

LES EFFETS DE LA MIGRATION

Rosa Pérez Perdomo

I. Introduction

Si la mobilité des populations est un fait reconnu tout au long de l'histoire, divers facteurs font qu'elle s'est intensifiée au cours de l'ère moderne. Les progrès des technologies de communication qui facilitent les déplacements, les rapports de commercialisation entre pays, y compris l'impact des échanges issus de la mondialisation, l'instabilité politique, le dénuement et le chômage dans les pays économiquement désavantagés alimentent, entre autres raisons, ce phénomène. Les causes de la migration tiennent à la politique, à l'économie et à l'environnement. En 2003, l'Organisation internationale des migrations (OIM) estimait qu'un habitant sur 35 à travers le monde est un migrant. On apprend d'autres sources que 175 millions de personnes, soit 2,9 % de la population mondiale, vivent hors de leur pays de naissance, à titre temporaire ou permanent (Buchbinder, 1999).

Le déplacement des populations s'accompagne souvent de tout un éventail de répercussions pour les personnes qui émigrent tout comme chez les groupes d'accueil. Des effets qui sont perceptibles autant dans le domaine socioculturel que dans celui de la santé publique. Qu'elle soit volontaire et planifiée ou forcée, l'émigration est, dans les deux cas, une source de stress dans la vie de ceux qui la vivent.

La migration intentionnelle en Amérique latine et dans les Caraïbes est un processus social dont les racines historiques sont profondes, un tissu de relations réciproques entre les pays de la Région et entre ceux-ci et le reste du monde. À partir des années 70, il y a hausse constante des migrations au sein de la Région et à destination d'autres zones, principalement des États-Unis et de quelques pays d'Europe (Gómez et Madrigal, 2004).

Les pays d'Amérique latine et les Caraïbes ont été le théâtre de transformations sociales et économiques, la proie de grands problèmes sociopolitiques et d'altérations de leurs écosystèmes ainsi que la victime de catastrophes naturelles de proportions gigantesques. Autant de facteurs qui ont contribué à accentuer les déplacements des personnes, entraînant l'augmentation des flux migratoires qui présentent deux types d'orientation.

- La migration à l'intérieur de la Région, certes, ne date pas d'hier, mais elle s'est accélérée ces dernières décennies et toucherait quelque 2,2 millions de personnes.
- La migration en dehors de la Région dirigée principalement vers les États-Unis, laquelle s'est intensifiée de manière marquée ces dix dernières années (Gómez, 2004).

II. Effets sur l'émigrant

A. Effets sociaux

Les personnes qui émigrent apportent avec elles une culture, des habitudes, des coutumes, des pratiques religieuses et des croyances qui leur sont propres et un état de santé qui est, en partie, dicté par la génétique. Du point de vue social, l'émigrant doit s'insérer dans un nouveau milieu et dans un cadre culturel qui peuvent l'amener à redéfinir son échelle de valeurs.

La perte des réseaux de soutien social, l'isolement et la marginalisation, de pair avec la difficulté de s'adapter à une culture et à des valeurs différentes de ceux de son pays d'origine, peuvent complexifier le processus d'acculturation. Entre autres variables sociales de nature à aggraver ce processus, citons : les barrières linguistiques, les préjugés sociaux et ethniques, le manque de protection juridique et institutionnelle et la mise à l'écart du système de sécurité sociale (Grondin, 2004).

B. Effets sanitaires

L'émigration peut provoquer certaines modifications dans les habitudes de l'émigrant, par exemple, un changement de régime alimentaire, la consommation d'alcool et de cigarettes et des activités physiques qui peuvent directement influencer sur sa santé. Autant de causes qui sont susceptibles de modifier les profils de morbidité. Inversement, l'émigrant peut être exposé à de nouveaux contextes endémiques propres à la population d'accueil pour lesquelles il est sans immunité acquise.

