

Le recours aux soins de ville des immigrés en France

Paul Dourgnon*, Florence Jusot**, Catherine Sermet*, Jérôme Silva*

* Irdes

** Irdes/Université Paris-Dauphine, Legos.

Les personnes immigrées ont un taux de recours à la médecine de ville, au généraliste comme au spécialiste, plus bas que le reste de la population française. Ceci s'explique davantage par la situation sociale défavorisée des immigrés que par des différences d'âge, de sexe ou d'état de santé entre ces deux populations.

Cette analyse reste valable quelle que soit la région d'origine des personnes immigrées, à l'exception de celles originaires du Maghreb, plus nombreuses à consulter un généraliste.

Le constat est plus contrasté pour les soins préventifs, les immigrés se déclarant plus souvent vaccinés que les Français mais recourant moins fréquemment aux tests de dépistage.

L'accès aux services de santé constitue un droit fondamental selon la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne. Toutefois, des inégalités sociales perdurent dans la consommation de soins en France, comme dans la plupart des pays européens [Wagstaff et van Doorslaer, 2000]. Dans de nombreux pays, la population d'origine étrangère est considérée comme particulièrement vulnérable et la question de son accès aux soins comme un enjeu de santé publique [Couffinhal et al., 2005 ; van Doorslaer, Masseria et Koolman, 2006]. Néanmoins, ce sujet est encore mal connu en France.

La population immigrée représente pourtant 7,3 % de la population de la France en 1999 et la population étrangère 5,6 %. En collectant des informations précises, à la fois sur le pays de naissance et la nationalité ainsi que sur l'état de

santé et le recours aux soins, l'Enquête décennale santé, menée en 2002-2003 par l'Insee en France, offre l'opportunité d'étudier les liens existant entre nationalité, immigration, état de santé et recours aux soins (cf. encadré Sources).

Une première étude [Dourgnon et al., 2008] a mis en évidence l'existence d'inégalités de santé des personnes d'origine étrangère, partiellement expliquées par les conditions économiques et sociales dégradées des immigrés en France ainsi que par le niveau de développement économique du pays d'origine. Les immigrés étrangers ont un taux de recours aux médecins, généralistes comme spécialistes, moindre que les personnes nées en France. Comme pour l'état de santé, ces disparités sont avant tout liées à la situation sociale des populations étrangères en France. Les immigrés naturalisés sont moins concernés par ces difficultés d'accès.

Expliquer les différences de recours aux soins selon l'origine nationale

Plusieurs hypothèses peuvent expliquer des différences de recours aux services de santé liées à la migration. Elles ont trait aux besoins de soins, aux comportements de recours, à la réponse du système de soins et à la situation économique et sociale des immigrés.

Les personnes immigrées ont-elles un état de santé et des besoins de soins différents ? La littérature internationale a mis en évidence des différences d'état de santé des populations immigrées et étrangères. L'effet de sélection à la migration, selon lequel les populations récemment immigrées sont souvent en meilleure santé, est contrebalancé dans le temps par les effets délétères sur la santé de la perte du réseau social et des situations sociale et professionnelle généralement

défavorisées dans le pays d'accueil. De plus, des différences d'état de santé selon le pays d'origine ont été observées qui sont en partie liées aux conditions de vie dans ces pays [Dourgnon *et al.*, 2008].

Les recours diffèrent-ils à besoin de soins égal ? Certains auteurs suggèrent l'existence de barrières culturelles et informationnelles expliquant un recours aux soins plus tardif et davantage orienté vers les soins curatifs chez les populations les plus pauvres et les moins éduquées [Alberts *et al.*, 1998]. Les soins hospitaliers ou en centres de santé sont également plus souvent utilisés par ces patients. Ces difficultés d'accès peuvent être renforcées chez les personnes immigrées par leur isolement et la perte de leur réseau social en France, associés à des difficultés d'orientation dans le système de soins [Cambois, 2004 ; Shaw, Dorling et Smith, 1999]. Enfin, une réponse différenciée du système de soins liée à l'origine du patient n'est pas à exclure [Balsa et McGuire, 2003 ; Sundquist, 1993]. Trois formes de discrimination peuvent être distinguées. L'une est liée au préjugé pur, le médecin appliquant un principe de « préférence nationale ou raciale » à l'effort qu'il consacre à ses patients. Le médecin peut également traiter le patient en fonction de stéréotypes liés à l'origine ou à la catégorie sociale (rapport au corps, compréhension, observance des traitements prescrits).

