

Infos migrations

Numéro 76 – juin 2015

Etude

Le recours aux
soins des
nouveaux
migrants

DSED

Le recours aux soins des nouveaux migrants

Les immigrés, en particulier ceux arrivés récemment en France, sont en assez bonne santé en général du fait de leur âge. Mais leur niveau de vie est plutôt modeste et ils ont un risque notable de devoir renoncer à des soins dont ils auraient besoin. Les nouveaux migrants renoncent plus à recourir à un médecin spécialiste qu'à un généraliste. La mauvaise maîtrise du français est un facteur avéré de risque, spécifique aux nouveaux migrants, de renoncement aux soins.

Les principales caractéristiques du recours aux soins

Dans l'ensemble de la population, une des principales caractéristiques du recours aux soins est un écart marqué entre hommes et femmes [1]. Ces dernières recourent davantage au médecin généraliste, aux spécialistes, voire sont plus fréquemment hospitalisées. Toutefois, dès lors que l'on procède à des analyses multivariées, ce sont d'abord l'âge et l'état de santé qui déterminent le recours aux soins, les deux facteurs étant eux-mêmes fortement liés. Parmi les facteurs identifiés qui semblent limiter le recours aux soins « à âge et état de santé égaux », on relève un effet de revenu. Ainsi les personnes ayant de moindres revenus ou une moins bonne couverture sociale recourent moins souvent aux soins. Le niveau de diplôme joue aussi un rôle : les personnes peu diplômées ont moins recours aux soins que les autres [2].

De fait, le recours aux soins des immigrés, un peu plus faible que celui des non-immigrés [3,4], semble résulter des caractéristiques précédemment mentionnées : les immigrés ont notamment des revenus moins élevés et sont moins diplômés que les non-immigrés. Toutefois, des écarts modestes mais significatifs de comportement existent, notamment parmi les immigrés étrangers qui recourent moins aux soins. Les immigrés étrangers sont aussi des personnes en moyenne présentes depuis moins longtemps en France que les immigrés naturalisés. Cela met en évidence un possible effet propre à la durée de présence.

Pour les nouveaux migrants, à âge et sexe égaux, l'état de santé est moins bon que celui de la population générale et se dégrade avec le nombre d'années passées en France [5].

Recours et non recours aux soins

Dans l'enquête « Parcours et profils des migrants » (PPM) sur les nouveaux migrants (encadré 1), les informations sur le recours aux soins se déclinent à partir de quatre paramètres : consultation d'un médecin généraliste, d'un dentiste, d'un médecin spécialiste et fréquentation d'un service d'urgence d'un hôpital (encadré 2). Il s'agit simplement de savoir si la personne enquêtée a eu recours à un ou plusieurs soins au moins une fois au cours de l'année écoulée. Dans l'enquête « Trajectoires et origines » (TeO) [4], qui permet d'observer l'ensemble des immigrés, les indicateurs utilisés sont légèrement différents et s'intéressent aux seules consultations médicales au cours des 12 derniers mois (généraliste, dentiste, spécialiste) (encadré 3). Le niveau de non recours aux soins apparaît assez proche entre l'ensemble des immigrés et les nouveaux migrants (environ une personne sur dix) et il est plus élevé chez les hommes que chez les femmes. En effet, 17 % des hommes immigrés contre 7 % des femmes n'ont pas eu recours à l'un des trois soins : généraliste, dentiste, spécialiste, avec des variations par origine (les immigrés venus des pays tiers recourent moins fréquemment aux soins que les autres). Ces proportions sont de 13 % pour les nouveaux migrants et de 6 % pour les nouvelles migrantes (tableau 1).

Tableau 1 : Non recours aux soins des nouveaux migrants (en %)

	Femmes	Hommes	Ensemble
Généraliste (G)	12	22	16
Dentiste (D)	50	54	51
Spécialiste (S)	40	70	53
Ensemble (GDS)	6	13	9
Urgence	76	81	78

Lecture : 12 % des femmes n'ont pas vu de généraliste dans les 12 mois précédant l'enquête ; 6 % n'ont vu ni généraliste, ni dentiste, ni spécialiste.

Source et champ : PPM 2007, éligibles au CAI, motif familial.



