

État de santé et recours aux soins des immigrés : une synthèse des travaux français

Caroline Berchet, Florence Jusot
(Université Paris-Dauphine, Leda-Legos ; Irdes)

Cette étude propose une synthèse des travaux français portant sur l'état de santé et le recours aux soins des migrants depuis une trentaine d'années. Malgré la divergence des résultats de la littérature - due notamment à la diversité des indicateurs utilisés et des périodes considérées -, cette synthèse souligne l'existence de disparités entre les populations française et immigrée. De meilleur, l'état de santé des immigrés est devenu moins bon que celui des Français de naissance. Ces différences sont plus marquées chez les immigrés de première génération, les femmes, et varient selon le pays d'origine. Un moindre recours aux soins de ville et à la prévention a également été constaté.

Si des phénomènes de sélection liés à la migration permettent d'expliquer le meilleur état de santé initial des immigrés, leur situation économique fragilisée dans le pays d'accueil ainsi que la détérioration du lien social contribuent notamment à la dégradation de leur état de santé et à leur moindre recours aux soins.

Ce constat appelle la mise en œuvre de politiques de santé publique adaptées visant à améliorer l'état de santé et l'accès aux soins des populations d'origine étrangère, notamment à travers la prévention, le développement d'actions de proximité et de simplification de l'accès à certains droits et dispositifs tels que la Couverture maladie universelle ou l'Aide médicale d'État.

 a population immigrée en France compte aujourd'hui 6,7 millions de personnes (Organisation internationale pour la migration, 2010). Étant donné l'importance des déterminants sociaux de la santé (Marmot *et al.*, 2008), l'état de santé des immigrés et leur accès aux soins est un véritable enjeu de santé publique en raison de la fragilisation économique et sociale qu'entraîne la migration. Les différentes initiatives déployées par l'Union européenne témoignent de la volonté des États membres de mettre en lumière cette situation. En 2007,

la santé des immigrés apparaît ainsi comme un thème majeur de la politique de la présidence portugaise du conseil de l'Europe (JO de l'Union européenne, 2007) qui s'est en outre accompagnée du projet « *Assisting Migrants and Communities: Analysis of Social Determinants of Health and Health Inequalities* » (Peiro et Roumyana, 2010), visant à accroître les échanges sur la santé et le recours aux soins des immigrés.

Malgré ces différentes initiatives, les connaissances en France sur la santé des

immigrés restent limitées, en raison principalement d'un manque d'information sur la nationalité et le pays de naissance dans la plupart des enquêtes de 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 native 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. Cette étude présente une synthèse des travaux français sur la question (encadré Méthode). Elle montre qu'il existe des disparités de santé ou d'accès aux soins entre la population immigrée et la population française, et dresse un panorama des principaux déterminants qui expliquent ces disparités.

Des disparités d'état de santé et d'accès aux soins entre la population française et immigrée

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

En cohérence avec certaines études menées aux États-Unis, au Canada ou en Espagne (McDonald et Kennedy, 2004 ; Kennedy *et al.*, 2006 ; Hernandez-Quevedo et Jiménez Rubio, 2009), les premiers travaux français datant des années 1980 ont mis en évidence un meilleur

état de santé des immigrés. L'espérance de vie des hommes étrangers est sensiblement plus élevée que celle des Français en raison d'une sous-mortalité après 30 ans (Brahimi, 1980). Ce constat, fondé sur l'exploitation des données du recensement de 1975 et des fichiers d'état civil, a par la suite été confirmé par les résultats de plusieurs études (Wanner *et al.*, 1997 ; Bouvier-Colle *et al.*, 1985) qui étayaient 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 (Khlat et Courbage, 1995). Ces résultats sont cohérents avec certains travaux qui ont mis en évidence le meilleur état de santé des étrangers (Mizrahi *et al.*, 1993 ; Khlat *et al.*, 1998). Après ajustement sur l'âge, les étrangers présentent une meilleure longévité que l'ensemble de la population mais aussi une moindre incidence d'invalidité (Mizrahi *et al.*, 1993). 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 (PCS) (Khlat *et al.*, 1998). La déclaration de maladie est respectivement inférieure de 16 % et de 33 % à celle des femmes et hommes de ménages français. Cette sous-morbidité semble être très marquée chez les hommes du point de vue des cancers et des maladies cardiovasculaires mais la situation est plus contrastée chez les femmes qui présentent une sur-morbidité par maladies endocriniennes et périnatales (Khlat *et al.*, 1998).

... ce qui peut témoigner d'une dégradation de leur état de santé dans la durée

Si les premiers travaux français sont conformes aux résultats internationaux, les études françaises plus récentes, à partir des années 2000, suggèrent toutefois un moins bon état de santé de la population immigrée.

