

# Población y territorio

ESPAÑA TRAS LA CRISIS DE 2008

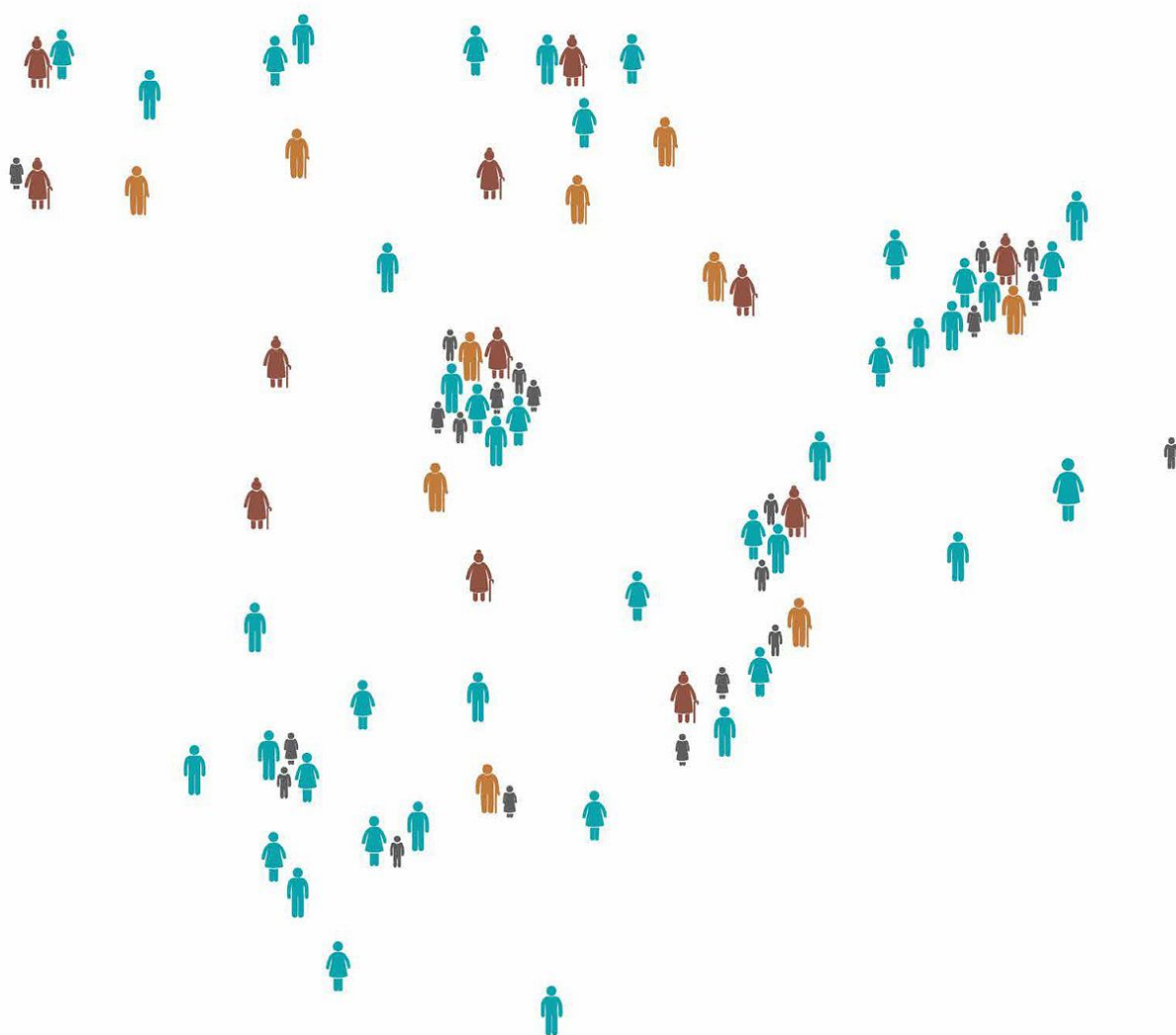
Juan-David Sempere-Souvannavong

Carlos Cortés Samper

Ernesto Cutillas Orgilés

José Ramón Valero Escandell

(EDITORES)



Juan-David Sempere-Souvannavong  
Carlos Cortés Samper  
Ernesto Cutillas Orgilés  
José Ramón Valero Escandell  
(editores)

# Población y territorio

## España tras la crisis de 2008

*Granada, 2020*

Colección

*Salam*

3

DIRECTORA

María José Cano Pérez (IPAZ – Universidad de Granada)

COMITÉ CIENTÍFICO

María Jesús Viguera (Universidad Complutense de Madrid)

Raanan Rein (Universidad de Tel Aviv)

Hamurabi Noufour (Universidad de Buenos Aires – UNTRF de Buenos Aires)

Beatriz Molina Rueda (IPAZ – Universidad de Granada)

Inés Gómez González (IPAZ – Universidad de Granada)

CON EL PATROCINIO:



UA

UNIVERSITAT D'ALACANT  
UNIVERSIDAD DE ALICANTE  
Facultat de Filosofia i Lletres  
Facultad de Filosofía y Letras

CON LA COLABORACIÓN:



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante  
Departament de Geografia Humana  
Departamento de Geografía Humana



Diseño de la colección y cubierta:  
Virginia Vílchez Lomas

© Los autores

© Editorial Comares, S.L.

Polígono Juncaril

C/ Baza, parcela 208

18220 Albolote (Granada)

Tlf.: 958 465 382

[www.comares.com](http://www.comares.com) • E-mail: [libreriacomares@comares.com](mailto:libreriacomares@comares.com)

[facebook.com/Comares](https://facebook.com/Comares) • [twitter.com/comareseditor](https://twitter.com/comareseditor) • [instagram.com/editorialcomares](https://instagram.com/editorialcomares)

ISBN: 978-84-9045-911-9 • Depósito legal: Gr. 365/2020

Fotocomposición, impresión y encuadernación: COMARES

# Sumario

## PRESENTACIÓN

Respuestas geodemográficas a los cambios del modelo socioeconómico. Visión de conjunto JUAN-DAVID SEMPERE-SOUVANNAVONG, CAROLINA MONTORO GURICH, JUAN MANUEL PARREÑO-CASTELLANO Y CAROLINA DEL VALLE RAMOS . . . . .	1
---	---

## TERRITORIO Y POBLACIÓN

Territorio y población: permanencias y cambios recientes en las dinámicas poblacionales PABLO PUMARES FERNÁNDEZ . . . . .	13
¿Hacia unas ciudades segregadas según la edad? Geografía dinámica del envejecimiento y rejuvenecimiento en las grandes metrópolis españolas FERNANDO GIL-ALONSO, JENNIFFER THIERS-QUINTANA, JORDI BAYONA-I-CARRASCO E ISABEL PUJADAS-RÚBIES . . . . .	29
Análisis de la diversidad de la inseguridad residencial: España y los países mediterráneos en el contexto de los regímenes residenciales europeos JULIÁN LÓPEZ-COLÁS, ALDA BOTELHO DE AZEVEDO Y JUAN A. MÓDENES . . . . .	47
Contrastes en la dinámica demográfica andaluza a comienzos del siglo XXI JOSÉ ANTONIO NIETO CALMAESTRA Y ALBERTO CAPOTE LAMA . . . . .	65
Primeras actuaciones contra el proceso de despoblamiento en Castilla-La Mancha: la Inversión Territorial Integrada (ITI) ÁNGEL RAÚL RUIZ PULPÓN . . . . .	87
El impacto de la actividad turística en la composición poblacional de un entorno urbano, el caso de Barcelona (2010-2016) JOAN SALES-FAVÀ . . . . .	103