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR
DIRECTION GÉNÉRALE
DES ÉTRANGERS EN FRANCE

Encadré 1 : La source de l'étude : l'enquête PPM

L'enquête Parcours et Profils des Migrants (PPM, Drees, 2006-2007) [6] est une enquête quantitative en deux vagues, réalisée auprès d'un échantillon représentatif de 6 280 « nouveaux migrants » venant d'obtenir un titre de séjour d'un an au minimum, éligibles au contrat d'accueil et d'intégration (CAI). La première vague a eu lieu de septembre 2006 à janvier 2007, la seconde vague a permis de réinterroger 3 880 personnes un an après parmi les personnes ayant participé à la première vague. Cette deuxième vague comprend un module de questions consacrées à l'état de santé, au recours et au renoncement aux soins des nouveaux migrants.

Une autre enquête, en trois vagues, sur une population similaire de nouveaux migrants souhaitant s'installer durablement en France s'est déroulée entre 2010 et 2013 : l'Enquête Longitudinale sur l'Intégration des Primo-Arrivants (Elipa, DGEF, 2010-2011-2013) [7]. Si Elipa comporte aussi dans sa deuxième vague un module de questions sur la santé, elle ne permet pas une analyse de l'état de santé et du recours aux soins.

Cette étude porte donc uniquement sur les données de l'enquête PPM, et plus particulièrement sur les migrants au motif familial. En effet, bien que plus anciennes, les informations relatives à ces migrants se caractérisent par une stabilité dans le temps [8]. En outre, quelle que soit l'enquête, la migration familiale constitue le principal motif d'admission au séjour : 85 % dans l'enquête PPM et 72 % dans Elipa.

Le champ précis de l'étude est donc l'ensemble des migrants admis en 2006 au titre de la migration familiale âgés d'au moins 18 ans et originaires de pays tiers à l'Union européenne. Ainsi, 3 039 personnes ont été interrogées en vague 2, représentatives de quelque 85 000 nouveaux migrants entrés en France en 2006 pour motif familial.

Le recours aux soins concerne davantage les personnes en mauvaise santé...

Un « bon état de santé » correspond à une bonne santé perçue et aucune limitation fonctionnelle (sans limitation dans les activités habituelles en raison d'un problème de santé). Les « autres situations » correspondent à un état de santé moyen ou mauvais [5]. Si les femmes se partagent à égalité entre personnes en « bon état de santé » et « autres situations », seuls 35 % des hommes ne se déclarent pas en bonne santé. Quelle que soit la population considérée (population générale, immigrés ou nouveaux migrants), le non recours est plus faible pour les personnes déclarant un moyen ou mauvais état de santé et il est encore plus marqué pour la consultation d'un dentiste ou d'un spécialiste (tableau 2).

Tableau 2 : Non recours aux soins des nouveaux migrants selon leur état de santé (en %)

	Etat de santé moyen ou mauvais			Ensemble
	Femmes	Hommes	Ensemble	
Généraliste (G)	11	19	14	16
Dentiste (D)	48	50	48	51
Spécialiste (S)	37	60	45	53
Ensemble GDS	6	11	7	9
Urgence	71	75	72	78

Lecture : 11 % des femmes et 19 % des hommes n'ont pas vu de généraliste au cours de l'année précédente alors que leur état de santé n'est pas bon, soit 14 % des nouveaux migrants dont l'état de santé est moyen ou mauvais. Cette part est de 16 % pour l'ensemble des nouveaux migrants.

Source et champ : PPM 2007, éligibles au CAI, motif familial.

Selon l'enquête TeO, 3 % des non immigrés et 7 % des immigrés ne recourent pas aux soins bien qu'en ayant besoin (renoncement aux soins), mais les indicateurs ne sont pas strictement comparables avec l'enquête PPM (encadré 2).

...mais d'autres facteurs expliquent ce non recours aux soins

En toute logique, le non recours aux soins augmente avec l'âge, surtout après 37 ans. Mais le phénomène marquant est le non recours très différencié suivant le sexe : quel que soit leur âge, les migrantes récemment arrivées en France recourent bien plus souvent aux soins médicaux que les hommes. Mais surtout, si l'on considère uniquement le recours au spécialiste, les femmes y recourent de trois fois (quand elles sont jeunes) à deux fois plus que les hommes (quand elles sont plus âgées), en raison probablement de leur suivi par un gynécologue au cours de leur vie féconde (graphique 1).

