2019-2020), plus riches sur la santé que ne l'était la première édition de TeO, nous analysons quatre indicateurs : la santé perçue, l'épisode dépressif caractérisé dans les 12 derniers mois, le tabagisme quotidien et l'obésité. Enfin, nous nous intéressons aussi au lien entre discrimination et santé : les niveaux de discrimination dans le système de santé d'une part, et le lien entre expérience de la discrimination et indicateurs de santé d'autre part. Nous montrons qu'au fil du temps passé en France, la santé des immigrés se détériore : des conditions de vie plus défavorables que celles de la population majoritaire expliquent en grande partie ce désavantage ; l'adoption de certains comportements défavorables à la santé comme le tabagisme peuvent aussi participer de cette détérioration. L'état de santé des descendants d'immigrés est plus proche de celui de la population majoritaire. La discrimination perçue dans le système de santé est un phénomène peu fréquent par rapport à d'autres sphères (travail, logement) mais qui touche plus souvent les femmes, les minorités racisées et les personnes précaires.

Mots-clefs : inégalités de santé ; immigrés ; descendants d'immigrés ; discriminations ; enquête TeO2 ; santé perçue ; dépression ; tabagisme ; obésité

Introduction

Si la santé des immigrés et de leurs descendants est façonnée par des déterminants sociaux en partie identique au reste de la population, ceux-ci peuvent néanmoins connaître des difficultés particulières (problèmes de langue et d'accès aux soins pour les immigrés, vécu des discriminations pour les immigrés et leurs descendants) qui justifient qu'on étudie de manière spécifique leur état de santé (Berchet et Jusot, 2010 ; Hamel et Moisy, 2016). Les ultra-marins connaissent également des conditions de vie plus dégradées et déclarent plus de discriminations ; à ce titre leur état de santé pourrait lui aussi se différencier de l'état de santé de la population majoritaire. Étudier l'état de santé de ces populations de manière spécifique ne doit pas faire oublier la grande hétérogénéité de chacun de ces groupes : parmi les immigrés et les descendants d'immigrés, l'état de santé varie sensiblement, selon le sexe et la région d'origine notamment.

La santé des immigrés dans les pays du Nord a fait l'objet de nombreuses études dont ressortent quelques constats saillants. Premièrement, les personnes qui entreprennent une migration internationale constituent une population sélectionnée, c'est-à-dire qu'elles sont, en moyenne, en meilleure santé et plus diplômées que les personnes qui restent dans leur pays. Cette sélection explique en partie ce qu'on appelle l'« effet du migrant en bonne santé » (*healthy migrant effect*) (Ichou et Wallace, 2019) qui signifie que, de manière générale, les immigrés arrivés récemment sont en meilleure santé que les natifs du pays de destination (Khlat et Guillot, 2017). Un deuxième élément important qui contribue à ce meilleur état de santé des immigrés est que certains comportements défavorables pour la santé sont beaucoup moins répandus parmi eux et elles, au moment de leur arrivée, que dans la population native : notamment, la consommation de tabac et d'alcool, mais ils et elles ont aussi parfois certaines pratiques alimentaires plus favorables (Khlat, Legleye et Bricard, 2020). Cependant, en raison de conditions de vie souvent difficiles à l'arrivée et de difficultés d'accès aux soins, les immigrés perdent au fur et à mesure de leur séjour cet avantage relatif : leur état de santé se dégrade, se rapproche de celui des populations natives et finit par être plus mauvais (Hamel et Moisy, 2016). Ces dynamiques contradictoires rendent complexe l'étude

de la santé des immigrés : selon leur âge et le temps déjà passé en France, leur état de santé sera modifié.

La santé des descendants d'immigrés est un champ de recherche moins balisé, notamment parce qu'il est souvent étudié dans d'autres pays sous l'angle de l'ethnicité plutôt que du rapport à la migration, de sorte que l'on ne peut pas toujours distinguer les différentes générations migratoires. En France, les études manquent encore pour caractériser finement l'état de santé des descendants d'immigrés : la première édition de l'enquête TeO avait montré une situation plus difficile sur le marché du travail pour ces populations (Meurs, 2018), ainsi qu'en termes d'exposition aux discriminations (Safi et Simon, 2013), des éléments qui ont des répercussions négatives connues sur l'état de santé (Cognet, Hamel et Moisy, 2012). Des études plus récentes suggèrent que les descendants d'immigrés pourraient être en plus mauvaise santé que la population majoritaire, avec de grandes différences selon les régions d'origine des parents : les descendants d'immigrés du Maghreb ont ainsi un excès de mortalité important par rapport à la population majoritaire, qui ne se retrouve pas dans d'autres groupes d'origine (Guillot, Khlata et Wallace, 2019). Les difficultés d'insertion sur le marché du travail semblent jouer un rôle prépondérant dans la surmortalité des descendants d'immigrés du Maghreb (Khlata, Wallace et Guillot, 2019). Sur d'autres indicateurs de santé, comme le lien entre conditions de travail et santé mentale (Gosselin et al., 2021) ou l'exposition au Covid-19¹ (Warszawski et al., 2022), les descendants d'immigrés non européens paraissent plus exposés que la population majoritaire. Si les enfants d'immigrés n'ont pas nécessairement les mêmes problématiques d'accès aux soins que leurs parents, certains d'entre eux continuent à pâtir de conditions de vie plus difficiles que la population majoritaire.

Dans ces populations, immigrés, descendants d'immigrés et ultra-marins, le vécu des discriminations peut également contribuer à détériorer l'état de santé : il peut s'agir de discriminations dans les différentes sphères de la vie sociale aux répercussions diverses sur la santé (augmentation du tabagisme, dégradation de la santé mentale, par exemple) ou bien des discriminations dans le système de santé lui-même (problèmes d'accès aux soins, manque de confiance dans le système de santé).

¹ La réalisation de l'enquête TeO2 a elle-même été affectée par la pandémie. Sur l'impact de cette situation sur les mesures de santé, voir l'encadré 1.

Quel est l'état de santé des immigrés et de leurs descendants et comment évolue-t-il au fil du temps passé en France et des générations ? Les comportements de santé des immigrés sont-ils vraiment plus favorables que ceux des natifs et comment évoluent-ils à mesure que l'expérience migratoire s'éloigne ? Les personnes qui déclarent des discriminations sont-elles en plus mauvaise santé ? Telles sont les questions que les données collectées dans TeO2 permettent de traiter. En effet, le module « santé » de la deuxième édition de cette enquête a été fortement augmenté par rapport à l'édition de 2008-2009. Les enquêtés ont, entre autres, été interrogés sur leur santé perçue, mais aussi sur leur santé mentale ; ils ont fourni des informations sur leur taille, leur poids et leur consommation de tabac, ce qui permet d'étudier la prévalence de l'obésité et du tabagisme quotidien.

Encadré 1. Enquêter sur la santé en temps de pandémie

La collecte de données de TeO2 s'est déroulée avant et après le début de la pandémie de Covid-19 (Beauchemin et al., 2023). La pandémie et les différents confinements étant susceptibles de modifier la perception de l'état de santé mais également certains comportements (tabac, alcool), nous avons procédé à des analyses statistiques spécifiques pour vérifier que les résultats présentés dans ce texte étaient bien robustes. En particulier, nous avons observé les éventuelles variations de nos indicateurs selon la date d'enquête et étudié si ces variations conjoncturelles différaient selon les groupes d'origine.

Dans ce document, nous présentons ainsi les résultats sur quatre indicateurs pour lesquels nous n'avons pas observé d'impact de la période de confinement : santé perçue dégradée, épisode dépressif dans les douze derniers mois, tabagisme quotidien et obésité. Bien que la santé mentale ait été très affectée par les différents confinements dans la population générale (Santé Publique France, 2023), l'indicateur collecté dans TeO2 concerne la dépression (et non le stress, ou l'anxiété), ce qui explique probablement qu'il ait peu varié avec la survenue de la pandémie. En ce qui concerne la consommation de tabac, les volumes de consommation peuvent avoir changé (Guignard et al., 2021), mais pas ce que nous étudions ici, c'est-à-dire le fait de fumer ou non tous les jours, quelle que soit la quantité. En revanche, nous avons dû faire le choix de ne pas présenter les résultats sur la consommation d'alcool : nos analyses ont révélé d'importantes variations des niveaux de consommation selon que la personne ait été interrogée avant ou après le début de la pandémie. De même, les indicateurs de recours et renoncement aux soins ont été modifiés au cours de la pandémie, des analyses spécifiques – qui dépassent les limites de ce texte – devraient être mises en œuvre pour bien comprendre les évolutions observées au cours du terrain d'enquête.

Nous décrivons d'abord les différences d'état de santé entre la population majoritaire et les immigrés et leurs descendants, selon l'origine et le sexe, en tenant compte des propriétés sociales des individus. Deux indicateurs sont analysés : une santé perçue dégradée et un épisode dépressif caractérisé dans les 12 derniers mois. Ensuite, nous nous intéressons à deux déterminants intermédiaires de la santé (tabagisme quotidien et obésité) : leur prévalence est-elle similaire selon l'origine ? Se rapprochent-ils de la population majoritaire au fil du temps et des générations ? Enfin, une dernière partie se penche sur l'articulation entre discrimination et santé : premièrement, nous mesurons les niveaux de discrimination perçue dans le système de santé et étudions les facteurs associés à cette discrimination, avant d'examiner les associations entre le vécu des discriminations dans les cinq dernières années et les indicateurs de santé. Tous les indicateurs utilisés sont décrits dans l'annexe 1 (questions posées et codage).

I. État de santé des immigrés et descendants d'immigrés : une détérioration au fil du temps

L'état de santé est d'abord abordé grâce à un indicateur de santé perçue, issue du mini-module européen (Cox et al., 2009). De manière générale, les femmes enquêtées sont plus nombreuses à déclarer un état de santé dégradé (c'est-à-dire moyen, mauvais ou très mauvais) que les hommes (dans la population majoritaire, 18 % contre 12 % des hommes) (tableau 1). Cependant, ces niveaux varient beaucoup selon l'origine : parmi les hommes, ce sont les immigrés d'Europe du Sud et de Turquie et Moyen-Orient qui ont les niveaux de santé perçue dégradée les plus élevés (21 %). L'état de santé est nécessairement très influencé par l'âge des répondants ; une fois la structure par âge des populations prise en compte (modèle 1), les hommes les plus à risque de déclarer un état de santé dégradée, par rapport à la population majoritaire, sont les descendants de couples mixtes originaires des Outre-mer (odds ratio = 1,9) et les descendants d'immigrés de Turquie/Moyen-Orient (odds ratio = 1,9). Parmi les femmes, ce sont aussi les immigrées d'Europe du Sud et de Turquie/Moyen-Orient qui déclarent le plus être en mauvaise santé (respectivement 26 % et 29 %), et une fois la structure par âge prise en compte, les femmes immigrées de Turquie/Moyen-Orient demeurent les plus à risque (odds ratio = 1,9) ainsi que les femmes immigrées du Maghreb (1,4).

Les analyses multivariées révèlent que la majeure partie des disparités observées par origine s'explique en réalité par les conditions de vie et la situation sociale des personnes (modèle 2) : une fois prises en compte ces caractéristiques (niveau de diplôme et catégorie socio-professionnelle, situation financière, etc.), il reste très peu de différences statistiquement significatives par rapport à la population majoritaire. Chez les hommes, les immigrés d'Europe du Sud et les descendants d'immigrés de Turquie et Moyen-Orient demeurent cependant plus à risque de déclarer un mauvais état de santé (respectivement, odds ratio = 1,6 et 1,9).

Tous les résultats confirment par ailleurs l'existence d'un gradient social très fort sur l'état de santé, avec des effets prononcés de la catégorie socioprofessionnelle et de la situation financière actuelle.

Tableau 1. État de santé perçue dégradée selon les caractéristiques sociodémographiques et facteurs associés, par sexe

	Hommes N=12 330						Femmes N=13 444					
	Modèle 1			Mod. 2			Modèle 1			Mod. 2		
	N	%	Odds ratio	p	Odds ratio	p	N	%	Odds ratio	p	Odds ratio	p
Origine												
Population majoritaire	3 277	12	<i>Réf.</i>		<i>Réf.</i>		3436	18	<i>Réf.</i>		<i>Réf.</i>	
G1 Outre-mer	389	14	1.3		1.2		421	20	1.2		0.9	
G2 Outre-mer	155	11	1.3		1.1		186	17	1.1		1.4	
G2.5 Outre-mer	156	13	1.9	*	1.3		168	15	1.0		0.9	
G1 Maghreb	1234	16	1.3	†	0.9		1153	24	1.4	**	0.8	
G1 Afrique subsahar.	909	14	1.2		0.9		1019	22	1.4	**	0.7	†
G1 Turquie, M-Orient	485	21	1.8	**	1.4	†	477	29	1.9	***	1.1	
G1 Asie	677	12	1.0		1.0		969	19	1.2		0.8	
G1 Europe du Sud	501	21	1.7	**	1.6	*	551	26	1.4	*	1.0	
G1 UE27 (autres pays)	264	8	0.6	†	0.6	*	404	13	0.6	*	0.6	*
G1 Autres pays	375	15	1.4		1.1		536	14	0.7	†	0.6	*
G2 Maghreb	784	15	1.5	*	1.2		889	19	1.2		1.0	
G2.5 Maghreb	422	13	1.6	*	1.1		452	17	1.1		1.0	
G2 Afrique subsahar.	359	6	0.9		0.7		501	11	1.0		0.9	
G2.5 Afrique subsahar.	188	7	0.9		1.0		209	13	0.9		0.7	
G2 Turquie, M-Orient	311	12	1.9	*	1.9	*	301	11	0.9		0.7	
G2.5 Turquie M-Orient	74	[3]	0.8		0.6		55	[20]	1.8		1.9	
G2 Asie	309	6	1.0		1.0		270	10	0.8		0.9	
G2.5 Asie	152	12	1.6		1.3]		162	14	1.1		1.1	
G2. Europe du Sud	387	16	1.1		1.0]		333	21	1.0		1.0	
G2.5 Europe du Sud	479	14	1.2		1.2		462	19	1.1		1.2	
G2 UE27 (autres pays)	25	-	1.1		0.7		30	[27]	1.2		1.4	
G2.5 UE27 (autres)	189	14	1.2		1.1		191	23	1.1		1.3	
G2 Autres pays	41	[3]	0.2	†	0.2	*	50	[14]	0.9		0.9	
G2.5 Autres pays	188	8	0.7		0.7		219	15	0.9		0.8	
Ensemble												
G1	4834	15					5530	21				
G2	2371	13					2560	17				
G2.5	1848	12					1918	18				
Age												
18-24 ans	1655	5	0.4	**	0.3	*	1675	9	0.4	**	0.3	**
25-34 ans	2615	5	0.4	***	0.3	***	3115	11	0.6	**	0.5	**
35-44 ans	3561	13	<i>Réf.</i>		<i>Réf.</i>		3815	18	<i>Réf.</i>		<i>Réf.</i>	
45-54 ans	3161	17	1.4	*	1.4	*	3374	26	1.6	**	1.4	*
55-59 ans	1338	27	2.6	***	2.0	***	1465	31	2.1	***	1.8	**
Niveau de diplôme												
Aucun/CEP/Brevet	2669	22			1.2		2716	35			1.7	**
CAP, BEP	2427	18			1.3		1929	26			1.5	*
Bac	2658	9			1.1		3038	13			1.0	
Études supérieures	4576	8			<i>Réf.</i>		5761	13			<i>Réf.</i>	
Catégorie socioprofessionnelle												
Jamais travaillé/HC	687	8			1.9		1194	18			1.2	
Artisan Commerçant-e	1042	12			1.4		444	12			0.7	
Cadre, prof. libérale	2225	9			1.3		1759	13			1.01	
Prof. intermédiaire	2708	8			<i>Réf.</i>		3177	14			<i>Réf.</i>	
Employé-e qualifié-e	729	12			1.1		2391	15			0.8	
Employé-e non qual.	947	20			1.7	†	2878	26			1.3	
Ouvrier-e qualifié-e	2768	18			1.6	*	541	32			1.8	*
Ouvrier-e non qual.	1172	19			1.8	*	951	30			1.5	†
NSP, refus, incod.	52	[16]			1.7		109	20			0.8	
Opinion sur la situation financière actuelle du ménage												
Pas de problème	6069	7			<i>Réf.</i>		6179	11			<i>Réf.</i>	
C'est juste	4326	14			1.7	**	4939	21			1.8	***
C'est difficile	1935	30			3.4	***	2326	37			3.2	***

Source : enquête Trajectoires et Origines 2, Ined-Insee, 2019-2020.