## MORTALIDAD Y ENVEJECIMIENTO

Envejecimiento demográfico y cambios sociales en España JULIO PÉREZ DÍAZ Y ANTONIO ABELLÁN GARCÍA. . . . .	123
---	-----

Envejecimiento y vivienda: nuevas situaciones, nuevas demandas RAMÓN DÍAZ HERNÁNDEZ Y JORDI BOLDÚ HERNÁNDEZ. . . . .	157
El envejecimiento de los barrios urbanos en España: una propuesta de medición JUAN JOSÉ PONS IZQUIERDO Y CAROLINA MONTORO GURICH. . . . .	175
Contextos residenciales, envejecimiento activo y calidad de vida. Un análisis a microescala en España FERMINA ROJO-PÉREZ, GLORIA FERNÁNDEZ-MAYORALAS, VICENTE RODRÍGUEZ-RODRÍGUEZ, RAÚL LARDIÉS-BOSQUE, MARÍA-EUGENIA PRIETO-FLORES, LORENA P. GALLARDO-PERALTA, M. <sup>a</sup> ÁNGELES MOLINA-MARTÍNEZ, CARMEN RODRÍGUEZ-BLÁZQUEZ, MARIA JOÃO FORJAZ Y ROCÍO SCETTINI. . . . .	191
Envejecimiento demográfico y hogares unipersonales en la ciudad de Sevilla: la conformación de barrios vulnerables CAROLINA DEL VALLE RAMOS Y PILAR ALMOGUERA SALLENT. . . . .	209

### MOVILIDADES EN UN MUNDO GLOBALIZADO

Cambios y continuidades en las migraciones internas en España JOAQUÍN RECAÑO VALVERDE. . . . .	229
Regionalización del stock de migrantes internacionales en 2015: distancia y conectividad SEVERINO ESCOLANO UTRILLA, PEDRO REQUES VELASCO Y JOSÉ ANTONIO SALVADOR OLIVÁN. . . . .	267
Migraciones interregionales y nivel educativo en España. Un análisis a partir de los datos censales de 1981, 1991, 2001 y 2011 MIGUEL GONZÁLEZ-LEONARDO. . . . .	281
Asylum seekers into southern European countries (Greece, Italy, Spain) over the last decade: a first comparative approach BYRON KOTZAMANIS, MARIA CARELLA, MARIE-NOELLE DUQUENNE Y VASSILIS PAPPAS. . . . .	299
Gentrificación y cambios sociodemográficos en los barrios de Barcelona y Madrid: una mirada a través de los flujos migratorios y residenciales ANTONIO LÓPEZ-GAY Y ANDREA ANDÚJAR LLOSA. . . . .	313

### JÓVENES DE LARGA DURACIÓN

Vulnerabilidad de los jóvenes españoles en tiempos de incertidumbre JOSEFINA DOMÍNGUEZ-MUJICA. . . . .	335
Proceso migratorio, concentración residencial y rendimiento escolar entre los jóvenes en Cataluña JORDI BAYONA-I-CARRASCO Y ANDREU DOMINGO VALLS. . . . .	363
Capital humano e inserción en el mercado laboral de los jóvenes españoles retornados BEATRIZ GONZÁLEZ-MARTÍN Y PABLO PUMARES FERNÁNDEZ. . . . .	379
La movilidad de los jóvenes españoles ante la crisis. Características y diferencias entre los espacios geográficos insular y peninsular: Canarias y Comunidad Valenciana RAQUEL GUERRA TALAVERA. . . . .	393

## CONTENIDOS DEL CD

Territorialización de la movilidad por estudios en Catalunya: explotación de los microdatos de los registros administrativos de la Generalitat de Catalunya JOAN ALBERICH GONZÁLEZ . . . . .	411
Concentración territorial, migraciones internas y movilidad residencial de la población inmigrante en España JORDI BAYONA-I-CARRASCO . . . . .	429
El empresariado transnacional español en Argelia. Determinantes y estrategias de movilidad ante la crisis MARÍA JESÚS CABEZÓN-FERNÁNDEZ . . . . .	446
Populations migrantes et santé : inégalités d'accès à l'offre de soins en Italie MARIA CARELLA, GIL BELLIS ET ALDO ROSANO . . . . .	460
Una propuesta metodológica para impulsar la participación de la ciudadanía en la búsqueda de soluciones al fenómeno de la regresión demográfica: el caso de las localidades de interior de la provincia de Alicante LIBERTO CARRATALÁ PUERTAS Y DANNY PICIUCCHI . . . . .	476
Exclusión social y juventud rural en la investigación española (2000-2017) JAIME ESCRIBANO PIZARRO, XAVIER AMAT MONTESINOS Y NÉSTOR VERCHER SAVALL . . . . .	489
Evolución de la población y modelo de poblamiento en la aglomeración urbana de Murcia RUBÉN GIMÉNEZ GARCÍA, RAMÓN GARCÍA MARÍN Y JOSÉ MARÍA SERRANO MARTÍNEZ . . . . .	504
Aragón frente a la despoblación: Iniciativas escalares y su efecto en el territorio RAÚL LARDIÉS BOSQUE, ÁNGEL PUEYO CAMPOS, M. <sup>a</sup> LUZ HERNÁNDEZ NAVARRO Y LUISA MARÍA FRUTOS MEJÍAS . . . . .	522
Perfil demográfico de Galicia: Condicionantes de la evolución de la población de los municipios gallegos ALEJANDRO LÓPEZ GONZÁLEZ Y XOSÉ CONSTENLA VEGA . . . . .	542
Las migraciones en la era de la sobreinformación. Fuentes para su estudio en España DOLORES LÓPEZ HERNÁNDEZ . . . . .	558
Ser joven y vivir solo en los centros urbanos de Madrid y Barcelona CRISTINA LÓPEZ VILLANUEVA E ISABEL PUJADAS RÚBIAS . . . . .	577
La movilidad residencial en el municipio de Madrid (2006-2016) MARIO MAMPASO TORREMOCHA . . . . .	596
La movilidad transnacional como estrategia de apoyo: vidas vinculadas de los europeos del este en España SILVIA MARCU . . . . .	614
Los diagnósticos territoriales participativos como herramienta para planificar políticas activas de empleo y formación en la Comunidad Valenciana: el caso del Vinalopó ANTONIO MARTÍNEZ PUCHE Y DANIEL SANCHIZ CASTAÑO . . . . .	627