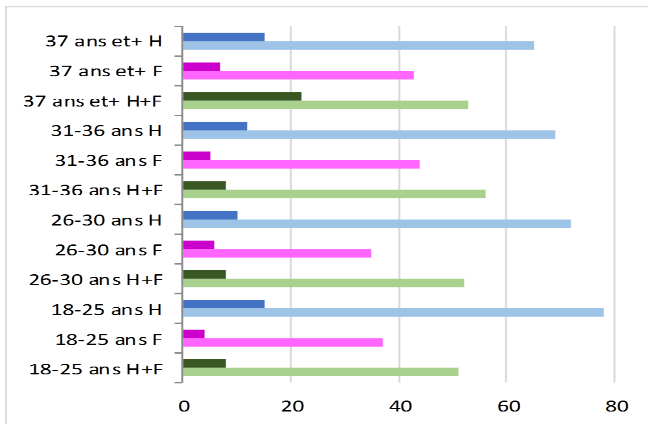
Si l'on s'intéresse à la durée de présence en France des nouveaux migrants, on constate que ce facteur est moins prépondérant que le sexe ou l'âge, excepté peut-être pour les personnes présentes depuis longtemps (plus de 7 ans). Mais ces personnes sont également celles qui sont les plus âgées, et qui donc recourent le plus aux soins (graphique 2).

Encadré 2 : Le recours aux soins, le non recours et le renoncement

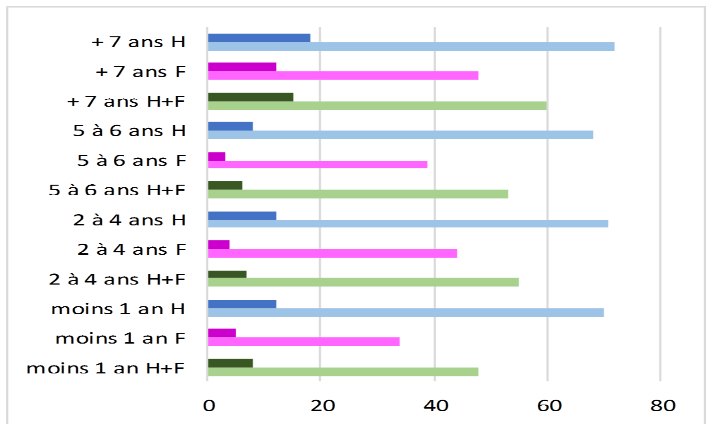
Le **recours aux soins** peut se définir par la fréquentation d'un médecin (dans l'étude présente un généraliste, un spécialiste ou un dentiste) ou d'un service d'urgence d'un hôpital pour des raisons de santé. Par opposition, le **non recours** est la non fréquentation de ces mêmes services que la personne en ressent le besoin ou non. Le **renoncement aux soins** correspond au non recours alors que la personne ressent le besoin de se faire soigner (problèmes de santé ou limitation fonctionnelle). Ce renoncement peut avoir de nombreuses causes comme le coût (avance des frais), le temps disponible, le manque de maîtrise de la langue, le sentiment de discrimination... Dans l'enquête PPM, 5 % des enquêtés ont déclaré avoir renoncé à des soins. La question reste cependant inutilisable du fait de la faiblesse des effectifs concernés.

Graphiques 1 et 2 : Comparaison non recours aux spécialistes/à aucun médecin pour les nouveaux migrants

1. en fonction de l'âge et du sexe en %



2. en fonction de la durée de présence en %



Lecture : Les barres en clair représentent le non recours au spécialiste. Les barres en foncé représentent le non recours à aucun d'un des trois médecins (G+D+S). Source et champ : PPM 2007, éligibles au CAI, motif familial.

Un effet d'origine ou de maîtrise du français ?

