

Que savons-nous de l'alimentation des migrants ?

Bernard MAIRE

IRD, Unité de Nutrition, B.P. 64501, 34394 Montpellier cedex 05

Bernard Maire, nutritionniste, directeur de recherche à l'Institut de recherche pour le développement (IRD), travaille au sein de l'Unité 106 (Nutrition, Alimentation, Sociétés), à Montpellier. Spécialisé dans l'étude des problèmes de nutrition des populations des pays en développement, c'est un observateur attentif des évolutions alimentaires et nutritionnelles en cours dans les pays du Sud depuis de nombreuses années. Son activité de recherche et de formation est aujourd'hui centrée sur la thématique de la transition nutritionnelle dans ces pays. Il a coordonné récemment un projet de recherche européen avec des partenaires du Maghreb sur l'impact de la transition sur l'évolution du système de santé en Algérie et en Tunisie. C'est à cette occasion qu'il s'est intéressé également à la question des migrants.

Caroline MEJEAN

UMR U557-Inserm-Inra-Cnam-Paris 13, 74 rue Marcel Cachin, 93017 Bobigny cedex

Caroline Méjean a soutenu une thèse de doctorat (Université de Paris 6) préparée sous la direction de Bernard Maire, sur « L'influence des facteurs socio-économiques, de l'alimentation et des modes de vie sur les maladies non transmissibles liées à l'alimentation chez les immigrés tunisiens vivant en Languedoc-Roussillon » qui ont fait l'objet de 3 articles dans des journaux scientifiques internationaux. Elle travaille actuellement à Bobigny, au sein de l'UMR 557 sur divers aspects de nutrition de santé publique en France, notamment en lien avec la précarité.

RESUME

Les migrants représentent une part significative de la population française. Si leur alimentation et leur état nutritionnel ont fait l'objet de relativement peu d'études en France, on note cependant d'importantes disparités selon le genre, le lieu de naissance, la génération d'immigration, la durée de résidence ou encore le degré d'acculturation. La relation entre la situation du pays d'origine et celle du pays de migration s'avère en outre particulièrement complexe.

Une meilleure connaissance des comportements alimentaires des populations migrantes vivant en France constitue un enjeu de connaissance important pour les différents acteurs des secteurs de l'alimentaire, de l'action sociale et de la santé publique.

Conférence de Bernard Maire du 7 octobre 2008

La Lettre Scientifique de l'IFN engage la seule responsabilité de son auteur.



INTRODUCTION

Au cours des dernières décennies, les migrations des pays du sud vers les pays industrialisés ont modifié significativement le paysage démographique des pays hôtes. Elles ont entraîné à la fois des changements importants des modes de vie et d'alimentation de ces migrants comme des répercussions durables sur nos sociétés, ces changements ayant une incidence sur plusieurs générations - quelques mille jeunes gens interrogés sur la nourriture la plus typique de la ville de Berlin en 2007 auraient parait-il répondu en majorité : le kebab ! -.

Si la France a été autrefois un pays d'immigration massive, elle l'est moins aujourd'hui contrairement aux pays qui nous entourent (Héran, 2004), l'Europe restant encore globalement le premier continent d'immigration. Pour autant, même si le phénomène est déjà ancien, notre connaissance de cette population migrante est limitée tout du moins dans le domaine de l'alimentation et de ses répercussions diverses, en matière de santé et de nutrition. On connaît davantage de choses sur les processus d'acculturation ou d'adaptation concernant l'alimentation au sens large, incluant les modes d'approvisionnement et de consommation, grâce à des travaux réguliers d'anthropologie et de sociologie ; ceux-ci toutefois n'ont concerné que des segments particuliers de migrants, ce qui ne permet pas d'avoir toujours une vision d'ensemble de la situation et de son évolution, même si cela ne remet pas en cause les apports théoriques importants de ces travaux en sciences humaines. Et, à notre connaissance, les travaux d'économie associés à ces phénomènes d'alimentation et de migrations sont relativement peu nombreux.

D'une manière générale, de nombreux acteurs, souvent du domaine associatif et généralement à un niveau local, ont mené ou mènent des réflexions et des enquêtes ou travaux divers sur ce thème. Mais ces études, plus souvent de nature qualitative que quantitative, ont porté sur de petits échantillons qui n'étaient pas nécessairement représentatifs compte tenu de la forte hétérogénéité de ces populations en France, et ont laissé peu de traces écrites durables et faciles à repérer. Cela ne contribue pas à élargir la réflexion ni à avoir une vue d'ensemble progressive de cette question de l'alimentation et de la nutrition des migrants dans notre pays. D'autres considérations contribuent à décourager ce genre d'études : la difficulté statistique de repérer et quantifier une population mal identifiée et assez mobile, et surtout de plus en plus la crainte de certaines associations de stigmatiser inutilement des populations particulières en mettant en exergue certaines de leurs caractéristiques, dans un contexte d'opinion qui, il faut bien le reconnaître, ne leur est pas toujours favorable. Après un débat récent, en France, le Conseil Constitutionnel a quant à lui estimé que les études sur la mesure de la diversité des origines peuvent être entreprises si elles portent sur des données 'objectives' et ne reposent pas sur l'origine ethnique.

POPULATIONS MIGRANTES

Il est important de préciser en quelques mots de qui il s'agit lorsque l'on parle de migrants, de comprendre l'évolution dans le temps du phénomène et de repérer la place de ces groupes dans la société française. La migration est non seulement un processus de changement de lieu (latin *migrare*) mais aussi un processus de changement social durant lequel une personne se déplace d'un cadre culturel vers un autre afin de s'y installer pour une longue période ou de manière permanente (Syed 2003). Les personnes peuvent migrer d'une région rurale vers une région urbaine, entre pays voisins ou sur de plus grandes distances. Il existe donc une large variété de processus de migrations, processus qui englobe les conditions de vie dans le lieu d'origine (pays), durant le voyage et dans le lieu hôte (Kristiansen, 2007).

Il est important aussi de préciser qu'il n'existe pas de terminologie universellement acceptée pour décrire les immigrés, les groupes ethniques nés à l'étranger et leurs descendants (Bollini et Siem, 1995 ; Ma *et al.* 2007). Selon les points de vue historiquement et socialement établis dans une société, les termes 'migrants', 'immigrés', 'minorités ethniques' et 'communautés ethniques' peuvent être absolument légitimes dans un pays et être perçus comme erronés, voire offensants, dans un autre. De plus, il existe une grande diversité parmi les migrants : les demandeurs d'asile, les déplacés au niveau international, les réfugiés, les travailleurs immigrés, les étudiants internationaux, les migrants qui rejoignent leur famille, les migrants en situation irrégulière (IOM, 2005).

En France, d'après la définition adoptée par le Haut Conseil à l'Intégration en 1991, la population immigrée est composée des personnes qui résident en France et qui sont nées étrangères dans un pays étranger (ce qui exclut les personnes nées dans les DOM-TOM). Ainsi les immigrés ne sont pas tous étrangers, du fait de l'acquisition par certains de la nationalité française, et tous les étrangers ne sont pas nécessairement immigrés, du moment qu'ils sont nés en France. Mais la majorité des immigrés sont restés des étrangers (environ 60 % selon l'Insee en 2005). A l'issue du recensement de 2004 on estimait à environ 5 millions de personnes la population immigrée résidant en France métropolitaine, soit 8,1 % de la population totale (Borrel, 2006), contre 7,2 % en 1990.

En fait, le terme générique de 'migrants' que l'on utilise souvent dans les études sur l'alimentation et la nutrition, recouvre non seulement les immigrés dits de première génération, comme définis ci-dessus, mais aussi les personnes nées dans le pays d'accueil avec un ou deux parents nés à l'étranger (ce sont alors des migrants de deuxième génération), voire les personnes nées dans le pays d'accueil avec des parents nés aussi dans le pays d'accueil et un ou deux grands-parents nés à l'étranger (migrants dits de troisième génération). L'intérêt de considérer ces groupes successifs de migrants est de nous renseigner sur le maintien des conditions d'alimentation d'origine au fil des générations. Les migrants de deuxième génération en France en 2004 représentaient 2,3 millions de personnes.

Les causes incitant les migrants à quitter leur pays sont diverses (chômage, pauvreté, faim, guerre, âge, sexe, etc.), celles les incitant à choisir le pays d'accueil également (formation, opportunités d'emploi, langue, proximité géographique, libertés politiques ou religieuses, regroupement familial ou communautaire). Il existe donc de grandes différences qui vont jouer sur la nature forcée ou volontaire de la migration et conditionner la capacité ou la volonté de s'intégrer plus ou moins rapidement dans le pays d'accueil, notamment selon que la notion de retour prévu est plus ou moins précise dans le temps.

De fait, en France, les origines géographiques des immigrés se sont modifiées au cours du temps, ainsi que les motifs principaux d'immigration. A une immigration ancienne européenne (Espagne, Italie, Pologne), aujourd'hui en net recul mais encore autour de 40 % en 2004 (Portugal, Europe orientale notamment), a succédé une forte immigration en provenance du Maghreb (31 %) ; plus récemment les immigrés proviennent d'Afrique au sud du Sahara (12 %) et d'Asie (14 %).

Dominée historiquement par la demande et l'offre de travail l'immigration s'est concentrée dans les régions urbanisées ou industrielles, soit la façade est, l'Ile-de-France et les régions méridionales (Borrel, 2006).

Parmi les évolutions récentes les plus notables, les migrations pour motif familial (regroupement) ont pris une grande importance et le pourcentage de femmes immigrées est désormais identique à celui des hommes (plus du tiers des immigrés étaient en couple

à leur arrivée en France, mais aussi plus du tiers des immigrés en couple sont en union avec une personne non immigrée). Ceci a naturellement changé profondément la notion de retour au pays d'origine et accéléré le processus d'installation pour un certain nombre de ces migrants. Enfin, bien que le niveau socio-économique des immigrés soit resté en général plus faible que celui du reste de la population, avec notamment une exposition double au risque de chômage ou à des conditions d'emploi et de logement précaires, avec une sur-représentation dans le milieu ouvrier et pour les femmes dans le service direct aux personnes, leur niveau d'éducation a progressé : ceux qui ne possédaient que le niveau d'études primaires a chuté de 81 % en 1982 à 42 % en 1999 et aujourd'hui ils sont presque aussi souvent diplômés du supérieur que le reste de la population (Tavan, 2005). On voit bien ainsi que les études menées à différentes époques ne recouvrent pas la même réalité de la migration.