Una mirada a la despoblación de la Plana Utiel – Requena. Un retorno a viejos desafíos y dinámicas poblacionales JAIME MARTÍNEZ RUIZ . . . . .	644
El fraude del consumo de agua en la ciudad de Alicante. Análisis a partir de la caracterización socio-económica y demográfica (2005-2017) ÁLVARO FRANCISCO MOROTE SEGUDIO Y MARÍA HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ . . . . .	655
Los efectos de la crisis económica en los desajustes educativo-laborales de la población inmigrante en Europa del Sur ALBERTO DEL REY, MIKOLAJ STANEK Y JESÚS GARCÍA GÓMEZ . . . . .	671
Características urbanas y demográficas de un barrio periférico de la zona norte de Alicante. El caso de Virgen del Remedio ALEJANDRO SAINZ-PARDO TRUJILLO . . . . .	688
Análisis demográfico de las desigualdades socioeconómicas de salud en Cataluña en el contexto de la última crisis económica JEROEN SPIJKER Y PILAR ZUERAS . . . . .	706
Nuevas dinámicas de la diáspora rumana desde el inicio de la crisis observadas a través de Facebook ADRIANA SUIU . . . . .	726
¿Cómo ha modificado la coyuntura económica las migraciones internas y exteriores de los inmigrantes extranjeros? Un análisis según origen continental en las grandes áreas metropolitanas españolas JENNIFFER THIERS-QUINTANA, FERNANDO GIL-ALONSO E ISABEL PUJADAS-RÚBIAS . . . . .	740
La redistribución de la población en la provincia de Valladolid: entre el despoblamiento y la leve revitalización demográfica (2001-2015) MARÍA JESÚS VIDAL DOMÍNGUEZ Y JULIO FERNÁNDEZ PORTELA. . . . .	762
La investigación española en geodemografía Algunas cuestiones a propósito de la solicitud de proyectos y contratos al plan estatal de I+D RUBÉN C. LOIS GONZÁLEZ. . . . .	779
Metodologías cualitativas: la entrevista en profundidad para la investigación en geografía de la población JOSÉ RAMÓN VALERO ESCANDELL . . . . .	792

# Populations migrantes et santé : inégalités d'accès à l'offre de soins en Italie

MARIA CARELLA

*Département de Sciences Politiques, Université Aldo Moro, Bari, Italie*

maria.carella1@uniba.it

GIL BELLIS

*Institut national d'études démographiques (Ined), Paris, France*

bellis@ined.fr

ALDO ROSANO

*Accademia Romana di Sanità Pubblica, Rome, Italie*

**Résumé:** Les difficultés d'accès aux soins dans le pays d'accueil rendent les migrants particulièrement vulnérables sur le plan sanitaire. Cependant, les déterminants des inégalités sociales en matière de santé parmi les immigrés restent peu documentés.

L'étude se propose d'examiner la nature des interactions entre la migration et la santé en Italie et d'apprécier dans quelle mesure le statut d'immigrés peut être source de vulnérabilité dans l'accès aux services sanitaires.

**Mots-clés :** migrants, accès aux soins, inégalités sociales, Italie

**Resumen:** Las dificultades de acceso a la asistencia sanitaria en el país de acogida hacen que los migrantes sean vulnerables en el ámbito sanitario. Sin embargo, los determinantes de las desigualdades sociales en materia de salud entre los inmigrantes siguen estando poco documentados.

El estudio tiene como objetivo examinar las interacciones entre la inmigración y la salud en Italia y evaluar si la condición de inmigrantes puede ser una fuente de vulnerabilidad en el acceso a los recursos sanitarios.

**Palabra clave:** inmigrantes, asistencia sanitaria, desigualdades sociales, Italia

L'Europe est devenue l'une des premières destinations au monde pour l'immigration. Dans la plupart des pays de l'UE, les flux migratoires sont en hausse, accompagnés d'une évolution importante des migrations familiales qui représentent environ un tiers de toutes les arrivées de ressortissants de pays tiers (REM, 2017 ; Wihtol de Wenden, 2009).

La prise en compte des familles dans les statistiques et dans l'étude des migrations internationales soulève d'importantes questions liées à la permanence de leur présence dans les pays d'accueil. De fait, dans un contexte géopolitique caractérisé



désormais par une migration le plus souvent stable au lieu et place d'une mobilité temporaire, les conditions de vie et le processus d'intégration des migrants prennent une place prépondérante et représentent un véritable enjeu d'action politique en raison de la précarité économique et sociale que peuvent connaître certains migrants.

L'intégration recouvre des phénomènes complexes et embrasse un champ très vaste et son interprétation concrète comme ses connotations sociales peuvent varier très sensiblement (Conseil de l'Europe, 1997). Quelle que soit la définition adoptée, il est généralement admis que l'intégration revêt plusieurs dimensions fondamentales, relatives au rôle économique, culturel, social et politique joué par les migrants dans la société d'accueil. Parmi ces multiples dimensions, la situation sanitaire des migrants est désormais reconnue incontournable.

Les politiques internationales reconnaissent le droit au meilleur état de santé possible comme un droit fondamental de l'être humain sans discrimination d'aucune sorte (OMS, 2010). La santé est donc une prérogative politique et sociale et l'accès aux soins évoque un enjeu moral qui implique les principes d'égalité et de justice sociale.

Cependant l'attention portée aux besoins de santé des migrants est assez récente dans les études d'intégration. La littérature montre l'existence d'inégalités de santé liées à la migration et les études les plus récentes s'accordent sur le moindre recours aux soins de la population immigrée, révélant des difficultés d'accès (OMS 2010 ; Chen *et al.* 2016).

En Italie, l'immigration est un phénomène relativement nouveau mais qui concerne désormais un nombre croissant de familles dont la structure a évolué ; ce qui n'est pas sans effets sur la configuration des communautés étrangères, le statut socio-économique des migrants étrangers et leur projet migratoire, davantage axé sur un établissement sédentarisé durable et/ou permanent (Carella, 2016). Pourtant, l'immigration ne manque pas de susciter, çà et là, des interrogations, notamment quant à de possibles disparités dans le domaine de la santé pour certains migrants et leurs familles.

Quels sont aujourd'hui les modes d'accès aux soins des personnes immigrantes résidant en Italie ? Quel est leur comportement de santé ? Sont-elles victimes de pratiques pénalisantes ? Ces questions sont abordées dans cette étude.

La première section passe rapidement en revue la littérature sur les inégalités dans l'accès aux soins des populations migrantes en Europe et sur leurs déterminants. Elle est suivie d'un examen des données et des approches analytiques utilisées dans l'étude. La section relative aux résultats présente des statistiques descriptives et des estimations tirées de modèles multivariés. La dernière section résume et commente les résultats.

## 1. CADRE THEORIQUE ET REVUE DE LA LITTERATURE

Le bilan des études européennes en matière de santé montre des différences de recours aux soins en défaveur des migrants : leur instabilité financière, leur moindre accès à la complémentaire santé et leur moindre intégration sociale sont les principaux facteurs expliquant ces inégalités (Rosano *et al.*, 2017 ; Berchet et Jusot, 2012).

Les migrants font souvent face, à leur arrivée, à des situations de précarité sociale et sanitaire complexes et multidimensionnelles. Par exemple, le manque de connaissance du système médical peut constituer un défi important pour les immigrants récents (Newbold, 2005). Les difficultés d'accès aux services sanitaires concernent principalement les primo-arrivants mais elles sont souvent aggravées par les barrières linguistiques, la complexité des démarches administratives, l'absence de couverture maladie, la perception de discriminations (Aïach, 2010, Krieger, 2000). Tous ces facteurs favorisent le renoncement aux soins, la survenue de complications liées aux maladies et rendent les migrants particulièrement vulnérables sur le plan sanitaire dans les pays d'accueil (Meidani et Toulze, 2017).