L'exploitation des données de l'enquête Passage à la retraite des immigrés, confrontée aux données de l'enquête Emploi du temps, indique que l'état de santé subjectif des immigrés étrangers est plus dégradé que celui de l'ensemble de la population, quels que soient l'âge et le sexe (Attias-Donfut et Tessier, 2005). En outre, après ajustement des caractéristiques démographiques et des conditions socio-économiques, 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. Ce constat est confirmé par les résultats de l'enquête Histoire de vie (Lert *et al.*, 2007) qui soulignent un risque de limitation fonctionnelle plus élevé parmi les femmes ayant immigré pendant l'adolescence, et par l'exploitation de l'enquête Trajectoires et origines (Beauchemin *et al.*, 2010) selon laquelle les immigrés étrangers présents sur le territoire depuis plus de trente ans se déclarent en plus mauvaise santé.

La comparaison des résultats de l'Enquête santé protection sociale (ESPS), conduite en 2000-2002¹ avec ceux de l'enquête

MÉTHODE

La recherche bibliographique

La recherche bibliographique a été réalisée par interrogation systématique des banques de données BDSP et CINDOC 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. 19 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.

Les 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 »^a. 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, la plus courante, distingue les personnes étrangères des Français en se basant sur le seul critère de nationalité. Ainsi, un étranger est une personne de nationalité étrangère.

Le second 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 immigrés étrangers (les individus nés étrangers à l'étranger), et de différencier parmi les Français, les Français 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, 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 parents. Ceux 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.

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

¹ Ces données sont appariées à celles de l'échantillon permanent d'assurés sociaux (Epas).

REPÈRES

Cette revue de littérature sur l'état de santé et l'accès aux soins des immigrés en France s'inscrit dans le cadre de la thèse effectuée par Caroline Berchet sous la direction de Florence Jusot au sein du laboratoire Leda-Legos à l'Université Paris-Dauphine. Cette recherche bénéficie d'un financement de la chaire Santé, Risque, Assurance et du soutien de l'Irdes dans le cadre du projet européen EUNAM (EU and North African Migrants: Health and Health Systems) qui vise à établir un réseau de recherche sur le thème « Santé et migration en Europe ». Ce *Questions d'économie de la santé* s'appuie sur un article rédigé pour le *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* (BEH) consacré à la santé et au recours aux soins des migrants en France (numéro du 17 janvier 2012).

décennale Santé menée en 1980 et 1991, atteste d'une évolution de l'état de santé des étrangers au cours du temps (Mizrahi et Mizrahi, 2008). Quels que soient l'âge et le sexe, les étrangers apparaissent en 1980 et 1990 en meilleure santé que les Français, avec un vieillissement retardé de 1,6 an et de 1,2 an respectivement, mesuré à l'aide de la déclaration de maladie chronique. En 2000-2002, les étrangers apparaissent en revanche en moins bonne santé que les Français, avec un vieillissement prématuré de 0,3 an. Ces résultats sont toutefois à interpréter avec précaution dans la mesure où ils ne sont pas ajustés sur la situation économique et sociale des enquêtés. Enfin, les mêmes résultats basés sur l'Enquête santé protection sociale (ESPS) conduite en 2000-2002 (Mizrahi et Mizrahi, 2008) révèlent qu'à structure démographique équivalente, l'état de santé des étrangers est plus altéré que celui des Français en termes de santé subjective.

L'exploitation de l'enquête décennale Santé conduite en 2002 et 2003 (Jusot *et al.*, 2009) 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, les immigrés étrangers déclarent, toutes choses égales par ailleurs, 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 : la moindre déclaration de mala-

die 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 (Jusot *et al.*, 2009).

Enfin, les résultats de l'enquête Trajectoires et origines (Beauchemin *et al.*, 2010) confirment les résultats des études précédentes et révèlent qu'à âge donné, les hommes et femmes immigrés résidant en France déclarent un moins bon état de santé perçu. Néanmoins, après prise en compte des conditions socio-économiques, le moins bon état de santé perçu ne se maintient que chez les femmes immigrées.

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 (Solé-Auro et Crimmins, 2008). 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 (Bhopal *et al.*, 2011). 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 Ecosse, au Danemark, en Angleterre et au Pays de Galles.

L'incohérence des résultats entre les différentes études françaises peut, d'une part, être attribuée à une modification des conditions d'accueil des immigrés et à une immigration devenue moins sélective. À partir de 1974, le ralentissement de la croissance économique contribue à passer d'une immigration essentiellement motivée par l'emploi à une immigration motivée par le regroupement familial et l'asile politique (Perrin-Haynes, 2008). D'autre part, il est envisageable que la définition d'un immigré ne soit pas entièrement comparable entre les différentes études ou les différentes périodes d'une même enquête. Certains biais culturels peuvent également

expliquer la discordance des résultats : la perception de l'état de santé ou la compréhension des indicateurs de santé peut apparaître hétérogène selon l'origine des enquêtés. Enfin, l'incohérence des résultats d'une étude à l'autre 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, tandis que les derniers travaux s'appuient sur des indicateurs plus subjectifs tels que la santé perçue qui révèle, 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.