1. Santé mentale

Les études sur le sujet font état d'un large éventail de conditions qui vont de la dépression au stress traumatique, jusqu'au suicide et autres formes de psychopathologie (Friis, Yngve et Persson, 1998). L'impact de l'émigration sur la santé mentale de ceux qui partent est un fait qui continue à susciter des

controverses. À titre d'exemple, des études menées aux États-Unis ont montré que certains immigrants sont en meilleure santé que les natifs, en dépit d'une pauvreté plus accentuée et d'un accès limité aux services de santé. Pour autant, d'autres analyses indiquent que les migrants enregistrent un taux de morbidité plus élevé et un état de santé plus mauvais que prévu (Kandula, Kersey et Lurie, 2004).

La santé des populations et des groupes humains se mesure, en général, à l'aide d'indicateurs. C'est sur la base d'indicateurs sanitaires importants comme le surpoids et l'obésité, l'activité physique, le tabagisme, la consommation de substances réglementées, les comportements sexuels responsables, la santé mentale, que l'on peut effectuer des comparaisons. Dans les pages suivantes, nous nous proposons de reprendre certaines conclusions d'études sur la santé d'émigrants, hispaniques surtout, à destination des États-Unis.

2. Mortalité infantile

Aux États-Unis, il a été observé que parmi les enfants d'émigrants portoricains qui vivent depuis longtemps dans le pays et ceux qui sont d'origine portoricaine mais nés sur le sol américain, le taux de mortalité est plus élevé que celui des émigrants récents ou résidant à Porto Rico. Une découverte qui illustre que la migration et l'acculturation n'ont pas toujours des résultats positifs. La question est de savoir si ce fait montre que le contact avec la culture américaine affecte la santé infantile ou s'il est le résultat d'une migration sélective récente de mères en meilleure santé, à destination des États-Unis (Landule, Oropesa et Gorman, 2000).

3. Surpoids et obésité

On constate, ces dernières années, une hausse spectaculaire du nombre de cas de surpoids et d'obésité, à tous les âges et dans tous les groupes de population. Néanmoins, certaines études ont établi que l'obésité chez les immigrants augmente en fonction de la durée de résidence aux États-Unis. Parmi eux, les adolescents asiatiques et hispaniques nés aux États-Unis sont deux fois plus enclins à la surcharge pondérale que la première génération d'adolescents nés en dehors du pays d'origine (Popkin et Udry, 1998).

4. Tabagisme

Il reste que, traditionnellement, la consommation de tabac chez les immigrants aux États-Unis est, en moyenne, moindre que celle des natifs, dans le même groupe de population, et que celle du grand public né aux États-Unis. Une donnée préoccupante est que le pourcentage d'adolescents fumeurs a augmenté chez les étudiants hispaniques. Un chiffre qui prouve la nécessité de cibler les campagnes de cessation de fumer sur les adolescents issus de familles d'immigrés (Kandula, 2004 ; Kershaw, et autres. 2001 ; Unger, Cruz, Rohrbach, Robisl et Baezconde-Garbanati, 2000 ; Wiecha, 1996).

5. Consommation de substances réglementées

En général, les personnes émigrant aux États-Unis affichent un taux de consommation bien inférieur à celui de celles qui sont nées aux États-Unis s'agissant d'alcool, de drogues illicites, de médicaments sous ordonnance et de produits inhalés. Par contre, on a établi un lien entre le temps passé dans le pays et une accentuation de l'usage abusif d'alcool et de drogues illicites. Les immigrants qui résident aux États-Unis depuis plus de 15 ans affichent un taux de consommation de drogues illicites similaire à celui des natifs, preuve de l'impact négatif du processus d'acculturation (Jonson, Geest et Cho, 2002).