Champ : individus âgés de 18 à 59 ans ayant des données complètes sur les variables utilisées (n=25 774).

Lecture : les hommes immigrés d'Europe du Sud ont 1,6 fois plus de risque (ou 60 % de risque en plus) de déclarer un état de santé perçue dégradée que les hommes de la population majoritaire, toutes choses égales par ailleurs.

Légende : significativité : *** : $p < 0,001$; ** : $p < 0,01$; * : $p < 0,05$; † $p < 0,10$. Réf. = catégorie de référence. Les statistiques descriptives fondées sur des effectifs de moins de 100 individus sont en italiques entre parenthèses.

Note : la question posée était la suivante : « Comment est votre état de santé en général ? ». Les réponses possibles étaient les suivantes : « Très bon » ; « Bon » ; « Moyen » ; « Mauvais » ; « Très mauvais ». Les personnes qui ont répondu « Moyen », « Mauvais » ou « Très mauvais » sont considérées comme ayant déclaré un état de santé perçue dégradée. Le modèle 1 est ajusté sur l'origine et l'âge. Le modèle 2 est ajusté, outre les variables présentées dans le tableau, sur la situation financière pendant l'enfance, le fait d'être en couple, le nombre d'enfants, la situation d'activité, avoir eu une expérience de logement précaire depuis l'arrivée en France, avoir connu des violences graves pendant l'enfance. Résultats pondérés. Les résultats complets sont disponibles en annexe 2.

Lorsque l'on s'intéresse cette fois à la santé mentale, et plus particulièrement à la dépression (mesurée grâce au Mini-International Neuropsychiatric Interview ou MINI, voir annexe 1), on constate une situation très contrastée. D'une part, les immigrés sont de manière générale moins touchés par la dépression, avec des niveaux particulièrement bas dans certains groupes : par exemple, les immigrés d'Asie sont respectivement 8 % et 9 % chez les hommes et les femmes à déclarer un épisode dépressif caractérisé, contre 14 % et 22 % dans la population majoritaire.

D'autre part, ce sont les descendants d'immigrés issus de couples mixtes qui ont les niveaux de dépression les plus élevés : 15 % des G2.5 Maghreb et 17 % des G2.5 d'Afrique subsaharienne, contre 14 % parmi les hommes de la population majoritaire (tableau 2). Chez les femmes, on observe la même tendance, avec les niveaux les plus élevés observés chez les femmes descendantes d'immigrés G2.5 d'Afrique subsaharienne (28 %) et descendantes G2.5 des autres pays d'UE27 (25 %), contre 22 % parmi les femmes de la population majoritaire. Ces résultats sont à mettre en regard d'une littérature abondante sur les trajectoires des enfants de couples mixtes en Europe : si ceux-ci sont en général « à mi-chemin » entre les enfants de la population majoritaire et les enfants de deux parents immigrés sur la plupart des indicateurs de trajectoires scolaires et sociale, ces enfants de couples mixtes sont souvent autant stigmatisés et discriminés que les enfants de deux parents immigrés s'ils sont racisés (Kalmijn, 2015). Les couples mixtes sont également plus fréquemment concernés par les séparations et par des relations de couple plus difficiles (Hohmann-Marriott et Amato, 2008) en raison de divers facteurs (moins de soutien familial, plus de dissonance normative, plus

d'hétérogamie), ce qui peut avoir des répercussions sur les enfants, notamment en termes de santé mentale. Cependant, dans les modèles multivariés les descendants d'immigrés n'apparaissent plus comme plus touchés par la dépression, ce qui suggère que ces difficultés rencontrées par les enfants de couples mixtes sont très variables selon la position sociale, un résultat déjà noté par Kalmijn (2015).

Par ailleurs, il est remarquable que compte tenu des conditions de vie et de la situation sociale, les groupes immigrés apparaissent moins à risque de déclarer un épisode dépressif, l'effet de l'origine migratoire étant ici la plupart du temps « protecteur », chez les hommes comme chez les femmes. La sélection de la population est sans doute une partie de l'explication : en miroir de l'effet « migrant en bonne santé », les immigrés sont des personnes qui ont mobilisé des ressources, notamment psychologiques, pour partir et s'installer dans un nouveau pays, elles sont donc *a priori* en meilleure santé mentale que les personnes restées au pays. Bien qu'on puisse toujours se poser la question de la manière dont différents groupes de population répondent à des questionnaires de santé mentale, le MINI a été choisi dans TeO2 justement en raison de son usage de questions sur les symptômes somatiques et physiques de mal-être et les intentions suicidaires qui sont mieux rapportés par les personnes immigrées que des questions portant sur des symptômes cognitifs de mal-être. Les niveaux plus bas rapportés par les populations immigrées semblent donc bien correspondre à un meilleur état de santé mental, en tout cas en ce qui concerne la dépression, et sans qu'il soit possible de généraliser ces résultats à d'autres dimensions de la santé mentale comme l'anxiété.

Tableau 2. Avoir vécu un épisode dépressif caractérisé dans les douze derniers mois selon les caractéristiques sociodémographiques et facteurs associés, par sexe

	Hommes N=12 376						Femmes N=13 508					
	Modèle 1			Modèle 2			Modèle 1			Modèle 2		
	N	%	Odds ratio	p	Odds ratio	p	N	%	Odds ratio	p	Odds ratio	p
Origine												
Population majoritaire	3288	14	<i>Réf.</i>		<i>Réf.</i>		3451	22	<i>Réf.</i>		<i>Réf.</i>	
G1 Outre-mer	392	11	0.8		0.6	*	425	22	1.1		0.7	
G2 Outre-mer	156	13	0.9		0.8		187	25	<i>1.1</i>		1.2	
G2.5 Outre-mer	158	15	1.2		0.9		168	21	<i>0.9</i>		0.8	
G1 Maghreb	1239	10	0.7	*	0.6	**	1163	18	0.8	*	0.7	*
G1 Afrique subsahar.	911	11	0.7		0.6	*	1021	18	0.8	†	0.5	***
G1 Turquie/M-Orient	487	12	0.8		0.8		478	14	0.6	**	0.5	**
G1 Asie	681	8	0.5		0.5		976	9	0.4	***	0.4	***
G1 Europe du Sud	503	12	0.9		0.8		554	21	0.9		0.8	
G1 UE27 (autres pays)	264	9	0.6	†	0.6	†	409	17	0.7	*	0.7	†
G1 Autres pays	375	14	1.1		0.8		539	18	0.8		0.7	
G2 Maghreb	785	11	0.7	†	0.6	**	898	21	0.9		0.8	
G2.5 Maghreb	424	14	1.1		0.8		453	21	0.9		0.8	
G2 Afrique subsahar.	361	10	<i>0.7</i>		0.6	†	502	18	0.8		0.7	†
G2.5 Afrique subsahar.	190	17	1.3		1.2		209	28	1.4		1.1	
G2 Turquie, M-Orient	311	12	<i>0.9</i>		1.0		301	15	0.6	*	0.6	*
G2.5 Turquie M-Orient	74	[10]	1.0		1.1		55	[17]	0.7		0.6	
G2 Asie	310	9	<i>0.7</i>		0.7		270	15	0.6		0.7	
G2.5 Asie	153	13	<i>1.0</i>		0.7		162	23	1.1		1.0	
G2. Europe du Sud	388	10	<i>0.7</i>	†	0.6	*	333	24	1.1		1.2	
G2.5 Europe du Sud	480	9	0.6	*	0.5	*	462	23	1.1		1.2	
G2 UE27 (autres pays)	26	-	0.1	*	0.1	*	30	[24]	1.6		1.2	
G2.5 UE27 (autres)	191	10	0.7		0.6		192	25	1.1		1.2	
G2 Autres pays	41	[11]	0.8		1.0		50	[18]	0.8		0.8	
G2.5 Autres pays	188	8	0.6	†	0.6		220	26	1.2		1.4	
Ensemble												
G1	4852	11					5565	17				
G2	2378	10					2571	21				
G2.5	1858	12					1921	23				
Age												
18-24	1657	12	0.7		0.8		1676	20	1.0		0.6	†
25-34	2623	11	0.7	†	0.7	*	3123	21	1.0		0.9	
35-44	3575	16	<i>Réf.</i>		<i>Réf.</i>		3834	21	<i>Réf.</i>		<i>Réf.</i>	
45-54	3176	13	0.8		0.8		3400	22	1.1		1.0	
55-59	1345	13	0.8		0.8		1475	21	0.9		0.9	
Niveau de diplôme												
Aucun /CEP/Brevet	2677	16			0.8		2726	24			1.1	
CAP, BEP	2437	13			0.8		1940	28			1.5	*
Bac	2672	11			0.9		3045	23			1.4	†
Études supérieures	4590	12			<i>Réf.</i>		5797	16			<i>Réf.</i>	
Catégorie socioprofessionnelle												
Jamais travaillé/HC	690	7			0.6		1197	20			0.8	
Artisan Commerçant-e	1045	13			1.4		445	11			0.6	†
Cadre, prof. libérale	2234	11			1.0		1771	18			1.3	
Prof. intermédiaire	2719	12			<i>Réf.</i>		3198	17			<i>Réf.</i>	
Employé-e qualifié-e	732	17			1.4		2403	21			1.0	
Employé-e non qual.	951	21			1.3		2889	26			1.2	
Ouvrier-e qualifié-e	2776	14			1.1		541	31			1.6	†
Ouvrier-e non qual.	1177	14			1.0		954	29			1.4	
NSP, refus, incod.	52	[14]			0.7		110	26			0.6	
Opinion sur la situation financière actuelle du ménage												
Pas de problème	6090	8			<i>Réf.</i>		6209	14			<i>Réf.</i>	
C'est juste	4345	13			1.5]	*	4966	22			1.5	**
C'est difficile	1941	30			3.5]	***	2333	39			3.0	***

Source : enquête Trajectoires et Origines 2, Ined-Insee, 2019-2020.

Champ : individus âgés de 18 à 59 ans ayant des données complètes sur les variables utilisées (n = 25 774).

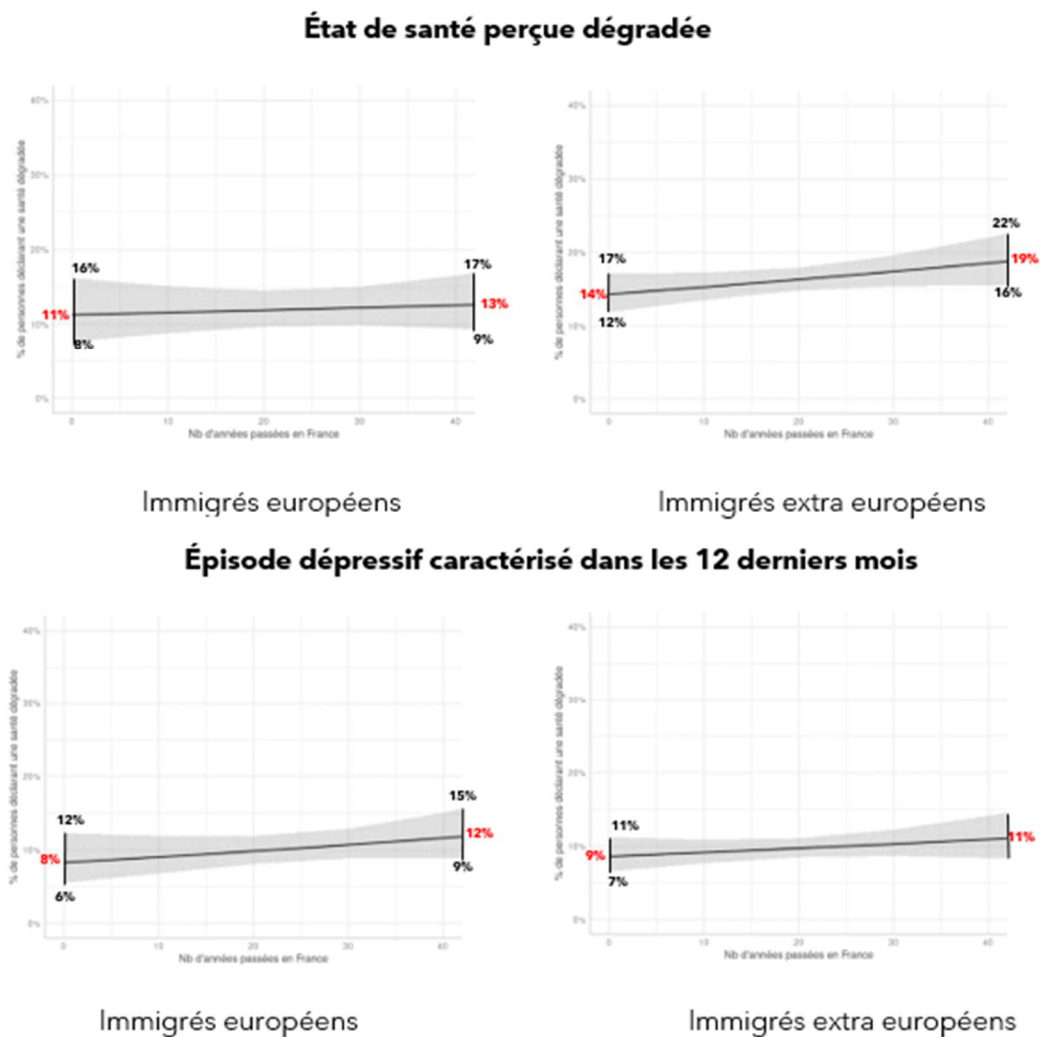
Lecture : pour les hommes natifs des Outre-mer, la probabilité d'avoir vécu un épisode dépressif caractérisé dans les douze derniers mois est 0,6 fois aussi élevée (ou 40 % moins élevée) que celui des hommes de la population majoritaire, toutes choses égales par ailleurs.