PRATIQUES ALIMENTAIRES

La migration entraîne un degré variable de perte de repères alimentaires (types d'aliments, façon de les cuisiner ; coût, lieu d'approvisionnement ; temps, lieu et acte social de la consommation) qui touche à l'identité même des personnes concernées et oblige à des adaptations plus ou moins fortes. Ils sont soumis à une pluralité de normes, et l'observation et la compréhension de l'adaptation des migrants à leur nouvel environnement a suscité un certain nombre de travaux en sociologie et anthropologie, qui ont porté tantôt sur les circuits d'approvisionnement, le choix et la substitution de produits, le recours à des réseaux informels (Hassoun, 1997 ; Bouly de Lesdain, 2002 ; Raulin, 1990), les métissages ou les polymorphismes alimentaires (Corbeau, 2000 ; Tibère, 2005 ; Hubert, 2000), les pratiques culinaires (techniques de préparation, modes de cuisson) (Giraud, 2007) et sur la place des plats culturels et leur rôle dans la construction identitaire du groupe (Hubert, 1995 ; Baland, 1997 ; Hassoun, 1997). Peu de travaux nous semblent avoir concerné les migrations anciennes de l'Europe du Sud (Frossard Urbano, 1988) ; les observations se sont concentrées sur les migrants en provenance de pays en développement d'Asie et d'Afrique. Ces travaux sont finalement peu nombreux au regard d'autres champs traités par les sciences sociales.

Ainsi, d'un point de vue descriptif on a montré par exemple que les Vietnamiens et Cambodgiens en France substituent assez vite le petit déjeuner à la française à leur repas traditionnel du matin, 'francisent' leur déjeuner dès lors qu'il est pris à l'extérieur (cantines ou lieu de travail), substituent progressivement la viande (rouge, surtout) au poisson et la sauce *Maggie* au *nuoc mam* pour diverses raisons d'ordre pratique (prix, approvisionnement) ou social (problème des odeurs fortes qui peuvent gêner les voisins). Si les légumes restent très présents dans cette alimentation, on procède à une diversification avec les légumes français ; enfin la structure traditionnelle à trois plats (potage, plat salé, plat sauté) s'appauvrit, avec deux plats, voire un seul. Tout ceci oblige à des adaptations marquées de la part des ménagères, qui, confrontées aussi à un manque de temps, finissent par réduire le nombre de modes de cuisson traditionnellement assez variés. Ainsi l'identité ethnique liée à l'alimentation disparaîtrait en partie au quotidien face aux contraintes de l'environnement mais serait sauvegardée lors de repas festifs avec toute la sociabilité qui leur est liée (Nguyen Xuân Linh, cité dans Hassoun 1997). L'éducation toutefois cherche à concilier les connaissances et les pratiques des deux sociétés, d'origine et d'accueil, afin de garantir une bonne intégration des enfants souvent nés en France. Des observations similaires ont été faites pour les immigrés d'origine laotienne, soulignant leur souplesse pour gérer les contradictions apparentes dans les recommandations face aux pratiques traditionnelles (Strigler, 2007).

En ce qui concerne l'alimentation des migrants maghrébins en France, Houdaigui dans une synthèse bibliographique de travaux

très divers, a présenté les différentes stratégies d'approvisionnement : lorsque le produit appartient autant à la tradition de l'immigré qu'à la société d'accueil, l'achat ne soulève aucun problème et le marché (pour la fraîcheur) comme le supermarché sont largement utilisés. Mais dès lors que le choix du produit suit l'observation de prescriptions religieuses, le groupe met en œuvre des réseaux particuliers d'approvisionnement, comme en témoigne le développement des boucheries 'halal' où l'animal est sacrifié selon un rite précis, et maintient largement encore les interdictions concernant le porc ou l'alcool. Comme précédemment, les modes de cuisson subissent des changements en fonction des impératifs de temps, les longues cuissons de plats en sauce cédant alors le pas à des grillades ou fritures (Mabe, 1985 ; Houdaigui, 1991). Les repas également subissent des changements proches de ceux déjà constatés pour les Vietnamiens : désocialisation rapide du petit déjeuner ou du déjeuner quand celui-ci doit être fréquemment pris à l'extérieur (cantines), le repas du soir restant alors fortement marqué par la spécificité ethnique ainsi que les repas de fête, véritables repas de rupture par rapport au quotidien et vecteurs de réappropriation des origines (Calvo, 1982).

A noter un rare travail sur des migrants marocains ouvriers agricoles dans le Sud Ouest (Crenn, 2001). On retrouve comme en ville, pour l'approvisionnement, le souci majeur de la recherche de viande 'halal', où s'entremêlent différentes logiques : religieuse, sanitaire (origine de l'alimentation du bétail) et collectif (présence des cousins à l'abattage de la bête). La contrainte de ces approvisionnements entraîne une plus faible consommation, au profit des légumes. Sinon, la fréquentation régulière des supermarchés par ceux qui disposent d'une voiture est vécue comme permettant des économies financières réelles au même titre que les non immigrés. Il reste encore une division relative par sexe des achats, les hommes assurant le ravitaillement de base, notamment les achats en gros pour 2 ou 3 mois de semoule et de pâtes, tandis que les femmes s'occupent de l'appoint au quotidien. On note que les légumes peuvent faire l'objet également d'achats en gros directement auprès de maraîchers locaux ; ils sont ensuite congelés pour la semaine. La référence à la campagne est très importante toujours pour se rassurer sur le côté sain et de bonne qualité des produits. De même l'auto production (jardinage) reste privilégiée quand cela est possible. Le marché hebdomadaire, lieu de sociabilité mixte avec l'ensemble de la population, semble effacer pour un moment les différences habituelles entre sexes de la vie quotidienne.

Enfin une nouvelle progression s'effectue avec les enfants qui ramènent à la maison des exigences de goûts différents : frites, laitages, pizzas, chocolat qui finissent par être partagés par le reste de la famille elle aussi régulièrement exposée à l'alimentation française ; s'ajoute enfin un gain de temps en même temps qu'un souci diététique avec la cuisine française qui convainc assez vite les femmes. La pression sociale devenant de plus en plus forte en matière de santé et d'image du corps, Crenn conclut, reprenant un terme de Levi-Strauss, que ces familles « bricolent » en réponse aux injonctions de santé de la société majoritaire, recherchant une meilleure pratique du « manger sain » au fil du temps tout en tenant compte des réalités économiques. Il y a donc changement dans la continuité ce qui permet de s'adapter à certaines normes occidentales incontournables tout en perpétuant les habitudes alimentaires « marocaines », lesquelles sont perçues comme réellement différentes par les intéressés. Pour les plus jeunes le couscous reste incontestablement emblématique, un véritable marqueur identitaire, même si dans le même temps il a littéralement « envahi » la consommation française à tous les niveaux. Enfin la pratique du ramadan, autre exigence religieuse et sociale, marque profondément l'alimentation autour de cette période de l'année.

Il est intéressant de constater que contrairement à ce qui était attendu, la consommation de viande halal n'a pas diminué mais

a au contraire augmenté avec la féminisation de l'immigration ; la viande, proportionnellement moins chère en France qu'au Maghreb, est devenu progressivement un aliment ordinaire comme pour le reste de la population, tandis que le souci de l'égorgeage a en partie disparu au profit de la notion de pureté et de qualité du produit. Puis c'est devenu porteur pour les jeunes générations d'une forte charge symbolique et émotionnelle qui dépasse maintenant la seule viande pour englober toute une série de produits, et dépasse le cadre religieux traditionnel strict, renvoyant à des notions morales de respect, justice, droiture, bref à une façon de vivre positive et affirmée comme telle publiquement. Il ne s'agit pas bien sûr d'une évolution spécifique à la France, ce qui se passe ailleurs en Europe et dans le monde musulman joue un rôle important (Bergeaud-Blackler, 2005).

Lamine dans un travail récent a tenté de comprendre comment évoluent les pratiques alimentaires dans les familles tunisiennes émigrées en France comparativement à celles qui restent au pays (Lamine, 2006). Elle constate que les évolutions dépendent de la trajectoire individuelle (région d'origine, durée de vie en ville, en France, liens aux tunisiens en France et fréquence des retours au pays d'origine). Si le maintien de la tradition alimentaire est assez fort chez les femmes des premières générations, tout comme chez les femmes d'âge mur en Tunisie, il y a atténuation progressive en France par l'adoption de nouveaux plats (mais ils sont souvent en partie re-culturalisés, par exemple par l'ajout de condiments traditionnels). Un des intérêts de ce travail est de montrer qu'il y a une sorte de rebond chez un certain nombre de jeunes ménages, alors même que leurs propres parents s'étaient entre temps largement « occidentalisés ».

En fait, plutôt qu'un effacement des traditions, en France, on observe une conservation différentielle et déléguée ; ainsi la *oula*, un ensemble d'aliments de conserve préparés pour l'année et conservés dans une pièce spécifique, et bon indicateur d'évolution au même titre que le *hallal* ou les condiments, reste présente pour certains produits très symboliques (le *tabel*, le *qaddid*), tandis que d'autres sont maintenant achetés, ou alors on délègue leur préparation à sa mère, sa grand-mère ou une voisine. En outre un sentiment dominant est que l'alimentation dans le passé était naturellement bonne pour la santé, mais qu'elle est devenue plus risquée maintenant et exige de faire davantage attention. Cette opposition se retrouve là encore aussi bien entre passé et présent en Tunisie, qu'entre France et Tunisie aujourd'hui pour les immigrés. En somme, l'évolution des pratiques alimentaires reste très diverse et dépend largement des conditions sociales et du niveau de sociabilité dans lequel sont les migrants. La fréquence des retours intermédiaires au pays jouent enfin un rôle très important.