6. Comportements sexuels responsables

En matière de comportements sexuels responsables, les résultats diffèrent de ceux concernant la consommation de tabac et d'alcool. À l'aune de cet indicateur, les problèmes que connaissent les immigrants et les natifs ne présentent pas de grands écarts. Un fait qui donne matière à préoccupation est que, dans les cas des immigrants, les parents semblent ne plus disposer du soutien passé pour que leurs enfants s'abstiennent de rapports sexuels, ce qui les expose, entre autres conséquences, à plus de risques de grossesse. À titre indicatif, chez les personnes d'origine latino-américaine, on relève l'un des taux de fécondité les plus élevés par rapport à tout autre groupe de population aux États-Unis (Blake, Ledsky, Goodenow et O'Donnell, 2001 ; Kandula, 2004 ; Lee, Orsay, Lumpkin, Ramakrishman et Callahan, 1996).

7. Traumatismes et violence

Les données concernant les immigrants en la matière sont éparpillées. Quelques études ont montré que les communautés latino-américaines emploient plus rarement les sièges de protection pour enfants et les ceintures de sécurité en voiture (Harper, Marine, Garrett, Lesote et Lowenstein, 2000; Lee et autres, 1996 ; Sorenson et Shen, 1996 et 1999). Les analyses de Sorenson et de Shen (1996 et 1999) font état d'un risque de décès par homicide plus élevé chez les immigrants originaires de la Région.

La révision de quelques indicateurs de santé chez les populations immigrantes montre que l'acculturation peut avoir des effets négatifs tout comme positifs. Les raisons de ces différences sont complexes puisqu'elles peuvent s'expliquer tant par la préservation d'habitudes et de coutumes du pays d'origine que par l'acquisition de nouveaux usages dans le pays d'émigration. De même, la contribution de la génétique à la survenue de certaines maladies est un facteur d'importance fondamentale.

Du reste, il y a un manque de données sur la santé des immigrants. En étudiant les informations que nous donnent les indicateurs, il apparaît que l'état de santé et que les habitudes du migrant ne sont pas pires que celles de la population d'accueil. Ces résultats assez positifs sur la santé des immigrants font figure de paradoxe épidémiologique. C'est dire que, malgré les profils socio-économiques, la discrimination et l'insuffisance d'accès aux soins de santé, quelques indicateurs sanitaires n'en sont pas moins positifs au sein de la population immigrante.

Pour autant, le migrant vit parfois dans des contextes de santé bien moins favorables, faits notamment de traumatismes et de violence, deux facteurs qui sont préoccupants. La violence, par exemple, qui affecte énormément la représentation que la communauté d'accueil se fait de la population migrante, favorise les généralisations et le rejet. Il est clair que les effets tant positifs que négatifs sur la santé des groupes migrants invitent à élargir l'enquête et l'analyse. Ces études sont nécessaires pour les immigrants et pour la population d'accueil, puisque, d'une façon ou d'une autre, leurs conclusions peuvent influencer sur les deux groupes. La connaissance des conditions de santé des immigrants fournit un profil de morbidité qui permettrait de cibler les interventions sur les domaines prioritaires. Inversement, la population d'accueil pourrait utiliser ces informations pour planifier l'apport des services de manière adéquate, prendre connaissance des réalités et abandonner mythes et croyances.

C. Effets dans le pays de destination

Les migrations massives ont souvent des impacts de nature diverse dans le pays d'accueil ; notamment, la tension sociale issue du manque d'acceptation entre les groupes et de la discrimination qui en résulte, la mise en contact avec un contexte nouveau de santé, les répercussions sur le système de prestation de services de santé, l'enseignement et le travail, l'exposition à de nouvelles coutumes et habitudes, principalement dans le domaine de l'alimentation, et des changements sociaux aussi bien positifs que négatifs. Les pays destinataires de ces grands mouvements de migration en reconnaissent les effets. Pour autant, leurs réactions et leurs manières de traiter ces populations dépendront de l'acceptation de cette immigration. Les pays qui reconnaissent ces impacts prennent des mesures destinées à réduire, au plus, les barrières linguistiques et culturelles, y compris en élaborant des politiques précises et en offrant des services visant expressément certains groupes de population.