Légende : significativité : *** : $p < 0,001$; ** : $p < 0,01$; * : $p < 0,05$; † $p < 0,10$. Réf. = situation de référence. Les statistiques descriptives fondées sur des effectifs de moins de 100 individus sont en italiques entre crochets.

Note : l'indicateur de dépression est issu d'un jeu de questions validées au niveau international y compris dans leur version française (Mini-International Neuropsychiatric Interview ; pour une description détaillée des questions, voir annexe 1). Le modèle 1 est ajusté sur l'origine et l'âge. Le modèle 2 est ajusté, outre les variables présentées dans le tableau, sur la situation financière pendant l'enfance, le fait d'être en couple, le nombre d'enfants en trois catégories, la situation d'activité en trois catégories, avoir eu une expérience de logement précaire depuis l'arrivée en France, avoir connu des violences graves pendant l'enfance. Les résultats complets sont disponibles en Annexe 2.

La probabilité de déclarer un état de santé dégradé augmente au fil du temps passé en France parmi les immigrés extra-européens (figure 1), bien qu'à un rythme assez lent (résultat à la limite de la significativité, de 14 % [12-17] lors de la première année en France à 19 % [16-22] la quarantième année). Indépendamment de l'âge et des autres caractéristiques sociales et de conditions de vie, la santé des immigrés non européens semble donc se dégrader au fur et à mesure des années passées en France. Nos résultats convergent en cela avec ceux de la première vague de TeO (Ichou et Wallace, 2019). En revanche, on ne voit pas d'évolution pour l'indicateur de dépression.

Figure 1. Effet de la durée d'installation en nombre d'années passées en France sur l'état de santé parmi les immigrés G1



Source : enquête Trajectoires et Origines 2, Ined-Insee, 2019-2020.

Champ : immigrés européens ou extra-européens ayant des données complètes pour toutes les variables d'analyse ; pour la santé perçue dégradée : n = 1 720 pour les immigrés européens, n = 7 834 pour les immigrés extra-européens ; pour l'épisode dépressif caractérisé dans les 12 derniers mois : n = 1 730 pour les immigrés européens et n = 7 870 pour les immigrés extra-européens.

Lecture : parmi les immigrés extra-européens, les personnes arrivées depuis 40 ans en France ont une probabilité plus élevée que les personnes nouvellement arrivées en France de déclarer un état de santé perçue dégradée (+5 points de pourcentages).

Note : probabilités prédites, résultats de modèles logistiques multivariés avec les mêmes variables d'ajustement que dans le Modèle 2+ durée d'installation en nombre d'années. Résultats pondérés.

En définitive, les immigrés et leurs descendants ont une moins bonne santé perçue que la population majoritaire, et ceci s'explique principalement par leurs conditions de vie et leurs positions sociales en France. Cet état de santé se dégrade qui plus est au fil des années passées en France. Les immigrés déclarent en revanche une meilleure santé mentale que les membres de la population majoritaire (en tous les cas en ce qui concerne la dépression).

II. Tabac, obésité : une convergence avec la population majoritaire ?

Nous examinons maintenant deux déterminants importants de l'état de santé : le tabagisme et l'obésité. La consommation de tabac est un comportement très marqué par des logiques genrées (Khlaf, Legleye et Bricard, 2020) : dans tous les groupes, les hommes sont plus nombreux que les femmes à déclarer fumer tous les jours (tableau 3). Parmi les hommes, on remarque d'emblée que les descendants d'immigrés ont des niveaux très similaires, voire supérieurs, de tabagisme quand on les compare aux hommes de la population majoritaire : 33 % des descendants d'immigrés de Turquie et Moyen-Orient déclarent fumer tous les jours, 34 % parmi les descendants d'immigrés du Maghreb, contre 31 % parmi les hommes de la population majoritaire. En ce qui concerne les hommes immigrés, il y a une différence importante entre les immigrés européens (avec des niveaux similaires à ceux de la population majoritaire) et les immigrés extra-européens (beaucoup moins nombreux à fumer tous les jours), à l'exception des immigrés de Turquie et Moyen-Orient (37 %). Parmi les femmes, c'est dans la population majoritaire (26 %) et parmi les descendantes de couples mixtes que l'on trouve les niveaux les plus élevés : 28 % chez les G2.5 du Maghreb, 29 % chez les G2,5 d'Asie et les G2,5 d'Europe du Sud. Pour tous les groupes d'origine, les descendantes de couples mixtes sont plus nombreuses à fumer quotidiennement que les descendantes de deux parents immigrés de la même origine.

Cependant, lorsqu'on tient compte de la structure par âge (modèle 1), il apparaît que ces groupes de descendants d'immigrés ne diffèrent plus significativement de la population majoritaire. Les différences par origine qui demeurent sont des effets protecteurs : les immigrés dans leur ensemble, mais également les descendants d'immigrés d'Afrique subsaharienne et d'Asie sont moins souvent fumeurs quotidiens que la population majoritaire.

Les analyses multivariées montrent qu'en dehors d'un gradient social très fort, qui est déjà bien connu et qui se manifeste plutôt dans le niveau de diplôme que dans la catégorie socioprofessionnelle, d'autres variables explicatives ressortent comme la religion : chez les hommes comme chez les femmes, les personnes qui déclarent être de religion musulmane ont une probabilité moindre de fumer tous les jours. Le tabagisme est aussi lié aux conditions de vie difficiles : cela ressort dans l'association entre le fait de fumer tous les jours et le fait d'avoir eu un logement précaire en France (résultats complets en annexe 2c).

L'obésité est un facteur de risque majeur pour la santé cardiovasculaire ; elle est le reflet notamment de l'alimentation, de l'activité physique et de la sédentarité, des comportements de santé qui sont très liés à la situation sociale dans laquelle vivent les personnes. Les différences genrées dans la prévalence de l'obésité varient selon l'origine. Dans la population majoritaire, l'obésité s'établit à 11 % chez les hommes et 13 % chez les femmes ; parmi les hommes, ce sont les immigrés de Turquie et Moyen-Orient qui sont le plus concernés (20 %) ainsi que les descendants d'immigrés d'Europe du Sud (17 %). Parmi les femmes, ce sont plutôt les femmes descendantes des natifs d'Outre-mer qui sont plus touchées (20 %) et les immigrées d'Afrique subsaharienne (23 %) et de Turquie et Moyen-Orient (25 %).

En analyse multivariée, le gradient social apparaît très fortement et notamment parmi les femmes, puisque les ouvrières non qualifiées ont 2,5 fois plus de risque d'être obèses, ainsi que les femmes qui déclarent une situation financière difficile (Odds ratio=2,2). Bien que les conditions socio-économiques expliquent en partie les différences observées selon l'origine, certaines différences demeurent : les femmes descendantes des Outre-Mer et les immigrées d'Afrique subsaharienne ont une probabilité plus élevée de déclarer une obésité que la population majoritaire.

Tableau 3. Prévalence du tabagisme quotidien, selon les caractéristiques sociodémographiques et facteurs associés, par sexe

	Hommes N=12 348						Femmes N=13 470					
	N	%	Modèle 1		Modèle 2		N	%	Modèle 1		Modèle 2	
			Odds ratio	p	Odds ratio	p			Odds ratio	p	Odds ratio	p
Origine												
Population majoritaire	3284	31	<i>Réf.</i>		<i>Réf.</i>		3441	26	<i>Réf.</i>		<i>Réf.</i>	
G1 Outre-mer	392	28	0.8		0.8		423	20	0.7	*	0.6	**
G2 Outre-mer	155	16	0.4	**	0.3	***	186	24	0.8		0.9	
G2.5 Outre-mer	158	32	0.9		0.9		167	24	1.0		0.8	
G1 Maghreb	1236	29	0.8		0.7	*	1160	7	0.2	***	0.2	***
G1 Afrique subsahar.	907	15	0.4	***	0.3	***	1019	6	0.2	***	0.1	***
G1 Turquie, M-Orient	487	37	1.3	†	1.0		477	18	0.5	***	0.7	
G1 Asie	676	18	0.5	***	0.3	***	976	5	0.2	***	0.2	***
G1 Europe du Sud	501	32	1.1		0.9		554	21	0.8	*	0.6	**
G1 UE27 (autres pays)	264	26	0.8		0.8		407	19	0.7	*	0.7	
G1 Autres pays	375	29	0.9		0.8		536	19	0.6	*	0.7	†
G2 Maghreb	785	34	1.1		1.0		896	20	0.7	**	0.8	
G2.5 Maghreb	423	31	1.0		0.9		453	28	1.2		1.1	
G2 Afrique subsahar.	360	17	0.5	***	0.4	***	499	11	0.4	***	0.4	***
G2.5 Afrique subsah.	188	32	1.0		1.0		208	22	0.8		0.7	
G2 Turquie, M-Orient	309	33	1.1		1.1		301	16	0.6	**	0.7	
G2.5 Turquie M-Orient	74	[26]	0.9		1.1		55	[25]	0.9		1.1	
G2 Asie	309	16	0.4		0.5	**	267	9	0.3	***	0.4	**
G2.5 Asie	153	24	0.7		0.7		162	29	1.2		1.4	
G2. Europe du Sud	388	29	0.9		0.9		331	28	1.0		1.1	
G2.5 Europe du Sud	479	27	0.8		0.7	*	461	29	1.2		1.2	
G2 UE27 (autres pays)	26	-	1.3		1.4		30	[7]	0.5		0.3	†
G2.5 UE27 (autres)	190	26	0.8		0.8		192	23	0.8		1.0	
G2 Autres pays	41	[21]	0.6		0.7		50	[27]	1.1		1.0	
G2.5 Autres pays	188	23	0.7	†	0.8		219	27	1.0		1.3	
Ensemble												
G1	4838	27					5552	12				
G2	2373	28					2560	20				
G2.5	1853	28					1917	27				
Age												
18-24	1656	27	0.7	*	1.0		1673	18	0.6	*	0.5	**
25-34	2616	34	1.0		1.1		3114	26	1.0		0.9	
35-44	3566	34	<i>Réf.</i>		<i>Réf.</i>		3822	25	<i>Réf.</i>		<i>Réf.</i>	
45-54	3170	28	0.8	*	0.7	**	3390	24	0.9		0.7	*
55-59	1340	27	0.7	†	0.6	**	1471	25	0.9		0.7	†
Niveau de diplôme												
Aucun /CEP/Brevet	2667	45			2.2	***	2719	32			2.3	***
CAP, BEP	2433	38			1.7	**	1938	34			1.9	***
Bac	2668	25			1.2		3041	24			1.6	**
Études supérieures	4580	22			<i>Réf.</i>		5772	16			<i>Réf.</i>	
Catégorie socioprofessionnelle												
Jamais travaillé/HC	690	13			0.4	*	1193	12			0.7	
Artisan Commerçant-e	1040	31			1.1		442	24			1.0	
Cadre, prof. libérale	2229	18			0.7	†	1762	14			0.8	
Prof. intermédiaire	2713	28			<i>Réf.</i>		3185	19			<i>Réf.</i>	
Employé-e qualifié-e	732	30			0.9		2400	25			1.1	
Employé-e non qual.	950	33			0.8		2885	33			1.4	*
Ouvrier-e qualifié-e	2769	42			1.2		539	32			1.3	
Ouvrier-e non qual.	1173	41			1.0		954	34			1.4	
NSP, refus, incod.	52	[39]			1.2		110	48			2.1	
Opinion sur la situation financière actuelle du ménage												
Pas de problème	6075	22			<i>Réf.</i>		6193	18			<i>Réf.</i>	
C'est juste	4336	34			1.5	**	4950	24			1.2	
C'est difficile	1937	52			2.7	***	2327	40			2.3	***
Religion												
Sans religion	5031	33			<i>Réf.</i>		4821	27			<i>Réf.</i>	
Chrétien	3415	26			0.8		4607	23			0.9	
Musulman	3448	30			0.8	†	3440	13			0.6	*
Autres, nsp, refus	454	25			0.9		602	19			0.9	

Source : enquête Trajectoires et Origines 2, Ined-Insee, 2019-2020.

Champ : individus âgés de 18 à 59 ans ayant des données complètes sur les variables utilisées (n = 25 818).

Lecture : pour les descendants de deux natifs de l'Outre-mer, le risque de fumer tous les jours est 0,32 fois aussi élevé (ou 68 % moins élevé) que celui des hommes de la population majoritaire, toutes choses égales par ailleurs.

Légende : significativité : *** : $p < 0,001$; ** : $p < 0,01$; * : $p < 0,05$; † $p < 0,10$. Réf. = situation de référence. Les statistiques descriptives fondées sur des effectifs de moins de 100 individus sont en italiques entre crochets.

Note : la question posée était la suivante : « Est-ce que vous fumez tous les jours du tabac ? (ne pas prendre en compte la cigarette électronique) ». Les réponses possibles étaient les suivantes : « Oui » ; Non ». Le modèle 1 est ajusté sur l'origine et l'âge. Le modèle 2 est ajusté, outre les variables présentées dans le tableau, sur la situation financière pendant l'enfance, le fait d'être en couple, le nombre d'enfants en trois catégories, la situation d'activité en trois catégories, avoir eu une expérience de logement précaire depuis l'arrivée en France, avoir connu des violences graves pendant l'enfance. Les résultats complets sont disponibles en annexe 2.

