

État de santé et recours aux soins des immigrés en France : une revue de la littérature

Caroline Berchet (caroline.berchet@dauphine.fr)¹, Florence Jusot^{1,2}

1/ Université Paris-Dauphine, Leda-Legos, Paris, France

2/ Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes), Paris, France

Résumé / Abstract

L'état de santé des immigrés est considéré comme un véritable enjeu de santé publique en raison de la fragilisation économique et sociale que peuvent connaître certains d'entre eux, et qui participe à la détérioration de leur état de santé.

Ce bilan des études françaises sur l'état de santé et l'accès aux soins des immigrés suggère l'existence d'inégalités de santé liées à la migration et de disparités selon le pays d'origine. En outre, l'ensemble des études s'accorde sur le moindre recours aux soins de la population immigrée, révélant des difficultés d'accès à la médecine de ville. Enfin, la situation économique et sociale plus défavorisée des immigrés, leur moindre accès à la complémentaire santé et leur moindre intégration sociale sont les principaux facteurs expliquant ces inégalités de santé et d'accès aux soins.

Ces travaux appellent à une modification des politiques sanitaires et sociales visant à améliorer l'état de santé et l'accès aux soins des populations d'origine étrangère.

Health status and health care use of immigrants in France: a literature review

The health status of immigrants is considered as a genuine public health concern due to the economic and social fragility that they may experience, which contributes to the deterioration of their health.

This review of French studies on migrant health status and access to care suggests the existence of health inequalities related to migration and some disparities according to the country of origin. In addition, the body of evidence shows a lesser use of health care among the migrant population, suggesting difficulties in accessing ambulatory care. Finally, the more disadvantaged economic and social status of immigrants, their lower access to complementary health coverage, and their lower social integration are the most important factors explaining these health and health care inequalities.

These studies call for health and social policy reforms designed to improve the health status and health care use of the foreign born population.

Mots clés / Key words

Migration, inégalités de santé, recours aux soins / Migration, health inequalities, access to care

Introduction

La France a connu, comme de nombreux pays européens, une forte augmentation du nombre d'immigrés depuis 2005 [1]. En 2010, on estime à 6,7 millions le nombre d'immigrés résidant en France [1]. À ce titre, leur situation en matière de santé est devenue un enjeu social et politique en raison de la fragilisation économique et sociale que peuvent connaître certains immigrés, et qui contribue à la dégradation de leur état de santé. Ainsi, les différentes initiatives déployées par l'Union européenne témoignent de la volonté des États-membres de mettre en perspective la situation des immigrés en matière de santé. En 2007, la santé des immigrés apparaît comme un thème majeur de la politique de la Présidence portugaise du Conseil de l'Europe [2] qui s'est, en outre, accompagné du projet "Assisting Migrants and Communities: Analysis of Social Determinants of Health and Health Inequalities" [3], visant à accroître les échanges sur la santé et le recours aux soins des immigrés.

Malgré ces différentes initiatives, les connaissances en France portant sur la santé des immigrés restent limitées en raison d'un manque d'information sur la nationalité et le pays de naissance dans la plupart des enquêtes santé. Certains travaux montrent, néanmoins, que la population immigrée présente un état de santé et un recours aux soins fondamentalement différents de ceux de la population autochtone en raison, notamment, de phénomènes de sélection liés à la migration, de la situation économique des immigrés dans le pays d'accueil, d'une perte de lien social, de barrières informationnelles ou d'une réponse différenciée des filières de soins. Nous présentons dans cette

étude une synthèse des travaux français portant sur l'état de santé et le recours aux soins des immigrés. Nous nous demandons dans un premier temps s'il existe des disparités de santé ou d'accès aux soins entre la population immigrée et la population française. Compte tenu de l'influence des conditions socio-économiques sur l'état de santé, nous regardons ensuite si les disparités persistent après la prise en compte de ces facteurs. Enfin, nous dressons un panorama des principaux déterminants qui expliquent les disparités de santé entre la population immigrée et la population française.

Méthodologie

Recherche bibliographique

La recherche bibliographique a été réalisée par interrogation systématique de la Banque de données en santé publique et de la base de données bibliographiques de l'Irdes (Institut de recherche et documentation en économie de la santé) pour les périodes 1980-2011 et 1991-2011. Les articles ont été identifiés à l'aide des mots-clés suivants : « migrant, immigré, étranger » et « accès soins, recours soins, inégalités devant soins, soins médicaux, soins hospitaliers, consommation médicale, non recours, refus, état de santé, morbidité, prévalence, incidence, épidémiologie » et « France ». Au total, 787 articles ont été identifiés, parmi lesquels 435 portaient sur l'accès aux soins et 352 sur l'état de santé. Dix-neuf articles ont été sélectionnés par les auteurs, économistes de la santé, sur la base du titre, du résumé, des mots-clés et du support de publication. Cette première sélection a été complétée par des articles et rapports non repérés par l'analyse systématique et par des références internationales.