Enfin, à partir des statistiques sur la prévalence des maladies infectieuses selon le pays d'origine, le médecin peut orienter sa stratégie diagnostique et thérapeutique et ainsi créer des différences de traitement, avec des effets positifs ou négatifs sur les inégalités de santé entre groupes sociaux.

La situation sociale défavorable des migrants dans le pays d'accueil ainsi qu'un accès aux droits plus difficile, notamment à la protection sociale, ont également un impact sur les disparités de recours aux soins [Mizrahi et Mizrahi, 2008]. Les immigrés, plus souvent touchés par le chômage et percevant des rémunérations plus faibles, sont aussi moins fréquemment couverts par une assurance maladie complémentaire.

À partir des hypothèses et des résultats proposés par la littérature, il s'agit ici de mesurer l'influence directe de la migration et de la nationalité sur la consommation de soins de ville, et leurs influences indirectes relevant de la situation socio-économique et de l'état de santé (*cf.* encadré Méthode).

Les immigrés étrangers recourent moins au généraliste...

85 % des personnes nées en France et 84 % des immigrés naturalisés déclarent avoir consulté un généraliste au cours

Cette étude sur le recours aux soins des immigrés complète les travaux sur l'état de santé des immigrés déjà réalisés [Dourgnon P. *et al.*, 2008] et s'inscrit dans le prolongement des recherches sur les inégalités de santé et leurs déterminants menées par l'Irdes. Elle a bénéficié d'un financement dans le cadre de l'appel à projets de recherche de la Mission recherche de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees MiRe) « Analyses secondaires de l'enquête décennale de l'Insee 2002-2003 sur la santé et les soins médicaux ». L'exploitation de cette enquête permet d'étudier les liens entre recours aux services de santé, état de santé, statut socio-économique et profil migratoire, c'est-à-dire en distinguant les Français nés en France, les immigrés étrangers et les immigrés naturalisés.

de l'année écoulée (*cf.* tableau 1). Les immigrés étrangers sont en revanche un peu moins nombreux : 81 % seulement ont consulté au moins une fois un généraliste. Parmi les personnes ayant consulté un généraliste, le nombre de recours des Français de naissance est de 4,8 en moyenne et 4,7 pour les immigrés étrangers, contre 5,3 pour les immigrés naturalisés. Selon les régions de naissance (*cf.* encadré Sources p. 4), la proportion de personnes ayant consulté un généraliste varie de 69 % à 85 %. À l'exception des personnes originaires d'Europe du Sud qui sont aussi nombreuses que les Français de naissance à avoir consulté, le taux de recours au généraliste des immigrés est plus bas quel que soit le pays d'origine.

... et encore moins au spécialiste

L'écart est encore plus marqué pour les séances de spécialistes : 63 % des Français nés en France et des immigrés naturalisés ont consulté un spécialiste au cours des douze derniers mois, contre 52 % des étrangers. Les personnes étrangères ont un taux de recours plus faible pour toutes les régions de naissance, à l'exception encore une fois des immigrés d'Europe du Sud (63 %). Parmi les personnes ayant consulté, le nombre de consultations moyen est aussi plus faible chez les personnes étrangères (2,9 consultations en moyenne contre 3,3 pour les Français et les immigrés naturalisés).

T1 État de santé et taux de recours au généraliste et au spécialiste au cours des douze derniers mois