Tableau 4. Prévalence de l'obésité selon les caractéristiques sociodémographiques et facteurs associés, par sexe

Origine	Hommes N=12 045						Femmes N=12482					
	Modèle 1			Modèle 2			Modèle 1			Modèle 2		
	N	%	Odds ratio	p	Odds ratio	p	N	%	Odds ratio	p	Odds ratio	p
Population majoritaire	3218	11	<i>Réf.</i>		<i>Réf.</i>		3159	13	<i>Réf.</i>		<i>Réf.</i>	
G1 Outre-mer	380	14	1.4		1.4	†	383	16	1.5	†	1.3	
G2 Outre-mer	148	11	1.2		1.4		172	20	2.1	**	2.6	**
G2.5 Outre-mer	152	10	1.3		1.1		156	11	1.2		1.2	
G1 Maghreb	1209	12	1.0		0.8		1091	15	1.3	*	0.7	†
G1 Afrique subsaharienne	870	10	0.8		0.8		925	23	2.2	***	1.5	*
G1 Turquie, Moyen-Orient	480	20	2.0	**	1.6	†	446	25	2.4	***	1.2	
G1 Asie	658	4	0.4	**	0.3	***	932	3	0.3	***	0.2	***
G1 Europe du Sud	490	16	1.4		1.2		519	13	0.9		0.7	*
G1 UE27 (autres pays)	256	11	1.0		1.1		373	8	0.6	*	0.7	†
G1 Autres pays	361	15	1.4		1.4		503	10	0.8		0.8	
G2 Maghreb	766	11	1.1		1.0		823	14	1.2		1.0	
G2.5 Maghreb	413	10	1.2		1.1		422	11	1.1		1.0	
G2 Afrique subsaharienne	345	10	1.3		1.4		449	9	1.0		1.1	
G2.5 Afrique subsaharienne	184	10	1.2		1.5		192	11	1.1		1.2	
G2 Turquie, Moyen-Orient	305	16	2.6	***	2.5	***	284	13	1.4		1.1	
G2.5 Turquie, Moyen-Orient	71	[9]	1.8		1.8		52	[14]	1.4		1.6	
G2 Asie	303	6	0.8		1.0		252	6	0.6		0.8	
G2.5 Asie	150	4	0.4	†	0.5		155	5	0.5		0.5	
G2 Europe du Sud	382	17	1.4	*	1.4	†	314	14	1.0		0.9	
G2.5 Europe du Sud	470	14	1.4	†	1.4	†	419	9	0.7		0.7	
G2 UE27 (autres pays)	25	-	0.7		0.8		24	-	0.4		0.4	
G2.5 UE27 (autres pays)	187	15	1.3		1.4		182	14	1.2		1.1	
G2 Autres pays	37	[10]	0.9		1.0		48	[19]	1.9		2.1	
G2.5 Autres pays	185	10	1.1		1.2		207	10	0.8		0.9	
Ensemble												
G1	4704	12					5172	15				
G2	2311	12					2366	13				
G2.5	1812	12					1785	10				
Age												
18-24	1614	5	0.4	***	0.5	*	1551	6	0.4	**	0.4	†
25-34	2557	8	0.7	†	0.7		2920	11	0.8		0.8	
35-44	3497	11	<i>Réf.</i>		<i>Réf.</i>		3555	13	<i>Réf.</i>		<i>Réf.</i>	
45-54	3079	16	1.5	*	1.4	*	3103	16	1.3		1.2	
55-59	1298	16	1.5	*	1.2		1353	17	1.4		1.2	
Niveau de diplôme												
Aucun /CEP/Brevet	2581	16			1.4	†	2497	22			1.5	†
CAP, BEP	2395	16			1.6	*	1786	18			1.3	
Bac	2597	8			1.1		2823	10			1.0	
Études supérieures	4472	8			<i>Réf.</i>		5376	9			<i>Réf.</i>	
Catégorie socioprofessionnelle												
Jamais travaillé/HC	669	6			2.7	*	1096	12			1.9	
Artisan Commerçant-e	1017	14			1.4		409	7			0.7	
Cadre, profession libérale	2171	9			1.3		1638	10			1.2	
Profession intermédiaire	2651	8			<i>Réf.</i>		2983	8			<i>Réf.</i>	
Employé-e qualifié-e	717	10			1.1		2214	14			1.5	†
Employé-e non qualifié-e	916	15			1.9	*	2664	17			1.6	*
Ouvrier-e qualifié-e	2713	15			1.5	*	495	17			1.8	†
Ouvrier-e non qualifié-e	1142	14			1.6	†	882	24			2.5	**
NSP, refus, incod.	49	[2]			0.3	*	101	2			0.2	**
Opinion sur la situation financière actuelle du ménage												
Pas de problème	5938	9			<i>Réf.</i>		5770	9			<i>Réf.</i>	
C'est juste	4228	13			1.4	*	4582	14			1.4	†
C'est difficile	1879	15			1.5	*	2130	22			2.2	**

Source : enquête Trajectoires et Origines 2, Ined-Insee, 2019-2020.

Champ : individus âgés de 18 à 59 ans ayant des données complètes sur les variables utilisées (n = 24 527).

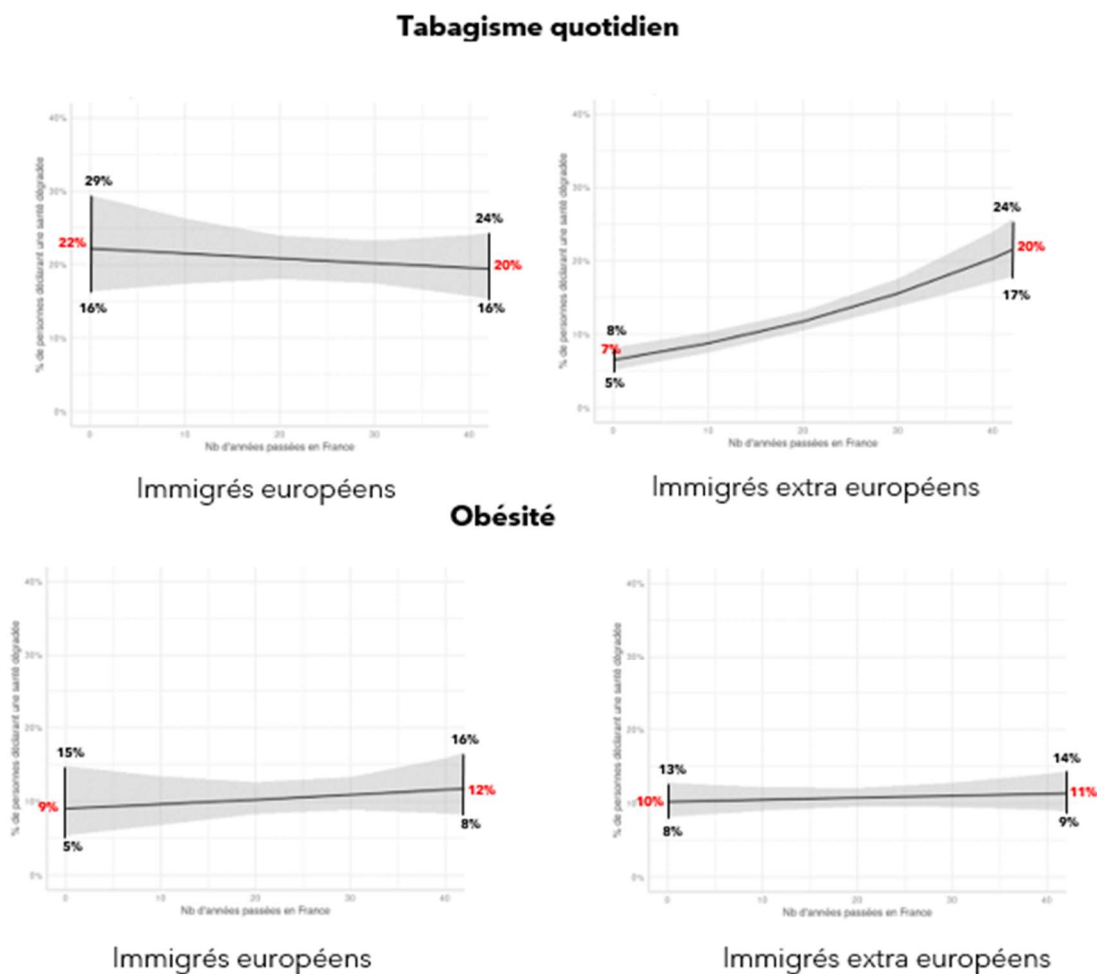
Lecture : pour les immigrés d'Asie, le risque d'être obèse est 0,31 fois aussi élevé (ou 69 % moins élevé) que celui des hommes de la population majoritaire, toutes choses égales par ailleurs.

Légende : significativité : *** : $p < 0,001$; ** : $p < 0,01$; * : $p < 0,05$; † $p < 0,10$. Réf. = situation de référence. Les statistiques descriptives fondées sur des effectifs de moins de 100 individus sont en italiques entre crochets.
Note : Les enquêtés ont déclaré leur taille et poids. L'indice de masse corporelle [IMC : poids (kg)/(taille en m)²] est calculé et le classement est effectué selon les critères de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) : $IMC \geq 30$ kg/m² : obésité. Le modèle 1 est ajusté sur l'origine et l'âge. Le modèle 2 est ajusté, outre les variables présentées dans le tableau, sur la situation financière pendant l'enfance, le fait d'être en couple, le nombre d'enfants en trois catégories, la situation d'activité en trois catégories, avoir eu une expérience de logement précaire depuis l'arrivée en France, avoir connu des violences graves pendant l'enfance. Les résultats complets sont disponibles en annexe 2.

L'hypothèse de la convergence des comportements au fur et à mesure des années passées en France se vérifie de manière très nette pour la consommation de tabac des immigrés extra-européens (figure 2). Toutes choses égales par ailleurs, les immigrés extra-européens ont une probabilité augmentée de 5 points après 20 ans passés en France de fumer quotidiennement. Cette convergence ne se vérifie pas pour les immigrés d'origine européenne, qui ont déjà dans leur pays d'origine des prévalences de tabagisme quotidien bien plus proches de ceux de la France. Pour eux, la consommation diffère peu d'emblée de celle de la population majoritaire et on assiste plutôt à une stagnation, voire une légère baisse au fil du temps (-2 points de pourcentages). En revanche, nos résultats ne semblent pas indiquer une augmentation de la proportion de personnes obèses au fil des années passées en France.

Ainsi, si le tabagisme et l'obésité sont deux déterminants de la santé très façonnés par la position et les ressources sociales, d'autres éléments rentrent en ligne de compte : premièrement, la convergence des comportements de santé au fil du temps en France. L'augmentation de la proportion de fumeurs et fumeuses parmi les immigrés avec les années passées en France est très marquée. Deuxièmement, certaines populations sont plus concernées par l'obésité, même une fois pris en compte un certain nombre de facteurs sociaux : il s'agit des femmes descendantes des Outre-mer et des immigrées d'Afrique subsaharienne.

Figure 2. Effet de la durée d'installation en nombre d'années passées en France sur le tabagisme quotidien et l'obésité



Source : enquête Trajectoires et Origines 2, Ined-Insee, 2019-2020.

Champ : immigrés européens ou extra-européens ayant des données complètes pour toutes les variables d'analyse ; pour le tabagisme quotidien : n = 1 726 pour les immigrés européens, n = 7849 pour les immigrés extra-européens ; pour l'obésité : n = 1 638 pour les immigrés européens, n = 7 475 pour les immigrés extra-européens.

Lecture : parmi les immigrés extra-européens, les personnes arrivées depuis 40 ans en France ont une probabilité plus élevée que les personnes nouvellement arrivées en France de fumer tous les jours (+13 points de pourcentages)..

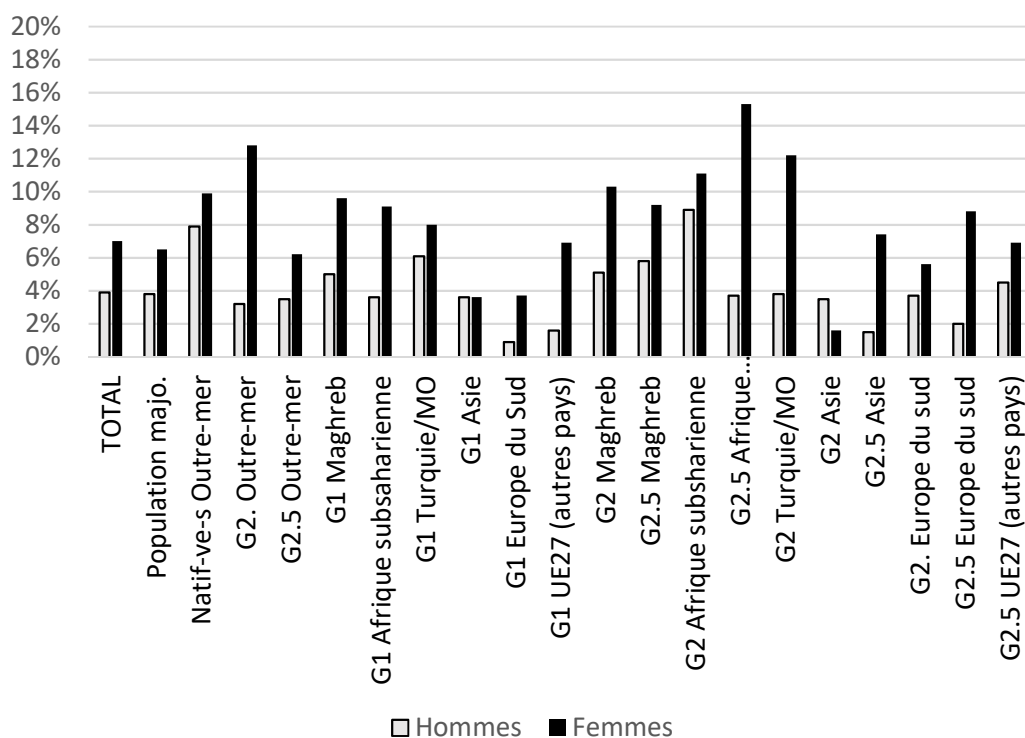
Note : probabilités prédites, résultats de modèles logistiques multivariés avec les mêmes variables d'ajustement que dans le modèle 2 + durée d'installation en nombre d'années. Résultats pondérés.

III. Discriminations : un risque pour la santé des minorités

L'enquête TeO2 a collecté des informations sur les discriminations subies dans le système de santé à partir de la question suivante : « Vous est-il déjà arrivé qu'un médecin ou du personnel médical vous traite moins bien ou vous reçoive plus mal que les autres patients ? ». Un premier constat est la part relativement faible des enquêtés qui déclare avoir subi des traitements inégaux dans le système de santé, au total 4 % chez les hommes et 7 % chez les femmes

(figure 3), relativement aux autres sphères de la vie sociale. Par exemple, 18 % des personnes qui ont cherché un emploi dans les 5 dernières années disent avoir subi une discrimination dans ce domaine, et 9 % de ceux qui ont cherché un logement.

Figure 3. Proportion d'hommes et de femmes déclarant un traitement inégalitaire dans le système de santé, par origine



Source : enquête Trajectoires et Origines 2, Ined-Insee, 2019-2020.

Champ : individus âgés de 18 à 59 ans (n =27 181).

Lecture : parmi les natifs d'Outre-Mer, les hommes sont 8 % à déclarer des discriminations dans le système de santé.

Note : résultats pondérés.