Des différences d'état de santé entre les deux générations de migrants

Les résultats des vagues successives de l'enquête ESPS menées en 2006 et 2008 confirment le moins bon état de santé perçu de la population immigrée (Berchet et Jusot, 2009 ; Berchet et Jusot, 2010). Si la distinction entre la première et la seconde génération d'immigrés est rarement prise en compte dans la littérature empirique (Lert *et al.*, 2007), 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, notamment les immigrés originaires d'Afrique du Nord, et il semble également plus notable parmi les femmes. En revanche, les première et seconde générations d'immigrés originaires d'Europe du Sud ne diffèrent pas de la population française en matière de santé (Berchet et Jusot, 2010).

Des disparités selon le pays d'origine

Certains travaux révèlent la diversité des situations en matière de santé selon le pays d'origine. Malgré l'hétérogénéité des résultats apportés par les différentes études, certaines orientations peuvent se dessiner. D'une part, les immigrés originaires d'Europe du Nord et d'Afrique sub-

saharienne bénéficient d'un meilleur état de santé que ceux originaires d'Europe du Sud et d'Afrique du Nord (Attias-Donfut et Tessier, 2005). Les immigrés originaires d'Europe du Sud et du Maghreb présentent également un état de santé plus dégradé que la population française (Jusot *et al.*, 2009), résultat qui est aussi confirmé parmi les femmes immigrées (Berchet et Jusot, 2010). De manière similaire, les immigrés originaires du Portugal se déclarent, à âge et caractéristiques socio-économiques identiques, plus souvent en mauvaise santé (Beauchemin *et al.*, 2010). D'autre part, les immigrés originaires d'Europe de l'Est (Vaillant et Wolff, 2010) et d'Asie du Sud-est (Beauchemin *et al.*, 2010) semblent souffrir plus fréquemment d'un mauvais état de santé que les autres groupes d'immigrés après ajustement des facteurs culturels (tels que la langue parlée) [Vaillant et Wolff, 2010] et des conditions socio-économiques (Beauchemin *et al.*, 2010). Enfin, les hommes immigrés originaires d'Europe souffrent plus souvent de limitation 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 (Lert *et al.*, 2007).

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 (Jusot *et al.*, 2009).

Un moindre recours aux soins de ville en raison d'une situation économique et sociale défavorisée...

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 convergentes et soutiennent l'idée d'un moindre recours de la population immigrée au généraliste (Mizrahi et Mizrahi, 2008 ; Dourgnon *et al.*, 2009 ; Berchet, 2011) ou au spécialiste (Attias-Donfut et Tessier, 2005 ; Dourgnon *et al.*,

2009 ; Berchet, 2011). A besoins de soins équivalents, les immigrés de première génération recourent moins souvent au généraliste et au spécialiste alors que ceux de seconde génération ne se distinguent pas des Français nés de parents français. Toutefois, après ajustement des conditions socio-économiques, l'utilisation des services de santé par les immigrés de première génération ne se différencie plus de celle des Français. Ainsi, le moindre recours aux soins des immigrés s'explique majoritairement par leurs conditions économiques et sociales sur le territoire français (Dourgnon *et al.*, 2009 ; Berchet, 2011).

... et des disparités en matière 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 Français² à besoin de soins et à situation économique et sociale équivalents, ils

reportent en revanche moins fréquemment un vaccin contre l'hépatite B et un dépistage du VIH-sida dans les douze derniers mois (Dourgnon *et al.*, 2009). Les taux de vaccination contre la poliomyélite et le tétanos sont également plus faibles parmi la population immigrée ibérique et maghrébine (Wanner *et al.*, 1995). En revanche, on ne constate pas de différence significative dans les taux de vaccination contre la grippe à l'exception des hommes immigrés maghrébins, plus souvent vaccinés que les hommes français (Wanner *et al.*, 1995).

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 (Wanner *et al.*, 1995). Ce dernier constat est corroboré

² Il est recommandé de se faire vacciner contre un certain nombre de maladies (fièvre jaune, typhoïde, méningite, etc.) avant de se rendre dans des régions à risques telles que l'Afrique, le Moyen-Orient ou encore l'Amérique du Sud. Ainsi, les immigrés qui retournent dans leur pays d'origine ont globalement une plus forte probabilité de se faire vacciner que les Français.