La plupart des travaux appellent à réformer les politiques sanitaires et d'intégration sociale visant à améliorer l'état de santé et l'accès aux soins des populations d'origine étrangère (Cognet, 2002 ; Fernandes *et al.*, 2009). De fait, les discussions sur l'intégration aux sein des institutions européennes ont conduit à un consensus minimal autour du concept d'égalité des chances (Schnapper, 2008). Les politiques d'intégration peuvent être considérées pertinentes lorsqu'elles adoptent des actions visant à évaluer les inégalités et les discriminations (Carde, 2007).

« Force est de constater que l'étude de la santé ne fait à ce jour pas partie des questions classiques dans le champ des études sur l'intégration. Pourtant, on peut penser qu'être en bonne santé fait partie des critères influençant fortement l'intégration sociale des personnes, que recourir au système de soins peut aussi être entendu comme un indicateur d'une bonne insertion sociale » (Hamel et Moisy, 2013 :3).

Le thème de la migration et de la santé semble gagner en actualité au sein des différentes disciplines de recherche et il est abordé à différents niveaux, parfois de manière assez détaillée. Cependant les études traitant des discriminations et des inégalités liées au processus d'intégration des migrants sont principalement axées sur les conditions de vie, plus particulièrement les dimensions emploi et logement.

Si l'on ne peut occulter que les difficultés d'accès aux soins sont souvent liées à des caractéristiques propres des patients (facteurs personnels : la compréhension que le patient a de sa santé, l'évaluation de sa propre santé, les ressources personnelles, l'attitude en matière de santé) (Scheppers *et al.*, 2006), il n'en reste pas moins que les facteurs contextuels jouent un rôle important (Levitt *et al.*, 2005). Ces facteurs ont trait à diverses dimensions de l'intégration — participation aux réseaux

sociaux relationnels, réceptivité de la société d'accueil, sentiment d'attachement envers elle, réussite économique — et peuvent exercer un impact décisif sur l'état de santé des immigrants (Van Kemenade *et al.*, 2006 ; Zhao, 2007 ; Zhao *et al.*, 2010) en facilitant le recours aux soins.

Le débat s'ouvre alors et la question se pose de savoir si certains groupes d'immigrés, les plus intégrés, ont plus d'aptitude que d'autres à s'approprier l'offre existante de soins.

La littérature souligne que l'intégration est associée à un degré de bien-être plus élevé qui relève de la satisfaction à l'égard de la vie et des relations sociales (Nguyen et Benet-Martinez, 2013).

D'après les indicateurs du MIPEX (Migrant Integration Policy Index), l'Italie se place parmi les pays européens où les politiques d'intégration et les droits accordés aux migrants semblent modérément avantageux. Pourtant, les démarches administratives et certaines normes juridiques trop restrictives figurent parmi les premiers obstacles dans le processus d'intégration des immigrés. La question de la santé des migrants relève fortement de la problématique des inégalités sociales et à celle-ci s'ajoute la complexité du droit des immigrants à la santé et la succession des réformes (Osservatorio Nazionale per la Salute, 2013 ; Severino et Bonati, 2010). S'il est indispensable de simplifier l'accès aux soins pour les populations migrantes, il est également impératif de développer une meilleure connaissance des spécificités des populations migrantes et d'aborder les déterminants sociaux de la santé dans de nombreux secteurs. Les recherches dans ce domaine pourront alimenter très utilement la réflexion sur les actions politiques à entreprendre en faveur des migrants, à une époque où les enjeux de santé publique associés aux phénomènes migratoires font l'objet d'un intérêt croissant.

## 2. OBJECTIFS, DONNEES ET METHODE

### 2.1. Objectifs

L'étude se propose d'examiner la nature des interactions entre la migration et la santé en Italie et d'apprécier dans quelle mesure le statut d'immigré peut être source de vulnérabilité dans l'accès aux soins et aux services sanitaires. L'analyse est menée «intragroupe», c'est-à-dire pour le seul groupe des migrants pour lesquels on teste un certain nombre d'hypothèses.

Dans une première partie, on cherche en particulier :

- à vérifier si le recours à l'offre de soins peut révéler des difficultés d'accès ou des lacunes pour certaines catégories de migrants ;
- à mesurer et caractériser les déterminants de ces difficultés ;
- à examiner, au moyen d'un modèle multivarié, les facteurs potentiels qui peuvent être associés à l'existence d'obstacles dans l'accès aux soins ;

- à évaluer si ces difficultés peuvent générer des inégalités sociales parmi les immigrés.

La deuxième partie de l'étude vise à identifier des groupes cibles particulièrement exposés au risque de vulnérabilité dans le domaine de la santé.

On cherchera à analyser certaines caractéristiques sociodémographiques des immigrés les plus favorisés dans le domaine de l'accès aux soins en Italie ; ces caractéristiques servant de grille d'analyse car elles interagissent avec le processus de diffusion des bienfaits liés à certains facteurs d'intégration.

Pour satisfaire aux objectifs de l'étude, le parcours s'articule en deux volets complémentaires :

- un aperçu général de la distribution des variables des difficultés d'accès aux soins qui met en évidence les différences parmi certains groupes de migrants;
- une analyse secondaire est centrée sur les variables identifiant les déterminants des difficultés d'accès aux soins, qui permet par le recours à des modèles multivariés de répondre aux questions motivant la recherche :
  1. L'accès aux services sanitaires pourrait-il être en soi un facteur d'inégalités sociales ou de différenciation parmi les immigrés ?
  2. Comment s'articulent les différents facteurs qui produisent ces inégalités ?
  3. Le stade atteint dans le processus d'intégration est-il susceptible de déclencher un mouvement de divergence-convergence dans les comportements des immigrés liés aux problèmes d'accès aux soins?

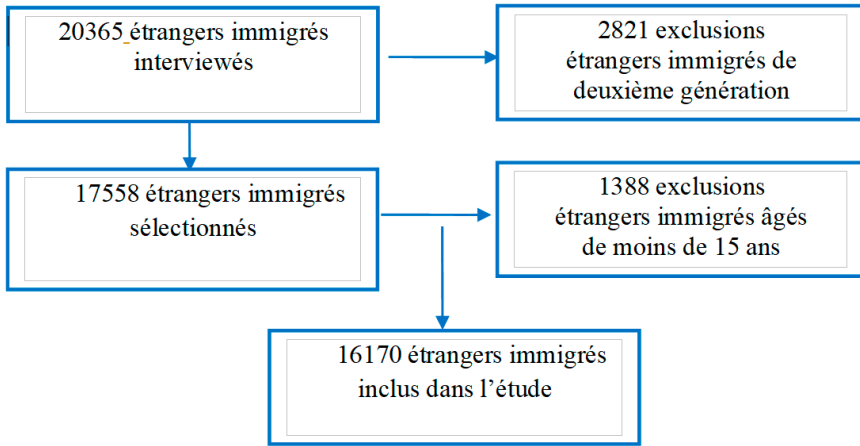
## 2.2. Données et méthode

Les données nécessaires à cette étude sont extraites de l'enquête « Condition et intégration sociale des étrangers »<sup>1</sup> réalisée par ISTAT en 2011-2012 auprès d'un échantillon de plus de 25 000 individus (voir encadre 1 en annexe). Toutefois pour affiner les analyses et satisfaire à l'objectif assigné, l'étude porte sur un sous-échantillon de 16 170 étrangers immigrés<sup>2</sup> âgés de 15 ans ou plus. Il s'agit d'une catégorie constituée à partir du lieu de naissance et de la nationalité (fig.1).