Différentes définitions d'un « immigré »

Selon l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), un immigré est « une personne née étrangère à l'étranger et résidant en France »¹. Toutefois, la définition de la population immigrée est variable à travers les études en raison de la diversité des instruments utilisés dans les grandes enquêtes françaises, retenant ou non le critère de nationalité et de lieu de naissance. Globalement, trois grandes typologies sont mobilisées. La première, qui est la plus courante, consiste à distinguer les personnes étrangères des Français en se basant sur le seul critère de nationalité. Ainsi, un étranger est une personne de nationalité étrangère. Le deuxième niveau d'analyse, qui est plus satisfaisant, définit un immigré selon deux critères : la nationalité et le lieu de naissance. Il permet de distinguer les étrangers (les individus nés étrangers à l'étranger), et de différencier, parmi les Français, ceux de naissance et les immigrés naturalisés (les individus nés étrangers qui ont acquis la nationalité française). Trois catégories de population sont alors définies : les Français de naissance, les immigrés naturalisés et les immigrés étrangers. Une dernière typologie, qui est plus rarement considérée, repose sur les critères de nationalité et de pays de naissance des personnes interrogées et ceux de leurs parents. Il s'agit de différencier la population française, la population immigrée de première génération et la population immigrée de seconde génération. Les immigrés de première génération correspondent aux individus nés étrangers à l'étranger, indépendamment de la nationalité et de l'origine de leurs

¹ <http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/immigre.htm>

parents. Les immigrés de seconde génération correspondent aux individus nés Français dont au moins un parent est né étranger à l'étranger. La population française correspond enfin aux individus nés Français et dont les parents sont nés Français.

Résultats

De meilleur, l'état de santé des immigrés est devenu en 30 ans plus mauvais que celui des Français

En cohérence avec certaines études menées aux États-Unis, au Canada ou en Espagne [4-6], les premiers travaux français datant des années 1980 ont mis en évidence des différences de santé en faveur des immigrés. L'exploitation des données du recensement de 1975 et des fichiers d'état-civil indique que l'espérance de vie des hommes étrangers est sensiblement plus élevée que celle des Français en raison d'une sous-mortalité après 30 ans [7]. Ce constat a, par la suite, été confirmé par les résultats de plusieurs études [8;9] qui étaient l'idée d'une sous-mortalité des étrangers résidant en France. L'analyse des causes de décès de 1979 à 1991 a montré que les hommes immigrés marocains bénéficiaient à âge égal d'une espérance de vie plus longue que les natifs [10]. Ces résultats sont, par ailleurs, cohérents avec certains travaux qui ont mis en évidence le meilleur état de santé des étrangers [11;12]. Après ajustement sur l'âge, les étrangers jouissent d'une meilleure longévité que l'ensemble de la population, et présentent aussi une moindre incidence d'invalidité [11]. Les taux de morbidité déclarée des personnes vivant dans des ménages originaires du Maghreb apparaissent également particulièrement faibles avant et après ajustement sur l'âge et la profession et catégorie sociale [12]. Ainsi, la déclaration de maladie chez les femmes et les hommes membres des ménages originaires du Maghreb est inférieure de 16% et de 33% par rapport à celle des femmes et hommes de ménages français. Cette sous-morbidité semble être très marquée chez les hommes au regard des cancers et des maladies cardiovasculaires alors que, chez les femmes, la situation est plus contrastée avec une surmorbidité par maladies endocriniennes et périnatales [12].

Si les résultats des premiers travaux français sont conformes aux résultats internationaux, les études françaises plus récentes, développées à partir des années 2000, apportent des résultats contradictoires en suggérant un moins bon état de santé de la population immigrée. Ce paradoxe français peut être tout d'abord attribué à une immigration moins sélective que dans d'autres pays et à une modification des conditions d'accueil des immigrés. À partir de 1974, l'immigration motivée par le regroupement familial et l'asile politique remplace l'immigration motivée par l'emploi en raison du ralentissement de la croissance économique [13]. Il est par ailleurs envisageable que la définition d'un immigré ne soit pas complètement comparable entre les différentes études ou entre les différentes périodes d'une même enquête. Enfin, l'incohérence des résultats à travers les études peut s'expliquer par la variété des indicateurs de santé utilisés. Les études suggérant un meilleur état de santé des populations immigrées

s'appuient sur des indicateurs objectifs de santé tels que la mortalité ou la prévalence de certaines maladies. En revanche, les derniers travaux sont basés sur des indicateurs plus subjectifs tels que la santé perçue qui indique, en dehors des maladies, un mal-être lié à l'isolement social ou à des conditions de vie difficiles, facteurs auxquels les immigrés sont davantage exposés.

Ainsi, les conclusions des travaux plus récents montrent que la population immigrée souffre d'un moins bon état de santé que la population française. L'exploitation des données de l'enquête « Passage à la retraite des immigrés », confrontées aux données de l'enquête « Emploi du temps », indique, quels que soient l'âge et le sexe, que l'état de santé subjectif des immigrés est plus dégradé que celui de l'ensemble de la population [14]. En outre, les résultats montrent que l'état de santé des immigrés tend à se détériorer à mesure que leur durée de résidence s'accroît sur le territoire français, après ajustement des caractéristiques démographiques et des conditions socio-économiques. Ce constat est confirmé par les résultats de l'enquête « Histoire de vie » qui mettent en évidence un risque de limitation fonctionnelle plus élevé parmi les femmes ayant immigré pendant l'adolescence [15].