L'analyse de l'alimentation des immigrés originaires d'Afrique subsaharienne n'est pas chose facile tant ils relèvent d'une grande diversité d'aires culturelles de provenance et de milieux sociaux d'appartenance, ainsi que de structures familiales variées (monogames, polygames ou monoparentales). Les styles alimentaires peuvent néanmoins relever de deux grandes catégories selon l'aliment de base qui le compose : la cuisine sahélienne (à dominante céréalière : mil, sorgho, riz, maïs) et la cuisine forestière (caractérisées par la présence d'amylacées : manioc, igname, banane plantain). Dans les deux cas, on a un plat unique accompagné d'une sauce qui donne du goût autant qu'une bonne valeur nutritionnelle au plat. A partir d'un nombre important d'observations Calvo a montré que le passage d'un contexte alimentaire à un autre a des influences très sensibles sur la presque totalité des dimensions publiques et privées de l'alimentation ; «... des faits de permanence conservatoire, s'accompagnent de faits de changement radical ; entre ces deux pôles, apparaissent des faits intermédiaires ... signifiant la recherche d'un réajustement entre passé et présent» (Calvo, 1997). D'où l'apparition de réseaux informels (dons, contre-dons, troc, échange) d'approvisionnement en éléments de la sauce qu'on ne peut trouver en France (huile de palme non raffinée, gombo, feuilles-

légumes, viande de gibier, etc.) ou inversement mise en place de substitutions sur les aliments de base, enfin adoption de certains aliments nouveaux (steak frites, purée 'mousseline', pâtes), mais pas facilement de certains autres (cruautés). On peut citer aussi le cube 'Maggie', devenu également très populaire en Afrique.

Ainsi les migrantes camerounaises en région parisienne (Bouly de Lesdain, 2002) ont développé des réseaux sociaux actifs d'approvisionnement en produits de leur pays de façon à en maintenir la consommation malgré les difficultés d'approvisionnement dans le commerce régulier (ou face à l'incertitude quant à leur nature exacte, leur valeur gustative et sanitaire). La circulation de ces biens alimentaires consolide des réseaux sociaux existants et en crée d'autres, favorisant ainsi une intégration à un espace géographique, économique et social élargi reposant sur ces modes d'approvisionnement : « L'espace social des migrants intègre ici les dimensions économique (les différentes formes de l'échange), politique (consommation ostentatoire), sociale (réseaux familiaux, amicaux, mais aussi types d'interaction associés aux modes d'échange), mais aussi liées à une conception du monde (référence à la sphère occulte) et des biens (association qualité des denrées du pays/sphère domestique) ».

Les africains viennent cependant en général de sociétés dans lesquelles les pratiques alimentaires font l'objet de préférences ou d'interdictions en fonction du sexe, du rang dans le groupe familial, et du statut social des consommateurs (Barou et Verhoeven, 1997). Les préparations sont codifiées et leur consommation est une manière de transmettre des comportements reflétant l'image que la famille veut donner d'elle-même et la position sociale qu'elle occupe dans son groupe. Et la vie se déroule sous le regard de la famille au sens large, avec une grande notion de partage, incluant celui de repas. Confrontées à des pratiques différentes dans le pays d'accueil ces familles sont attirées par le côté 'bonnes manières', porteur d'intégration selon eux, et essaient de l'inculquer à leurs enfants. D'où le moindre attrait pour une consommation rapide et peu disciplinée du type cantine ou fast-food, malgré la pression du pouvoir d'achat limité et du temps à économiser. La nécessité d'adaptation peut être l'occasion d'une renégociation du partage des rôles concernant l'utilisation de l'argent pour les achats alimentaires, la charge des approvisionnements et la gestion des manières de consommer traditionnelles ou nouvelles. En général, là encore les hommes s'occupent des achats en gros (viande, huile, farine, riz, tomate en boîtes, etc.) qui s'effectuent dans des magasins de quartier tenus par des africains ou des maghrébins (quartier Barbès-Rochechouard, métro Château rouge, à Paris) ou dans divers foyers de travailleurs africains de la région parisienne, et les femmes s'occupent des dépenses moins coûteuses comme le lait, les boissons gazeuses (en grandes surface) et les fruits et légumes (sur les marchés). Souvent la situation d'immigration ne fait en fait qu'accroître le partage des rôles existant dans la société d'origine. La préparation du repas est presque exclusivement du ressort des femmes, aidée de leurs enfants ou de parents. La séparation entre sexes et classes d'âge, fréquente dans la société d'origine, s'estompe par contre, le repas étant alors pris en commun par toute la famille, tantôt en plat commun tantôt en assiette individuelle avec couverts. Le souhait des parents est de voir les enfants maîtriser les deux modes de consommation, du pays d'origine et du pays d'accueil, comme pour le reste des domaines d'éducation des enfants.

L'insertion dans un nouveau contexte est donc le lieu de production d'une nouvelle socialisation alimentaire (Calvo, 1997) qui va intégrer de façon concomitante les deux systèmes d'organisation passé et récent de l'alimentation. Pour Calvo, aucun des deux cadres explicatifs appliqués aux questions liées à la migration : « l'identitaire » et « l'assimilationniste » ne répond pleinement à toutes les questions posées. Une troisième orientation suggérée par les observations indiquerait que les faits alimentaires sont moins liés à un déterminisme culturel immuable qu'aux conditions qui sont ac-

cordées à ces groupes pour leur insertion, autrement dit à la place qui leur est laissée dans la structure sociale du pays d'accueil. Il s'agirait donc plutôt d'un continuum avec trois stades ou variantes d'adaptation : le style alimentaire dichotomique, avec substitution progressive de la culture d'origine par la culture du pays d'accueil ; le style dual avec coexistence de deux cultures et compromis selon les occasions ; le style anémique avec déculturation et désocialisation. La question d'une déstructuration a été posée, comme l'a noté Lamine, pour des familles migrantes défavorisées originaires du Maghreb au vu de l'impact inquiétant sur la santé de leurs jeunes enfants. Le croisement avec la précarité est effectivement une dimension importante à prendre en compte. Pour autant l'anomie et l'individualisation ne sont pas le lot de tous les migrants, certains résistant visiblement mieux que d'autres.

Pour d'autres auteurs il y a accumulation de divers pôles d'influence (traditionnel, technico-occidental, moderniste, individualiste) qui se stratifient et se combinent entre eux selon les circonstances de manière pragmatique. Comment les migrants construisent leur nouvelle identité alimentaire face à ces normes successives reste une question d'actualité. Calvo remarque que les études disponibles sont encore trop souvent tributaires de « l'anecdote alimentaire » liée à de petites études sans représentativité suffisante pour mesurer les phénomènes et permettre de réelles comparaisons, ni repenser de manière plus fondamentale les processus de restructuration sociale en cours (Calvo, 1997).

Enfin, comme le soulignent les sociologues en général, l'innovation peut être souvent antérieure au déplacement, ce qui doit conduire à une relative prudence dans l'interprétation des changements liés à la migration suite à une observation limitée dans le temps ; il s'agit de considérer la sociologie du changement dans les pays d'origine plutôt qu'une sociologie de « l'exotique en France » (Bouly de Lesdain, 2002). La même observation peut être faite s'agissant de l'analyse de la situation nutritionnelle ; il faut tenir compte des changements rapides qui opèrent dans le même temps dans les pays d'origine (Méjean, 2007).

Sur un autre plan, divers travaux nous renseignent sur l'impact social et économique de l'introduction par une part significative de la population, les immigrés, d'« exigences » en matière de produits ou de plats étrangers aux yeux du reste de la population française, mais aussi d'un « savoir-faire » nouveau permettant de varier les sensations culinaires. Cela va de l'essor de l'offre de viande hallal, qui dépasse aujourd'hui largement la seule communauté immigrée musulmane (Bergeaud-Blackler, 2005), et son impact sur un pan très vaste du secteur de la consommation (en boutiques et supermarchés ; viandes mais aussi plats préparés ou fast-food, type pizza, plats à emporter, hamburgers, etc.), au commerce et à la consommation de plats ou de produits exotiques (sur certains marchés ou boutiques plus ou moins spécialisés, mais aussi de très nombreux restaurants 'étrangers').

On note aussi bien la création de véritables centres communautaires permettant de retrouver ses racines en exil mais où la mixité au niveau des approvisionnements alimentaires, notamment n'est pas exclue (juifs tunisiens du quartier de Belleville à Paris ; Simon, 2000), que plus modestement la revitalisation de quartiers commerçants délaissés comme à Bordeaux (Bergeaud-Blackler, 2005). On passe ainsi progressivement (Tabuna, 2005) d'un marché de 'diasporas' (aliments ethniques authentiques) à un marché de masse des aliments ethniques (aliments ethniques 'markétés') assurant une dissémination plus large dans tous les types de commerce et pour tous les segments de la population (depuis la pizza et les pizzerias jusqu'aux restaurants vietnamiens et aux nem en supermarché ou en vente à emporter ; etc.) qui génère une croissance annuelle de 20% et un chiffre d'affaires estimé à 7 milliards d'euros. Si les échanges de traditions alimentaires d'origines diverses ne sont pas nouveaux et pas liés à la seule immigration, celle-ci y a fortement contribué en France comme ailleurs.

Ces différents travaux montrent le caractère socialement « construit », mouvant et dynamique des « modèles alimentaires » que les acteurs en situation de migration ont tendance à présenter comme immuables et stables (Suremain & Chaudat 2006, Introduction).

Mais la plupart de ces travaux ne nous renseignent que très peu sur ce que mangent réellement dans le détail les immigrés de diverses origines, notamment en quelles quantités, ni sur ce qu'est le statut nutritionnel et de santé résultant. Et les travaux sur ces aspects plus spécifiques là encore sont rares, la plupart des études générales sur la population française ne pouvant rendre compte aisément de cette sous population d'immigrés : les échantillons sont insuffisants pour ce niveau de désagrégation, ou bien la question de l'origine des parents n'est pas posée ; ce n'est souvent que par le biais d'études plus spécifiques sur la précarité par exemple qu'on accède à des données de ce genre, avec un biais évident.