<sup>1</sup> La population étrangère est définie en fonction du seul critère de nationalité : est étrangère toute personne résidant en Italie qui n'a pas la nationalité italienne. La population immigrée est composée des personnes nées étrangères à l'étranger et résidant en Italie. Tout étranger n'est pas nécessairement un immigré : certains étrangers sont nés en Italie. Inversement, tout immigré n'est pas forcément un étranger : certains immigrés ont acquis la nationalité italienne (ISTAT, 2011).

<sup>2</sup> La deuxième génération est composée d'enfants nés en Italie des parents nés à l'étranger (ISTAT, 2016). On retrouve des différences parmi les pays. Par exemple, en France, on est immigré ou on est enfant né d'au moins un parent né à l'étranger (= première génération) ou on est enfant né en France de parents nés en France d'au moins un parent né à l'étranger (deuxième génération).

Fig.1. Population d'étude : Enquête 2011-12.



Le questionnaire est composé de plusieurs volets, dont l'un est consacré à la santé et permet d'estimer certains signes de vulnérabilité des migrants dans ce domaine à partir des variables concernant :

- 1) les discriminations subies en raison de l'origine étrangère lors des parcours de soins (visites médicales, fréquentation de centres de santé ou hospitaliers) ;
- 2) les difficultés par barrière linguistique ;
- 3) les difficultés par obstacles d'ordre bureaucratique.

Ces trois mesures sont fondées sur les questions de l'enquête qui comprennent tantôt deux tantôt plusieurs catégories de réponses. Cependant elles ont été recodées en variables dichotomiques pour deux raisons : premièrement, pour faciliter l'interprétation des résultats, les distributions de certaines mesures étant très déséquilibrées et dispersées sur les diverses modalités de réponse ; deuxièmement, l'analyse ne peut se référer qu'à deux catégories lorsque les modalités restantes ne sont pas validées en raison de réponses trop peu nombreuses. Les questions et les variables sont présentées dans le tableau 1.

D'après les études sur les interactions santé et intégration (Newbold, 2009, Zhao *et al.*, 2010), pour apprécier les spécificités de la vulnérabilité sanitaire des migrants, on a sélectionné des variables explicatives à titre de déterminants possibles des inégalités dans l'accès aux soins en relation à deux dimensions :

- 1) l'expérience vécue après la migration (processus d'intégration et interaction sociale dans le pays d'accueil) ;
- 2) caractéristiques démographiques et projet = profil migratoire.

La première dimension comprend les perceptions à l'égard du processus d'établissement (sentiment de solitude et réceptivité de la société d'accueil) et le capital social (participation aux réseaux organisationnels). Dans cette étude, nous définissons la solitude comme l'état d'une personne qui, du fait d'un problème

de communication et/ou d'un manque de soutien social ou d'un système défaillant, peut ressentir des difficultés dans divers contextes, y compris son recours aux soins. On entend par réceptivité de la société d'accueil la manière dont les immigrants se sentent accueillis dans la société où ils s'établissent. Le capital social est mesuré par l'engagement civique des immigrants (Kawachi et Berkman, 2000), c'est-à-dire par leur participation à des actions collectives, que ce soit dans le cadre d'une association, d'un club sportif, d'une communauté religieuse, d'un syndicat ou d'un parti politique. Cette variable des réseaux sociaux relationnels est fondée sur la question visant à savoir si, au cours des 12 derniers mois, le répondant a été membre ou participant d'organisations diverses.

Le profil migratoire comprend les variables concernant le sexe, la durée de présence et l'intention de rester en Italie manifestée au sein du projet migratoire.

Ces variables ont été testées dans un contexte multidimensionnel qui, au moyen d'une régression logistique, permet d'explorer les facteurs associés à la probabilité de ressentir des discriminations ou de déclarer des difficultés d'accès aux soins.

Tableau 1. Difficultés d'accès aux soins : variables et questions utilisées. Enquête (2011-12).

VARIABLES	QUESTIONS ET CONSTRUCTION VARIABLES	MODALITES
Discrimination	En Italie, lors des visites médicales ou des contrôles de santés ou hospitaliers vous avez été victime de discrimination, c'est à dire traité moins bien que les autres à raison de vos origines ou votre nationalité ?	Oui Non
Difficultés linguistiques	En Italie, chez le médecin (italien), vous avez eu du mal à décrire vos symptômes ou troubles? La modalité « Oui » regroupe les catégories: assez et beaucoup. La modalité «Non» comprend les catégories : un peu et pas de tout.	Oui Non
Difficultés administratives	En Italie, lors des examens médicaux, vous avez des difficultés dans la démarche administrative/ bureaucratique?	Oui Non

### 3. RESULTATS

#### 3.1. Éléments de contexte

En 2017, plus de 5 millions de personnes étrangères vivent en Italie dont 3 714 137 de nationalité non UE : la population étrangère représente 8,3 % du total des résidents (Istat, 2017a).

Jusqu'au début des années 2000, les flux d'immigration étaient majoritairement masculins ; depuis, la part des femmes est croissante : en 2017, 52,4 % des étrangers sont des femmes, contre 45 % en 2000. La féminisation des populations d'immigrés s'observe au motif de regroupement familial et du récent phénomène de *care drain* très diffusé en Italie chez les femmes originaires d'Europe de l'Est et des Philippines. Il implique les migrations de jeunes femmes désireuses d'améliorer la condition financière de leur famille et qui mettent à profit la tertiarisation des économies pour aller travailler à l'étranger comme domestiques ou pour s'occuper de personnes âgées (Carella, 2016).

L'âge moyen des étrangers résidents est de 34,1 ans : les italiens sont nettement plus âgés que les étrangers (44,9 ans). Plus de 40 % des étrangers ont entre 18 et

39 ans (41,4 %), environ un sur cinq est mineur (20,6 %) et la proportion de personnes âgées est très faible (3,4 %) (Istat, 2017b).

Le profil des étrangers en Italie a évolué au cours de la dernière décennie. La part des personnes originaires d'Europe s'est renforcée : en 2017, plus de la moitié des étrangers (51,7 %) proviennent du continent, contre un tiers dix ans auparavant. L'immigration roumaine a connu une progression spectaculaire ces dernières années : la Roumanie est le premier pays de provenance de la population étrangère en Italie (23 %), alors qu'elle se classait encore au-delà du dixième rang au début des années 2000 (De Santis and Strozza, 2017). En général, l'immigration d'origine européenne est majoritairement roumaine, albanaise, ukrainienne, les extracommunautaires étant principalement originaires du Maroc et de la Chine.

La diversification et la pluralité des origines géographiques observées chez les étrangers caractérisent l'immigration en Italie ; cependant, au cours des dernières années, on observe une plus grande concentration des origines, les dix premières nationalités représentant en 2017 65 % du total<sup>3</sup>.

Au recensement du 2011 (date de début de l'enquête italienne), on compte 4 027 627 étrangers, soit 6,8 % de la population totale et on dénombre près de 1,8 million de ménages comptant au moins un adulte de nationalité étrangère à leur tête. Ces ménages se caractérisent par une plus forte présence de familles nucléaires (1,1 million), dont la plupart composées d'un couple avec enfants. Les personnes vivant seules sont moins nombreuses (657 000), tandis que les ménages complexes restent rares (par exemple, une personne adulte vivant avec une famille dans le même logement, voire deux familles) (Istat, 2014).