Un autre aspect est que les immigrants comblent souvent un vide professionnel en acceptant des travaux de rémunération et de qualification moindres. Un fait qui, par voie de suite, est source de tensions entre ceux qui les rejettent et ceux qui comprennent que la présence d'immigrants est bénéfique puisqu'elle vient combler un manque sur le marché du travail, à moindre coût.

D. Effets sur les systèmes de santé publique

Bien des effets discutés ici ont souvent un impact direct sur le système de santé publique. En premier lieu, il y aura une poussée de la demande de services, surtout en matière de médecine curative, d'où la nécessité de disposer de professionnels de santé préparés à soigner des personnes diverses au plan linguistique et culturel. C'est dire que le pays d'accueil doit renforcer ses institutions sanitaires en formant ses effectifs de manière à ce qu'ils puissent travailler avec des populations culturellement différentes et se familiariser avec le contexte de santé qui pourrait être celui de la population immigrante, pour des raisons génétiques ou par assimilation des habitudes et des coutumes en vigueur dans le pays d'origine.

La prise en charge d'immigrants sans papiers s'accompagne d'obstacles particuliers pour la raison majeure que, vu leur statut d'illégalité, ils tendent à éviter les services médicaux, ou n'y ont pas accès, et moins encore aux soins préventifs. En outre, la

grande majorité étant dépourvue d'assurance médicale, ces personnes ont tendance à solliciter les installations de santé publique, notamment les dispensaires et les salles d'urgence. Un phénomène qui peut se traduire par une aggravation des maladies chroniques et, par voie de suite, augmenter le risque pour le patient, et un surcoût médical, l'état avancé d'une maladie pouvant occasionner des traitements onéreux.

À l'heure actuelle, les personnes d'origine latino-américaine représentent plus de 40 % de la population émigrant aux États-Unis. Pour autant, on indique que cette population a un accès limité aux soins médicaux et se heurte à des barrières d'ordre économique, culturel et linguistique qui influent sur son état de santé, le diagnostic précoce et les soins convenables, les plus vulnérables étant les immigrants clandestins. D'après une étude menée par voie de sondage auprès d'immigrants mexicains au Texas, moins d'un tiers d'entre eux avait une assurance médicale et, parmi eux, 72 % étaient sans papiers (Urrutia, Marshall, Trevino, Lurie et Minguiá-Bayona, 2006). Dans l'ensemble, le pourcentage d'hispanophones qui sont sans assurance santé aux États-Unis est de 32,4 %. Il a été montré que la peur d'être dénoncé aux services de l'immigration réduit la possibilité de recevoir soins médicaux et dentaires, médicaments sous ordonnance et lunettes de vue. De même, il a été prouvé que les immigrants sans papiers qui sont malades reçoivent un traitement aléatoire, par comparaison aux autres bénéficiaires de *Medicaid*, dont moins de procédures de soins et un séjour en hôpital plus court pour la même catégorie de maladie (Berk et Schur, 2001).

Le droit à la santé est considéré comme un droit inclusif, qui englobe non seulement les soins médicaux appropriés mais aussi les grands facteurs qui la sous-tendent comme l'accès à l'eau potable et à un cadre sanitaire convenable, l'approvisionnement en aliments, une nutrition appropriée, un logement décent et la possibilité de s'instruire (Grondin, 2004). Sur cette toile de fonds, on peut affirmer que pour les gouvernements et les différents groupes confrontés aux effets des mouvements de personnes, il est fondamental de sauvegarder les droits humains des immigrants, ce qui représente un défi de taille.