DONNÉES

Données disponibles en France

Principales sources	Échantillons et définitions utilisées
• Passage à la retraite des immigrés (Attias-Donfut et Tessier, 2005)	6 211 immigrés étrangers
• Histoire de vie^a (Lert <i>et al.</i> , 2007)	6 156 Français de naissance 251 immigrés naturalisés 387 immigrés étrangers
• Trajectoires et origines^b (Beauchemin <i>et al.</i> , 2010)	3 781 individus appartenant à la population majoritaire 8 456 immigrés étrangers
• ESPS*-EPAS** 2000/2002 (Mizrahi et Mizrahi, 2008)	6 756 Français 296 étrangers
• Décennale santé 2002/2003^a (Jusot <i>et al.</i> , 2009 ; Dourgnon <i>et al.</i> , 2009)	22 891 Français de naissance 897 immigrés naturalisés 1 399 immigrés étrangers
• ESPS* 2006 (Berchet et Jusot, 2010)	5 307 Français nés de parents français 564 immigrés de première génération 654 immigrés de première génération
• ESPS* 2006/2008^a (Berchet et Jusot, 2009 ; Berchet, 2011)	10 401 Français nés de parents français 2 264 immigrés de première et deuxième génération

^a Différentes définitions d'un immigré peuvent être utilisées pour les analyses multivariées. La taille des échantillons peut également varier selon l'indicateur de santé considéré.

^b Appartiennent à la population majoritaire tous les enquêtés qui résident en France métropolitaine et qui ne sont ni immigrés, ni natifs d'un département d'Outre Mer (Dom), ni descendants de personne immigrée ou descendants de natifs d'un Dom.

* Enquête santé protection sociale.

** Échantillon permanent d'assurés sociaux.

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 (Vallée *et al.*, 2011). Les auteurs ne relèvent, en revanche, pas de différences significatives entre les Françaises nées de parents français et les secondes générations d'immigrées.

Les principaux déterminants des inégalités de santé liées à la migration

Un effet de sélection des immigrés en bonne santé

Plusieurs hypothèses peuvent être avancées pour expliquer les inégalités de santé liées à la migration. 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 plus aptes à migrer (Fennelly, 2007). En France, une étude portant sur les immigrés tunisiens résidant dans la région du Languedoc-Roussillon (Méjean *et al.*, 2007) montre que leurs taux de morbidité sont plus faibles que ceux de la population tunisienne résidant dans le pays d'origine, mais également plus faibles que ceux de la population française. Cette hypothèse apparaît plus pertinente en ce qui concerne la population masculine, 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 sauveur » a ensuite été proposé pour expliquer le meilleur état de santé des immigrés (Attias-Donfut et Wolff, 2005). Ce processus suppose un retour au pays d'origine des immigrés vieillissants, qui souhaitent séjourner dans leur pays de naissance pour leur retraite ou lorsqu'ils sont gravement malades et en fin de vie. D'après l'enquête Passage à la retraite des immigrés, 34,6 % des immigrés souhaitent retourner dans leur pays d'origine lorsqu'ils seront plus âgés, ou pour y être inhumés. La préférence pour une inhumation dans le pays d'ori-

gine concerne davantage 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 (Attias-Donfut et Wolff, 2005). 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.

L'effet protecteur des habitudes de vie s'est atténué

Une autre hypothèse suggère un effet protecteur des habitudes de vie. Les premières études indiquant un meilleur état de santé des immigrés ont montré que les habitudes culturelles ou alimentaires exercent un effet protecteur sur leur état de santé (Wanner *et al.*, 1995 ; Méjean *et al.*, 2007 ; Darmon et Khlat, 2001 ; Khlat et Darmon, 2003). De nombreux travaux indiquent que la faible consommation de boisson alcoolisée ou le régime alimentaire riche en fruits et légumes de certaines populations étrangères expliquent leur meilleur état de santé (Wanner *et al.*, 1995 ; Darmon et Khlat, 2001 ; Khlat et Darmon, 2003). D'après des études françaises plus récentes, la contribution positive des habitudes de vie semble toutefois plus modeste, voire contredite : l'état de santé détérioré des immigrés serait marginalement ou entièrement expliqué par une mauvaise hygiène de vie. Si les femmes migrantes de première génération déclarent moins fréquemment un bon état de santé que la population française, l'introduction des habitudes de vie dans l'analyse réduit notablement ces différences. La réduction atteint 31 % pour les femmes émigrées d'Afrique du Nord, 19,9 % pour les femmes originaires de tous les autres pays et 9,1 % pour les femmes originaires d'Europe du Sud. Les conclusions des estimations menées parmi la population masculine sont similaires et suggèrent l'importance des habitudes de vie dans l'explication du mauvais état de santé des hommes migrants (Berchet et Jusot, 2010).