Malgré l'importance numérique des individus étrangers et de leur familles en Italie, les analyses qui leur sont consacrées sur les comportements, les conditions de vie et le processus d'intégration prennent essentiellement en compte des données d'enquêtes.

Actuellement, l'enquête « Condition et intégration sociale des étrangers » réalisée en 2011-2012 reste, au niveau national, la source privilégiée d'informations sur les individus et les familles étrangers.

### 3.2. Analyses descriptives

Le tableau 2 présente les caractéristiques sociodémographiques des individus inclus dans les analyses (16 170 immigrés).

La population interrogée est essentiellement féminine (56 %) et jeune, majoritairement composée de personnes originaires des pays de récente adhésion à l'UE (Roumanie et Pologne), d'Europe centre-orientale (Albanie, Ukraine, Moldavie) et

<sup>3</sup> Le cinq premiers pays d'origine en 2017 sont : Roumanie, Albanie, Maroc, Chine et Ukraine

du Maghreb (13,6 %), de personnes vivant en couples (49 % avec enfants) et déclarant travailler 62 %. La moitié des immigrés résident en Italie depuis plus de dix ans.

Les inégalités d'accès aux soins pourraient résulter de plusieurs dimensions : dans notre étude, elles sont identifiées par les obstacles liés aux discriminations du fait de l'origine étrangère et aux difficultés administratives et linguistiques.

Tableau 2. Caractéristiques sociodémographiques de la population d'étude (N= 16170).

Variables sociodémographiques		n	%
Sexe	Homme	7115	44,0
	Femme	9055	56,0
Region d'origine	Nouveaux pays UE (Roumanie, Pologne)	4287	26,5
	Europe Centrale et de l'Est	4278	26,5
	Autres pays UE	1129	7,0
	Afrique du Nord	2197	13,6
	Autres pays d' Afrique	878	5,4
	Asie de l'Est	1035	6,4
	Autres pays de l'Asie	1218	7,5
	Amerique et Oceanie	1148	7,1
Age	15-24	2279	14,1
	25-34	4408	27,3
	35-44	4770	29,5
	44-54	3026	18,7
	55 et plus	1687	10,4
Niveau d'études	Aucun diplôme et primaire	2467	15,2
	Secondaire	11945	73,9
	Supérieur	1758	10,9
Type de famille	Seul	4218	26,1
	Couple avec enfants	7978	49,3
	Couple sans enfants	2502	15,5
	Famille monoparental	1472	9,1
Durée du séjour en Italie	Après 2008	1135	7,0
	de 2008 à 2006	3509	21,7
	de 2003 à 2005	3327	20,6
	Avant 2003	8199	50,7
Statut professionnelle	En emploi	10021	62,0
	Sans emploi	6149	38,0

Source : Enquête Condition et intégration sociale des étrangers, Istat, 2011-12.

Le tableau 3 montre les résultats pour l'ensemble des enquêtés, quelles que soient leurs déclarations sur leur état de santé actuel, les effectifs ne permettant pas de mener cette analyse sur les seules personnes ayant un besoin de soin.

Parmi les immigrés âgés de 15 ans ou plus, 3 % déclarent avoir ressenti le fait d'être moins bien traités par les médecins. D'une manière globale, les femmes déclarent ce sentiment davantage que les hommes, ce qui renvoie à leur recours plus fréquent aux consultations de soins. Des différences apparaissent selon l'origine : 4,5 % des immigrées d'Afrique subsaharienne soutiennent avoir été moins bien reçues lors de leur prise de soins contre 2,2% des immigrées originaires d'Europe centre-orientale.



Les limites imposées par les barrières linguistiques et administratives peuvent constituer un véritable obstacle pour les populations étrangères en Italie (Osservatorio Nazionale per la Salute, 2013). 14,3 % des enquêtés déclarent avoir des difficultés à comprendre le médecin ; un phénomène accentué pour les femmes (15 % contre 13,2 % des hommes) qui, à l'exception de la classe 35-44 ans, a tendance à impliquer une proportion croissante de personnes avec l'âge et à diminuer avec l'allongement de la durée de séjour (35,6 % chez ceux qui sont arrivés après 2008 contre 10,6 % chez les résidents qui sont arrivés avant 2003). Les immigrés d'Asie de l'Est, (majoritairement de Chine et des Philippines) concentrent le taux le plus élevé de personnes confrontées aux difficultés linguistiques (34 %) ; il n'en est pas de même des originaires de Roumanie et Pologne qui sont nettement moins nombreux à déclarer de telles difficultés (7 %).

Les résultats concernant les obstacles bureaucratiques confirment les constats précédents. Cependant parmi les enquêtés ayant déclaré ressentir la complexité de la démarche administrative lors du recours aux soins, les hommes sont plus touchés que les femmes.

*Tableau 3. Caractéristiques démographiques des migrants vulnérables par difficultés d'accès aux soins.*

Variables sociodémographiques		Discrimination	Difficultés linguistiques	Difficultés administratives
Sexe	Homme	2,6	13,2	17,4
	Femme	3,3	15,1	13,8
Region d'origine	Nouveaux pays UE (Roumanie, Pologne)	2,6	7,8	14,2
	Europe Centrale et de l'Est	2,2	12,1	14,3
	Autres pays UE	3,1	9,1	13,3
	Afrique du Nord	3,5	19,4	17,6
	Autres pays d' Afrique	4,5	15,2	16,1
	Asie de l'Est	3,4	34,1	20,4
	Autres pays de l'Asie	3,7	30,0	22,1
	Amerique et Oceanie	3,6	7,7	9,3
Age	15-24	3,1	10,6	10,3
	25-34	3,6	14,1	16,1
	35-44	3,3	12,4	16,3
	44-54	2,9	14,7	15,4
	55 et plus	2,2	24,0	17,3
Niveau d'études	Aucun diplôme et primaire	3,2	26,5	22,6
	Secondaire	2,8	12,5	14,4
	Supérieur	3,9	9,4	11,8
Durée du séjour en Italie	Après 2008	1,6	35,6	21,0
	de 2008 à 2006	2,2	18,9	16,9
	de 2003 à 2005	3,5	12,7	16,0
	Avant 2003	3,2	10,6	13,8

Source : Enquête Condition et intégration sociale des étrangers, Istat, 2011-12.

Lecture : les proportions sont définies comme le rapport des immigrés vulnérables ayant déclaré difficultés d'accès aux soins à la population totale interrogée.

### 3.3. Analyse secondaire

Afin de procéder à une étude plus approfondie des trois dimensions identifiant la vulnérabilité sanitaire des immigrés, on a testé la contribution des déterminants sélectionnés d'après la littérature (voir sections 2 et 3).

L'analyse repose sur l'estimation de l'influence des variables liées à l'intégration sociale et au profil migratoire sur la probabilité de déclarer des difficultés dans l'accès aux soins. Pour ce faire, on a recouru à la régression logistique où trois modèles ont été évalués (tableau 4).

L'impact du profil migratoire est apprécié par le seul contrôle des variables sociodémographiques concernant le sexe, la durée de présence et l'intention de rester en Italie.

Les femmes sont davantage exposées au risque de discriminations que les hommes ; toutefois la probabilité qu'ils ressentent de la complexité de la démarche administrative est supérieure à celle de femmes.