| | Taux de recours au médecin... | | État de santé | | | Effectifs |
|---------------------------------------|-------------------------------|-------------|----------------|-------------------|-----------------------|-----------|
| | généraliste | spécialiste | Mauvaise santé | Maladie chronique | Limitation d'activité | |
| Région de naissance | % | % | % | % | % | |
| Europe du Nord | 83,5 | 55,8 | 18,5 | 43,7 | 10,2 | 206 |
| Europe centrale | 82,8 | 61,2 | 41,5 | 50,8 | 25,4 | 134 |
| Europe du Sud | 84,8 | 63,4 | 43,5 | 51,0 | 16,4 | 670 |
| Turquie | 77,7 | 47,9 | 28,4 | 29,8 | 8,5 | 94 |
| Maghreb | 83,3 | 54,2 | 38,5 | 36,6 | 13,6 | 683 |
| Moyen-Orient | 69,0 | 62,1 | 21,1 | 39,7 | 10,3 | 58 |
| Afrique (hors Maghreb) | 76,2 | 50,3 | 23,0 | 27,2 | 7,3 | 151 |
| Sous continent indien + îles | 73,8 | 36,0 | 25,9 | 31,2 | 3,3 | 61 |
| Asie | 74,4 | 48,8 | 28,3 | 36,3 | 6,3 | 160 |
| Amérique, Australie, Nouvelle-Zélande | 81,0 | 59,5 | 15,2 | 44,3 | 6,3 | 79 |
| Profil migratoire | | | | | | |
| Immigrés étrangers | 80,6 | 52,2 | 31,2 | 38,2 | 11,4 | 1 399 |
| Immigrés naturalisés | 83,5 | 63,0 | 36,0 | 46,7 | 15,6 | 897 |
| France et DOM-TOM | 84,7 | 62,6 | 25,0 | 42,1 | 13,9 | 22 891 |
| Taille de l'échantillon | - | - | - | - | - | 25 187 |

Données : Enquête décennale santé 2002-2003 (Insee). Exploitation : Irdes.

Télécharger le tableau détaillé : <http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/Qes/Qes146.htm>

La situation économique et sociale plus défavorisée des immigrés explique leur moindre recours au généraliste...

Ces premières comparaisons ne tiennent pas compte des différences d'état de santé, de besoin de soins, ni de la situation socio-économique des individus. Les étapes ultérieures différencieront les effets propres de la migration des effets liés à l'état de santé et au statut socio-économique.

L'état de santé et l'âge influencent la probabilité de recours. Les personnes se déclarant en mauvaise santé ont plus de risque que celles se déclarant en bonne santé d'avoir eu recours à un généraliste au cours de l'année écoulée (odds ratio (OR)=2), cf. encadré Définition ci-dessous). Les 30-70 ans ont un taux de recours moindre que les 18-29 ans, et les 70 ans et plus un taux de recours supérieur. Enfin, la probabilité de recours des femmes est nettement plus élevée que celle des hommes (OR=1,52).

À besoins de soins équivalents (approximés par âge, sexe et état de santé contrôlés), les immigrés (étrangers et naturalisés) ont une probabilité inférieure à celle des Français nés en France d'avoir consulté un généraliste (OR=0,78 et 0,83) [cf. tableau 2, partie recours au généraliste, modèle 1].

La catégorie socioprofessionnelle, le diplôme, l'occupation, le niveau de revenu, le type de ménage ainsi que la couverture complémentaire influent tous significativement sur la probabilité de recours au médecin généraliste (cf. tableau 2, partie recours au généraliste, modèle 2). La plupart des catégories socioprofessionnelles ont une plus forte probabilité de recourir au médecin généraliste que les cadres (OR significativement supérieurs à 1). Globalement, un niveau d'études plus faible est également associé à une plus forte probabilité de recours au généraliste. Enfin, l'absence de couverture complémentaire diminue la probabilité d'avoir consulté un généraliste. Or, 35 % des immigrés étrangers et 20 % des immigrés naturalisés ne disposent pas de couverture complémentaire, contre 7 % des Français nés en France.

T2

Modélisation de la probabilité de recours au médecin dans les douze derniers mois et effet du profil migratoire