CONSOMMATION ALIMENTAIRE ET ETAT NUTRITIONNEL

L'enquête de consommation alimentaire la plus complète concernant des groupes d'immigrés en France remonte déjà à 1986-87 (Wanner *et al.*, 1995). Elle a comparé à l'époque les consommations de personnes originaires d'Italie, Espagne et Portugal d'une part, d'Afrique du Nord d'autre part à celle d'un groupe de personnes nées en France. Les résultats indiquaient globalement une plus faible consommation de viande et produits laitiers, une plus forte consommation de céréales, de légumes et de fruits (sauf le groupe originaire du Maghreb), et une consommation plus élevée de poisson chez les Espagnols et Portugais. Il y avait plus d'huile (d'olive, surtout), de pommes de terre et de citron consommés par les groupes issus du Portugal et du Maghreb par comparaison avec des Français de même niveau socio-économique, ce qui correspond assez bien à la notion de régime méditerranéen. Les données de consommation de groupes défavorisés en France dans les années 1990 montraient aussi une plus faible consommation de viande et de produits laitiers, mais aussi de fruits contrairement aux immigrés.

A la même époque une enquête a comparé la consommation alimentaire de deux groupes d'hommes et femmes originaires de France ou du Maghreb en Seine-St-Denis sous l'angle des apports en nutriments (Miossec et Valensi, 1997). Il s'agit cependant d'un échantillon beaucoup plus limité. Les résultats indiquent tout d'abord des apports énergétiques plus élevés chez les Maghrébins, hommes (2826 kcal/j) comme femmes (2418 kcal/j), largement excessifs apparemment pour des adultes sans grande activité physique ; pour autant si l'indice de masse corporelle (IMC) moyen était plus élevé chez les femmes d'origine maghrébines (27,2 kg/m²) que chez les femmes nées en France (24,2 kg/m²), ce n'était pas le cas pour les hommes (25,6 contre 26,2 kg/m² respectivement) ; ceci serait en faveur d'une activité physique tout de même plus soutenue chez les hommes que chez les femmes du Maghreb dans ce contexte. L'équilibre en macronutriments par contre est meilleur chez les maghrébins d'origine en général, notamment pour les lipides (35,4 % contre 39,9 %). De même l'équilibre en acides gras saturés et insaturés est meilleur également, même s'il apparaît aux auteurs de cette étude que les habitudes alimentaires traditionnelles, encore vivaces avec des protéines animales moins consommées, et de l'alcool très peu consommé, s'estompent déjà chez ces personnes ; notamment en ce qui concerne la moindre consommation d'huile d'olive (qui serait apparemment de plus en plus remplacée par le beurre), et une consommation de sucres simples comparable déjà à celle des Français d'origine. Sur le plan nutritionnel, les auteurs ont constaté une moins bonne tolérance glucidique chez ces sujets d'origine maghrébine, les femmes surtout, avec une insulino-résistance relative.

Davantage d'études ont été réalisées chez les femmes et les jeunes enfants. Rovillé-Sausse a étudié la grossesse de femmes immigrées de diverses origines (Maghreb, Afrique subsaharienne, Turquie, Sri-Lanka, Chine et France) suivies dans un hôpital parisien en 1997 (Rovillé-Sausse *et al.*, 2001). Le gain de poids gestationnel était en général plus faible chez les femmes d'origine étrangère (sauf les Turques) que chez les femmes nées en France ; mais les poids de naissance, bien que plus faibles dans certains cas, étaient satisfaisants, en moyenne plus élevés - et le taux de petits poids de naissance plus faible - que dans le pays d'origine. Ceci est important quand on sait l'importance de la programmation fœtale sur les risques de maladies chroniques plus tard dans la vie adulte (Barker, 1998). Plus récemment, Rovillé-Sausse a comparé des femmes enceintes d'une trentaine d'années en moyenne nées en France et en Espagne à des femmes enceintes immigrées d'origine marocaine vivant dans les deux pays (Prado *et al.*, 2004). Les femmes maghrébines avaient une corpulence (IMC) plus élevée que les autres. Le gain de poids au cours de la grossesse était aussi plus élevé chez les femmes nées en France, mais identique lorsqu'on exprime en points de corpulence (+ 5 environ). Si les poids de naissance, satisfaisants, ne sont pas différents, la corpulence est systématiquement plus élevée ensuite chez les enfants d'origine maghrébine jusqu'à l'âge de 18 mois, et il l'est davantage chez ceux qui vivent en France plutôt qu'en Espagne. Or l'allaitement maternel est pratiqué pendant les six premiers mois par 90 % des femmes maghrébines en Espagne, mais pour 8 semaines en moyenne par les femmes d'origine maghrébine en France (et dans une proportion de 78 % seulement), ces dernières pratiquant alors un allaitement mixte jusqu'à 19 semaines. Des pratiques alimentaires très différentes donc selon le pays d'accueil, mais aussi liées au fait que l'immigration de ces femmes étant plus récente au Maroc, elles ont davantage gardé la tradition du pays d'origine en la matière. Il n'y avait pas d'obésité à 2 ans chez les enfants au Maroc, alors que la prévalence était déjà de 8 % chez les enfants d'origine maghrébine en France. Pour des enfants de deuxième ou troisième génération d'origine maghrébine, on constate donc bien en France une forme d'occidentalisation des habitudes alimentaires dès la naissance.

Nombre de ces mères fréquentent les centres de protection maternelle et infantile (PMI) ; elles en constituent même une large majorité des consultantes (Rovillé-Sausse & Leroux, 2001). Le suivi médical de ces femmes allié à une amélioration du statut socio-économique a induit des changements nutritionnels marqués en même temps que les changements d'alimentation. Ainsi au cours de la croissance l'indice de corpulence des jeunes enfants dont les parents sont originaires du Vietnam (Rovillé-Sausse, 1994), du Maghreb (Rovillé-Sausse, 1996) ou d'Afrique subsaharienne (Rovillé-Sausse et Sossah, 1999) évolue très différemment de celui des enfants issus de parents nés en France.

Les enfants d'origine maghrébine par exemple reçoivent rapidement des bouillies de céréales en complément du lait maternel, et leur alimentation après sevrage est de moins en moins proche du régime méditerranéen traditionnel, se conformant au contraire de plus en plus à un régime occidental riche en viande, graisses et sucres avec des modifications quantitatives et qualitatives importantes des teneurs en énergie et nutriments. Ceci expliquerait la plus grande fréquence de surcharge pondérale de ces enfants. Il est à noter que la fréquence du diabète de type II chez les parents serait de 9 % (Rovillé-Sausse, 2007) ; ce chiffre était plus faible dans les pays d'origine il y a quelques années mais il tend vers des prévalences similaires actuellement. Une enquête indépendante, ancienne, avait noté aussi des problèmes de carence en vitamine D (Colmant *et al.*, 1985) ; ils étaient fréquents au Maghreb aussi à l'époque, mais cela a nettement évolué depuis. Aucune étude récente ne semble avoir été réalisée pour en mesurer l'évolution dans ces populations en France.

Les enfants d'origine vietnamienne dont la croissance pondérale ralentit nettement à partir du 5^{ème} mois, mais qui restent en parfaite santé, reçoivent généralement une alimentation traditionnelle à base de riz, poisson, volaille et beaucoup de légumes, complétés souvent par des produits lactés (peu présents encore dans le pays d'origine). Leur alimentation est beaucoup moins riche en graisses et en sucres que celle de la moyenne des enfants français.

Une étude récente a exploré également le statut des enfants d'origine chinoise suivis dans une PMI à Paris (Rovillé-Sausse, 2005). Il s'agissait de familles de restaurateurs ou de commerçants jouissant d'un niveau socio-économique satisfaisant. A la naissance seulement 10 % de bébés chinois ont été allaités au sein contre 55 % des bébés français dans le même environnement et alors que les enfants chinois sont allaités au sein en Chine de manière exclusive sur de longues périodes. Ils ont donc été nourris pendant 10 mois environ de laits diététiques et de riz. L'analyse des quantités a montré que 30 % des enfants cependant ne recevaient que 50 % de ce qui est recommandé, avec un risque de carence en énergie, calcium, phosphore, magnésium, vitamines B1, et C. Par contre l'introduction progressive de différents types d'aliments (légumes, viande, poisson, œufs) se faisait de façon plus tardive que pour les enfants non immigrés, et de façon similaire à ce qui se passe en Chine. Une fois sevrés, les enfants chinois immigrés en France consommaient moins de repas (3 au lieu de 4 pour les Français), beaucoup moins de lait (remplacé par des nouilles et du riz), et nettement moins de fruits ou de jus de fruits que les non immigrés. Le poisson et la volaille par contre étaient plus fréquents. Enfin 84 % des enfants chinois contre 23 % des enfants français consommaient des sodas régulièrement. L'analyse par rapport aux apports recommandés pointe des insuffisances en rétinol, fer, calcium et vitamine E. En résumé cette population d'immigrés chinois est encore en transition culturelle lente entre les deux systèmes alimentaires chinois et français. Ces enfants ont une croissance staturo-pondérale satisfaisante ; cependant après 18 mois, leur corpulence devient supérieure à celle des enfants non immigrés et la consommation trop élevée de boissons sucrées pourrait en être la cause. On n'a pas de données sur les adultes, mais une étude réalisée en Espagne sur des migrantes d'origine chinoise en donne une idée (Prado-Martinez *et al.*, 2007) ; elle révèle une grande homogénéité d'habitudes alimentaires, encore très traditionnelles, via notamment l'existence d'un commerce interne à la communauté facilitant un approvisionnement auto-géré : faible consommation de viande et dérivés, importante consommation de végétaux, céréales et fruits. Pour autant la consommation de lait et de pain augmente vite avec la durée de résidence en Espagne, ainsi que la consommation d'alcool. Ces femmes ont une masse grasse assez développée, en particulier au niveau abdominal, mais sans conséquences notables pour leur santé jusqu'ici apparemment. C'est cependant un phénomène commun à un certain nombre de populations asiatiques.