La comparaison de l'état de santé des Français à celui des étrangers à l'aide de l'Enquête santé protection sociale (ESPS) conduite en 2000-2002 [16] montre que, quels que soient l'âge et le sexe, l'état de santé des étrangers est plus altéré que celui de l'ensemble des Français en termes de santé subjective et de déclaration de maladie chronique. Cette même étude, qui confronte ces résultats à ceux basés sur l'Enquête décennale santé menée en 1980 puis en 1991, indique que les étrangers déclaraient, à ces deux dernières périodes, moins de maladies chroniques que l'ensemble des Français. Ainsi, la discordance des résultats selon les périodes de temps considérées peut témoigner d'une dégradation de l'état de santé des immigrés. L'exploitation de l'Enquête décennale santé conduite en 2002 et 2003 [17], visant à comparer les Français de naissance aux immigrés naturalisés et immigrés étrangers, confirme le moins bon état de santé perçu des immigrés (qu'ils soient étrangers ou naturalisés), et ce après ajustement des caractéristiques démographiques et des conditions socio-économiques. Toutefois, l'analyse de la déclaration de maladie chronique et de limitation d'activité conduit à des résultats différents. Après ajustement de la structure démographique et des conditions socio-économiques, les immigrés étrangers déclarent moins souvent des maladies chroniques et des limitations d'activité que les Français de naissance. Ces divergences des résultats selon l'indicateur de santé utilisé peuvent être le reflet de biais de déclaration liés au profil migratoire. Ainsi, la moindre déclaration de maladie chronique ou de limitation d'activité peut être expliquée par une plus mauvaise compréhension de ces indicateurs ou par une différence de normes et d'attentes en matière de santé chez les immigrés [17].

Enfin, les résultats des vagues successives de l'ESPS menées en 2006 et 2008 confirment le moins bon état de santé perçu de la population immigrée [18;19]. Si la distinction entre la première et la seconde génération d'immigrés est

rarement prise en compte dans la littérature empirique [15], celle-ci peut être pertinente si l'on considère le processus d'acculturation ou d'assimilation qui suggère une convergence entre l'état de santé des immigrés de seconde génération et celui des natifs, en raison notamment de l'adoption de pratiques culturelles propres au pays d'accueil. Ainsi, après ajustement sur l'âge, le moins bon état de santé perçu est plus marqué chez les immigrés de première génération que chez les immigrés de seconde génération et il semble également plus notable parmi les femmes [18].

Les conclusions des études comparatives européennes sont cohérentes avec les résultats des études françaises récentes. L'exploitation de l'enquête SHARE (*Survey of Health Ageing and Retirement in Europe*) montre que l'état de santé des immigrés est plus altéré que celui des populations natives en termes de santé perçue et de limitation d'activité en France, en Allemagne, au Pays-Bas, en Suède et en Suisse [20]. La comparaison des taux de mortalité par maladies cardiovasculaires des étrangers selon leur pays d'origine aboutit à des conclusions similaires en suggérant une surmortalité chez les étrangers [21]. Ainsi, les taux de mortalité des différents groupes d'étrangers semblent, à l'exception de certains groupes ethniques, toujours plus élevés que ceux de la population native en France, en Écosse, au Danemark, en Angleterre et au Pays de Galles.

Des disparités selon le pays d'origine

Si les études françaises les plus récentes observent en moyenne des disparités de santé en défaveur des immigrés, quelques travaux mettent en évidence la diversité des situations en matière de santé selon le pays d'origine. Les résultats de l'enquête « Passage à la retraite des immigrés » indiquent que les individus originaires d'Europe du Nord et d'Afrique subsaharienne bénéficient d'un meilleur état de santé que les personnes originaires d'Europe du Sud et d'Afrique du Nord [14]. La diversité des états de santé selon le pays d'origine semble persister après prise en compte des conditions socio-économiques, les individus originaires d'Afrique subsaharienne et d'Europe du Nord déclarant moins souvent un mauvais état de santé que les individus originaires d'Europe du Sud. Les résultats basés sur la même enquête [22] montrent, après ajustement des facteurs culturels, que les immigrés ressortissants d'Europe de l'Est déclarent plus souvent un mauvais état de santé que les autres groupes d'immigrés.

La comparaison de l'état de santé des divers groupes d'immigrés à celui des Français mène à des conclusions différentes. Selon les résultats de l'enquête « Histoire de vie », les hommes immigrés nés en Europe souffrent plus souvent de limitations d'activité que les hommes nés en France de deux parents français, alors que les immigrés originaires des pays non européens en souffrent moins souvent, avant et après prise en compte du statut social [15]. Les résultats de l'Enquête décennale santé [17] indiquent, après ajustement du statut économique et social, que les personnes originaires d'Europe du Sud et du Maghreb présentent un état de santé plus dégradé que la population française.

Ces conclusions sont par ailleurs confirmées par les résultats de l'ESPS qui montrent le moins bon état de santé perçu des femmes immigrées originaires d'Europe du Sud et d'Afrique du Nord [19]. À l'inverse, les hommes immigrés de seconde génération originaires d'Afrique du Nord se déclarent moins fréquemment en mauvaise santé que les Français nés de parents français après ajustement sur la position sociale et les habitudes de vie.