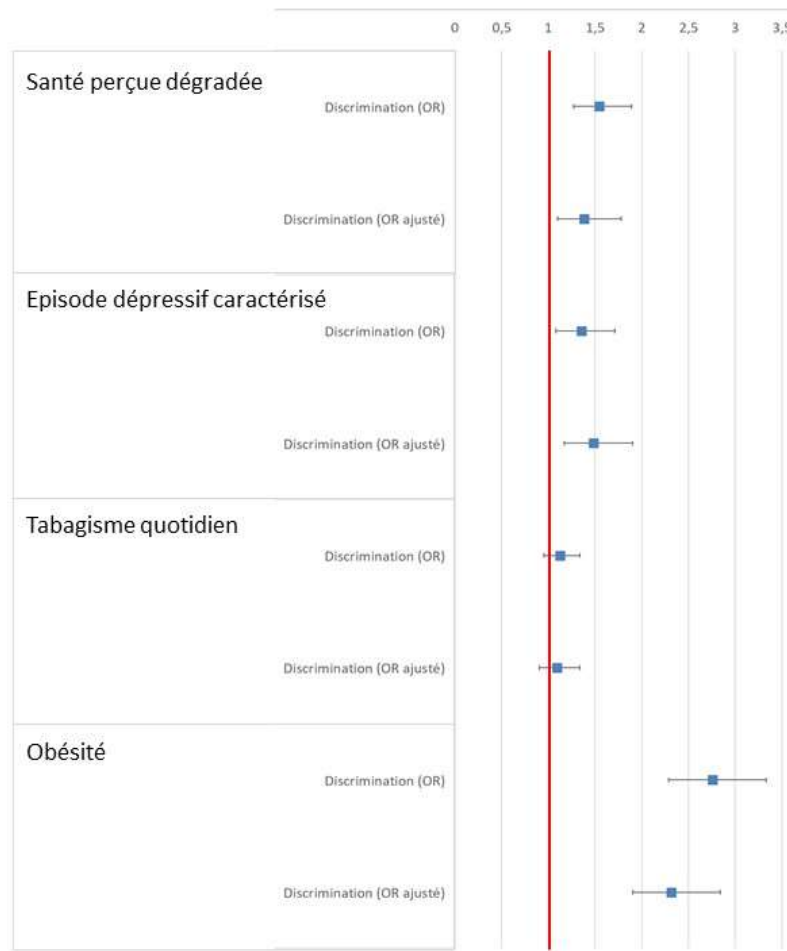
Dans tous les groupes d'origine, les femmes déclarent plus souvent cette expérience dans le système de santé, ce qui peut être mis en lien à la fois avec un contact plus fréquent avec le système de soins, mais aussi avec l'expérience du sexisme. Comme dans d'autres domaines, ce sont les descendants d'immigrés qui rapportent le plus de discriminations : 15 % parmi les descendantes de couple mixtes d'Afrique subsaharienne, 13 % parmi les descendantes des Outre-mer, 12 % parmi les descendantes d'immigrés Turquie/Moyen-Orient.

Lorsque l'on étudie les déterminants du traitement inégalitaire dans le système de santé, trois grands ensembles de facteurs apparaissent : la précarité, le type de couverture maladie et l'appartenance à des minorités ethno-raciales. Premièrement, le fait de déclarer une situation

financière difficile est très fortement associé à la déclaration de discrimination dans le système de santé, ainsi que le fait d'être au chômage ou inactif et le fait d'avoir eu un logement précaire en France (annexe 3). Deuxièmement, les personnes qui ont soit la protection universelle maladie (PUMA) soit l'aide médicale de l'Etat (AME) ont une probabilité deux fois plus élevée de subir des traitements inégaux dans le système de santé (odds ratio=1,9). Enfin, un troisième facteur tient plus aux différents rapports sociaux de domination : les femmes déclarent plus de traitement inégaux, toutes choses égales par ailleurs (odds ratio=1,7), ainsi que les personnes racisées venues des Outre-mer ou d'origine non européenne, qui demeurent plus à risque de subir des traitements inégaux, même une fois pris en compte leur situation sociale et type de couverture maladie. Par exemple, les descendants d'immigrés d'Afrique subsaharienne ont deux fois plus de risque d'avoir subi des traitements inégaux dans le système de santé que la population majoritaire (odds ratio=1,9). La discrimination perçue dans le système de santé est donc un phénomène peu fréquent mais qui touche principalement les femmes, les minorités racisées et les personnes précaires.

De manière plus globale, l'expérience de la discrimination dans les cinq dernières années (tous domaines confondus) est associée à une plus mauvaise santé : une santé perçue davantage dégradée (odds ratio=1,4), plus de dépression (odds ratio=1,5) et d'obésité (odds ratio=2,3) (figure 4). Des études réalisées à partir des données de l'enquête TeO1 montraient déjà un lien entre discrimination, santé dégradée (Cognet, Hamel, et Moisy 2012) et renoncement aux soins (Rivenbark et Ichou, 2020). Par ailleurs, de nombreux travaux internationaux ont montré des associations entre le sentiment de discrimination, l'anxiété et la dépression (Bhui et al., 2005 ; Ikram et al., 2015).

Figure 4. Associations entre les indicateurs de santé et le fait de déclarer des discriminations dans les cinq dernières années, *odds ratios* issus de régressions logistiques



Source : enquête Trajectoires et Origines 2, Ined-Insee, 2019-2020.

Champ : individus âgés de 18 à 59 ans en France métropolitaine avec des données complètes sur les variables utilisées (n = 25 697).

Lecture : le risque de déclarer un état de santé dégradé est 1,4 fois plus élevé (ou 40 % plus élevé) parmi les personnes qui ont rapporté avoir subi des discriminations dans les cinq dernières années par rapport à celles n'ayant pas été discriminées, toutes choses égales par ailleurs.

Note : odds ratios bruts et ajustés (c'est-à-dire après l'inclusion des variables de contrôle), résultats de modèles logistiques multivariés avec les mêmes variables d'ajustement que dans le modèle 2. Résultats pondérés.

Conclusion

Au fil du temps passé en France, la santé des immigrés se détériore : des conditions de vie plus défavorables que celles de la population majoritaire expliquent en grande partie ce désavantage ; l'adoption de certains comportements défavorables à la santé comme le tabagisme peuvent aussi participer de cette détérioration. Ainsi, nos résultats viennent confirmer l'érosion de l'avantage en santé au fil du temps, constaté dans de nombreux pays

du Nord. L'un des résultats à retenir est que, en revanche, les immigrés et leurs descendants sont en général en meilleure santé mentale, bien que certaines expériences de grande précarité soient très associées à la dépression. Dans des études conduites en Europe, l'écart relatif entre migrants et non migrants en terme de dépression est très variable selon le pays (Gkiouleka et al., 2018) et s'avère sensible aux indicateurs utilisés.

Si de manière générale l'état de santé des descendants d'immigrés est plus proche de celui de la population majoritaire, certains traits semblent se transmettre d'une génération à l'autre : des éléments plutôt défavorables (par exemple, les hommes descendants d'immigrés de Turquie et Moyen-Orient ont une santé perçue plus mauvaise, une prévalence d'obésité plus élevée) ; ou des éléments favorables (par exemple, comme la génération précédente, les descendants d'immigrés d'Asie ou d'Afrique subsaharienne déclarent moins souvent de dépression et fument moins souvent que la population majoritaire). Le risque de discriminations dans le système de santé est une autre tendance qui se reproduit d'une génération à l'autre chez les femmes et les minorités. Or, l'expérience des discriminations a des effets néfastes démontrés sur l'état de santé.

Des analyses plus approfondies seront nécessaires pour mieux comprendre l'hétérogénéité qui existe dans chaque groupe : parmi les immigrés, pouvoir distinguer, par exemple, les personnes ayant eu des épisodes d'irrégularité du séjour pourrait faire apparaître des différences, notamment en termes de santé mentale. Parmi les descendants d'immigrés, des éléments de la trajectoire de vie pourraient aussi contribuer à expliquer comment certains comportements de santé se transmettent ou non d'une génération à l'autre.

Références bibliographiques

BEAUCHEMIN C., ICHOU M., SIMON P., LE GROUPE DE CONCEPTION DE L'ENQUETE TeO2, 2023, « Trajectoires et Origines 2 (2019-2020) : présentation d'une enquête sur la diversité des populations en France », *Population*, 78, p. 11-28.

BERCHET C., JUSOT F., 2010, « L'état de santé des migrants de première et de seconde génération en France 1: Une analyse selon le genre et l'origine », *Revue économique*, 61(6), p. 1075-1098.

BHUI K., STANSFELD S., MCKENZIE K., KARLSEN S., NAZROO J., WEICH S., 2005, « Racial/ethnic discrimination and common mental disorders among workers: findings from the EMPIRIC Study of Ethnic Minority Groups in the United Kingdom », *American Journal of Public Health*, 95(3), p. 496-501. doi:10.2105/AJPH.2003.033274

- COGNET M., HAMEL C., MOISY M.**, 2012, « Santé des migrants en France: l'effet des discriminations liées à l'origine et au sexe », *Revue européenne des migrations internationales*, 28(2), p. 11-34.
- COX B., OYEN H. V., CAMBOIS E., JAGGER C., ROY S. le, ROBINE J.-M., ROMIEU I.**, 2009, « The reliability of the minimum European health module », *International journal of public health*, 54(2), p. 55-60.
- GKIOULEKA A., AVRAMI L., KOSTAKI A., HUIJTS T., EIKEMO T. A., STATHOPOULOU T.**, 2018, « Depressive symptoms among migrants and non-migrants in Europe: documenting and explaining inequalities in times of socio-economic instability », *European Journal of Public Health*, 28(suppl_5), p. 54-60. doi:10.1093/eurpub/cky202
- GOSSELIN A., MALROUX I., DESPRAT D., DEVETTER F.-X., MEMMI S., PANNETIER J., VALAT E., MELCHIOR M.**, 2021, « Prevalence of psychosocial risks among immigrants in France and associations with mental health: findings from the national French Working Conditions Survey », *International Archives of Occupational and Environmental Health*. doi:10.1007/s00420-021-01763-2
- GUIGNARD R., ANDLER R., QUATREMÈRE G., PASQUEREAU A., DU ROSCOËT E., ARWIDSON P., BERLIN I., NGUYEN-THANH V.**, 2021, « Changes in smoking and alcohol consumption during COVID-19-related lockdown :: a cross-sectional study in France », *European Journal of Public Health*, 31(5), p. 1076-1083. doi:10.1093/eurpub/ckab054
- GUILLOT M., KHLAT M., WALLACE M.**, 2019, « Adult mortality among second-generation immigrants in France: Results from a nationally representative record linkage study », *Demographic Research*, 40(54), p. 1603-1644. doi:10.4054/DemRes.2019.40.54
- HAMEL C., MOISY M.**, 2016, « Chapitre 9. Migration et conditions de vie: leur impact sur la santé », in *Trajectoires et origines: enquête sur la diversité des populations en France*, Paris, Editions de l'Ined, Grandes enquêtes.
- HOHMANN-MARRIOTT B. E., AMATO P.**, 2008, « Relationship Quality in Interethnic Marriages and Cohabitations », *Social Forces*, 87(2), p. 825-855. doi:10.1353/sof.0.0151
- ICHOU M., WALLACE M.**, 2019, « The healthy immigrant effect », *Demographic Research*, 40, p. 61-94.
- IKRAM U. Z., SNIJDER M. B., FASSAERT T. J. L., SCHENE A. H., KUNST A. E., STRONKS K.**, 2015, « The contribution of perceived ethnic discrimination to the prevalence of depression », *European Journal of Public Health*, 25(2), p. 243-248. doi:10.1093/eurpub/cku180
- KALMIJN M.**, 2015, « The Children of Intermarriage in Four European Countries: Implications for School Achievement, Social Contacts, and Cultural Values », *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*, 662(1), p. 246-265. doi:10.1177/0002716215595391
- KHLAT M., GUILLOT M.**, 2017, « Health and mortality patterns among migrants in France », in *Migration, Health and Survival*, Edward Elgar Publishing.

KHLAT M., LEGLEYE S., BRICARD D., 2020, « Gender patterns in immigrants' health profiles in France: tobacco, alcohol, obesity and self-reported health », *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(23), p. 8759.

KHLAT M., WALLACE M., GUILLOT M., 2019, « Divergent mortality patterns for second generation men of North-African and South-European origin in France: Role of labour force participation », *SSM - Population Health*, p. 100447. doi:10.1016/j.ssmph.2019.100447

MEURS D., 2018, « Employment and wages of immigrants and descendants of immigrants: measures of inequality and perceived discrimination », in *Trajectories and origins: Survey on the diversity of the French population*, Springer, p. 79-106.

RAVALIHASY A., DU LOU A. D., PANNETIER J., VIGNIER N., LERT F., DRAY-SPIRA R., LYDIE N., 2016, « La consommation d'alcool chez les migrants originaires d'Afrique subsaharienne en France », *Working Paper du Ceped*, 35.

RIVENBARK J. G., ICHOU M., 2020, « Discrimination in healthcare as a barrier to care: experiences of socially disadvantaged populations in France from a nationally representative survey », *BMC Public Health*, 20(1), p. 1-10.

SAFI M., SIMON P., 2013, « Les discriminations ethniques et raciales dans l'enquête Trajectoires et Origines: représentations, expériences subjectives et situations vécues », *Économie et statistique*, 464(1), p. 245-275.

SANTE PUBLIQUE FRANCE, 2023, « CoviPrev : une enquête pour suivre l'évolution des comportements et de la santé mentale pendant l'épidémie de COVID-19 »,.

WARSAWSKI J., BEAUMONT A.-L., SENG R., DE LAMBALLERIE X., RAHIB D., LYDIE N., SLAMA R., DURRLEMAN S., RAYNAUD P., SILLARD P., BECK F., MEYER L., BAJOS N., WARSAWSKI J., BAJOS N., BARLET M., BECK F., COUNIL E., JUSOT F., LEDUC A., LYDIE N., MARTIN C., MEYER L., RAYNAUD P., ROUQUETTE A., PAILHE A., PALIOD N., RAHIB D., SILLARD P., SPIRE A., THE EPICOV STUDY GROUP, 2022, « Prevalence of SARS-Cov-2 antibodies and living conditions: the French national random population-based EPICOV cohort », *BMC Infectious Diseases*, 22(1), p. 41. doi:10.1186/s12879-021-06973-0

Annexes

Annexe 1. Les questions et codages des quatre indicateurs de santé

a. L'état de santé dégradée

Question posée :

Comment est votre état de santé en général ?

1. Très bon
2. Bon
3. Moyen
4. Mauvais
5. Très mauvais
8. Refus
9. NSP

Codage :

1 : état de santé moyen, mauvais, très mauvais
0 : état de santé bon ou très bon

b. L'épisode dépressif caractérisé dans les douze derniers mois

Questions posées : score MINI Épisode dépressif caractérisé

(Sheehan DV & Lecrubier Y.1998, Mini International Neuropsychiatric Interview, French version 5.0)

2 questions filtres :

1. Au cours des 12 derniers mois, vous est-il déjà arrivé de vous sentir particulièrement triste, cafardeux(se) ou déprimé(e), la plupart du temps dans la journée, pratiquement tous les jours, pendant une période d'au moins 2 semaines ?

1. Oui
2. Non
3. Refus
4. NSP

2. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous déjà eu le sentiment, pendant une période d'au moins 2 semaines, de n'avoir plus goût à rien, d'avoir perdu l'intérêt ou le plaisir pour les choses qui vous plaisaient habituellement ?

1. Oui
2. Non
3. Refus
4. NSP

Q1 OU Q2 sont-elles cotées oui ?

- ⇒ Si non : absence d'épisode dépressif majeur dans les 12 derniers mois
- ⇒ Si oui, 7 questions supplémentaires, répondre à chaque fois oui, non, refus, nsp aux questions suivantes :

Au cours de cette période de deux semaines pendant laquelle vous vous sentiez déprimé(e) et/ou sans intérêt pour la plupart des choses :

- a. Votre appétit a-t-il considérablement changé, ou avez-vous pris ou perdu du poids sans en avoir l'intention ?