Si la croissance des enfants de parents originaires d'Afrique subsaharienne est bonne au départ, en liaison avec un allaitement maternel prolongé (6 mois au lieu de 3 mois chez les non immigrés), leur croissance pondérale ralentit au moment de la diversification et du sevrage et selon la nature du régime alimentaire familial, il peut y avoir des apports insuffisants en certaines vitamines ou certains minéraux, généralement fer, zinc, même si les apports en macronutriments ont l'air satisfaisants. Le dépistage de la carence en fer, très fréquente, est un élément essentiel du fonctionnement des PMI : elle concerne 8 % des nourrissons de 10 mois nés de parents métropolitains, contre 23 % de ceux nés de parents immigrés, particulièrement ceux originaires d'Afrique subsaharienne, qui consomment en moyenne 40 % de moins de viande que les enfants de même classe d'âge et de parents non immigrés (Rovillé-Sausse & Sossah, 2001). L'existence de carences diverses a été confirmée par des travaux indépendants (Mahiou *et al.*, 1992 ; Valeix *et al.*, 1994).

Seuls les enfants d'origine maghrébine ont fait l'objet d'une comparaison avec les enfants des pays d'origine en ce qui concerne leur alimentation (Rovillé-Sausse *et al.*, 2002). Les résultats confirment l'occidentalisation progressive des habitudes alimentaires à la seconde et troisième génération d'enfants nés en Europe. On dispose également d'une comparaison à 20 ans d'intervalle de la corpulence des enfants de 0 à 4 ans issus de l'immigration maghrébine en région parisienne par comparaison avec des enfants non-immigrés de même âge (Rovillé-Sausse, 1999). La proportion d'enfants obèses (IMC > 97^{ème} percentile de la population de référence) était supérieure dans la population maghrébine aux deux périodes, mais en plus elle est passée de 8 à 13 % dans l'intervalle.

Au total, la surcharge pondérale (IMC >90^{ème} percentile de la population de référence), phénomène de plus en plus préoccupant dans la société française, y compris chez les enfants, concernerait chez les enfants de 2-3 ans issus de l'immigration en France : 4 % des enfants issus de parents originaires du Vietnam, 9 % des enfants dont les parents viennent d'Afrique sub-saharienne, 23 % de ceux dont les parents sont issus de pays du Maghreb et 27 % de ceux dont les parents ont une origine chinoise (Rovillé-Sausse, 2007).

Ainsi on voit que l'immigration s'accompagne de changements très différents en matière d'alimentation et de santé des jeunes enfants selon les origines des parents. Il n'y a plus de malnutritions franches sous forme de maigreurs ou de retards de taille comme c'est encore le cas dans les pays d'origine, mais il reste des problèmes d'anémie par carence en fer, et il y a apparition plus ou moins rapide d'une nouvelle forme de malnutrition, la surcharge pondérale et l'obésité. Ceci étant, on constate de plus en plus souvent dans les pays d'origine, au moins pour la frange la plus favorisée de la population, généralement urbaine, une évolution similaire. Une connaissance approfondie des régimes alimentaires des enfants des différentes communautés et des perceptions mouvantes de leurs parents en la matière devrait permettre d'améliorer l'éducation pour la santé dans ce domaine.

Pour ce qui concerne les enfants d'âge scolaire, les données sont fragmentaires. Les enquêtes nationales ne donnent pas de renseignements précis à notre connaissance. On dispose d'une enquête représentative chez des enfants de 10 à 18 ans au niveau d'un département, le Val de Marne, et celle-ci ayant été répétée à deux reprises, on a une idée relative de l'évolution de l'état nutritionnel d'enfants de familles d'immigrés (Feur *et al.*, 2005 et 2007). La prévalence d'excès pondéral n'a pas varié dans l'ensemble entre 1998 et 2005, passant de 12,8 % à 13,9 % (et l'obésité de 3,6 % à 3,1 %). Alors que l'excès pondéral n'était pas associé à l'origine géographique des parents en 1998, les choses ont changé depuis. Ainsi la fréquence de l'excès pondéral n'a pas bougé lorsque le père était d'origine européenne (20,4 % -19,6 %) ou africaine (19,0 %-20,1 %), mais a augmenté significativement chez les enfants dont le père était originaire du Maghreb (18,0 %-30,1 %) ou d'origine 'autre' (hors Europe et continent africain), passant alors de 13,1 % à 23,3 %. L'analyse a montré par ailleurs que chez les enfants dont le père était originaire du Maghreb cette prévalence en 2005 n'avait pas de lien direct avec le statut professionnel du couple de parents. Cette étude pointe clairement les enfants d'immigrés de certains pays d'origine comme une population à risque d'excès pondéral, rejoignant en cela un certain nombre d'observations similaires en Europe ; pour autant ces études ne nous éclairent pas sur les raisons de ce risque particulier, notamment en termes de consommation alimentaire.

Les étudiants étrangers constituent une catégorie à part : ils sont pour la plupart issus d'une élite sociale, et viennent en principe pour peu de temps ; ils vivent dans un contexte un peu particulier qui est celui, plus ou moins assisté des études universitaires (bourse, logement en cité étudiante, restaurant universitaire - ou au contraire, des moyens de subsistance limités, des difficultés de logement) et sont pris entre le souci de retrouver une alimentation traditionnelle,

avec la convivialité du partage avec des compatriotes, et celui de rentrer dans le moule du pays d'accueil, en s'intégrant au mieux à la communauté étudiante à laquelle ils appartiennent pour quelque temps. Peu d'études se sont penchées sur l'alimentation des étudiants, encore moins sur celles des étudiants 'migrants' (Giraud, 2007).

Des travaux préliminaires à Montpellier nous ont montré par exemple que la perception de cette migration était assez différente selon l'origine géographique des migrants : ainsi les étudiants venant du Maghreb se ressentent davantage comme des étudiants avant tout, avec les mêmes problèmes que leurs collègues français venus de différentes régions, alors que les étudiants venus de l'Afrique au sud du Sahara se ressentent d'abord comme des migrants avant de se sentir des étudiants comme les autres. Ceci a un certain retentissement sur leur mode d'alimentation notamment. Mais ces résultats préliminaires doivent être complétés sur un échantillon plus important avant d'en tirer davantage d'implications.

Nous n'avons pas pu retrouver jusqu'ici d'études importantes se rapportant à des immigrés âgés vivant en foyer ou isolés, du point de vue de leur alimentation. Des études régionales (Languedoc Roussillon, par exemple) indiquent que les immigrés âgés vivant seuls, particulièrement en milieu rural, sont en général plus à risque de maladies métaboliques (diabète), sont moins enclins à suivre le régime alimentaire qui leur est préconisé, et sont plus dépendants de l'aide extérieure pour différents services dont l'approvisionnement alimentaire (courses) ou la fourniture de plateaux repas (Sierra Antelo *et al.*, 2003).

LE PROBLEME DE LA PRECARITE

On pense souvent à la précarité quand on pense aux immigrés en France. Au point de croire même que ce sont eux qui représentent les gros bataillons des bénéficiaires des aides sociales et alimentaires destinées aux plus précaires. Cette image est associée à la notion de personnes venant de pays plus pauvres que le nôtre, fuyant la faim et la misère, et entrés souvent de façon clandestine, sans travail, sans logement, ce qui les condamne à fréquenter les centres de distribution des banques alimentaires, voire la soupe populaire. Il y a une certaine réalité derrière cette image ; des sociologues ont constaté que la population qui occupe les hôtels garnis (près de 800 à Paris) était constituée à près de 50 % de familles de migrants originaires d'Afrique subsaharienne (Cerin, 2008 ; Faure et Levy-Vroelant, 2007). Inutile de préciser combien il est difficile de s'alimenter correctement sans cuisine, sans réfrigérateur souvent, et sans grandes ressources (RMI, travailleurs à temps partiel, demandeurs d'asile, sans papiers) : les dépenses alimentaires de ces familles sont estimées en moyenne à 2,60 € par jour et par personne ; le recours au 'fast food' est habituel, voire à la récupération de restes dans les poubelles, et nombre de ces familles deviennent dépendantes de l'aide alimentaire (César, 2007) ; or celle-ci en moyenne n'apporte que 800 kcal/pers/jour, soit environ 40 % des apports recommandés en énergie.

Les banques alimentaires assistaient environ 800 000 personnes en France en 2004. Selon une enquête réalisée à cette époque, malheureusement sur un petit nombre de bénéficiaires, il apparaissait que les personnes d'origine étrangère ayant recours à l'aide alimentaire représentaient 23 % des enquêtés seulement ; ainsi la grande majorité des personnes en demande d'aide alimentaire étaient d'origine française contrairement aux idées reçues ? (Cerin, 2005). L'enquête Abena réalisée à la même période (2004-2005) ne confirme pas tout à fait ceci : à partir d'un échantillon plus important, constitué sur une base représentative des centres dans 4 grandes agglomérations, la part de personnes immigrées était de 74,4 % en Seine-Saint-Denis (dont 50,3 % originaires du Maghreb et 13,7 % d'Afrique subsaharienne), mais de 35,3 % à Dijon (19,4 % Maghreb, 6,6 % Afrique s.-s.), de 57,8 % à Marseille (47,0 % Maghreb et 2,2 % Afrique s.-s.) et de 61,9 % à Paris même

(37,9 % Maghreb, 12,6 % Afrique s.-s.). Les personnes originaires de l'Europe de l'est ou d'autres régions du monde (Asie) par contre ne représentaient guère plus de 5 % à chaque fois (INVS, 2007). Un calcul rapide, et nécessairement sommaire, évaluant à 60 % d'immigrés en moyenne la fréquentation des centres selon les chiffres plus haut, donnerait un taux d'environ 10 % d'immigrés qui recouraient à l'aide alimentaire ; mais un taux nettement plus élevé pour les personnes originaires du Maghreb, environ 20 % (ce calcul ne tient pas compte naturellement du nombre de personnes soutenues dans les ménages par cette aide, notamment ce qui concerne les enfants). Ce chiffre qui demanderait à être confirmé plus précisément serait à la fois important, et en même temps sans doute moindre que ne le croient la plupart des gens. Naturellement, les chiffres de l'aide alimentaire étant en forte augmentation ces dix dernières années, ces taux peuvent varier rapidement en fonction de la conjoncture économique, faisant surtout basculer dans la précarité franche des personnes qui sont en situation limite jusqu'ici. Or les immigrés, selon l'INSEE, sont globalement moins bien lotis du point de vue socioéconomique que les non immigrés.