Les conditions socio-économiques contribuent à la détérioration de l'état de santé

Si les immigrés bénéficient à leur arrivée d'un meilleur état de santé que l'en-

semble 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, qui semble s'altérer avec la durée de résidence dans le pays d'accueil. Ce constat peut être expliqué par un « effet d'usure » (Attias-Donfut et Tessier, 2005) lié à des emplois plus pénibles ou à une situation économique et sociale plus précaire (Mizrahi et Mizrahi, 2008 ; Jusot *et al.*, 2009 ; Berchet et Jusot, 2009 ; Berchet et Jusot, 2010). Toutes les variables de conditions socio-économiques exercent une influence significative sur la probabilité de déclarer un bon état de santé : les individus n'ayant aucun diplôme présentent moins souvent un bon état de santé perçu que les individus ayant un niveau d'éducation secondaire ; il en est de même pour les ouvriers non qualifiés par rapport aux cadres, ou encore pour les inactifs et chômeurs par rapport aux actifs occupés. A ce titre, la position sociale occupée par les immigrés et leur accès à l'emploi sont plus limités que ceux des Français de naissance (Insee, 2005). Le taux de chômage des immigrés en 2007 était deux fois plus élevé (Perrin-Haynes, 2008). En outre, après prise en compte du niveau d'éducation, du sexe et de la profession et catégorie sociale (PCS), la population immigrée demeure plus souvent au chômage que la population non-immigrée, suggérant une moindre transférabilité du capital humain³ 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 seconde générations sont davantage exposés aux discriminations que la population non-immigrée (Beauchemin *et al.*, 2010).

Si les conditions socio-économiques figurent parmi les principaux déterminants sociaux de la santé (Marmot *et al.*, 2008), certains travaux indiquent que ces facteurs influencent de manière plus importante l'état de santé des populations immigrées (Dunn et Dyck, 2010). Certaines études françaises ont notamment montré que la

³ Le capital humain est l'ensemble des aptitudes, talents, qualifications, expériences accumulés par un individu et qui déterminent en partie sa capacité à travailler ou à produire pour lui-même ou pour les autres (Généreux J., *Introduction à l'économie*, Seuil, 2000).

situation économique et sociale des immigrés explique en partie leur plus mauvais état de santé ou leur moindre recours à la médecine de ville (Attias-Donfut et Tessier, 2005 ; Jusot *et al.*, 2009 ; Dourgnon *et al.*, 2009 ; Berchet, 2011). Les différences de revenu et de PCS entre la population immigrée et la population française de naissance expliquent respectivement 42,5 % et 16 % des disparités de santé perçue (Berchet et Jusot, 2009). A cela s'ajoutent des difficultés d'accès à l'assurance complémentaire, celle-ci étant pourtant considérée comme essentielle pour maintenir l'accès aux soins des populations les plus démunies (Perronnin *et al.*, 2010). En France, 35 % des immigrés étrangers et 20 % des immigrés naturalisés n'ont pas accès à la complémentaire santé, contre seulement 7 % des Français de naissance (Dourgnon *et al.*, 2009). Enfin, une situation économique et sociale défavorable pourrait constituer un facteur explicatif au plus important taux de renoncement aux soins de certains groupes d'immigrés, les difficultés financières pouvant figurer parmi les premières raisons du renoncement aux soins (Beauchemin *et al.*, 2010).

Une perte des liens sociaux induite par la migration

Au-delà des effets liés aux conditions matérielles de vie sur l'état de santé, la perte du lien social ou l'exclusion sociale contribuent à la dégradation de l'état de santé des immigrés. La migration peut susciter un stress important associé à l'insertion dans un nouvel environnement ou à un manque de soutien social (OMS, 2008). 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 (Folland, 2007 ; Putnam, 1993). 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, convergentes, suggèrent l'existence d'inégalités de santé ou de recours aux soins liées au soutien social (Berchet et Jusot, 2009 ; Berchet et Jusot, 2010 ; Zambrana *et al.*, 1994 ; Leclerc *et al.*, 1994). Plus spécifiquement, le différentiel de capital social⁴ entre la population immigrée et la population française

de naissance explique 54 % des disparités de santé observées (Berchet et Jusot, 2009).

En outre, la moindre connaissance du système et des filières de soins ou la moindre maîtrise de la langue représentent des obstacles à l'accès et contribuent à détériorer l'état de santé des immigrés (Chaouchi *et al.*, 2006). 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 (Lert *et al.*, 2007), recourent moins souvent aux soins et perçoivent plus de barrières à l'accès (Zambrana *et al.*, 1994 ; Leclerc *et al.*, 1994).