- b.** Aviez-vous des problèmes de sommeil presque toutes les nuits (problèmes d'endormissement, réveils nocturnes ou précoces, dormir trop) ?
- c.** Parliez-vous et vous déplaçiez-vous plus lentement que d'habitude, ou au contraire, vous sentiez-vous agité(e) et aviez-vous du mal à rester en place, presque tous les jours ?
- d.** Vous sentiez-vous fatigué(e), sans énergie, et ce presque tous les jours ?
- e.** Vous sentiez-vous sans valeur ou coupable presque tous les jours ?
- f.** Aviez-vous du mal à vous concentrer ou à prendre des décisions, et ce presque tous les jours ?
- g.** Avez-vous à plusieurs reprises pensé qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e), avez-vous pensé au suicide ou à vous faire du mal ?

Codage :

1 : épisode dépressif caractérisé dans les 12 derniers mois

0 : absence d'épisode dépressif caractérisé dans les 12 derniers mois

Sont codés en 1, conformément à l'algorithme proposé par Sheehan et Lecrubier :

- Les participants ayant répondu oui à la question 1 et 2, puis 3 oui dans les questions a à g
- Les participants ayant répondu oui à la question 1 OU 2, puis 4 oui dans les questions a à g

c. Le tabagisme quotidien

Question posée :

Est-ce que vous fumez tous les jours du tabac ? (ne pas prendre en compte la cigarette électronique)

- 1. Oui
- 2. Non
- 3. Refus
- 4. NSP

Codage

1 : fume tous les jours

0 : ne fume pas tous les jours

d. L'obésité

Questions posées :

- 1. Quelle est votre taille (sans chaussures) ?**

En cm

- 2. Quel est votre poids actuel (sans vêtements et sans chaussures) ?**

En kg

Si l'enquêté-e est une femme :

Si vous êtes enceinte, votre poids avant grossesse ?

Codage

1 : obésité

0 : pas d'obésité

L'indice de masse corporelle [IMC : poids (kg)/(taille en m)²] est calculé et le classement est effectué selon les critères de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) : IMC ≥ 30 kg/m² : obésité.

Annexe 2. (a, b, c, d) Les modèles complets avec IC95% et toutes les variables

a. Facteurs associés à l'état de santé dégradée

	Hommes N= 12 330					Femmes N=13 444				
	Modèle 1 Ajusté sur âge et origine		Modèle 2		%	Modèle 1 Ajusté sur âge et origine		Modèle 2		
	ORa	p	ORa	p		ORa	p	ORa	p	
Origine										
Population majo.	12	ref		ref	18	Ref		ref		
Natif-ve-s Outre-mer	14	1.3 [0.9 ;1.8]		1.2 [0.8 ;1.8]	20	1.2 [0.8 ;1.7]		0.9 [0.6 ;1.4]		
G2 Outre-mer	12	1.3 [0.7 ;2.5]		1.1 [0.5 ;2.5]	16	1.1 [0.6 ;2.1]		1.4 [0.7 ;2.7]		
G2.5 Outre-mer	15	1.9 [1.0 ;3.6]	*	1.3 [0.6 ;2.8]	16	1.0 [0.6 ;1.9]		0.9 [0.5 ;1.7]		
G1 Maghreb	16	1.3 [1.0 ;1.6]	†	0.9 [0.7 ;1.2]	25	1.4 [1.1 ;1.8]	**	0.8 [0.6 ;1.1]		
G1 Afrique subsaharienne	15	1.2 [0.9 ;1.7]		0.9 [0.6 ;1.3]	23	1.4 [1.1 ;1.8]	**	0.7 [0.5 ;1.1]		†
G1 Turquie/MO	21	1.8 [1.3 ;2.6]	**	1.4 [1.0 ;2.2]	†	29	1.9 [1.4 ;2.6]	**	1.1 [0.7 ;1.3]	
							*			
G1 Asie	12	1.0 [0.7 ;1.5]		1.0 [0.7 ;1.6]	21	1.2 [0.8 ;1.6]		0.8 [0.6 ;1.3]		
G1 Europe du Sud	22	1.7 [1.3 ;2.3]	**	1.6 [1.1 ;2.2]	*	27	1.4 [1.0 ;1.8]	*	1.0 [0.7 ;1.3]	
G1 UE27 (autres pays)	9	0.6 [0.4 ;1.1]	†	0.6 [0.3 ;1.0]	*	13	0.6 [0.4 ;0.9]	*	0.6 [0.4 ;0.9]	*
G1 Autres	15	1.4 [0.8 ;2.3]		1.1 [0.6 ;2.1]	13	0.7 [0.5 ;1.0]	†	0.6 [0.4 ;1.00]		*
G2 Maghreb	15	1.5 [1.1 ;2.0]	*	1.2 [0.8 ;1.6]	19	1.2 [1.0 ;1.6]		1.0 [0.7 ;1.3]		
G2.5 Maghreb	13	1.6 [1.0 ;2.4]	*	1.1 [0.7 ;1.7]	17	1.1 [0.8 ;1.6]		1.0 [0.7 ;1.4]		
G2 Afrique subsaharienne	6	0.9 [0.5 ;1.7]		0.7 [0.3 ;1.5]	11	1.0 [0.6 ;1.5]		0.9 [0.6 ;1.5]		
G2.5 Afrique sub.	6	0.9 [0.4 ;1.8]		1.0 [0.5 ;2.0]	13	0.9 [0.5 ;1.7]		0.7 [0.4 ;1.4]		
G2 Turquie/MO	12	1.9 [1.1 ;3.2]	*	1.9 [1.1 ;3.2]	*	11	0.9 [0.6 ;1.5]		0.7 [0.4 ;1.2]	
G2.5 Turquie/MO	5	0.8 [0.2 ;3.2]		0.6 [0.1 ;3.2]	20	1.8 [0.7 ;4.2]		1.9 [0.7 ;4.9]		
G2 Asie	7	1.0 [0.5 ;2.0]		1.0 [0.5 ;1.9]	10	0.8 [0.4 ;1.4]		0.9 [0.5 ;1.8]		
G2.5 Asie	12	1.6 [0.6 ;4.4]		1.3 [0.5 ;3.6]	15	1.1 [0.6 ;1.9]		1.1 [0.6 ;2.1]		
G2. Europe du sud	16	1.1 [0.8 ;1.6]		1.0 [0.6 ;1.5]	21	1.0 [0.7 ;1.4]		1.0 [0.7 ;1.5]		
G2.5 Europe du sud	14	1.2 [0.9 ;1.7]		1.2 [0.8 ;1.7]	20	1.10.8 ;1.5]		1.2 [0.9 ;1.7]		
G2 UE27 (autres pays)	14	1.1 [0.4 ;2.9]		0.7 [0.3 ;1.8]	24	1.2 [0.4 ;3.2]		1.4 [0.5 ;4.3]		
G2.5 UE27 (autres pays)	15	1.2 [0.7 ;1.9]		1.1 [0.6 ;1.9]	22	1.1 [0.7 ;1.8]		1.3 [0.7 ;2.2]		
G2 Autres	3	0.2 [0.0 ;1.3]	†	0.2 [0.0 ;0.8]	*	14	0.9 [0.4 ;2.2]		0.9 [0.4 ;2.4]	
G2.5 Autres	9	0.7 [0.4 ;1.2]		0.7 [0.4 ;1.3]	16	0.9 [0.6 ;1.5]		0.8 [0.5 ;1.4]		
Age										
18-24	5	0.4 [0.2 ;0.7]	**	0.3 [0.1 ;0.8]	*	9	0.4 [0.3 ;0.7]	**	0.3 [0.1 ;0.7]	**
25-34	5	0.4 [0.2 ;0.6]	***	0.3 [0.2 ;0.5]	***	11	0.6 [**	0.5 [0.3 ;0.8]	**
35-44	13	Ref		Ref	18	ref		Ref		
45-54	17	1.4 [1.0 ;1.8]	*	1.4 [1.0 ;1.9]	*	26	1.6	**	1.4 [1.0 ;1.9]	*
55-59	27	2.6 [1.8 ;3.7]	***	2.0 [1.4 ;2.9]	***	31	2.1	***	1.8 [1.3 ;2.6]	**
Niveau de diplôme										
Aucun /CEP/Brevet	23			1.2 [0.8 ;1.9]	35			1.7 [1.2 ;2.4]		**
CAP, BEP	18			1.3 [0.8 ;2.0]	26			1.5 [1.0 ;2.1.]		*
Bac	9			1.1 [0.6 ;1.8]	13			1.0 [0.7 ;1.4]		
Études supérieures	8			ref	13			Ref		
Catégorie socioprofessionnelle										
Jamais travaillé/HC	8			1.9 [0.9 ;4.1]	18			1.2 [0.7 ;2.1]		
Artisan Commerçant-e	13			1.4 [0.8 ;2.4]	11			0.7 [0.4 ;1.1]		
Cadre, profession libérale	9			1.3 [0.7 ;2.2]	13			1.01 [0.6 ;1.9]		
Profession intermédiaire	8			Ref	14			Ref		
Employé-e qualifié-e	11			1.1 [0.6 ;2.1]	15			0.8 [0.6 ;1.3]		
Employé-e non qualifié-e	20			1.7 [0.9 ;3.2]	†	26		1.3 [0.9 ;1.9]		
Ouvrier-e qualifié-e	18			1.6 [1.1 ;2.5]	*	33		1.8 [1.1 ;3.1]		*

Ouvrier-e non qualifié-e	20		1.8 [1.1 ;3.0]	*	31		1.5 [1.0 ;2.5]	†
NSP, refus, incod.	16		1.7 [0.5 ;5.1]		20		0.8 [0.3 ;2.9]	
Statut d'activité								
En emploi	10		Ref		16		Ref	
Étudiant, apprenti ou stagiaire	3		0.8 [0.4 ;1.8]		10		1.5 [0.6 ;4.0]	
Chômeur-se	26		2.6 [1.6 ;4.2]	***	21		1.2 [1.0 ;2.1]	
Inactivité	55		6.7 [4.1 ;10.7]	***	41		2.6 [0.7 ;1.4]	***
En couple								
Oui	13		Ref		17		Ref	
Non	13		0.9 [0.6 ;1.2]		21		1.1 [0.8 ;1.4]	
Situation familiale								
Ne pas avoir d'enfant	10		Ref		15		Ref	
1 ou 2 enfants	14		0.8 [0.6 ;1.1]		18		0.6 [0.5 ;0.9]	**
3+	18		0.7 [0.5 ;1.0]	†	28		0.6 [0.4 ;0.8]	**
Opinion sur la situation financière actuelle du ménage								
Pas de problème	7		ref		11		Ref	
C'est juste	14		1.7 [1.2 ;2.3]	**	21		1.8 [1.4 ;2.4]	***
C'est difficile	31		3.4 [2.3 ;5.1]	***	37		3.2 [2.2 ;4.5]	***
Opinion sur la situation financière du ménage quand l'enquêté-e avait 18 ans								
Pas de problème	10		Ref		16		Ref	
C'était juste	14		1.1 [0.8 ;1.5]		18		0.9 [0.7 ;1.2]	
C'était difficile	19		1.1 [0.8 ;1.5]		31		1.3 [1.0 ;1.8]	†
A déjà subi des violences								
Oui	21		1.7 [1.1 ;2.4]	**	30		1.7 [1.2 ;2.3]	**
Non	11		Ref		16		Ref	
A déjà eu un logement précaire en France								
Oui	26		1.1 [0.7 ;1.9]		49		2.6 [1.5 ;4.5]	**
Non	12		Ref		18		Ref	