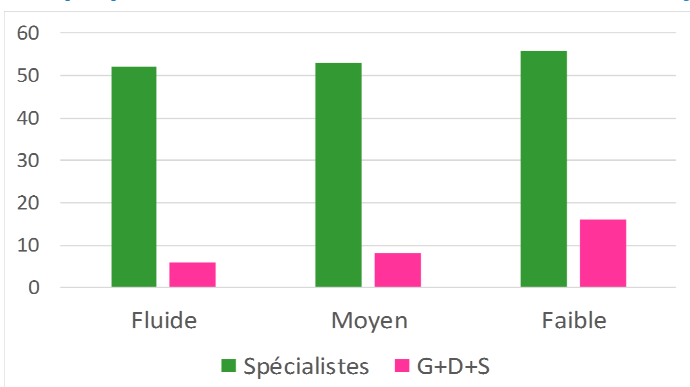
Quel que soit le pays d'origine, le non recours des hommes est toujours bien plus élevé que celui des femmes, de deux fois (Asie) à quatre fois plus élevé (Algérie). Pour la plupart des pays, le non recours se situe dans une fourchette allant de 5 % (Algérie) à 8 % (Afrique hors Maghreb), sauf pour les immigrés originaires d'Asie qui ont un comportement spécifique, notamment les personnes venant d'Asie du sud-est pour qui le non recours atteint 17 %. Cette situation peut s'expliquer, entre autres, par le faible niveau de maîtrise du français de cette population (tableau 3).

Tableau 3 : Non recours aux soins des nouveaux migrants selon leur pays d'origine en %

Pays d'origine	Non recours aux soins				
	Généralistes	Dentistes	Spécialistes	Urgences	G+D+S
Algérie, ensemble	12	44	50	76	5
Algérie, femmes	8	43	34	75	2
Algérie hommes	17	45	67	76	8
Maroc et Tunisie, ensemble	14	49	52	75	7
Maroc et Tunisie, femmes	8	50	34	75	3
Maroc et Tunisie, hommes	19	49	67	75	9
Afrique hors Maghreb, ensemble	14	58	54	76	8
Afrique hors Maghreb, femmes	9	55	42	72	5
Afrique hors Maghreb, hommes	21	63	71	83	14
Asie, ensemble	25	59	58	75	17
Asie, femmes	21	55	45	83	13
Asie, hommes	34	66	82	89	25
Autres pays, ensemble	14	44	50	79	5
Autres pays, femmes	9	42	42	73	3
Autres pays, hommes	23	48	64	90	9

Source et champ : PPM 2007, éligibles au CAI, motif familial.

Graphique 3 : Non recours aux soins et aisance en français



En effet, les personnes qui rencontrent le plus de difficultés avec la langue française sont aussi celles qui se rendent le moins chez le médecin (graphique 3). A titre d'exemple, 24 % des nouveaux migrants d'aisance faible n'ont pas vu de généraliste contre 14 % pour l'ensemble des immigrés. Ce non recours est particulièrement marqué pour les spécialistes quel que soit le niveau de français : de 52 % pour une aisance fluide ou moyenne à 56 % pour une faible aisance.

Lecture du graphique 3 : 16 % des personnes ayant une faible aisance en français ne consultent aucun médecin (G+D+S) au cours de l'année écoulée et 56 % ne pas consultent pas de spécialiste.

Source et champ : PPM 2007, éligibles au CAI, motif familial.

Encadré 3 : L'enquête « Trajectoires et Origines » (TeO)

L'enquête TeO sur la diversité des populations en France s'intéresse à toutes les populations vivant en France métropolitaine (immigrés, descendants d'immigrés, personnes originaires des DOM et leurs descendants). Elle s'intéresse à leurs conditions de vie actuelles et à leurs parcours en portant un intérêt particulier aux populations susceptibles de rencontrer des obstacles dans leurs trajectoires en raison de leur origine ou de leur apparence physique.

Elle a été réalisée conjointement par l'Ined et l'Insee. La collecte s'est effectuée auprès de 22 000 personnes âgées de 18 à 60 ans, vivant dans un ménage ordinaire en France métropolitaine, dont 8 500 immigrés et 8 100 descendants d'immigrés, de septembre 2008 à février 2009.