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 (Balsa et McGuire, 2003). Des médecins peuvent adopter un comportement discriminatoire « pur » à l'encontre des immigrés en raison d'une préférence nationale ou de préjugés sur leur capacité à respecter certaines indications thérapeutiques (Carde, 2007). Un tiers des bénéficiaires de l'Aide médicale d'État (AME) déclare, par exemple, avoir été soumis à un refus de soins de la part des professionnels de santé (Boisguerin et Haury, 2008). La moindre maîtrise de la langue ou les différences de représentations culturelles des maladies et des soins peuvent, par ailleurs, biaiser la communication entre le patient et le médecin et conduire notamment à une mauvaise interprétation des symptômes par ce dernier, et ainsi à des diagnostics erronés et des traitements inappropriés (Carde, 2007).

* * *

En dépit de la divergence des résultats d'une étude à l'autre due à 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 d'accès aux soins et à la prévention. Enfin, la situation économique et sociale plus défavorisée des immigrés, leur moindre accès à la complé-

mentaire 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. L'analyse des déterminants des inégalités de santé montre que plusieurs leviers d'action sont envisageables. D'une part, la mise en place de programmes de prévention et d'éducation à la santé adaptés permettrait de donner aux immigrés les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur santé et de les orienter plus facilement vers les dispositifs de santé appropriés. Compte tenu du rôle protecteur du lien social sur la santé, le développement d'actions de proximité spécifiques apparaît pertinent pour accroître l'insertion sociale et le soutien social des personnes d'origine étrangère. Enfin, comme le souligne le Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale dans son récent avis du 5 juillet 2011, il convient de simplifier l'accès aux droits à l'Aide médicale d'État (AME) et à la Couverture maladie universelle (CMU), afin de favoriser la prévention et l'accès aux soins de toutes les personnes démunies vivant sur le territoire.

L'hétérogénéité des résultats apportés par les différentes études témoigne toutefois de la nécessité de développer des outils pour améliorer les connaissances existantes sur la santé des immigrés. L'intégration des critères de nationalité, de pays de naissance et d'origine dans les grandes enquêtes nationales est indispensable à la compréhension des mécanismes de précarisation qui fragilisent l'état de santé et l'accès aux soins des populations d'origine étrangère. À ce titre, elle apparaît fondamentale pour la mise en œuvre et l'évaluation de politiques publiques plus efficaces, pouvant être ciblées sur certaines communautés d'immigrés. ♦

⁴ Les indicateurs de capital social utilisés dans le cadre de cette étude sont les suivants : (i) **La participation sociale** qui indique si l'enquêteur participe à des activités collectives dans le cadre d'une association, d'un club sportif, d'un club culturel, d'un parti politique, etc. (ii) **L'exclusion sociale** qui indique si l'individu souffre durablement d'isolement au cours de sa vie.