Les publications de l'étude Abena ne permettent pas pour le moment de toujours distinguer selon le pays d'origine et le mode d'assistance (dépendance totale, assistance partielle sous forme de repas ou colis en complément d'autres sources d'approvisionnement, ou aide ponctuelle via l'épicerie sociale payante) les différents éléments de la consommation alimentaire et de l'état nutritionnel (Bellin-Lestienne *et al.*, 2006 ; INVS 2007). On ne peut donc que se référer aux résultats globaux pour le moment qui indiquent chez les personnes assistées une fréquence de repas faible, une plus faible consommation en moyenne de viande et poisson (peu distribués par l'aide alimentaire) ou de produits laitiers que la population française non assistée, et peu de fruits et légumes également, contrairement aux féculents. Du côté nutritionnel, et en tenant compte d'un échantillonnage partiel (taux de refus élevé) on a noté 37,6 % de sujets en surpoids et 27,4 % obèses alors que la maigreur ne semblait pas être un problème (1,0 %). La proportion d'obésité chez les femmes était ainsi 2 à 3 fois supérieure à la prévalence dans la population française, alors qu'elle était comparable pour les hommes. Mais on peut rappeler qu'en ce qui concerne les personnes originaires du Maghreb l'obésité féminine est perçue différemment sur le plan culturel ; l'embonpoint est souvent valorisé chez une femme mariée ; la surcharge pondérale, avec l'avancée de la transition alimentaire est de plus en plus répandue au Maghreb même, et elle reflète pour partie chez les femmes immigrées une situation déjà acquise avant l'arrivée. Cela comporte évidemment des risques médicaux accrus dont les personnes concernées ne sont pas toujours bien conscientes.

En dehors de la précarité, nombre d'observations mettent l'accent sur l'aspect quantitatif de l'alimentation, plus facile à assurer dans un pays de relative abondance alimentaire, où les calories de base apportées par les féculents ou l'huile ne sont pas forcément très chères et sont facilement accompagnées de sodas et sucreries. D'où des consommations énergétiques sans commune mesure avec les dépenses énergétiques requises par leur nouveau mode de vie surtout chez les femmes, qu'elles soient originaires d'Afrique du nord ou d'Afrique au sud du Sahara. D'où des problèmes d'obésité fréquents, d'autant qu'elles ne subissent pas autant de pression familiale que les femmes non immigrées pour refléter la silhouette gracile que vantent nos sociétés.

LE PARADOXE EPIDEMIOLOGIQUE DU MIGRANT

Compte tenu de leur appartenance à des milieux sociaux moins favorisés on pouvait s'attendre à ce que les immigrés aient une mortalité plus élevée, en liaison avec la montée des maladies chroniques liées à l'alimentation, obésité, diabète de type II, maladies cardiovasculaires. De fait c'est ce qu'un certain nombre d'études

à travers le monde montrent : les taux de mortalité générale et de mortalité par maladies cardiovasculaires sont plus élevés que dans le pays d'accueil mais aussi que dans le pays d'origine. Or curieusement, dans différents pays un certain nombre de migrants d'origine méditerranéenne (Turcs, Marocains, Grecs) présentaient une sous-mortalité relative, indépendamment de leur niveau socio-économique, ce qui n'était pas observé pour les migrants d'origine asiatique ou des pays de l'Est par contre. Ceci ayant été observé également aux Etats-Unis pour des migrants latino-américains, on a parlé de 'paradoxe épidémiologique' ou paradoxe de la mortalité des migrants, avec un certain nombre d'hypothèses pour l'expliquer : - génétique ? - biais du 'migrant en bonne santé' (sélection au départ) ? - biais du 'saumon' (retour au pays en fin de vie) ? - ou l'hypothèse 'du meilleur des deux mondes', i.e. un cumul des avantages des deux modes de vie, traditionnel et nouveau ? Dans ce cas quels éléments du mode de vie : meilleure alimentation, meilleur recours aux soins, autre ? (Darmon et Khlat, 2001 ; Khlat et Darmon, 2003).

Nous avons mené récemment une étude comparative du mode de vie d'un groupe d'hommes immigrés tunisiens en Région Languedoc-Roussillon avec celui d'un groupe de non immigrés dans la même région apparié sur l'âge et le statut socio-professionnel et celui d'un groupe de Tunisiens vivant toujours en Tunisie, apparié sur l'âge et le lieu de naissance en Tunisie. Ces immigrés vivant dans le sud de la France ont un meilleur état de santé que les Français de la région et que les Tunisiens non migrants en matière de surcharge pondérale, hypertension, diabète de type II, ce qui est en accord avec le paradoxe du migrant méditerranéen. Ils sont mieux protégés de ces maladies actuellement que leurs homologues restés au pays, ce qui là aussi est en accord avec la transition épidémiologique et nutritionnelle rapide qui s'effectue en Tunisie depuis un certain nombre d'années. Nous avons en outre mis en évidence une meilleure qualité de leur régime alimentaire comparé à celui des Français d'origine ; ils ont en effet conservé certaines caractéristiques alimentaires traditionnelles favorables à la santé pour des raisons culturelles (faible consommation d'alcool, meilleure adéquation du régime en termes de lipides totaux et de leur composition en acides gras, consommation de fruits relativement élevée), tandis que des facteurs individuels d'ordre plus économique (plus d'activité physique, moins de tabac) ont contribué à en renforcer l'impact sur la santé (Méjean *et al.*, 2007).

Cette conservation du mode de vie d'origine dépend en grande partie de la durée d'exposition au cours de la jeunesse à ce mode de vie dans le pays d'origine, et au degré d'acculturation, mesuré indirectement par la durée de résidence en France, l'intensité des liens avec les proches en Tunisie (fréquences des retours, envoi d'argent), le niveau de pratique des deux langues, la possession d'une propriété en Tunisie, et le souhait d'y finir ses jours ou non. Mais il est probable aussi que cet avantage va rapidement diminuer du fait de l'évolution rapide des modes de vie en Tunisie (Méjean, 2008 ; Méjean *et al.*, 2008).

La situation des femmes, que nous n'avons pu étudier de la même manière, apparaît assez différente, avec des taux élevés d'obésité et de diabète de type II. Les conditions de migration de ces femmes, principalement arrivées dans le contexte du regroupement familial, n'agissent apparemment pas de la même manière. En outre, le taux d'obésité des femmes, en Tunisie, est également plus élevé que celui des hommes, pour notamment des raisons culturelles privilégiant une image du corps de la femme mariée assez différente de celle que l'on connaît chez nous. Nos résultats rejoignent assez bien ceux de Miossec et Valensi, même si apparemment les conditions de vie dans le sud de la France apparaissent plus favorables que dans la région parisienne. Des études de ce type, concernant des immigrés qui ne sont pas nécessairement en situation de précarité, sont hélas peu fréquentes, de sorte qu'on ne peut tenter sans risque une généralisation des résultats.

CONCLUSION

Nos connaissances sont parcellaires, et nous peinons à assurer une vision large du phénomène englobant à la fois les aspects nutritionnels et socio-anthropologiques ; les travaux à venir devraient tendre vers une meilleure intégration de ces aspects au sein des mêmes études ; comme par exemple cela a été récemment tenté pour la précarité via l'enquête Abena, mais avec des aspects quantitatifs plus marqués pour le versant socio-anthropologique. Ces études devraient aussi travailler sur des échantillons les plus représentatifs possibles afin de permettre des généralisations non abusives, en sachant que c'est cependant complexe, s'agissant de populations très diverses, souvent mobiles.

Mais la question finale (et sans doute la première) qu'on peut se poser est sans doute : pourquoi faudrait-il se soucier de l'alimentation et de la nutrition de groupes spécifiques comme ceux des migrants dans leur ensemble ? Ils représentent une fraction non négligeable de la population vivant sur le territoire national, surtout si on inclut les générations successives. Ceci étant, il y a plusieurs niveaux de réponse possibles : pour des raisons de justice sociale et d'égalité citoyenne sans doute, pour ne pas renier nos valeurs républicaines ; y compris pour prendre en compte les attentes mal caractérisées de ces populations en matière d'alimentation comme dans d'autres domaines. Mais aussi pour une meilleure compréhension des cultures différentes qui constituent notre société et valoriser les échanges interculturels à tous niveaux en prenant en compte les retombées économiques, sociales et culturelles ; les sociologues pensent aussi avec raison que ces études peuvent contribuer à éclairer les mutations alimentaires de la société française dans son ensemble. Enfin pour des raisons de compréhension de la situation sanitaire : les migrants pouvant être davantage exposés à des risques de carence ou de surcharge alimentaire que les systèmes de santé doivent prendre en compte en terme de prévention, de soins, et de coût.

Nous exprimons tous nos remerciements à ceux qui nous ont fourni des informations, de la documentation et des éléments bibliographiques, notamment Charles-Edouard de Suremain, Katia Castetbon, Claire Lamine, Natacha Calandre et Florence Strigler.

REFERENCES

BALLAND C. ENQUÊTE ALIMENTAIRE SUR LES JUIFS ORIGINAIRES DE TUNISIE À BELLEVILLE. ETHNOLOGIE FRANÇAISE, 1997;27: 64-71.

BARKER DJP. *MOTHERS, BABIES AND HEALTH IN LATER LIFE*. 2ND EDITION. EDINBURGH: CHURCHILL LIVINGSTONE, 1998.

BAROU J, VERHOEVEN M. ALIMENTATION ET RÔLES FAMILIAUX. LA CUISINE FAMILIALE DES IMMIGRÉS AFRICAINS. ETHNOLOGIE FRANÇAISE 1997 ; 27(1) :96-102.

BELLIN-LESTIENNE C, DESCHAMPS V, NOUKPOAPÉ A, DARMON N, HÉRBERG S, CASTETBON K. CONSOMMATIONS ALIMENTAIRES ET PLACE DE L'AIDE ALIMENTAIRE CHEZ LES PERSONNES INCLUSES DANS L'ÉTUDE ABENA, 2004-2005. BULL EPIDEMIOL HEBD 2006 ;11-12 :79-81.