III. Immigration à destination de Porto Rico

À Porto Rico, l'immigration illicite provient surtout de la République dominicaine. Si les Dominicains commencent à partir pour les États-Unis aux alentours de 1920, le consensus est que

l'immigration massive débute vers les années 60, s'accélère les deux décennies suivantes, atteint son pic vers 1995 pour fléchir ensuite. Un recul que l'on peut attribuer à l'adoption de lois d'immigration plus strictes par le Congrès en 1996 et, aussi, à l'expulsion de sans papiers originaires de République dominicaine (Castro, Boswell et Fascell, 2002).

Depuis 1970, quelque 692 000 immigrants provenant de République dominicaine sont entrés aux États-Unis (Camarota, 2001). On recense, aujourd'hui, 764 495 Dominicains aux États-Unis (Gómez et autres, 2004). À travers toute l'île de Porto Rico vivent quelque 56 146 Dominicains, la majorité d'entre eux dans l'agglomération de San Juan (54,5 %). D'après les données du recensement de l'an 2000 sur le nombre d'hispanophones ayant immigré aux États-Unis, 58,5 % venaient du Mexique, 9,6 % de Porto Rico, 3,5 % de Cuba et 2,2 % de République dominicaine. Dans une étude récente de la population d'origine dominicaine à Porto Rico menée par le biais de groupes cibles, les participants ont déclaré que leur capacité d'accéder aux services de santé était entravée par leur statut de clandestins et que, de temps à autre, ils se sentaient victimes de discrimination lorsqu'ils cherchaient à bénéficier de services (Siaca et Acosta, 2004).

De même, une analyse similaire menée à Boston (Massachusetts) par le Bureau des Réfugiés et des Immigrants en 1999, identifiait comme obstacles à l'accès aux services de santé les plus courants : le manque d'interprètes, la méconnaissance du système de santé aux États-Unis et l'absence d'assurance.

IV. Émigration de Porto Rico à destination des États-Unis

Un rapport du Centre d'études portoricaines publié depuis peu met en évidence une évolution dans la migration des Portoricains à destination des États-Unis que nous résumerons ci-après (Duany, Matos-Rodríguez, 2006). À l'issue de la Seconde guerre mondiale, les émigrants de Porto Rico s'installent principalement à New York et dans d'autres états du nord-est du pays. Puis, à partir de 1960, ils essaient partout aux États-Unis. Pour autant, dans le courant des années 90, la Floride devient le deuxième état de l'Union abritant la plus forte concentration de Portoricains. Parmi les raisons avancées pour expliquer ce changement, citons la contraction du secteur de la production manufacturière, de nouvelles possibilités d'emploi dans d'autres régions du pays ainsi que le faible coût de la vie et l'absence d'impôts sur le revenu en Floride.

À l'instar de n'importe quelle population migrante, les Portoricains se sont trouvés influencés par la culture du pays dans lequel ils s'installaient. En particulier, les barrières linguistiques, la nécessité d'augmenter le nombre de cours bilingues, l'impact de l'appartenance confessionnelle, l'interaction sociale et les relations entre groupes d'origine différente sont cités par les auteurs de cette étude comme autant de faits culturels dus à l'hétérogénéité de la migration hispanique en Floride.

S'agissant de l'état de santé des Portoricains en Floride, les données dont on dispose ne sont pas récentes. Il reste que les informations datant des années 90 montrent que, globalement, les Portoricains résidant aux États-Unis sont jugés en plus mauvaise santé que d'autres groupes hispaniques. En matière de santé, ce rapport conclut plutôt au besoin de définir le pourcentage de morbidité chronique et infectieuse, les causes de mortalité, d'obésité, le degré d'activité physique, de tabagisme, de consommation de substances réglementées et le manque de couverture en services de soins. Par ailleurs, il est capital d'effectuer des comparaisons entre les Portoricains habitant l'île et ceux qui résident aux États-Unis. Pour pouvoir faire la part du milieu et de la culture du pays d'émigration sur l'état de santé.