b. Facteurs associés à l'épisode dépressif majeur dans les douze derniers mois

	Hommes N=12 376					Femmes N=13 508				
	Modèle 1 Ajusté sur âge et origine		Modèle 2			Modèle 1 Ajusté sur âge et origine		Modèle 2		
	%	ORa	p	ORa	p	%	ORa	p	ORa	p
Origine										
Population majo.	14	ref		Ref		22	Ref		Ref	
Natif-ve-s Outre-mer	11	0.8 [0.5 ;1.2]		0.6 [0.3 ;1.0]	*	22	1.1 [0.7 ;1.4]		0.7 [0.6 ;1.1]	
G2 Outre-mer	12	0.9 [0.4 ;1.7]		0.8 [0.4 ;1.6]		24	1.1 [0.7 ;1.8]		1.2 [0.7 ;1.9]	
G2.5 Outre-mer	16	1.2 [0.6 ;2.1]		0.9 [0.5 ;1.7]		21	0.9 [0.6 ;1.5]		0.8 [0.5 ;1.4]	
G1 Maghreb	10	0.7 [0.5 ;0.9]	*	0.6 [0.4 ;0.9]	**	18	0.8 [0.6 ;1.0]	*	0.7 [0.5 ;0.9]	*
G1 Afrique subsaharienne	11	0.7 [0.5 ;1.2]		0.6 [0.4 ;1.0]	*	18	0.8 [0.6 ;1.0]	†	0.5 [0.4 ;0.7]	***
G1 Turquie/MO	12	0.8 [0.4 ;1.5]		0.8 [0.4 ;1.5]		14	0.6 [0.4 ;0.8]	**	0.5 [0.3 ;0.8]	**
G1 Asie	8	0.5 [0.2 ;1.5]		0.5 [0.2 ;1.4]		9	0.4 [0.2 ;0.6]	**	0.4 [0.2 ;0.6]	***
G1 Europe du Sud	12	0.9 [0.6 ;1.3]		0.8 [0.5 ;1.3]		21	0.9 [0.7 ;1.2]		0.8 [0.6 ;1.2]	
G1 UE27 (autres pays)	9	0.6 [0.4 ;1.1]	†	0.6 [0.3 ;1.0]	†	16	0.7 [0.5 ;1.0]	*	0.7 [0.5 ;1.1]	†
G1 Autres	14	1.1 [0.4 ;1.5]		0.8 [0.4 ;1.7]		18	0.8 [0.5 ;1.1]		0.7 [0.5 ;1.1]	
G2 Maghreb	10	0.7 [0.2 ;1.5]	†	0.6 [0.4 ;0.9]	**	21	0.9 [0.7 ;1.2]		0.8 [0.6 ;1.1]	
G2.5 Maghreb	15	1.1 [0.6 ;1.3]		0.8 [0.5 ;1.2]		21	0.9 [0.7 ;1.3]		0.8 [0.5 ;1.2]	
G2 Afrique subsaharienne	9	0.7 [0.4 ;1.1]		0.6 [0.3 ;1.1]	†	18	0.8 [0.5 ;1.1]		0.7 [0.5 ;1.0]	†
G2.5 Afrique sub.	16	1.3 [0.6 ;1.9]		1.2 [0.6 ;2.3]		27	1.4 [0.9 ;2.1]		1.1 [0.7 ;1.9]	
G2 Turquie/MO	12	0.9 [0.5 ;1.0]		1.0 [0.6 ;1.7]		14	0.6 [0.4 ;0.9]	*	0.6 [0.4 ;0.9]	*
G2.5 Turquie/MO	13	1.0 [0.6 ;1.4]		1.1 [0.4 ;2.9]		17	0.7 [0.3 ;1.8]		0.6 [0.3 ;1.4]	
G2 Asie	10	0.7 [0.4 ;2.4]		0.7 [0.4 ;1.2]		15	0.6 [0.4 ;1.0]		0.7 [0.5 ;1.2]	
G2.5 Asie	13	1.0 [0.4 ;1.3]		0.7 [0.3 ;2.0]		23	1.1 [0.6 ;1.8]		1.0 [0.6 ;1.9]	
G2. Europe du sud	10	0.7 [0.5 ;2.0]	†	0.6 [0.4 ;1.0]	*	23	1.1 [0.8 ;1.5]		1.2 [0.8 ;1.7]	
G2.5 Europe du sud	9	0.6 [0.5 ;1.0]	*	0.5 [0.3 ;0.9]	*	24	1.1 [0.8 ;1.5]		1.2 [0.9 ;1.6]	
G2 UE27 (autres pays)	2	0.1 [0.0 ;0.8]	*	0.1 [0.0 ;0.6]	*	30	1.6 [0.6 ;4.0]		1.2 [0.5 ;3.1]	
G2.5 UE27 (autres pays)	10	0.7 [0.4 ;1.2]		0.6 [0.3 ;1.1]		24	1.1 [0.7 ;1.7]		1.2 [0.8 ;1.9]	
G2 Autres	11	0.8 [0.3 ;2.0]		1.0 [0.4 ;2.7]		18	0.8 [0.3 ;2.1]		0.8 [0.3 ;2.3]	
G2.5 Autres	8	0.6 [0.3 ;1.0]	†	0.6 [0.3 ;1.2]		25	1.2 [0.8 ;1.8]		1.4 [0.9 ;2.2]	
Age										
18-24	12	0.7 [0.4 ;1.1]		0.8 [0.4 ;1.4]		21	1.0 [0.7 ;1.4]		0.6 [0.3 ;1.0]	†
25-34	11	0.7 [0.5 ;1.0]	†	0.7 [0.4 ;1.0]	*	21	1.0 [0.7 ;1.4]		0.9 [0.7 ;1.3]	
35-44	16	Ref		Ref		21	Ref		Ref	
45-54	13	0.8 [0.5 ;1.1]		0.8 [0.6 ;1.2]		22	1.1 [0.8 ;1.4]		1.0 [0.7 ;1.3]	
55-59	13	0.8 [0.5 ;1.2]		0.8 [0.4 ;1.4]		20	0.9 [0.7 ;1.3]		0.9 [0.7 ;1.4]	
Niveau de diplôme										
Aucun /CEP/Brevet	16			0.8 [0.5 ;1.3]		23			1.1 [0.8 ;1.7]	
CAP, BEP	13			0.8 [0.5 ;1.2]		28			1.5 [1.0 ;2.2]	*
Bac	11			0.9 [0.6 ;1.4]		24			1.4 [1.0 ;2.0]	†
Études supérieures	12			Ref		16			Ref	
Catégorie socioprofessionnelle										
Jamais travaillé/HC	7			0.6 [0.2 ;1.5]		21			0.8 [0.5 ;1.5]	
Artisan Commerçant-e	14			1.4 [0.8 ;2.4]		11			0.6 [0.3 ;1.1]	†
Cadre, profession libérale	11			1.0 [0.6 ;1.6]		17			1.3 [0.8 ;1.9]	
Profession intermédiaire	12			Ref		17			Ref	
Employé-e qualifié-e	18			1.4 [0.7 ;2.9]		21			1.0 [0.7 ;1.5]	

Employé-e non qualifié-e	22		1.3 [0.7 ;2.4]	26		1.2 [0.8 ;1.7]	
Ouvrier-e qualifié-e	13		1.1 [0.7 ;1.7]	31		1.6 [0.9 ;2.8]	†
Ouvrier-e non qualifié-e	15		1.0 [0.5 ;1.8]	27		1.4 [0.9 ;2.2]	
NSP, refus, incod.	13		0.7 [0.2 ;2.2]	26		0.6 [0.1 ;3.1]	
Statut d'activité							
En emploi	11		Ref	18		Ref	
Étudiant, apprenti ou stagiaire	7		0.8 [0.3 ;1.7]	24		1.8 [0.9 ;3.7]	†
Chômeur-se	27		2.2 [1.5 ;3.2]	36	***	2.0 [1.4 ;2.9]	***
Inactivité	25		2.1 [1.0 ;4.4]	24	*	1.2 [0.9 ;1.7]	
En couple							
Oui	11		Ref	18		Ref	
Non	17		1.5 [1.0 ;2.2]	26	*	1.2 [0.9 ;1.6]	
Situation familiale							
Ne pas avoir d'enfant	14		Ref	22		Ref	
1 ou 2 enfants	13		0.9 [0.6 ;1.4]	20		0.7 [0.5 ;1.0]	
3+	10		0.6 [0.4 ;1.0]	22	*	0.7 [0.5 ;1.0]	
Opinion sur la situation financière actuelle du ménage							
Pas de problème	9		Ref	14		ref	
C'est juste	13		1.5 [1.0 ;2.2]	22	*	1.5 [1.2 ;2.0]	**
C'est difficile	30		3.5 [2.2 ;5.4]	39	***	3.0 [2.1 ;4.2]	***
Opinion sur la situation financière du ménage quand l'enquêté-e avait 18 ans							
Pas de problème	11		Ref	20		Ref	
C'était juste	15		1.3 [0.9 ;1.8]	21		1.0 [0.7 ;1.3]	
C'était difficile	16		1.1 [0.7 ;1.6]	27		1.1 [0.8 ;1.4]	
A déjà subi des violences							
Oui	31		3.1 [2.1 ;4.4]	35	***	2.1 [1.6 ;2.8]	***
Non	10		Ref	18		Ref	
A déjà eu un logement précaire en France							
Oui	33		1.9 [1.2 ;2.9]	44	***	2.0 [1.2 ;3.2]	***
Non	12		Ref	21		Ref	

c. Facteurs associés au tabagisme quotidien

	Hommes N=12 878					Femmes N=14 208				
	Modèle 1 Ajusté sur âge et origine		Modèle 2			Modèle 1 Ajusté sur âge et origine		Modèle 2		
	%	ORa	p	ORa	p	%	ORa	p	ORa	p
Origine										
Population majo. Natif-ve-s Outre-mer	31	Ref		Ref		26	Ref		ref	
G2 Outre-mer	28	0.8 [0.6 ;1.2]		0.8 [0.6 ;1.1]		19	0.8 [0.5 ;1.0]	*	0.6 [0.4 ;0.9]	**
G2.5 Outre-mer	15	0.4 [0.2 ;0.7]	**	0.3 [0.2 ;0.6]	**	23	0.9 [0.5 ;1.4]		0.9 [0.5 ;1.4]	
G1 Maghreb	31	0.9 [0.6 ;1.5]		0.9 [0.5 ;1.4]		26	1.0 [0.6 ;1.6]		0.8 [0.5 ;1.4]	
G1 Afrique subsaharienne	29	0.8 [0.7 ;1.0]		0.7 [0.6 ;1.0]	*	7	0.2 [0.1 ;0.3]	**	0.2 [0.1 ;0.4]	***
G1 Turquie/MO	16	0.4 [0.3 ;0.6]	**	0.3 [0.2 ;0.4]	**	6	0.2 [0.1 ;0.2]	**	0.1 [0.1 ;0.2]	***
G1 Asie	38	1.3 [1.0 ;1.8]	†	1.0 [0.7 ;1.5]		17	0.5 [0.4 ;0.7]	**	0.7 [0.4 ;1.1]	
G1 Europe du Sud	19	0.5 [0.3 ;0.7]	**	0.3 [0.2 ;0.6]	**	6	0.2 [0.1 ;0.3]	**	0.2 [0.1 ;0.3]	***
G1 UE27 (autres pays)	33	1.1 [0.8 ;1.4]		0.9 [0.7 ;1.3]		21	0.8 [0.6 ;1.0]	*	0.6 [0.4 ;0.9]	**
G2 Maghreb	27	0.8 [0.5 ;1.1]		0.8 [0.5 ;1.1]		20	0.7 [0.5 ;1.0]	*	0.7 [0.5 ;1.1]	
G2.5 Maghreb	28	0.9 [0.6 ;1.3]		0.8 [0.5 ;1.1]		18	0.6 [0.4 ;0.9]	*	0.7 [0.4 ;1.0]	†
G2 Afrique subsaharienne	34	1.1 [0.9 ;1.4]		1.0 [0.8 ;1.4]		19	0.7 [0.5 ;0.9]	**	0.8 [0.5 ;1.1]	
G2.5 Afrique sub.	30	1.0 [0.7 ;1.3]		0.9 [0.6 ;1.2]		28	1.2 [0.9 ;1.6]		1.1 [0.8 ;1.6]	
G2 Turquie/MO	18	0.5 [0.3 ;0.7]	**	0.4 [0.3 ;0.6]	**	11	0.4 [0.3 ;0.6]	**	0.4 [0.3 ;0.6]	***
G2.5 Turquie/MO	32	1.0 [0.7 ;1.6]		1.0 [0.6 ;1.7]		22	0.8 [0.5 ;1.3]		0.7 [0.5 ;1.3]	
G2 Asie	33	1.1 [0.8 ;1.5]		1.1 [0.7 ;1.6]		16	0.6 [0.4 ;0.8]	**	0.7 [0.4 ;1.1]	
G2.5 Asie	28	0.9 [0.8 ;1.5]		1.1 [0.5 ;2.2]		24	0.9 [0.4 ;2.0]		1.1 [0.4 ;2.6]	
G2. Europe du sud	15	0.4 [0.5 ;1.7]	*	0.5 [0.3 ;0.8]	**	9	0.3 [0.2 ;0.5]	**	0.4 [0.2 ;0.6]	**
G2.5 Europe du sud	25	0.7 [0.2 ;0.6]	**	0.7 [0.4 ;1.4]		28	1.2 [0.7 ;1.9]		1.4 [0.9 ;2.4]	
G2 UE27 (autres pays)	29	0.9 [0.4 ;1.4]	*	0.9 [0.7 ;1.3]		27	1.0 [0.7 ;1.4]		1.1 [0.8 ;1.5]	
G2.5 UE27 (autres pays)	27	0.8 [0.7 ;1.2]		0.7 [0.5 ;1.0]	*	29	1.2 [0.9 ;1.5]		1.2 [0.9 ;1.6]	
G2 Autres	38	1.3 [0.6 ;1.0]		1.4 [0.5 ;3.7]		15	0.5 [0.1 ;1.8]		0.3 [0.1 ;1.1]	†
G2.5 Autres	26	0.8 [0.5 ;3.2]		0.8 [0.5 ;1.2]		23	0.8 [0.6 ;1.3]		1.0 [0.6 ;1.5]	
G2.5 UE27 (autres pays)	21	0.6 [0.5 ;1.3]		0.7 [0.3 ;1.5]		27	1.1 [0.5 ;2.5]		1.0 [0.4 ;2.5]	
G2.5 UE27 (autres pays)	24	0.7 [0.5 ;1.1]	†	0.8 [0.5 ;1.3]		25	1.0 [0.6 ;1.5]		1.3 [0.8 ;2.0]	
Age										
18-24	26	0.7 [0.5 ;1.0]	*	1.0 [0.6 ;1.6]		18	0.6 [0.4 ;0.9]	*	0.5 [0.3 ;0.8]	**
25-34	34	1.0 [0.8 ;1.4]		1.1 [0.8 ;1.5]		26	1.0 [0.7 ;1.4]		0.9 [0.7 ;1.3]	
35-44	34	Ref		Ref		25	Ref		Ref	
45-54	28	0.8 [0.6 ;1.0]	*	0.7 [0.5 ;0.9]	**	24	0.9 [0.7 ;1.2]		0.7 [0.5 ;1.0]	*
55-59	27	0.7 [0.5 ;1.0]	†	0.6 [0.4 ;0.8]	**	24	0.9 [0.6 ;1.2]		0.7 [0.5 ;1.0]	†
Niveau de diplôme										
Aucun /CEP/Brevet	45			2.2 [1.6 ;3.2]	**	32			2.3 [1.5 ;3.4]	***
CAP, BEP	37			1.7 [1.2 ;2.3]	**	34			1.9 [1.3 ;2.7]	***
Bac	26			1.2 [0.9 ;1.7]		24			1.6 [1.2 ;2.2]	**
Études supérieures	22			Ref		16			Ref	
Catégorie socioprofessionnelle										
Jamais travaillé/HC	13			0.4 [0.2 ;0.8]	*	12			0.7 [0.3 ;1.3]	
Artisan Commerçant-e	32			1.1 [0.7 ;1.6]		24			1.0 [0.6 ;1.8]	
Cadre, profession libérale	18			0.7 [0.5 ;1.0]	†	14			0.8 [0.5 ;1.3]	