POUR EN SAVOIR PLUS

- Attias-Donfut C., Tessier P. (2005). « Santé et Vieillesse des immigrés ». *Retraite et Société*, 46, pp 90-129.
- Attias-Donfut C., Wolff F.-C. (2005). « Le lieu d'enterrement des personnes nées hors de France ». *Population*, 60 (5), pp 813-36.
- Balsa A., McGuire T.G. (2003). "Prejudice, Clinical Uncertainty and Stereotyping as Sources of Health Disparities". *Journal of Health Economics*, 22(1):89-116.
- Beauchemin C., Hamelle C., Simon P. (2010). "Trajectories and Origin: Survey on population diversities". *INED Working Paper*, 168.
- Berchet C. (2011). "Immigration and health care utilisation in France: New evidences from the Health, Health Care and Insurance Survey". *Document de Travail*, Leda-Legos (mimeo).
- Berchet C., Jusot F. (2010). « L'état de santé des migrants de première et de seconde génération en France: Une analyse selon le genre et l'origine ». *Revue Economique*, 61(6), pp. 1075-98.
- Berchet C., Jusot F. (2009). « Inégalités de santé liées à l'immigration et capital social: Une analyse en décomposition ». *Économie publique*, 24-25(1-2), pp. 73-100.
- Bhopal R.S., Rafnsson S.B., Agyemang C., Fagot-Campagna A., Giampaoli S., Hammar N. et al. (2011). "Mortality from circulatory diseases by specific country of birth across six European countries: Test of concept". *European Journal of Public Health*, May 20 [Epub ahead of print].
- Boisguerin B., Haury B. (2008). « Les bénéficiaires de l'AME au contact avec le système de soins ». *Etudes et Résultats*, 645.
- Bouvier-Colle M.H., Magescas J.B., Hatton F. (1985). « Causes de décès et jeunes étrangers en France ». *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 49, pp. 409-16.
- Brahimi M. (1980). « La mortalité des étrangers en France ». *Population*, 3, pp. 603-22.
- Carde E. (2007). « Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins ». *Santé Publique*, 2(19), pp. 99-109.
- Chaouchi S., Casu C., Ledesert B. (2006). *État de santé et accès aux soins des migrants en France : analyse et synthèse bibliographique*. Observatoire Régional de la Santé du Languedoc Roussillon. (O.R.S.L.R.). Montpellier. FRA, et Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales du Languedoc Roussillon. (D.R.A.S.S.). Montpellier.
- Darmon N., Khlat M. (2001). "An overview of the health status of migrants in France in relation to their dietary practices". *Public Health Nutrition*, 4 (2), pp. 163-72.
- Dourgnon P., Jusot F., Silva J., Sermet C. (2009). « Le recours aux soins de ville des immigrés en France ». *Questions d'Economie de la Santé*, 146.
- Dunn J., Dyck I. (2010). "Social determinants of health in Canada's immigrant population: results from the National Population Health survey". *Social Science and Medicine*, 51 (11), pp. 1573-593.
- Fennelly K. (2007). "The "healthy migrant" effect". *Minnesota medicine*, 90(3), pp. 51-53.
- Folland S. (2007). "Does community social capital contribute to population health?". *Social Science & Medicine*, 64(11), pp. 2342-354.
- Hernández Quevedo, C. and Jiménez Rubio D. (2009). "A comparison of the health status and health care utilisation patterns between foreigners and the national population in Spain: new evidence from the Spanish National Health Survey". *Social Science and Medicine*, 69 (3), pp. 370-78.
- Insee. (2005). Les immigrés en France. Insee références.
- Journal Officiel de l'Union européenne. (2007). *Avis du Comité Economique et Social Européen sur « Santé et Migration »*. C256/123, 8 p.
- Jusot F., Silva J., Dourgnon P., Sermet C. (2009). « Inégalités de santé liées à l'immigration en France. Effet des conditions de vie ou sélection à la migration ». *Revue Economique*, 60(2), pp. 385-411.
- Kennedy S., McDonald J-T, Biddle N. (2006). "The Healthy Immigrant Effect and Immigrant Selection: Evidence from Four Countries". *SEDAP Research Paper*, 164.
- Khlat M., Darmon N. (2003). "Is there a mediterranean migrants mortality paradox in Europe?". *International Journal of Epidemiology*, 32, pp. 1115-118.
- Khlat M., Sermet C., Laurier D. (1998). « La morbidité dans les ménages originaires du Maghreb, sur la base de l'enquête santé Insee 1991-1992 ». *Population*, 6, pp. 1155-184.
- Khlat M., Courbage Y. (1995). « Mortalité des immigrés marocains en France, de 1979 à 1991. II-Les causes de décès ». *Population*, 50(2), pp. 447-71.
- Leclerc F.B., Jensen L., Biddlecom A.E. (1994). "Health care utilisation, family context and adaptation among immigrants to the United States". *Journal of Health and Social Behavior*, 35(4), pp. 370-84.
- Lert F., Melchior M., Ville I. (2007). "Functional limitations and overweight among migrants in the Histoire de Vie study". *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 55 (6), pp. 391-400.
- Marmot M., Friel S., Bell R., Houweling T.A., Taylor S. (2008). "Commission on social determinants of Health, Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health". *Lancet*, 372 (9650), pp. 1661-1669.
- McDonald J., Kennedy S. (2004). "Insights Into the Healthy Immigrant Effect: Health Status and Health Service use of Immigrants to Canada". *SSM*, 59(8), pp. 1613-27.
- Méjean C., Traissac P., Eymard-Duvernay S., El Ati J., Delpeuch F., Maire B. (2007). "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*, 7, pp. 265-76.
- Mizrahi A., Mizrahi A. (2008). « Morbidité et soins médicaux aux personnes nées à l'étranger ». *Journal d'Economie Médicale*, 26(3), pp. 159-76.
- Mizrahi A., Mizrahi A., Wait S. (1993). *Accès aux soins et état de santé des populations immigrées en France*. Rapport CREDES, 968.
- OMS. (2008). *Santé des migrants, flux migratoire et mondialisation*. Rapport du secrétariat de l'OMS : A71/12.
- Organisation internationale pour la migration. (2010). *L'état de la migration dans le monde 2010, L'avenir des migrations : Renforcer les capacités face aux changements*. Genève : Organisation International pour les migrations, 295 p. Disponible à http://publications.iom.int/bookstore/free/WMMR_2010_FRENCH.pdf
- Peiro M-J., Roumyana B. (2010). "Migrant Health Policy, The Portuguese and Spanish EU presidencies". *Eurohealth*, 16(1), pp. 1-4.
- Perrin-Haynes J. (2008). *L'activité des immigrés en 2007*. Insee Première, 1212.
- Perronnin M., Pierre A., Rochereau T. (2010). « La complémentaire santé en France en 2008 : une large diffusion mais des inégalités d'accès ». *Questions d'Economie de la Santé*, Irdes, 161.
- Putnam R. (1993). *Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy*. Princeton University Press.
- Solé-Auro A., Crimmins E.M. (2008). "Health of Immigrants in European countries". *Int Migr Rev*, 42(4), pp. 861-76.
- Vaillant N., Wolff F.C. (2010). « Origin differences in self-reported health among older migrants living in France ». *Public Health*, 124(2), pp. 90-98.
- Vallée J., Cadot E., Grillo F., Parisot I., Chauvin P. (2011). "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". *Health & Place*, 16, pp. 838-52.
- Wanner P., Bouchardy C., Khlat M. (1997). "Causes de décès des immigrés en France 1979-1985 ». *Migration Santé*, 91, pp. 9-38.
- Wanner P., Khlat M., Bouchardy C. (1995). "Habitudes de vie et comportements en matière de santé des immigrés méditerranéens en France - enquête Conditions de Vie 1987 ». *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 43, pp. 548-59.
- Zambrana R.E., Ell K., Dorrington C., Wachsmann L., Dee H. (1994). "The relationship between psychosocial status of immigrant Latino mothers and use of emergency pediatric services". *Health and Social Work*, 19 (2), pp. 93-102.