V. Considérations d'ordre déontologique

Le sujet de la migration est aussi appréhendé du point de vue de sa dimension éthique. Ce cadrage repose sur l'idée que la migration affecterait la manière dont une nation se conceptualise, les idées servant à justifier la vie en commun ainsi que les idéaux politiques qu'il semble juste de proposer et de défendre. L'analyse de la dimension éthique de la migration a surtout traité de son impact sur le mode de vie jugé normatif au sein d'une communauté et de ses répercussions sur la cohabitation politique et ses différents éléments, dont la notion de citoyenneté (Ponce, 2003).

De ce point de vue, on s'est demandé s'il était déontologique de s'opposer au libre mouvement des personnes en traitant le déplacement des hommes et des marchandises de manière asymétrique. La réponse à ces questions dépend de l'échelon d'analyse, selon que l'on envisage l'individu, la communauté nationale ou la communauté mondiale.

À l'échelon national, on juge conforme à la déontologie :

- a. de nouer des liens de loyauté et de solidarité en priorité avec les personnes originaires du pays, l'hypothèse étant que l'État repose sur le consentement populaire,
- b. de restreindre la migration internationale si elle était perçue comme une menace pour les intérêts du pays ou de la nation ;
- c. de traiter les mouvements de biens et de capitaux de manière asymétrique, si l'intérêt national venait à l'exiger.

Pour autant, si l'on prend le monde comme échelon d'analyse, la loyauté et la solidarité devraient viser le bien-être de la personne humaine, ce qui prive les considérations antérieures de base déontologique ou les rend incompatibles avec l'éthique (Mehmed, 2005). C'est dire que les arguments déontologiques avancés contre la liberté de mouvement des personnes ne captent pas les implications mondiales de la migration.

La démarche de migration comporte diverses étapes qui sont différentes, selon que la migration est planifiée et organisée ou soudaine et inattendue. Pour autant, et même si l'intensité n'est pas la même, on distingue l'étape précédant le départ, particulièrement pénible dans le cas d'une migration non planifiée, et l'étape d'acculturation dans le pays d'émigration. Lorsque le départ est soudain, on évoque un sentiment de renoncement au travail, à la carrière et à sa place au sein de la société, qui peut déboucher sur une perte d'identité, assorti d'incertitudes quant à l'avenir (Organisation mondiale de la santé, 2003).

Tout en reconnaissant les différences majeures d'intensité entre ces étapes, compte tenu du type de migration en cause, il nous faut accepter que toutes deux produisent déracinement et instabilité chez ceux qui la vivent. Le processus d'adaptation à ce nouveau milieu peut évoluer de manière positive si l'on émigre dans un lieu où habitent proches et amis, où l'on parle la même langue, où l'on peut trouver un emploi sans trop de peine, en bref, s'il n'y a pas entre le pays de destination et d'origine de grandes différences culturelles, le processus peut être moins difficile. Tel n'est pas le cas de ceux contraints à l'émigration forcée par le conflit et l'urgence, sans étape préalable de préparation. Ces groupes-là sont particulièrement exposés aux problèmes fragilisant leur bien-être social et économique. Pour l'heure, le Congrès des États-Unis étudie une proposition de loi intitulée « Loi sur une

réforme globale de l'immigration » (Comprehensive Immigration Reform Act) qui, entre autres dispositions, propose de criminaliser l'embauche d'immigrants illégaux, à la fois pour l'immigrant et son employeur. Une proposition de loi qui a suscité protestations et manifestations d'envergure à travers les États-Unis.