Au-delà des habitudes culturelles et d'hygiène de vie propres au pays d'origine, la diversité de l'état de santé des immigrés selon le pays d'origine peut également être le résultat d'un effet à long terme des caractéristiques économiques du pays d'origine. Ainsi, en France, les personnes originaires des pays les plus riches présentent un meilleur état de santé que celles originaires des pays les plus pauvres [17].

Des disparités de recours aux soins

Les inégalités de santé liées à la migration sont aussi confirmées par des inégalités en matière de recours aux soins. Les résultats des diverses études françaises sont relativement convergents et soutiennent l'idée d'un moindre recours au généraliste [16;23;24] ou au spécialiste [14;23;24] de la population immigrée. À besoin de soins équivalents, les immigrés de première génération recourent moins souvent au généraliste et au spécialiste, alors que les immigrés de seconde génération ne se distinguent pas des Français nés de parents français. Après ajustement des conditions socio-économiques, seules les disparités d'accès au spécialiste persistent [24].

Les disparités de recours aux soins sont, par ailleurs, cohérentes avec le plus important taux de renoncement aux soins mis en évidence dans certains travaux [25;26]. Ainsi, d'après une enquête réalisée auprès des bénéficiaires de l'Aide médicale de l'État (AME)² en 2007, 25% des immigrés déclarent renoncer aux soins [25]. Les difficultés financières figurent parmi les premières raisons de ce renoncement. L'exploitation de l'enquête « Trajectoires et origines » [26] indique que les individus originaires d'Afrique sahélienne renoncent plus fréquemment aux soins pour des raisons financières que l'ensemble des autres groupes d'immigrés.

Des disparités d'accès aux mesures de prévention

Concernant l'accès aux mesures de prévention, les études françaises observent des différences entre les immigrés et les Français en matière de vaccination ou de dépistage.

Si les immigrés déclarent globalement se faire plus fréquemment vacciner que les Français avec les mêmes besoins de soins et situations économique et sociale, ils reportent en revanche moins fréquemment un vaccin contre l'hépatite B et un dépistage du VIH dans les douze derniers mois [23]. Les taux de vaccination contre la poliomyélite et le tétanos sont également plus faibles

parmi la population immigrée ibérique et maghrébine que parmi la population française [27]. En revanche, on ne retrouve pas de différence significative dans les taux de vaccination contre la grippe, à l'exception des hommes immigrés maghrébins qui sont plus souvent vaccinés que les hommes français [27].

Alors que la grande majorité des femmes françaises ont déjà subi un examen clinique des seins et un frottis cervical, les femmes immigrées maghrébines y sont moins fréquemment soumises [27]. Ce dernier constat est corroboré par les résultats de l'étude basée sur l'enquête « Santé, inégalités et rupture sociales » menée en 2005. Ainsi, les femmes étrangères résidant en région parisienne déclarent moins fréquemment avoir bénéficié d'un frottis cervical que les Françaises nées de parents français [28]. Les auteurs ne relèvent, en revanche, pas de différence significative entre les Françaises nées de parents français et les secondes générations d'immigrées.

Comment expliquer les inégalités de santé liées à la migration ?

Plusieurs hypothèses peuvent être avancées pour expliquer les inégalités de santé liées à la migration. Les premières hypothèses tentent d'expliquer les inégalités de santé en faveur des immigrés alors que les secondes cherchent à expliquer les inégalités de santé en défaveur des immigrés.

La première hypothèse relève d'un effet de sélection des immigrés en bonne santé selon lequel seuls les individus initialement en bonne santé sont les personnes les plus aptes à migrer parmi les membres de leur pays d'origine [29]. En France, une étude portant sur les immigrés tunisiens résidant dans la région du Languedoc-Roussillon vient à l'appui de cette hypothèse [30]. Ses résultats montrent que les taux de morbidité des immigrés tunisiens sont plus faibles que ceux de la population tunisienne résidant dans le pays d'origine, mais qu'ils sont également plus faibles que ceux de la population française. Cette première hypothèse apparaît, par ailleurs, plus pertinente parmi la population masculine, population pour laquelle la migration est plus généralement motivée par des raisons économiques que par le regroupement familial.

Un second processus de sélection, qualifié dans la littérature de « biais du saumon » a ensuite été proposé pour expliquer les différences de santé en faveur des immigrés [31]. Ce processus suppose un retour au pays d'origine des immigrés vieillissants, reflétant leur désir de séjourner dans leur pays de naissance au moment de leur retraite ou lorsqu'ils sont gravement malades et en fin de vie. Les résultats de l'enquête « Passage à la retraite des immigrés » indiquent que 34,6% des immigrés souhaitent retourner dans leur pays d'origine à des âges élevés ou pour y être inhumés. La préférence pour une inhumation dans le pays d'origine est plus prononcée parmi les personnes originaires d'Afrique et du Moyen-Orient et semble largement influencée par l'appartenance religieuse et les attaches sociales ou familiales des immigrés [31]. Ainsi, le différentiel de santé constaté en faveur des immigrés ne serait qu'un artefact résultant d'un sous-enregistrement des taux de mortalité et de morbidité.