Profession intermédiaire	28		Ref	19		Ref
Employé-e qualifié-e	33		0.9 [0.6 ;1.5]	25		1.1 [0.8 ;1.5]
Employé-e non qualifié-e	34		0.8 [0.5 ;1.2]	34		1.4 [1.0 ;2.0] *
Ouvrier-e qualifié-e	41		1.2 [0.9 ;1.7]	32		1.3 [0.8 ;2.2]
Ouvrier-e non qualifié-e	40		1.0 [0.7 ;1.5]	33		1.4 [0.8 ;2.3]
NSP, refus, incod.	41		1.2 [0.4 ;3.6]	47		2.1 [0.7 ;6.3]
Statut d'activité						
En emploi	30		Ref	23		Ref
Étudiant, apprenti ou stagiaire	12		0.4 [0.2 ;0.9] *	15		0.8 [0.4 ;1.6]
Chômeur-se	47		1.4 [1.0 ;1.9] †	35		1.3 [1.0 ;1.9] †
Inactivité	40		1.2 [0.7 ;1.9]			0.8 [0.6 ;1.1]
En couple						
Oui	28		Ref	20		Ref
Non	34		1.4 [1.1 ;1.8] *	29		1.6 [1.2 ;2.0] **
Situation familiale						
Ne pas avoir d'enfant	31		Ref	22		Ref
1 ou 2 enfants	29		1.0 [0.7 ;1.3]	25		0.9 [0.7 ;1.3]
3+	30		0.9 [0.7 ;1.3]	24		0.8 [0.5 ;1.2]
Opinion sur la situation financière actuelle du ménage						
Pas de problème	22		ref	18		Ref
C'est juste	33		1.5 [1.2 ;1.9] **	24		1.2 [0.9 ;1.5]
C'est difficile	53		2.7 [2.0 ;3.7] ***	40		2.3 [1.6 ;3.1] ***
Opinion sur la situation financière du ménage quand l'enquêté-e avait 18 ans						
Pas de problème	30		Ref	21		Ref
C'était juste	30		0.8 [0.6 ;1.0] *	25		1.0 [0.8 ;1.3]
C'était difficile	32		0.7 [0.6 ;1.0] *	29		1.0 [0.8 ;1.3]
A déjà subi des violences						
Oui	40		1.3 [1.0 ;1.8] †	31		1.3 [1.0 ;1.6] †
Non	29		Ref	22		Ref
A déjà eu un logement précaire en France						
Oui	53		2.1 [1.4 ;3.0] ***	35		1.7 [1.0 ;2.8] †
Non	29		Ref	23		ref
Religion						
Sans religion	33		Ref	27		Ref
Chrétien	26		0.8 [0.7 ;1.0]	23		0.9 [0.7 ;1.1]
Musulman	29		0.8 [0.6 ;1.0] †	13		0.6 [0.4 ;0.9] *
Autres, nsp, refus	25		0.9 [0.5 ;1.5]	18		0.9 [0.5 ;1.7]

d. Facteurs associés à l'obésité

	Hommes N=12534					Femmes N=13 092								
	Modèle 1 Ajusté sur âge et origine		Modèle 2			Modèle 1 Ajusté sur âge et origine		Modèle 2						
	%	ORa	p	ORa	p	%	ORa	p	ORa	p				
Origine														
Population majo.	11		ref		Ref	12		Ref		Ref				
Natif-ve-s Outre-mer	14	1.4	[0.9 ;2.1]		1.4	[0.9 ;2.2]	†	17	1.5	[1.0 ;2.2]	†	1.3	[0.9 ;2.1]	
G2 Outre-mer	11	1.2	[0.6 ;2.1]		1.4	[0.8 ;2.6]		20	2.1	[1.3 ;3.5]	**	2.6	[1.5 ;4.4]	**
G2.5 Outre-mer	12	1.3	[0.7 ;2.5]		1.1	[0.6 ;2.2]		12	1.2	[0.6 ;2.4]		1.2	[0.5 ;2.8]	
G1 Maghreb	12	1.0	[0.8 ;1.4]		0.8	[0.6 ;1.1]		16	1.3	[1.0 ;1.7]	*	0.7	[0.5 ;1.0]	†
G1 Afrique subsaharienne	10	0.8	[0.6 ;1.3]		0.8	[0.5 ;1.3]		23	2.2	[1.6 ;2.9]	**	1.5	[1.1 ;2.1]	*
G1 Turquie/MO	20	2.0	[1.3 ;2.9]	**	1.6	[1.0 ;2.5]	†	25	2.4	[1.7 ;3.4]	**	1.2	[0.8 ;1.9]	
G1 Asie	5	0.4	[0.2 ;0.7]	**	0.3	[0.2 ;0.6]	**	4	0.3	[0.1 ;0.5]	**	0.2	[0.1 ;0.3]	***
G1 Europe du Sud	16	1.4	[0.9 ;2.0]		1.2	[0.8 ;1.9]		13	0.9	[0.7 ;1.3]		0.7	[0.4 ;1.0]	*
G1 UE27 (autres pays)	12	1.0	[0.7 ;1.6]		1.1	[0.7 ;2.4]		8	0.6	[0.4 ;1.0]	*	0.7	[0.4 ;1.1]	†
G1 Autres	14	1.4	[0.9 ;2.3]		1.4	[0.8 ;2.4]		10	0.8	[0.5 ;1.3]		0.8	[0.5 ;1.3]	
G2 Maghreb	11	1.1	[0.7 ;1.5]		1.0	[0.7 ;1.4]		13	1.2	[0.9 ;1.6]		1.0	[0.7 ;1.5]	
G2.5 Maghreb	11	1.2	[0.8 ;2.0]		1.1	[0.7 ;1.9]		11	1.1	[0.7 ;1.6]		1.0	[0.6 ;1.6]	
G2 Afrique subsaharienne	9	1.3	[0.8 ;2.1]		1.4	[0.9 ;2.4]		9	1.0	[0.6 ;1.6]		1.1	[0.6 ;1.8]	
G2.5 Afrique sub.	9	1.2	[0.6 ;2.4]		1.5	[0.7 ;3.0]		11	1.1	[0.6 ;2.2]		1.2	[0.6 ;2.3]	
G2 Turquie/MO	1	2.6	[1.7 ;3.9]	**	2.5	[1.6 ;3.8]	**	13	1.4	[0.9 ;2.3]		1.1	[0.6 ;1.8]	
G2.5 Turquie/MO	12	1.8	[0.8 ;4.2]		1.8	[0.8 ;4.3]		14	1.4	[0.5 ;3.9]		1.6	[0.5 ;4.8]	
G2 Asie	6	0.8	[0.4 ;1.6]		1.0	[0.5 ;2.1]		6	0.6	[0.3 ;1.2]		0.8	[0.4 ;1.4]	
G2.5 Asie	4	0.4	[0.2 ;1.1]	†	0.5	[0.2 ;1.4]		5	0.5	[0.2 ;1.2]		0.5	[0.2 ;1.5]	
G2. Europe du sud	17	1.4	[1.0 ;2.0]	*	1.4	[0.9 ;1.9]	†	13	1.0	[0.6 ;1.5]		0.9	[0.6 ;1.4]	
G2.5 Europe du sud	14	1.4	[1.0 ;1.9]	†	1.4	[1.0 ;1.9]	†	9	0.7	[0.5 ;1.1]		0.7	[0.5 ;1.1]	
G2 UE27 (autres pays)	8	0.7	[0.2 ;2.0]		0.8	[0.2 ;2.7]		6	0.4	[0.1 ;3.0]		0.4	[0.0 ;3.3]	
G2.5 UE27 (autres pays)	15	1.3	[0.8 ;2.2]		1.4	[0.8 ;2.4]		14	1.1	[0.6 ;2.0]		1.2	[0.6 ;2.3]	
G2 Autres	10	0.9	[0.3 ;2.8]		1.0	[0.3 ;3.1]		19	1.9	[0.6 ;6.3]		2.1	[0.5 ;8.6]	
G2.5 Autres	11	1.1	[0.6 ;1.8]		1.2	[0.7 ;2.2]		10	0.8	[0.5 ;1.4]		0.9	[0.5 ;1.5]	
Age														
18-24	5	0.4	[0.2 ;0.6]	***	0.5	[0.3 ;0.9]	*	6	0.4	[0.2 ;0.7]	**	0.4	[0.2 ;1.1]	†
25-34	8	0.7	[0.5 ;1.2]	†	0.7	[0.5 ;1.1]		11	0.8	[0.5 ;1.2]		0.8	[0.5 ;1.2]	
35-44	11		Ref			Ref		13		Ref			Ref	
45-54	16	1.5	[1.1 ;2.0]	*	1.4	[1.0 ;1.9]	*	16	1.3	[0.9 ;1.9]		1.2	[0.8 ;1.7]	
55-59	16	1.5	[1.0 ;2.1]	*	1.2	[0.8 ;1.8]		17	1.4	[0.9 ;2.0]		1.2	[0.8 ;1.8]	
Niveau de diplôme														
Aucun /CEP/Brevet	16				1.4	[0.9 ;2.2]	†	21				1.5	[1.0 ;2.2]	†
CAP, BEP	16				1.6	[1.1 ;2.4]	*	17				1.3	[0.8 ;2.0]	
Bac	8				1.1	[0.8 ;1.7]		10				1.0	[0.7 ;1.4]	
Études supérieures	8					Ref		9					Ref	
Catégorie socioprofessionnelle														
Jamais travaillé/HC	5				2.7	[1.1 ;6.4]	*	13				1.9	[0.9 ;4.1]	
Artisan Commerçant-e	14				1.4	[0.9 ;2.2]		7				0.7	[0.4 ;1.5]	
Cadre, profession libérale	9				1.3	[0.8 ;1.9]		9				1.2	[0.7 ;2.3]	
Profession intermédiaire	8					Ref		8					Ref	
Employé-e qualifié-e	10				1.1	[0.6 ;2.0]		14				1.5	[1.0 ;2.4]	†

Employé-e non qualifié-e	16		1.9 [1.1 ;3.1]	*	17		1.6 [1.1 ;2.5]	*
Ouvrier-e qualifié-e	15		1.5 [1.0 ;2.3]	*	17		1.8 [0.9 ;3.5]	†
Ouvrier-e non qualifié-e	14		1.6 [1.0 ;2.6]	†	23		2.5 [1.4 ;4.3]	**
NSP, refus, incod.	2		0.3 [0.1 ;0.9]	*	2		0.2 [0.1 ;0.6]	**
Statut d'activité								
En emploi	12		0.3 [0.1 ;0.8]	**	12		ref	
Étudiant, apprenti ou stagiaire	3		0.8 [0.5 ;1.2]		6		1.0 [0.3 ;4.0]	
Chômeur-se	10		1.9 [1.1 ;3.1]	*	13		1.1 [0.7 ;1.8]	
Inactivité	26				25		1.8 [1.2 ;2.6]	**
En couple								
Oui	13		ref		14		Ref	
Non	9		0.7 [0.5 ;0.9]	*	10		0.6 [0.4 ;0.8]	**
Situation familiale								
Ne pas avoir d'enfant	9		ref		9		Ref	
1 ou 2 enfants	12		0.8 [0.5 ;1.1]		13		0.9 [0.5 ;1.4]	
3+	16		0.9 [0.6 ;1.4]		18		0.8 [0.5 ;1.4]	
Opinion sur la situation financière actuelle du ménage								
Pas de problème	9		Ref		9		Ref	
C'est juste	13		1.4 [1.0 ;1.8]	*	14		1.4 [1.0 ;1.4]	†
C'est difficile	15		1.5 [1.0 ;2.2]	*	21		2.2 [1.4 ;3.5]	**
Opinion sur la situation financière du ménage quand l'enquêté-e avait 18 ans								
Pas de problème	10		Ref		11		Ref	
C'était juste	13		1.0 [0.8 ;1.4]		13		1.0 [0.7 ;1.4]	
C'était difficile	14		1.0 [0.7 ;1.4]		17		1.2 [0.8 ;1.7]	
A déjà subi des violences								
Oui	11		0.8 [0.6 ;1.2]		13		0.8 [0.6 ;1.3]	
Non	11		Ref		13		Ref	
A déjà eu un logement précaire en France								
Oui	14		1.0 [0.6 ;1.7]		19		1.0 [0.6 ;1.6]	
Non	11		Ref		12		Ref	

Annexe 3. Facteurs associés au fait de déclarer une discrimination dans le système de santé

	Modèle multivarié		
	%	ORa	p
Sexe			
Homme	4	ref	
Femme	7	1.7 [1.2 ;2.3]	**
Origine			
Population majo.	5	ref	
Natif-ve-s Outre-mer	9	1.5 [1.0 ;2.1]	*
G2 Outre-mer	8	1.4 [0.8 ;2.5]	
G2.5 Outre-mer	5	0.8 [0.4 ;1.5]	
G1 Maghreb	7	1.3 [1.0 ;1.8]	†
G1 Afrique subsaharienne	7	0.9 [0.6 ;1.3]	
G1 Turquie/MO	7	1.2 [0.7 ;2.0]	
G1 Asie	4	0.5 [0.3 ;0.8]	**
G1 Europe du Sud	2	0.4 [0.2 ;0.6]	***
G1 UE27 (autres pays)	5	0.8 [0.5 ;1.3]	
G1 Autres	8	1.5 [0.9 ;2.3]	†
G2 Maghreb	8	1.3 [1.0 ;1.8]	†
G2.5 Maghreb	7	1.3 [0.9 ;1.9]	
G2 Afrique subsaharienne	10	1.9 [1.3 ;2.9]	**
G2.5 Afrique sub.	9	1.5 [0.9 ;2.7]	
G2 Turquie/MO	8	1.8 [0.6 ;3.1]	†
G2.5 Turquie/MO	7	1.4 [0.6 ;3.1]	
G2 Asie	3	0.4 [0.2 ;0.9]	*
G2.5 Asie	4	0.8 [0.4 ;1.7]	
G2. Europe du sud	5	0.9 [0.6 ;1.5]	
G2.5 Europe du sud	5	1.0 [0.7 ;1.4]	
G2 UE27 (autres pays)	1	0.2 [0.0 ;1.9]	
G2.5 UE27 (autres pays)	6	1.1 [0.6 ;2.1]	
G2 Autres	6	1.2 [0.4 ;3.1]	
G2.5 Autres	6	1.3 [0.8 ;2.1]	
Age			
18-24	4	0.8 [0.5 ;1.5]	
25-34	6	1.1 [0.8 ;1.6]	
35-44	6	Ref	
45-54	6	1.0 [0.7 ;1.4]	
55-59	4	0.8 [0.5 ;1.2]	
Niveau de diplôme			
Aucun /CEP/Brevet	6	0.9 [0.6 ;1.4]	
CAP, BEP	7	1.3 [0.8 ;2.0]	
Bac	5	1.0 [0.7 ;1.5]	
Études supérieures	5	Ref	
Catégorie socioprofessionnelle			
Jamais travaillé/HC	5	0.6 [0.3 ;1.2]	
Artisan Commerçant-e	6	1.4 [0.7 ;3.0]	
Cadre, profession libérale	4	1.1 [0.7 ;1.8]	
Profession intermédiaire	5	Ref	
Employé-e qualifié-e	7	1.0 [0.7 ;1.6]	
Employé-e non qualifié-e	8	1.0 [0.6 ;1.5]	
Ouvrier-e qualifié-e	5	1.0 [0.6 ;1.8]	
Ouvrier-e non qualifié-e	6	0.9 [0.5 ;1.6]	
NSP, refus, incod.	3	0.2 [0.1 ;0.8]	*
Statut d'activité			
En emploi	5	ref	
Étudiant, apprenti ou stagiaire	5	2.0 [1.0 ;3.7]	*
Chômeur-se	10	1.7 [1.2 ;2.4]	**
Inactivité	10	1.6 [1.0 ;2.4]	*
En couple			
Oui	5	ref	

Non	6	1.0 [0.7 ;1.4]	
Situation familiale			
Ne pas avoir d'enfant	5		ref
1 ou 2 enfants	6	1.0 [0.7 ;1.5]	
3+	7	1.1 [0.7 ;1.6]	
Opinion sur la situation financière actuelle du ménage			
Pas de problème	4		ref
C'est juste	6	1.5 [1.1 ;2.1]	*
C'est difficile	10	1.7 [1.2 ;2.5]	**
Opinion sur la situation financière du ménage quand l'enquêté-e avait 18 ans			
Pas de problème	5	0.8 [0.6 ;1.1]	
C'était juste	4	1.5 [1.0 ;2.3]	*
C'était difficile	10		
A déjà subi des violences			
Oui	11	2.0 [1.5 ;2.8]	***
Non	4		Ref
A déjà eu un logement précaire en France			
Oui	13	1.6 [1.0 ;2.5]	†
Non	5		Ref
Couverture maladie			
Sécurité sociale classique, avec ou sans complémentaire	5		Ref
PUMA ou AME, avec ou sans complémentaire	16	1.9 [1.1 ;3.2]	*
Aucune couverture	3	0.4 [0.1 ;1.5]	

Question posée : Vous est-il déjà arrivé qu'un médecin ou du personnel médical vous traite moins bien ou vous reçoive plus mal que les autres patients ? oui/non/sans objet/refus/nsp