BELLIN-LESTIENNE C, NOUKPOAPÉ A, DESCHAMPS V, LE CLÉSIAU H, DELORD G, VARSAT B, DIDELOT R, ROHMER J-F, HÉRBERG S, CASTETBON K. MARQUEURS DE L'ÉTAT NUTRITIONNEL DES PERSONNES RECOURANT À L'AIDE ALIMENTAIRE, ÉTUDE ABENA, 2004-2005. BULL EPIDEMIOL HEBD 2006 ;11-12 :81-83.

BERGEAUD-BLACKLER F. DE LA VIANDE HALAL AU HALAL FOOD : COMMENT LE HALAL S'EST DÉVELOPPÉ EN FRANCE. REVUE EUROPÉENNE DES MIGRATIONS INTERNATIONALES 2005 ; 21(3) :125-147. [URL : [HTTP://REMI.REVUES.ORG/DOCUMENT2524.HTML](http://remi.revues.org/document2524.html) - CONSULTÉ LE 25-09-2008].

BOLLINI P, SIEM H. NO REAL PROGRESS TOWARDS EQUITY: HEALTH OF MIGRANTS AND ETHNIC MINORITIES ON THE EVE OF THE YEAR 2000. SOC SCI MED 1995; 41:819-828.

BORREL C. ENQUÊTES ANNUELLES DE RECENSEMENT 2004 ET 2005. INSEE PREMIÈRE 2006; 1098 (Août):4 p.

BOULY DE LESDAIN S. ALIMENTATION ET MIGRATION, UNE DÉFINITION SPATIALE. IN : I. GARABUAU-MOUSSAOUI, E. PALOMARES, D. DESJEUUX EDS., *ALIMENTATIONS CONTEMPORAINES*, PARIS : L'HARMATTAN, 2002 ; CHAP. 4 :173-189.

CALVO E. LA CONNAISSANCE DE L'ALIMENTATION DES GROUPES IMMIGRÉS DANS LE PROCESSUS D'INSERTION SOCIALE. QUELQUES ÉLÉMENTS DE SYNTHÈSE ET DE PROGRAMMATION. PARIS : IEDES, 1982 ;10p.

CALVO E. TOUJOURS AFRICAINS ET DÉJÀ FRANÇAIS : LA SOCIALISATION DES MIGRANTS VUE À TRAVERS LEUR ALIMENTATION. LA FRANCE ET LES MIGRANTS AFRICAINS. POLITIQUE AFRICAINE 1997 ;67 :48-55.

CERIN. CUISINER ET MANGER DANS UNE CHAMBRE D'HÔTEL : UN DÉFI QUOTIDIEN. DOSSIER DU CERIN. ALIMENTATION, SOCIÉTÉ ET PRÉCARITÉ 2008 ; n°42 (JUILLET), 5 P. [DISPONIBLE SUR WWW.CERIN.ORG].

CERIN. QUI SONT LES PERSONNES ACCUEILLIES PAR LES ASSOCIATIONS D'AIDE ALIMENTAIRE ? UNE ENQUÊTE SOCIOLOGIQUE DE LA FFBA. ALIMENTATION, SOCIÉTÉ ET PRÉCARITÉ 2005 ; n°30 (JUILLET), 2P. [DISPONIBLE SUR WWW.CERIN.ORG].

CÉSAR C. COMPORTEMENTS ALIMENTAIRES ET SITUATIONS DE PAUVRETÉ. ASPECTS SOCIO-ANTHROPOLOGIQUES DE L'ALIMENTATION DES PERSONNES RECOURANT À L'AIDE ALIMENTAIRE EN FRANCE. ÉTUDE ABENA 2004-2005. CNAM, UNIVERSITÉ DE PARIS 13, ET INVS. PARIS : INVS ; 2007.

COLMANT A, FREYCOIN MT, SERIO AM., DURR F, FREDERICH A, FREYCON F, ET AL. PLASMA 25-OH D DEFICIENCY IN MAGHREBIAN CHILDREN MORE THAN 10 YEARS OF AGE IMMIGRATED TO FRANCE. PEDIATRIE 1985; 40:17-25.

CORBEAU J-P. CUISINER, MANGER, MÉTISER. REVUE DES SCIENCES SOCIALES. RÉVOLUTION DANS LES CUISINES, 2000 ; 27 : 68-73.

CRENN C. MODES DE CONSOMMATION DES OUVRIERS AGRICOLES ORIGINAIRES DU MAROC INSTALLÉS DANS LA RÉGION DE SAINTE FOY-LA-GRANDE EN LIBOURNAIS (GIRONDE). ANTHROPOLOGY OF FOOD 2001 ; S1 (OCTOBRE) : REGARDS CROISÉS SUR QUELQUES PRATIQUES ALIMENTAIRES EN EUROPE. URL : [HTTP://AOF.REVUES.ORG/DOCUMENT1199.HTML](http://aof.revues.org/document1199.html). [CONSULTÉ EN LIGNE LE 09 SEPTEMBRE 2008].

DARMON N, KHLAT M. AN OVERVIEW OF THE HEALTH STATUS OF MIGRANTS IN FRANCE, IN RELATION TO THEIR DIETARY PRACTICES. PUBLIC HEALTH NUTR 2001 ;4 :163-172.

FAURE A, LEVY-VROELANT C. *UNE CHAMBRE EN VILLE - HÔTELS MEUBLÉS ET GARNIS DE PARIS 1860-1990*. PARIS : CREAPHIS ; 2007.

FEUR E, LABEYRIE C, BOUCHER J, EID A, CABUT S, DIB S, CASTETBON K, FALISSARD B. INDICATEURS DE SANTÉ CHEZ LES COLLÉGIENS ET LYCÉENS DU VAL-DE-MARNE, FRANCE, EN 2005 : EXCÈS PONDÉRAL, ATTEINTE CARIEUSE ET RISQUE DE DÉPRESSION. BULL EPIDEMIOL HEBD 2007;4 :29-33.

FEUR E, BOUCHER J, LABEYRIE C, CABUT S, FALISSARD B, CASTETBON K. EXCÈS PONDÉRAL CHEZ LES COLLÉGIENS ET LYCÉENS DU VAL-DE-MARNE, FRANCE, EN 1998 ET SELON LEURS CARACTÉRISTIQUES SOCIALES ET ÉCONOMIQUES. BULL EPIDEMIOL HEBD 2007;4 :34-36.

FROSSARD URBANO S. DISCOURS CULINAIRE ET PRATIQUES ALIMENTAIRES CHEZ LES TRAVAILLEURS IMMIGRÉS PORTUGAIS EN RÉGION PARISIENNE. MERIDIEN 1988, RECHERCHES SUR LE PORTUGAL RURAL, n°7/8.

GIRAUD F. *L'ACTIVITÉ CULINAIRE DANS UN PAYS ÉTRANGER : L'EXEMPLE DU MANGEUR ÉTUDIANT*. MÉMOIRE DE MASTER 1, UNIVERSITÉ LYON II, MAI 2007, 149 PAGES + ANNEXES.

HASSOUN J-P. PRATIQUES ALIMENTAIRES CHEZ LES VIETNAMIENS ET LES CAMBODGIENS EN FRANCE : ALIMENTATION ET TRANSFORMATIONS SOCIALES. ETHNOLOGIE FRANÇAISE, PRATIQUES ALIMENTAIRES ET IDENTITÉS CULTURELLES 1997 ; 27(1):113-117.

HÉRAN F. CINQ IDÉES REÇUES SUR L'IMMIGRATION. EDITORIAL. POPULATION & SOCIÉTÉS, 2004 ;397 :1-4.

HOUDAIGUI L. L'ALIMENTATION DES MIGRANTS MAGHRÉBINS EN FRANCE. ECOL HUM 1991; 9(1):69-77.

HUBERT A. DESTINS TRANSCULTURELS. IN S. BESSIS (DIR.). *MILLE ET UNE BOUCHES. CUISINES ET IDENTITÉS CULTURELLES*. AUTREMENT, SÉRIE MUTATIONS/MANGEURS, PARIS, 1995 ;154 : 114-118.

HUBERT A. CUISINE ET POLITIQUE. LE PLAT NATIONAL EXISTE-T-IL ? REVUE DES SCIENCES SOCIALES, RÉVOLUTION DANS LES CUISINES, 2000 ; 27 : 8-11.

INSEE. *LES IMMIGRÉS EN FRANCE. ÉDITION 2005*. COLLECTION RÉFÉRENCES. PARIS : INSEE, 2005.

INVS. ALIMENTATION ET ÉTAT NUTRITIONNEL DES BÉNÉFICIAIRES DE L'AIDE ALIMENTAIRE. ÉTUDE ABENA, 2004-2005. RAPPORT DE L'ÉTUDE ÉPIDÉMIOLOGIQUE. CNAM, UNIVERSITÉ DE PARIS 13, ET INVS. PARIS : INVS ; 2007.

IOM. *MIGRATION HEALTH: THE ANNUAL REPORT*. GENEVA: IOM, MIGRATION HEALTH DEPARTMENT, 2005; 47 p.

KHLAT M, DARMON N. IS THERE A MEDITERRANEAN MIGRANTS MORTALITY PARADOX IN EUROPE? Int J Epidemiol 2003;32:1115-1118.

KRISTIANSEN M, MYGIND A, KRASNIK A. HEALTH EFFECTS OF MIGRATION. DAN MED BULL 2007; 54:46-47.