La dernière hypothèse suggère un effet protecteur des habitudes de vie. Les premières études qui suggèrent un meilleur état de santé des immigrés ont montré que les habitudes culturelles ou alimentaires exercent un effet protecteur sur leur état de santé [27;30;32;33]. De nombreuses études indiquent que la faible consommation de boissons alcoolisées ou le régime alimentaire riche en fruits et en légumes de certaines populations étrangères expliquent leur meilleur état de santé [27;32;33]. La contribution positive des habitudes de vie semblent toutefois plus modeste selon les études françaises plus récentes [19].

Si les immigrés bénéficient à l'arrivée d'un meilleur état de santé que l'ensemble de la population, certains facteurs liés aux conditions socio-économiques ou à la perte de lien social contribuent à la détérioration de leur état de santé.

Comme nous l'avons souligné précédemment, l'état de santé des immigrés semble s'altérer avec leur durée de résidence dans le pays d'accueil. Ce constat peut être expliqué par un « effet d'usure » [14] lié à des emplois plus pénibles ou à une situation économique et sociale plus précaire [16;17;19]. À ce titre, la position sociale occupée par les immigrés ou leur accès aux droits au travail sont plus limités que ceux des Français de naissance [34]. Le taux de chômage des immigrés en 2007 était en effet deux fois plus élevé que celui des Français de naissance [13]. En outre, après prise en compte du niveau d'éducation, du sexe et de la profession et catégorie sociale, la population immigrée demeure plus souvent au chômage que la population non-immigrée, suggérant une moindre transférabilité de leur capital humain accumulé à l'étranger ou encore des discriminations sur le marché du travail. L'étude basée sur l'enquête « Trajectoires et origines » suggère que les immigrés de première et de seconde générations sont davantage exposés aux discriminations que la population non-immigrée [26]. Si les conditions socio-économiques figurent parmi les principaux déterminants sociaux de la santé [35], certains travaux indiquent que ces facteurs influencent de manière plus importante l'état de santé des populations immigrées que celui des populations non-immigrées [36]. Ainsi, certaines études françaises ont montré que la situation économique et sociale des immigrés explique en partie leur plus mauvais état de santé ou leur moindre recours à la médecine de ville [14;17;23]. Les différences de revenu et de profession et catégorie sociale entre la population immigrée et la population française de naissance expliqueraient, par exemple, 42,5% et 16% des disparités de santé perçue [18]. À cela s'ajoutent des difficultés d'accès à l'assurance complémentaire, alors que celle-ci est considérée comme essentielle pour maintenir l'accès aux soins des populations les plus démunies [37]. En France, 35% des immigrés étrangers et 20% des immigrés naturalisés n'ont pas accès à une complémentaire santé contre seulement 7% des Français de naissance [23].

Au-delà des effets liés aux conditions matérielles de vie sur l'état de santé, la perte du lien social ou l'exclusion sociale sont des facteurs contribuant à la dégradation de l'état de santé des immigrés. La migration peut susciter un stress important associé à l'insertion dans un

² L'Aide médicale de l'État (AME) ne s'adresse qu'à une minorité particulière d'immigrés. Seules les personnes étrangères résidant en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois et qui sont en situation irrégulière bénéficient de ce dispositif.

nouvel environnement ou à un manque de soutien social [38]. Or, l'influence sur l'état de santé ou sur le recours aux soins du soutien social, ou plus précisément du capital social, est largement documentée [39;40]. Ces facteurs permettent, par exemple, de diffuser des informations sur les ressources médicales disponibles ou sur les filières de soins, ce qui permet, *in fine*, d'accroître l'accès aux soins. Les conclusions des études françaises et internationales sont convergentes en suggérant des inégalités de santé ou de recours aux soins liées au manque de soutien social [18;19;41;42]. Plus spécifiquement, le différentiel de capital social entre la population immigrée et la population française de naissance expliquerait 54% des disparités de santé observées [18].

Les facteurs culturels et informationnels peuvent renforcer la dégradation de l'état de santé des immigrés. La moindre connaissance du système et des filières de soins ou la moindre maîtrise de la langue représentent des obstacles à l'accès pouvant contribuer à détériorer l'état de santé de ces populations [43]. Si ces facteurs sont difficilement quantifiables, certains travaux ont montré que les personnes étrangères qui ne maîtrisent pas la langue du pays d'accueil déclarent plus fréquemment un mauvais état de santé [15], recourent moins souvent aux soins et perçoivent plus de barrières à l'accès [41;42].

Enfin, la littérature suggère des disparités de santé ou de recours aux soins résultant de l'interaction particulière entre les professionnels de santé et les patients immigrés [44]. Les médecins peuvent tout d'abord adopter un comportement discriminatoire « pur » à l'encontre des immigrés en raison d'une préférence nationale ou de préjugés sur la capacité à respecter certaines indications thérapeutiques [45]. Un tiers des bénéficiaires de l'AME déclare, par exemple, avoir été soumis à un refus de soins de la part des professionnels de santé [25]. La moindre maîtrise de la langue ou les différences de représentations culturelles des maladies et des soins peuvent, par ailleurs, brouiller la communication entre le patient et le médecin. Il peut en résulter une mauvaise interprétation des symptômes par les médecins, et donc des diagnostics erronés et traitements inappropriés [45].