VI. Conclusion

Les inégalités sociales et politiques, entre autres facteurs, poussent les personnes à immigrer. Tant que ces situations perdureront dans des pays économiquement désavantagés, nous continuerons à assister à une augmentation de ces déplacements de population qui constituent un défi pour les pays d'accueil. Il faut des efforts concertés entre les nations pour trouver des solutions à ce problème complexe. À cet égard, les organisations internationales comme l'OIM peuvent jouer un rôle prépondérant. Cette organisation part du principe que, de manière organisée et dans des conditions humanitaires, la migration bénéficie à la société et aux migrants proprement dits. En outre, ce principe permet d'affronter les défis variés que pose la gestion de la migration à l'échelon opérationnel, d'encourager la compréhension des phénomènes de migration, de promouvoir le développement social et économique et de veiller au respect de la dignité humaine et au bien-être des migrants.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Berck, M.L. & Schur C.L. 2001. "The Effect of Fear on Access to Care among Undocumented Latino Immigrants". *Health Affairs* 3, 4: 151-156.
- Blake, S.M., Goodenow C., Ledsky, R., and O'Donnell, L. 2001. "Recency of Immigration, Substance Use, and Sexual Behavior among Massachusetts Adolescents". *American Journal of Public Health* 91, 5: 7094-7098.
- Buchbinder, Marcos. 1999. Suplemento del Diario del Mundo Hospitalario. *Boletín de Temas de Salud de la Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires* 11, No. 105. Retirado el 10 de Julio de 2006, de <http://www.medicos-municipales.org.ar/bts0599.htm>.
- Camarota, Steven A. 2001. Backgrounder Immigrants in the United States, 2000. A Snapshot of America's Foreign-Born Population. Retirado el 12 de Julio de 2006, de <http://www.cis.org/articles/2001/back101.html>.
- Castro, Max J., Boswell, Thomas D. and Fascell, Dante B. 2002. *The Dominican Diaspora Revisited: Dominicans and Dominican-Americans in a New Century*. University of Miami, Florida: Coral Gables.
- Duany, Jorge and Matos-Rodríguez Félix V. 2006. Puerto Ricans in Orlando and Central Florida. Retirado el 26 de junio de 2006, de <http://www.hispanicchamber.net>.

- Friis, Robert, Agneta, Yngve and Viveka, Persson. 1998. Review of Social Epidemiologic Research on Migrants Health: Findings, Methodological Cautions and Theoretical Perspectives. *Scandinavian Journal of Social Medicine* 26, 3: 173-180.
- Gómez, Miguel y Madrigal, Johnny. 2004. Migración interna en Costa Rica en el período 1927-2000. Simposio: Costa Rica a la Luz del Censo del 2000. Retirado el 20 de junio de 2006, de <http://ccp.ucr.ac.cr/noticias/simposio/ponencia/gomez.htm>.
- Grondin, Danielle. 2004. Well –Manager Migrant’s Health Benefits All-. *Bulletin of the World Health Organization* 82, 8: 561.
- Harper, J.S., Marine, W.M. C.J. Lezotte, Garrett, D. Lowenstein and S.R. 2000. Motor vehicle crash fatalities: a comparison of Hispanic and Non-Hispanic Motorists in Colorado. *Annals of Emergency Medicine* 36, 6: 589-596.
- Johnson, T.P., Van Geest, J.B. and Y.I. Cho. 2002. Migration and Substance Use: Evidence from the U.S. National Health Interview Survey. *Substance Use and Misuse* 37, 941-972.
- Kandula, Namratha R., Kersey, Margaret and Lurie, Nicole. 2004. Assuring the Health of Immigrants: What the Leading Health Indicators Tell Us. *Annual Review of Public Health* 25, 357-376.
- Kershaw, Josephine. 2001. “AAPI Youth Tobacco Use: A Comparative Analysis of Current Cigarette Use Data from the Florida, Texas, and Nacional Youth Tobacco Surveys”. *Asian American Pacific Island Journal of Health* 9, 1: 25-33.
- Landule, Nancy S., Oropesa, R.S. and Gorman, Bridget K. 2000. “Migration and Infant Death: Assimilation or Selective Migration Among Puerto Ricans?” *American Sociological Review* 65, 6: 888-909.
- Lee, P. E. Orsay, J. Lumpkin, V. Ramakrishman and Callahan, E. 1996. “Analysis of Hispanic Motor Vehicle Trauma Victims in Illinois, 1991-1992”. *Academic Emergency Medicine* 3, 3: 221-227.
- Mehmed, Ugur. 2005. Migration without Borders: The Ethics, Economics and Governance of Free Movement. Retirado el 8 de mayo de 2006, de <http://www.immi.se/aom/2005/artiklar2005/ugur.htm>.
- Organización Mundial de la Salud. 2003. *Informe sobre la Posición de la OIM con relación al Bienestar Sicosocial y Mental de los Migrantes*. Salud Mental: Nuevos Conocimientos, Nuevas Esperanzas. Ginebra, 10 de noviembre.
- Ponce, Fernando. 2003. La Ciudadanía en Tiempos de Migración y Globalización –Una Aproximación desde la Ética-. Globalización, Migración y Derechos Humanos. Retirado el 2 de mayo de 2006, de <http://www.uasb.edu.ec/padh/centro/documentos/listado articulos/globalizacionmigracion.htm>
- Popkin, B.M. and Udry, J.R. 1998. “Adolescent Obesity Increases Significantly in Second and Third Generation U.S. Immigrant: the National Longitudinal Study of Adolescent Health”. *Journal of Nutrition* 128, 4: 701-706.
- Siaca, Aleyda y Acosta, Awilda. 2004. *Estudio de Necesidades de Salud de la Población Dominicana Residente en Puerto Rico*. Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo. Departamento de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