En général une plus longue durée du séjour joue un rôle de protection (fonction protectrice) et présente donc une influence positive sur l'accès aux soins. « Cette influence positive peut aussi être interprétée comme un effet d'âge ou de génération : les individus qui sont immigrés depuis longtemps sont aussi ceux qui sont les plus âgés et qui ont donc les situations socio-économiques les plus favorables » (Safi, 2006 : 54). De fait, la probabilité de rencontrer des difficultés linguistiques et bureaucratiques lors d'un parcours de soin est respectivement 2,2 et 1,2 fois plus élevée pour les immigrés qui déclarent une présence en Italie inférieure à 10 ans.

Par contre, un projet migratoire visant à une mobilité temporaire exerce un effet délétère : les immigrés qui manifestent l'intention de quitter l'Italie ont un risque plus fort de ressentir une vulnérabilité sanitaire par rapport à ceux qui déclarent l'intention de rester.

Les modèles mettent en évidence une association significative entre l'accès aux soins et les variables étroitement liées aux interactions sociales et au sentiment d'appartenance envers le pays d'accueil. Le sentiment de solitude est associé positivement aux dimensions identifiant les difficultés d'accès des immigrés à certaines ressources ; la participation aux réseaux organisationnels et la confiance sociale facilitent l'accès aux soins. « Ainsi, la diffusion d'informations et la communication au sein d'un groupe social se traduisent, non seulement par une réduction des coûts informationnels liés, par exemple, au système de soins, mais aussi par une diffusion des normes de santé » (Berchet et Jusot, 2009 : 76). Ne pas participer de façon active à la vie sociale augmente la probabilité d'éprouver un sentiment de traitement moins favorable et la probabilité de dénoncer des difficultés administratives lors d'un parcours médical. Également, les immigrés qui ne relèvent pas un sentiment d'appartenance à la société d'accueil et qui donc manifestent la perception de ne pas être suffisamment acceptés sont davantage touchés par la vulnérabilité sanitaire.

Tableau 4. Facteurs associés à la probabilité des inégalités de santé (Odd Ratios)  
Modèles de régression logistique.

VARIABLES	CATEGORIES	Discrimination	Difficultés linguistiques	Difficultés administratives
Sexe	Homme (Réf.)			
	Femme	1,37**	1,06	0,75***
Durée du séjour en Italie	10 ans ou plus (Réf.)			
	Inférieure à dix ans	0,54***	2,23***	1,27***
Intention de rester en Italie	Oui (Réf.)			
	Non	1,25*	1,17***	1,13**
Sentiment de solitude	Beaucoup/assez (Réf.)			
	Un peu/Pas de tout	0,49***	0,48***	0,57***
Intégré/Accepté	Beaucoup/assez (Réf.)			
	Un peu/Pas de tout	3,06***	2,22***	1,56***
Participation à des groupes/organisations	Oui (Réf.)			
	Non	2,52***	0,94	1,80***
N		454	2197	2427
*** p < 0,01 ; ** p < 0,05 ; * p < 0,1	Pseudo R2 Nagelkerke	0,55	0,74	0,31

## CONCLUSION

Le système de santé italien répond-il aux besoins des immigrants?

Sur la base des indicateurs du MIPEX, l'Italie se classe 6ème sur 38 pays européens en matière de droits aux soins : des droits reconnus à tous les étrangers du fait de l'inscription au Service sanitaire national (voir annexe, encadre 2).

Cependant l'intégration demeure un aspect important et peut constituer de ce fait un obstacle pour les immigrants dans leur recours aux soins. Comment chercher de l'aide, en effet, lorsqu'on n'est pas dans un environnement favorable et sans le soutien d'un réseau social ? Comment évoquer sa maladie quand on ne parle pas et ne comprend pas la langue locale ?

Ce sont des questions que les immigrants peuvent se poser lors d'un besoin en soins médicaux et les résultats de notre étude indiquent que pour ceux-ci l'intégration est un facteur premier dans l'accès aux services sanitaires.

En Italie, les résultats des enquêtes Santé confirment que les immigrants constituent un collectif « sélectionné » à la fois par rapport à leur pays d'origine et par rapport aux Italiens : ils sont en moyenne jeunes et en bonne santé (« hypothèse de sélection à la migration »)<sup>4</sup> et même en éliminant les avantages qui en découlent du fait d'une structure par âge plus jeune, les indicateurs de santé perçus confirment de meilleures conditions de santé que les Italiens (Osservatorio Nazionale per la Salute, 2013). Le système de santé doit donc agir pour préserver ce patrimoine sanitaire et éviter qu'une intégration mal réussie de la population étrangère entraîne une aggravation des conditions épidémiologiques.

<sup>4</sup> Selon l'hypothèse de sélection à la migration, l'état de santé de la population immigrée est en moyenne meilleur que celui de la population du pays d'origine et d'accueil en raison d'une sélection liée à la santé dans le processus de migration.

Comment diriger les immigrés vers les soins médicaux ? Comment faire pour faciliter leur accès aux soins ? Comment faire pour les accompagner et leur prodiguer des soins de qualité ?

L'analyse des problèmes rencontrés par les migrants dans l'orientation vers les services sanitaires révèle une situation complexe et témoigne d'un écart important entre les objectifs de santé publique et leur traduction dans les faits. Malgré l'existence de normes reconnaissant en Italie les mêmes droits en matière de santé aux autochtones et aux étrangers, le contexte social demeure un élément qui conditionne fortement la dynamique de la santé des personnes, en particulier dans les situations de vulnérabilité.

## BIBLIOGRAPHIE

- AÍACH, P. (2010). *Les inégalités sociales de santé : écrits*. Paris : Economica, Anthropos.
- AÍACH, P., et FASSIN, D. (2004). L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé. *Revue du Praticien*, n° 54, 2221-2227.
- BERCHET, C., et JUSOT, F. (2012). État de santé et recours aux soins des immigrés : une synthèse des travaux français. *Questions d'Économie de la Santé*, 172 : 8.
- (2009). Inégalités de santé liées à l'immigration et capital social : une analyse en décomposition. *Économie publique*, 24-25.
- CARELLA, M. (2016). Les conditions de vie des familles transnationales en Italie. *Revista Internacional de Estudios Migratorios*, Vol. 6(2), 210-238.
- CARDE, E. (2007). Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins. *Santé Publique*, n° 2, 99-109.
- CHEN, J., VARGAS-BUSTAMANTE, A., MORTENSEN, K., ORTEGA, A. N. (2016). Racial and Ethnic Disparities in Health Care Access and Utilization Under the Affordable Care Act. *Medical Care*, 54(2), 140-146.
- COGNET, M. (2002). La santé des immigrés à l'aune des modèles politiques d'intégration des étrangers. *Bastidiana*, 39-40, 97-130.
- CONSEIL DE L'EUROPE (1997). Les mesures et indicateurs d'intégration. *Relations inter-communautaires*, Direction des affaires sociales et de la santé.
- FASANO, A., MIGNOLLI, N., y PACE R. (2016). *I sistemi sanitari dell'Unione europea. Nuovi modelli e aspetti multidimensionali*. McGraw-Hill Education.
- DE SANTIS, G., and STROZZA, S. (2017). *Rapporto sulla popolazione. Le molte facce della presenza straniera in Italia*. Associazione italiana per gli studi di popolazione. Il Mulino
- FERNANDES, A. and PEREIRA, M.J. (Eds.) (2009). *Health and migration in the European Union: better health for all in an inclusive society*. Lisbon: Instituto Nacional de Saúde.
- HAMEL, C., et MOISY, M. (2013). *Immigrés et descendants d'immigrés face à la santé*. Paris : INED, Documents de travail 190.
- ISTAT (2017a). Demografia in cifre, Sistema informativo – <http://demo.istat.it/>
- (2017b). *Annuario statistico italiano 2017*, Roma.