Pour plus d'information : <http://teo.site.ined.fr/>

Appréhender les effets de revenu

Les analyses générales du recours aux soins font état de déterminants socioéconomiques moins importants que l'âge ou l'état de santé, mais qui influent significativement. Ainsi, les personnes les plus diplômées, disposant d'un emploi bien rémunéré (catégorie socioprofessionnelle supérieure) ou d'un bon niveau de vie, renoncent moins fréquemment aux soins que les autres « à sexe, âge et état de santé égaux » [1]. Il est difficile de bien mesurer ces éléments dans les enquêtes sur les nouveaux migrants, notamment dans l'enquête PPM, où le recueil de l'information de ces éléments n'est pas assez précis. D'autre part, les nouveaux migrants connaissent des conditions de vie plus homogènes, mais moins favorables que le reste de la population : disposant de moins de ressources en moyenne, ils se retrouvent plutôt dans les catégories moins favorisées de la population.

L'effet revenu semble supplanté par un biais de sélection chez les hommes : les hommes qui disposent d'un emploi, a fortiori un emploi en CDI, renoncent plus fréquemment aux soins. Le non recours à l'un des trois soins (généraliste, dentiste, spécialiste) des hommes qui sont en emploi (CDI ou autres situations) est de 15 % alors qu'il n'est que de 6 % pour les chômeurs ou inactifs. Mais les hommes en emploi sont aussi plus fréquemment en bonne santé. Pour les femmes, moins souvent en emploi, ce sont surtout celles en emploi précaire qui renoncent le plus. Les femmes inactives sont le plus souvent en couple et l'effet revenu est donc à apprécier au niveau du ménage. En revanche, l'effet du revenu semble sensible si l'on considère que les personnes logées transitoirement (hébergement collectif essentiellement) sont moins favorisées économiquement que les locataires ou les propriétaires. Les personnes en logement transitoire ont ainsi des taux de recours plus faibles que les autres.

Les principaux déterminants du recours et du non recours aux soins

L'état de santé s'avère déterminant pour le recours aux soins en s'appuyant sur une analyse multivariée. En particulier, le fait de déclarer une limitation fonctionnelle signifie que l'on aura beaucoup plus fréquemment recours aux soins. L'effet est moins marqué quant à l'auto-appréciation de l'état de santé général. Un autre déterminant important s'avère être l'aisance en français. Plus une personne est à l'aise en français, moins elle renoncera aux soins et cet effet est plus marqué encore pour les femmes que pour les hommes. Les autres caractéristiques, à savoir le sexe, l'âge, l'état de santé, l'origine, la durée de présence, la position par rapport à l'emploi, le mode de logement et les principales caractéristiques du conjoint sont identiques. A contrario, les effets d'âge, mais aussi de durée de présence, sont peu marqués. Cela s'explique d'abord par le fait que les nouveaux migrants sont pour la plupart âgés de moins de 40 ans, âges auxquels les problèmes de santé sont peu fréquents ou bénins. De même, les effets d'origine sont modérément importants, mais les personnes originaires d'Afrique hors Maghreb et encore plus celles venues d'Asie renoncent davantage aux soins que les autres. Les autres caractéristiques jouent très peu : globalement, on observe ainsi que les personnes (surtout les hommes) en emploi recourent moins souvent aux soins.

Pour en savoir plus :

- [1] Montaut A. (2010), Santé et recours aux soins des femmes et des hommes, *Études et Résultats*, 717.
- [2] Dourgnon P., Jusot F., Sermet C., Silva J. (2009), Le recours aux soins de ville des immigrés en France, *Questions d'économie de la santé*, 146.
- [3] Insee (2012), *Immigrés et descendants d'immigrés en France*, Insee Références, Fiche 5.12.
- [4] Hamel C., Moisy M. (2013), Immigrés et descendants d'immigrés face à la santé, *Document de travail de l'Ined*, 190.
- [5] Coirier E. (2014), L'état de santé de nouveaux migrant, *Infos migrations*, 70.
- [6] Bègue M. (2009), L'enquête Parcours et Profils des migrants. Une approche statistique originale, *Revue Européenne des Migrations Internationales*, vol 25, n°1, pp 215-234.
- [7] Régnard C., Domergue F. (2011), Dossier spécial ELIPA, les nouveaux migrants en 2009. (2014), *Infos migrations*, 19.
- [8] Coirier E. (2013), Deux études sur l'intégration des nouveaux migrants, *Infos migrations*, 56.