- LAMINE C. *EVOLUTION DES PRATIQUES ALIMENTAIRES ET DES REPRÉSENTATIONS DANS LA MIGRATION. UNE ÉTUDE COMPARATIVE CHEZ LES FAMILLES TUNISIENNES AU PAYS ET EN FRANCE*. RAPPORT AUF. JANVIER 2006.
- MA IW, KHAN NA, KANG A, ZALUNARDO N, PALEPU A. SYSTEMATIC REVIEW IDENTIFIED SUBOPTIMAL REPORTING AND USE OF RACE/ETHNICITY IN GENERAL MEDICAL JOURNALS. *J CLIN EPIDEMIOL* 2007; 60:572-578.
- MABE B. COMPORTEMENT ALIMENTAIRE ET MIGRATION OU LE CHANGEMENT DANS LA CONTINUITÉ. *MIGRATIONS ET SANTÉ* 1985 ; 43 :11-16.
- MAHIOU C, FRAPPAZ D, FREYCIEN MT, FREYCON F. IRON DEFICIENCY IN INFANTS AND CHILDREN. *PÉDIATRIE* 1992; 47:551-555.
- MÉJEAN C, TRAISSAC P, EYMARD DUVERNAY S, EL ATI J, DELPEUCH F, MAIRE B. DIET QUALITY OF NORTH AFRICAN MIGRANTS IN FRANCE PARTLY EXPLAINS THEIR LOWER PREVALENCE OF DIET-RELATED CHRONIC CONDITIONS RELATIVE TO THEIR NATIVE FRENCH PEERS. *J NUTR*, 2007;137:2106-2113.
- MÉJEAN C, TRAISSAC P, EYMARD-DUVERNAY S, EL ATI J, DELPEUCH F, MAIRE B. INFLUENCE OF SOCIO-ECONOMIC AND LIFESTYLE FACTORS ON OVERWEIGHT AND NUTRITION-RELATED DISEASES AMONG TUNISIAN MIGRANTS VERSUS NON-MIGRANT TUNISIANS AND FRENCH. *BMC PUBLIC HEALTH* 2007;25:265.
- MÉJEAN C, TRAISSAC P, EYMARD DUVERNAY S, DELPEUCH F, MAIRE B. INFLUENCE OF ACCULTURATION AMONG TUNISIAN MIGRANTS IN FRANCE AND THEIR PAST/PRESENT EXPOSURE TO THE HOME COUNTRY ON DIET AND PHYSICAL ACTIVITY. *PUBL HEALTH NUTR* 2008; JUL 23:1-10. [EPUB AHEAD OF PRINT]
- MÉJEAN C. *INFLUENCE DES FACTEURS SOCIO-ÉCONOMIQUES, DE L'ALIMENTATION ET DES MODES DE VIE SUR LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES LIÉES À L'ALIMENTATION CHEZ LES IMMIGRÉS TUNISIENS VIVANT EN LANGUEDOC-ROUSSILLON*. THÈSE DE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ PIERRE ET MARIE CURIE. PARIS : 12 FÉVRIER 2008, 157P.
- MIOSSEC P, VALENSI P. NUTRITION DES MIGRANTS. CHAPITRE 31 ; In : *TRAITÉ DE NUTRITION CLINIQUE DE L'ADULTE*, A. BASDEVANT, M LAVILLE & E LEREBOURS, EDS. PARIS : FLAMMARION, 2001 ; 313-19.
- PRADO C, ROVILLÉ-SAUSSE F, ACEVEDO P. ETAT NUTRITIONNEL DES FEMMES ENCEINTES D'ORIGINE MAGHRÉBINE ET DE LEURS NOURRISSONS : LA SITUATION EN FRANCE ET EN ESPAGNE. *ANTROPO* 2004 ;7 :139-144 [www .didac.ehu.es/antropo].
- PRADO-MARTINEZ C, ROVILLÉ-SAUSSE F, AGUADO L. L'ALIMENTATION ET LA SANTÉ DES FEMMES MIGRANTES D'ORIGINE CHINOISE EN ESPAGNE. *MIGRATIONS SANTÉ* 2007 ;129(tome I) :19-33.
- RAULIN A. CONSOMMATION ET ADAPTATION URBAINE DES MINORITÉS EN RÉGION PARISIENNE. *SOC. CONTEMPORAINES* 1990; 4:19-36.
- ROVILLÉ-SAUSSE F. GROWTH OF VIETNAMESE CHILDREN BORN IN FRANCE. *ANTHROPOL Sci* 1994 ;102 :295-303.
- ROVILLÉ-SAUSSE F. NUTRITIONAL TRANSITION AND GROWTH OF BMI IN CHILDREN BORN IN PARISIAN AREA. *ANTHROPOL Sci* 1996; 104:199-207.
- ROVILLÉ-SAUSSE F. EVOLUTION SUR 20 ANS DE LA CORPULENCE DES ENFANTS DE 0 À 4 ANS ISSUS DE L'IMMIGRATION MAGHRÉBINE. *REV EPIDEMIOL SANTE PUBL* 1999 ;47:37-44.
- ROVILLÉ-SAUSSE F, SOSSAH F. COMPORTEMENTS ALIMENTAIRES DES ENFANTS DE 0 À 3 ANS. ÉTUDE COMPARATIVE DES ENFANTS FRANÇAIS ET DES ENFANTS ORIGINAIRES D'AFRIQUE SUB-SAHARIENNE. *BIOL HUM ET ANTHROPOL* 1999 ; 17 :127-137.
- ROVILLÉ-SAUSSE F, TRUC JB, JACOB D. GAIN DE POIDS MATERNEL DURANT LA GROSSESSE DANS CERTAINES COMMUNAUTÉS VIVANT EN FRANCE. *REV EPIDEMIOL SANTE PUBL* 2001;49 :439-447.
- ROVILLÉ-SAUSSE F, LEROUX MC. LA PMI (PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE) EN FRANCE. *ANTROPO* 2001 ;1 :61-67. [www.didac.ehu.es/antropo].
- ROVILLÉ-SAUSSE F, SOSSAH F. LE FER DANS L'ALIMENTATION DES ENFANTS D'ORIGINE SUBSAHARIENNE (ENQUÊTE DU VAL-DE-MARNE, FRANCE). *ANTROPO* 2001 ;0 :53-60. [www.didac.ehu.es/antropo].
- ROVILLÉ-SAUSSE F, AMOR H, BAALI A, OUZENNOU N, VERCAUTEREN M, PRADO-MARTINEZ C, BOUDJADA Z, KHALDI F. COMPORTEMENTS ALIMENTAIRES DE L'ENFANT MAGHRÉBIN DE 0 À 18 MOIS AU MAGHREB ET DANS TROIS PAYS D'IMMIGRATION. *ANTROPO* 2002 ;3 :1-9. [www.didac.ehu.es/antropo].
- ROVILLÉ-SAUSSE F. WESTERNIZATION OF THE NUTRITIONAL PATTERN OF CHINESE CHILDREN LIVING IN FRANCE. *PUBLIC HEALTH* 2005 ; 119 :726-733.
- ROVILLÉ-SAUSSE F. L'ALIMENTATION DES ENFANTS DANS QUELQUES COMMUNAUTÉS IMMIGRÉES EN FRANCE. *MIGRATIONS SANTÉ* 2007 ; 129(tome I) :35-443.
- SIERRA ANTELO M, DESMARTIN BELARBI V, RIDEZ S, LEDESERT B. *CONDITIONS DE VIE ET ÉTAT DE SANTÉ DES IMMIGRÉS ISOLÉ DE 50 ANS ET PLUS EN LANGUEDOC-ROUSSILLON. ENQUÊTE EN POPULATION*. CESAM MIGRATIONS SANTÉ ET OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ DU LANGUEDOC ROUSSILLON. MONTPELLIER : ORS, OCT. 2003.
- SIMON P. L'INVENTION DE L'AUTENTICITÉ : BELLEVILLE, QUARTIER JUIF TUNISIEN. *REVUE EUROPÉENNE DES MIGRATIONS INTERNATIONALES* 2000 ;16(2) :9-41.
- STRIGLER F. RECOMMANDATIONS NUTRITIONNELLES ET TRADITIONS CULINAIRES : LE CAS DES LAO EN FRANCE. *MIGRATIONS SANTÉ* 2007 ;130(tome II) :27-51.
- SUREMAIN C-E (DE) & CHAUDAT P (EDS.) DES NORMES À BOIRE ET À MANGER : PRODUCTION, TRANSFORMATION ET CONSOMMATION DES NORMES ALIMENTAIRES. *JOURNAL DES ANTHROPOLOGUES* 2006;, 404 p.
- SYED H, VANGEN S. *HEALTH AND MIGRATION: A REVIEW*. OSLO: NATIONAL CENTRE FOR MINORITY HEALTH RESEARCH (NAKMI), 2003; 9 p.
- TABUNA H. LE DÉVELOPPEMENT DU MARCHÉ EUROPÉEN DES ALIMENTS ETHNIQUES DE MASSE: UNE VOIE POUR LA CROISSANCE DE LA DEMANDE DES ALIMENTS AFRICAINS EN EUROPE ET LE DÉVELOPPEMENT DES PETITES ENTREPRISES AGROALIMENTAIRES EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE. *INDUSTRIES ALIMENTAIRES ET AGRICOLES* 2004 ;121(4):20-25.
- TAVAN C. LES IMMIGRÉS EN FRANCE : UNE SITUATION QUI ÉVOLUE. *INSEE PREMIÈRE* 2005 ;1042 (SEPTEMBRE) :4 p.
- TIBÈRE L. MANGER CRÉOLE. L'ALIMENTATION DANS LES CONSTRUCTIONS IDENTITAIRES À LA RÉUNION. *DIASPORAS, HISTOIRE ET SOCIÉTÉS*, (7), TOULOUSE, 2ÈME SEMESTRE 2005.
- VALEIX P, PREZIOSI P, ROSSIGNIL C, FARNIER MA, HERCBERG S. RELATIONSHIP BETWEEN URINARY IODINE CONCENTRATION AND HEARING CAPACITY IN CHILDREN. *EUR J CLIN NUTR* 1994; 48:54-59.
- WANNER P, KHLAT M, BOUCHARDY C. HABITUDES DE VIE ET COMPORTEMENTS EN MATIÈRE DE SANTÉ DES IMMIGRÉS DE L'EUROPE DU SUD ET DU MAGHREB EN FRANCE. *REV EPIDEMIOL SANTÉ PUBLIQUE* 1995;43:548-559.



Institut Français pour la Nutrition
71 Avenue Victor Hugo
75116 PARIS
Tél : 01 45 00 92 50
Fax : 01 40 67 17 76
Institut.nutrition@ifn.asso.fr
Président : Jean-Paul Laplace
Secrétaire Générale : Florence Strigler
Chargée de la Communication : Morgane Guirriec
Réalisation PAO : Elisabeth Hamladji