- (2014). Approfondimenti su nuclei familiari, migrazioni interne e internazionali, acquisizioni di cittadinanza. <http://censimento popolazione.istat.it>
- KRIEGER, N. (2000). Discrimination and Health. In L. F. Berkman and I. Kawachi (Eds.), *Social Epidemiology*. New York: Oxford University Press, 36-67.
- LEVITT, M., LANE, J., et LEVITT, J. (2005). Immigration Stress, Social Support, and Adjustment in the First Postmigration Year: An Intergenerational Analysis. *Research in Human Development*, 2(4), 159-177.
- KAWACHI, I., and BERKMAN, L. (2000). Social Cohesion, Social Capital, and Health. In L.F. Berkman and I. Kawachi (Eds.), *Social Epidemiology*, New York: Oxford University Press, 174-190.
- MEIDANI, A., TOULZE, M. (2017). *Introduction: santé et discriminations*. *Les Cahiers de la LCD*, L'Harmattan.
- NEWBOLD, K. B. (2005). Self-rated Health within the Canadian Immigrant Population: Risk and the Healthy Immigrant Effect. *Social Science and Medicine*, 60, 1359-1370.
- (2009). The Short-Term Health of Canada's New Immigrant Arrivals: Evidence from LSIC. *Ethnicity and Health*, 14 (3), 315-336.
- NGUYEN, A. and BENET-MARTÍNEZ, V. (2013). *Biculturalism and adjustment: A meta-analysis*. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 44, 122-159.
- OCDE (2016). *Migrations internationales : État des lieux*. (Extrait de : Perspectives des migrations internationales 2015). *Problèmes Economiques*, 3124, 5-16.
- OMS, Bureau régional de l'Europe (2010). *How health systems can address inequities linked to migration and ethnicity*.
- (2010). *Health of migrants: the way forward: report of a global consultation*, Geneva : World Health Organization.
- OSSERVATORIO NAZIONALE PER LA SALUTE (2013). *Rapporto Osservasalute*. Roma: Istituto Superiore di Sanità.
- REM (2017). Le regroupement familial de ressortissants de pays tiers en Europe: pratiques nationales. *Etudes Thématiques*.
- ROSANO, A., DAUVRIN, M., BUTTIGIE, S. C., RONDA, E., TAFFOREAU, J., and DIAS, S. (2017). Migrant's access to preventive health services in five EU countries. *BMC Health Services Research*.
- SAFI, M. (2006). Le processus d'intégration des immigrés en France : inégalités et segmentation. *Revue française de sociologie*, Vol. 47, 1.
- SEVERINO, F., et BONATI, M. (2010). Migranti e salute: tra diritto (alle cure) e reato (di clandestinità). *R&P*, 26, 50-61.
- SCHEPPERS, E., VAN DONGEN, E., DEKKER, J., GEERTZEN, J., and DEKKER, J. (2006). Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: a review. *Family Practice*, 23(3), 325-348.
- SCHNAPPER, D. (2008). Intégration nationale et intégration des migrants : un enjeu européen. *Questions d'Europe*, n° 90, Fondation Robert Schuman.
- WIHTOL DE WENDEN, C. (2009). L'Europe, un continent d'immigration malgré lui. *Études*, n.° 3 (Tome 410), 317-328.
- VAN KEMENADE, S., ROY J., and BOUCHARD, L. (2006). Social Networks and Vulnerable Populations: Findings from the GSS. *Bulletin de recherche sur les politiques de santé*, 12, 16-20.
- ZHAO, J. (2007). *Socio-economic Determinants of Health and Health Care Utilization of Recent Immigrants in Canada*.

- Préparé pour Citoyenneté et Immigration Canada.
- ZHAO, J., XUE L., and GILKINSON, T. (2010). Health Status and Social Capital of Recent Immigrants in Canada: Evidence from the Longitudinal Survey of Immigrants to Canada. In T. McDonald, E. Ruddik, A. Sweetman, et C. Worswick. *Canadian Immigration: Economic Evidence for a Dynamic Policy Environment*, Montréal et Kingston: McGill-Queen's University Press, Queen's Policy Studies Series.

## ANNEXE

### Encadré 1: *Condizione e Integrazione Sociale dei Cittadini Stranieri*

L'Enquête « Condition et intégration sociale des étrangers » a été effectuée en Italie par l'Institut national de statistique (ISTAT) en 2011-2012 auprès d'un échantillon de quelque 9600 ménages et 25000 individus. Cette enquête se proposait de dresser un portrait détaillé sur plusieurs aspects de la vie et sur le processus d'intégration des étrangers en Italie.

La population de référence est constituée des personnes vivant dans des ménages comptant au moins un membre étranger. L'unité d'étude est le ménage de facto. Les principales unités d'analyse sont les ménages privés et leurs membres ayant une citoyenneté étrangère ou naturalisés (italien par acquisition). Les individus âgés de moins de 14 ans ont été interrogés en proxy, c'est-à-dire par l'intermédiaire d'un parent ou d'un membre adulte de la famille. Le questionnaire familial a été rempli par la personne de référence, nouvelle appellation du chef de ménage, de nationalité étrangère.

*Encadré 2 : Droits de santé des étrangers en Italie*

Un étranger qui réside en Italie aura les mêmes droits et devoirs qu'un citoyen italien et devra être obligatoirement enregistré auprès du Service sanitaire national (SSN) s'il est citoyen communautaire et travailleur avec un statut d'employé ou d'indépendant, ou s'il est extracommunautaire avec un permis de séjour pour travail ou en attente d'un emploi, pour raisons familiales, d'asile politique ou d'asile humanitaire, ou en attente de l'acquisition de la nationalité italienne. Les soins de santé bénéficieront également aux membres de la famille à charge résidant régulièrement en Italie. Même s'il ne figure pas dans une de ces catégories, un étranger résidant régulièrement pourra s'inscrire volontairement auprès du SSN. C'est le cas, par exemple, des étrangers avec un permis d'études.

La condition d'irrégularité par rapport au permis de séjour ne limite pas l'accès aux services de santé. Un étranger en position illégale peut bénéficier de traitements d'urgence et essentiels, de soins pour maladie, blessure ou accident et des programmes de médecine préventive en utilisant le code STP. De plus, une femme étrangère ne peut être expulsée si elle est enceinte ou dans les six mois suivant la naissance de l'enfant. Dans ce cas, elle peut disposer d'un permis de séjour spécifique avec son mari.

Les mineurs présents en Italie ont droit à l'assistance médicale et aux soins, que leur famille soit immigrée régulièrement ou irrégulièrement ou qu'un ou les deux parents soient en situation irrégulière ; c'est là une condition garantie par des règlements qui s'inspirent de la Convention relative aux droits de l'enfant de 1989. La Convention, ratifiée en Italie et appliquée par la loi n. 176/91, vise à garantir la protection de la santé de l'enfant et prévoit pour tous les mineurs de moins de 18 ans le droit de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier des services médicaux de réhabilitation. En principe donc tous les mineurs étrangers régulièrement présents sur le territoire national ont le droit de s'inscrire auprès du SSN (Severino, Bonati, 2010).