Conclusion

En dépit de la divergence des résultats d'une étude à l'autre, en raison de la diversité des indicateurs de santé utilisés et des périodes considérées, les études françaises les plus récentes suggèrent l'existence d'inégalités de santé liées à la migration et de disparités selon le pays d'origine. En outre, l'ensemble des études s'accorde sur le moindre recours aux soins de la population immigrée, révélant des difficultés de recours aux soins et d'accès aux mesures de prévention. Enfin, la situation économique et sociale plus défavorisée des immigrés, leur moindre accès à la complémentaire santé et leur moindre intégration sociale sont les principaux facteurs expliquant ces inégalités de santé et d'accès aux soins.

Ce constat appelle la mise en œuvre de politiques de santé publique visant à améliorer l'état de santé et l'accès aux soins des populations d'origine étrangère. Le Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion

sociale (CNLE), propose ainsi, dans son récent avis du 5 juillet 2011, plusieurs leviers d'action pour simplifier l'accès aux droits à l'AME et de la Couverture maladie universelle, afin de favoriser la prévention et l'accès aux soins de toutes les personnes démunies vivant sur le territoire.

Remerciements

Cette recherche a bénéficié d'un soutien financier de la Fondation du Risque (Chaire Santé, Risque et Assurance, Allianz) et du programme de recherche EUNAM (EU FP7/2007-2013 grant 260715).

Références

- [1] Organisation internationale pour la migration (OIM). L'état de la migration dans le monde 2010, l'avenir des migrations. Renforcer les capacités face aux changements. Genève : OIM; 2010. 295 p. Disponible à : http://publications.iom.int/bookstore/free/WMR_2010_FRENCH.pdf
- [2] Journal officiel de l'Union européenne. Avis du Comité économique et social européen sur « Santé et Migration », C256/123. 2007; 8 p.
- [3] Peiro MJ, Roumyana B. Eurohealth. Migrant health policy: The Portuguese and Spanish EU Precidencies. Eurohealth. 2010;16(1):1-4.
- [4] McDonald JT, Kennedy S. Insights into the 'healthy immigrant effect': health status and health service use of immigrants to Canada. Soc Sci Med. 2004;59(8):1613-27.
- [5] Kennedy S, McDonald JT, Biddle N. The healthy immigrant effect and immigrant selection: evidence from four countries. Hamilton, Ontario, Canada: Social and Economic Dimensions of an Aging Population (SEDAP) Research Group. Research Paper n°164. 2006. 54 p. Disponible à : <http://socserv.mcmaster.ca/sedap/p/sedap164.pdf>
- [6] Hernández Quevedo C, Jiménez Rubio D. A comparison of the health status and health care utilization patterns between foreigners and the national population in Spain: new evidence from the Spanish National Health Survey. Soc Sci Med. 2009;69(3):370-8.
- [7] Brahim M. La mortalité des étrangers en France. Population. 1980;3:603-22.
- [8] Wanner P, Bouchardy C, Khlal M. Causes de décès des immigrés en France 1979-1985. Migrations Santé. 1997;91:9-38.
- [9] Bouvier-Colle MH, Magescas JB, Hatton F. Causes de décès et jeunes étrangers en France. Rev Epidémiol Santé Publique. 1985;33(6):409-16.
- [10] Khlal M, Courbage Y. Mortalité des immigrés marocains en France, de 1979 à 1991. II-Les causes de décès. Population. 1995;50(2):447-71.
- [11] Mizrahi A, Mizrahi A, Wait S. Accès aux soins et état de santé des populations immigrées en France. Paris : Credes ; 1993.
- [12] Khlal M, Sermet C, Laurier D. La morbidité dans les ménages originaires du Maghreb, sur la base de l'enquête santé Insee 1991-1992. Population. 1998;53(6):1155-84.
- [13] Perrin-Haynes J. L'activité des immigrés en 2007. Insee Première. 2008;1212.
- [14] Attias-Donfut C, Tessier P. Santé et vieillissement des immigrés. Retraite et Société. 2005;46:90-129.
- [15] Lert F, Melchior M, Ville I. Functional limitations and overweight among migrants in the Histoire de Vie study. Rev Epidémiol Santé Publique. 2007;55(6):391-400.
- [16] Mizrahi A, Mizrahi A. Morbidité et soins médicaux aux personnes nées à l'étranger. Journal d'Économie Médicale. 2008;26(3):159-76.
- [17] Jusot F, Silva J, Dourgnon P, Sermet C. Inégalités de santé liées à l'immigration en France. Effet des conditions de vie ou sélection à la migration. Revue Économique. 2009;60(2):385-411.

[18] Berchet C, Jusot F. Inégalités de santé liées à l'immigration et capital social. Une analyse en décomposition. Économie publique. 2009;24-25(1-2):73-100.

[19] Berchet C, Jusot F. L'état de santé des migrants de première et de seconde génération en France. Une analyse selon le genre et l'origine. Revue Économique. 2010;61(6):1075-98.

[20] Solé-Auro A, Crimmins EM. Health of immigrants in European countries. Int Migr Rev. 2008;42(4):861-76.