- Sorenson, S.B and Shen, H. 1996. "Homicidal Risk Among Immigrants in California, 1970 through 1992". *American Journal of Public Health* 86, 1:97-100.
- Sorenson, S.B. and Shen, H. 1999. "Mortality Among Young Immigrants to California: Injury Compared to Disease Deaths". *Journal of Immigrant Health* 1, 1: 41-47.
- Unger, J.B., Cruz, T.B. Rohrbach, L.A., Robisl, K.M. and Baezconde-Garbanati, L. 2000. "English Language Use as a Risk Factor for Smoking Initiation Among Hispanic and Asian American Adolescents: Evidence for Social Norms". *Health Psychology* 19, 5: 403-410.
- Urritia-Rojas, Ximena, Marshall, Khia, Trevino, Elizabeth, Lurie, Sue Gena and Minguia-Bayona, Guadalupe. 2006. "Disparities in Access to Health Care and Health Status Between Documented and Undocumented Mexican Immigrants in North Texas". *Hispanic Health Care International* 4, 1: 5-14.
- Wiecha, John M. 1996. "Differences in Patterns of Tobacco Use in Vietnamese, African-American, Hispanic, and Caucasian Adolescents in Worcester, Massachussets". *American Journal of Preventive Medicine* 12, 1: 29-37.

NOTES BIOGRAPHIQUES SUR L'AUTEURE

Rosa Pérez Perdomo, MD, MPH, PhD, a obtenu son diplôme de médecine en 1966 à l'université autonome de Saint-Domingue. En 1976, elle se voit décerner une maîtrise en santé publique de l'École de Santé publique, Département des Sciences médicales et, en 1992, un doctorat de philosophie de l'Université de Caroline du Nord, à Chapel Hill (dominante : épidémiologie du milieu professionnel). Deux de ses grands centres d'intérêt sont l'enseignement et l'investigation épidémiologique. Elle dispose d'une vaste expérience dans les techniques d'investigation et les activités universitaires correspondantes. En 2001, elle a été nommée Doyenne de l'École de Santé publique du Département des Sciences médicales, poste qu'elle a occupé jusqu'en 2003. Elle est éditrice du bulletin de l'Association médicale et auteure d'innombrables publications et investigations axées sur l'épidémiologie. Depuis le mois de janvier 2005 jusqu'à ce jour, la Doctoresse occupe la charge de Secrétaire à la santé à Porto Rico.