La Documentation de l'Irdes

Présentation

Missions

La Documentation :

- assure la veille documentaire et réalise des revues de la littérature pour les chercheurs de l'Irdes ;
- accueille le public sur rendez-vous et répond, par courriel ou téléphone, aux recherches bibliographiques externes. Par ailleurs, elle est membre du réseau de la Banque de données en santé publique (<http://www.bdsp.ehesp.fr/>).

Fonds documentaire pluridisciplinaire

Il couvre, aux niveaux national et international, l'économie de la santé, l'organisation des systèmes de santé, les politiques de santé, l'hôpital, la protection sociale, les théories économiques et méthodes statistiques...

Il comprend :

- l'intégralité des rapports et études publiés par l'Irdes depuis 1954, ancienne Division d'économie médicale du Centre de recherche pour l'étude de l'observation des conditions de vie (Credoc) ;
- les rapports officiels et recueils de statistiques sur la santé ;
- 15 000 ouvrages et thèses ;
- 300 collections de périodiques, dont 30 % en anglais ;
- 1 400 *working papers* de centres de recherche étrangers ;
- des dossiers thématiques.

Produits documentaires

La documentation élabore de nombreux produits documentaires consultables gratuitement sur le site de l'Irdes (<http://www.irdes.fr/EspaceDoc/>) :

- Lu pour vous, une rubrique mensuelle présentant des livres, des *working papers* et des sites Internet ;
- des bibliographies thématiques ;
- le carnet d'adresses en santé, l'annuaire de sites, le calendrier des colloques ;
- des sources et méthodes de recherche bibliographique.

Disponibles en ligne...

Quoi de neuf, Doc ?

Bimensuel, le bulletin bibliographique *Quoi de neuf, Doc ?* est destiné aux personnes s'intéressant à l'économie de la santé. Les références bibliographiques, classées par thème, sont issues de la littérature française et internationale.



Une nouvelle maquette, intégrant la traduction des thèmes en anglais, est prévue pour début 2011. Les numéros sont archivés en ligne depuis 2003.

Synthèses thématiques

Sans prétendre à l'exhaustivité, les synthèses thématiques retracent l'historique d'un élément du paysage sanitaire français.



Déjà parues

Les plans de maîtrise de l'Assurance maladie, La politique du médicament, Les lois de financement de la Sécurité sociale, Les réformes hospitalières, Les conventions médicales, Le ticket modérateur, Le forfait hospitalier, La loi Hôpital Patients Santé et Territoires...

Glossaire anglais/français

Ce glossaire spécialisé en économie de la santé est gratuit et accessible dans son intégralité sur le site de l'Irdes :

[http://www.irdes.fr/EspaceDoc/Dossiers Biblios/GlossaireAnglaisFrancais.pdf](http://www.irdes.fr/EspaceDoc/DossiersBiblios/GlossaireAnglaisFrancais.pdf)



Il est régulièrement enrichi et mis à jour à l'occasion des traductions des publications des chercheurs.

Institut de recherche et documentation en économie de la santé - Irdes
Documentation

10, rue Vauvenargues - 75018 Paris • Tél. : 01 53 93 43 56/01

Espace Internet : www.irdes.fr/EspaceDoc • Courriel : documentation@irdes.fr