[21] Bhopal RS, Rafnsson SB, Agyemang C, Fagot-Campagna A, Giampaoli S, Hammar N, *et al.* Mortality from circulatory diseases by specific country of birth across six European countries: test of concept. Eur J Public Health. 2011 May 20 [Epub ahead of print].

[22] Vaillant N, Wolff FC. Origin differences in self-reported health among older migrants living in France. Public Health. 2010;124(2):90-8.

[23] Dourgnon P, Jusot F, Sermet C, Silva J. Immigrants' access to ambulatory care in France. Questions d'Économie de la Santé. 2009;146:1-6.

[24] Berchet C. Immigration and health care utilisation in France: New evidences from the Health, Health Care and Insurance Survey. Document de travail Leda-Legos (mimeo). 2011.

[25] Boisguerin B, Haury B. Les bénéficiaires de l'AME au contact avec le système de soins. Études et Résultats. 2008;645:1-8.

[26] Beauchemin C, Hamel C, Simon P. Trajectories and Origin: Survey on population diversities. INED Working Paper. 2010;168:5-6.

[27] Wanner P, Khlal M, Bouchardy C. Habitudes de vie et comportements en matière de santé des immigrés méditerranéens en France – enquête Conditions de Vie 1987. Rev Epidémiol Santé Publique. 1995;43:548-59.

[28] Vallée J, Cadot E, Grillo F, Parisot I, Chauvin P. The combined effects of activity space and neighbourhood of residence on participation in preventive health-care activities: the case of cervical screening in the Paris metropolitan area (France). Health Place. 2010;16(5):838-52.

[29] Fennelly K. The "healthy migrant" effect. Minn Med. 2007;90(3):51-3.

[30] 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 Tunisian and French. BMC Public Health. 2007;7:265.

[31] Attias-Donfut C, Wolff FC. Le lieu d'enterrement des personnes nées hors de France. Population. 2005;60(5):813-36.

[32] Darmon N, Khlal M. An overview of the health status of migrants in France, in relation to their dietary practices. Public Health Nutr. 2001;4(2):163-72.

[33] Khlal M, Darmon N. Is there a Mediterranean migrants mortality paradox in Europe? Int J Epidemiol. 2003;32(6):1115-8.

[34] Institut national de la statistique et des études économiques. Les immigrés en France. Fiches thématiques. Insee. Édition 2005. Disponible à : http://www.insee.fr/fr/publications-et-services/sommaire.asp?id=104®_id=0

[35] Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S; Commission on social determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Lancet. 2008;372(9650):1661-9.

[36] Dunn J, Dyck I. Social determinants of health in Canada's immigrant population: results from the National Population Health Survey. Soc Sci Med. 2000;51(11):1573-93.

[37] Perronin M, Pierre A, Rochereau T. Complementary health insurance in France: Wide-scale Diffusion but inequalities of access persist. Questions d'Économie de la Santé. 2010;161:1-6.

[38] OMS. Santé des migrants, flux migratoire et mondialisation. Rapport du secrétariat de l'OMS. 2008: A71/12.

[39] Folland S. Does "community social capital" contribute to population health? Soc Sci Med. 2007;64(11):2342-54.

[40] Putnam R. Making democracy work: Civic traditions in modern Italy. Princeton: Princeton University Press; 1993.

[41] Zambrana RE, Ell K, Dorrington C, Wachsmann L, Dee H. The relationship between psychosocial status of

immigrant Latino mothers and use of emergency pediatric services. Health Soc Work. 1994;19(2):93-102.

[42] Leclere FB, Jensen L, Biddlecom AE. Health care utilization, family context and adaptation among immigrants to the United States. J Health Soc Behav. 1994;35(4):370-84.

[43] Chaouchi S, Casu C, Caussidier J, Ledesert B (dir). État de santé et accès aux soins des migrants en France.

Analyse et synthèse bibliographique. Montpellier : Observatoire régional de la Santé du Languedoc-Roussillon; 2006. 82 p.

[44] Balsa AI, McGuire TG. Prejudice, clinical uncertainty and stereotyping as sources of health disparities. J Health Econ. 2003;22(1):89-116.

[45] Carde E. Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins. Santé Publique. 2007;19(2):99-109.

Migrations, conditions de vie et santé en France à partir de l'enquête Trajectoires et origines, 2008

Christelle Hamel (christelle.hamel@ined.fr)¹, Muriel Moisy²

1/ Institut national d'études démographiques, Paris, France

2/ Université Paris-X, Nanterre, France

Résumé / Abstract

Les immigrés âgés de 18-60 ans se déclarent globalement en plus mauvaise santé que les personnes sans ascendance migratoire depuis au moins deux générations. Toutefois, la catégorie « immigrés » revêt des réalités différentes en fonction de l'origine, des parcours migratoires et des conditions de vie passées et actuelles sur le territoire métropolitain. Les immigrés originaires de Turquie et du Portugal sont ceux qui se déclarent le plus en mauvaise santé. Pour les premiers, un cumul de précarité sur le territoire métropolitain explique cette sur-déclaration d'une mauvaise santé malgré une structure de population très jeune ; pour les seconds, les facteurs explicatifs relèvent davantage d'événements vécus pendant l'enfance et de faibles niveaux de qualification, qui, s'ils ne les empêchent pas d'être sur le marché du travail, les exposent à des conditions de travail pénibles.

Mots-clés/Key words

État de santé déclaré, conditions de vie, genre, immigrés, natifs d'un DOM / Reported health status, living conditions, gender, immigrants, DOM native-born

Introduction

La santé des migrants a émergé comme domaine de recherche en France à partir des années 1990 sous l'angle de la mesure des disparités en matière de mortalité et de morbidité entre groupes de population [1]. Des travaux plus récents, menés à partir de l'Enquête décennale santé de 2002-2003, ont montré que les immigrés se déclarent plutôt en moins bonne santé que le reste de la population, un constat qui résulte notamment de conditions de vie souvent plus précaires [2;3]. Des travaux réalisés au Mexique [4] ont révélé l'existence d'un effet sélectif de l'état de santé sur la migration : ne migrent que les personnes en bon état de santé, mais une fois sur le territoire du pays d'accueil, leur santé se dégrade plus vite du fait de moins bonnes conditions de vie et d'une sous-utilisation des dispositifs de santé.

Quel est aujourd'hui l'état de santé des personnes résidant en France métropolitaine ayant vécu une migration ? Cet article entend répondre à cette question, mais en allant au-delà de la catégorie « immigrés » pour examiner s'il existe, au sein de cette population hétérogène, des différences de déclaration de l'état de santé selon le pays ou la région d'origine. En effet, de fortes disparités sociales existent entre courants migratoires et entre parcours de vie des femmes et des hommes migrants, ce qui invite à explorer plus en détails l'impact des conditions de vie et des conditions de la migration sur la déclaration de l'état de santé.

Sources et méthode

L'enquête « Trajectoires et origines » (TeO)

La plupart des études menées en France sur la santé des immigrés s'appuient sur des enquêtes conduites en population générale qui ne permettent pas, en raison d'une taille d'échantillon trop faible, de distinguer les immigrés par origine. Avec près de 9 000 personnes immigrées (nées étrangères à l'étranger), l'enquête « Trajectoires et origines » (TeO)¹ ouvre de nouvelles perspectives d'analyse.

Cette enquête, représentative de la population vivant en ménages ordinaires en France métropolitaine, a été réalisée en 2008 par l'Ined (Institut national d'études démographiques) et l'Insee (Institut national de la statistique et des études économiques) auprès d'un échantillon d'environ 22 000 personnes âgées de 18 à 60 ans. Elle décrit les caractéristiques de la migration (âge à l'arrivée et durée de résidence en France) ainsi que les conditions de vie des enquêtés. Elle a été conduite non seulement auprès des personnes immigrées, mais aussi des enfants d'immigrés nés en France, des personnes nées dans un DOM et leurs enfants nés en métropole, ainsi que des personnes dites « de la population majoritaire » (ni immigrées, ni enfants d'immigrés, ni originaires d'un DOM), qui représentent 80% des personnes âgées de 18 à 60 ans en France, soit la majorité numérique.

¹ <http://teo.site.ined.fr/>

Migrations, living conditions, and health in France based on the "Trajectoires et origines" survey, 2008

Immigrants aged 18-60 generally report being in less good health than persons with no migrant parents or grandparents. However, the "immigrant" category reflects different realities depending on origin, migration history, and past and present living conditions in France. Immigrants from Turkey and Portugal are those who report the poorest health. For the former, a combination of economic and social insecurity in France explains this over-reporting of poor health, despite a very young population structure; for the latter, the main explanatory factors tend to be events experienced during childhood and low levels of qualification which, while not excluding them from the labour market, expose them to arduous working conditions.

Indicateurs de santé et outils d'analyse

L'enquête TeO explore l'état de santé à partir des 3 questions du mini-module européen de santé, qui appréhendent les dimensions subjectives, médicales et fonctionnelles de la santé. Il permet de disposer d'une auto-évaluation par les enquêtés de leur état de santé sans avis d'un médecin. Les réponses à sa première question : « Comment est votre état de santé en général ? », renseignent tant sur la santé physique que mentale et constituent un indicateur de bien-être. La santé altérée regroupe les modalités de réponse « moyen », « mauvais » ou « très mauvais » par opposition à « bon » ou « très bon » (tableau 1). L'état de santé étant très dépendant de l'âge et des conditions de vie, l'explication des différences observées se situe en partie dans la plus forte concentration au sein de certains groupes d'origine des personnes âgées de 51 à 60 ans (figure 1). C'est le cas des immigrés d'Asie du Sud-Est (31%), du Portugal (35%) et plus encore d'Espagne et d'Italie (54%), plus âgés que la population majoritaire (24%) tandis qu'à l'inverse, les originaires d'Afrique subsaharienne et de Turquie concentrent une population très jeune, avec respectivement 63% et 70% d'enquêtés âgés de moins de 40 ans. Pour affiner la comparaison selon l'origine, des régressions logistiques ont été utilisées. Le modèle 1 (tableau 2) permet de déterminer si, à âge identique, les personnes d'une origine donnée déclarent plus souvent que les personnes de la population majoritaire un état de santé altéré. Le modèle 2 (tableau 2) poursuit