| | Probabilité de recourir à un médecin... | | | |
|--|---|-------------|-------------|-------------|
| | généraliste | | spécialiste | |
| | Modèle 1 | Modèle 2 | Modèle 1 | Modèle 2 |
| | Odds ratios | | Odds ratios | |
| Profil migratoire | | | | |
| <i>Français né en France</i> | <i>Réf.</i> | <i>Réf.</i> | <i>Réf.</i> | <i>Réf.</i> |
| Immigré étranger | 0,78*** | 1,12 | 0,66*** | 0,93 |
| Immigré naturalisé | 0,83* | 1 | 0,96 | 1,1 |
| Indicateur d'état de santé | | | | |
| Mauvaise santé perçue | 2*** | 2,07*** | 1,28*** | 1,58*** |
| Maladie chronique | 2,63*** | 2,6*** | 1,6*** | 1,59*** |
| Limitations | 1,83*** | 1,85*** | 1,86*** | 1,98*** |
| CARACTÉRISTIQUES SOCIO-ÉCONOMIQUES | | | | |
| Age | | | | |
| <i>18-29 ans</i> | <i>Réf.</i> | <i>Réf.</i> | <i>Réf.</i> | <i>Réf.</i> |
| 30-49 ans | 0,89** | 0,87** | 1,08* | 1 |
| 50-69 ans | 0,93 | 0,8*** | 1,07 | 0,98 |
| 70 ans et plus | 1,87*** | 1,46*** | 0,78*** | 0,81*** |
| Sexe | | | | |
| <i>Homme</i> | <i>Réf.</i> | <i>Réf.</i> | <i>Réf.</i> | <i>Réf.</i> |
| Femme | 1,52*** | 1,57*** | 2,3*** | 2,43*** |
| Profession et catégorie socioprofessionnelle | | | | |
| Agriculteur | | 1,1 | | 0,57*** |
| Artisan commerçant | | 0,89 | | 0,78*** |
| Employé | | 1,23*** | | 0,87** |
| Ouvrier | | 1,15** | | 0,68*** |
| Profession intermédiaire | | 1,21*** | | 0,9** |
| <i>Cadre</i> | | <i>Réf.</i> | | <i>Réf.</i> |
| Sans objet | | 1,72*** | | 0,84 |
| Niveau d'études | | | | |
| Sans diplôme | | 0,98 | | 0,54*** |
| BEP-CAP | | 1,2*** | | 0,64*** |
| Bac | | 1,17*** | | 0,85*** |
| <i>Bac + 2 ou plus</i> | | <i>Réf.</i> | | <i>Réf.</i> |
| Situation vis-à-vis de l'emploi | | | | |
| <i>En emploi</i> | | <i>Réf.</i> | | <i>Réf.</i> |
| Chômeur | | 0,9 | | 0,91 |
| Étudiant | | 1,1 | | 0,83** |
| Personne au foyer | | 0,83** | | 0,9* |
| Retraité | | 1,29*** | | 1,06 |
| Autre inactif | | 1,05 | | 0,91 |
| Revenu mensuel par unité de consommation (répartition en quartiles) | | | | |
| Premier quartile | | 0,91 | | 0,7*** |
| Deuxième quartile | | 1,17*** | | 0,82*** |
| Troisième quartile | | 1,24*** | | 0,92** |
| <i>Quatrième quartile</i> | | <i>Réf.</i> | | <i>Réf.</i> |
| Type de ménage | | | | |
| Personne seule | | 0,91 | | 0,81*** |
| Couple sans enfant | | 1,18*** | | 1,04 |
| <i>Couple avec enfant(s)</i> | | <i>Réf.</i> | | <i>Réf.</i> |
| Famille monoparentale | | 0,93 | | 0,85** |
| Autres cas | | 0,77*** | | 0,81*** |
| Type de couverture complémentaire | | | | |
| CMU complémentaire | | 1,05 | | 0,87 |
| <i>Mutuelle complémentaire</i> | | <i>Réf.</i> | | <i>Réf.</i> |
| Pas de couverture | | 0,48*** | | 0,61*** |
| Statistiques d'ajustement | | | | |
| Constante | 1,050 | 0,82*** | -0,240 | 0,5*** |
| Taille de l'échantillon | | | | |
| | 24 599 | 24 599 | 24 599 | 24 599 |

Significativité : * 10 %, ** 5 %, *** < 1 %.

Données : Enquête décennale santé 2002-2003 (Insee). Exploitation : Irdes.

DÉFINITION

Un **odds ratio** exprime l'effet d'une variable (par exemple le fait d'être un immigré étranger) sur la probabilité de recourir aux soins d'un médecin généraliste, par rapport à une situation de référence (être un Français né en France). Le sens de l'association se mesure en comparant la valeur de l'odds ratio à 1. S'il est supérieur à 1, le fait d'être un immigré étranger augmente la probabilité de consulter un généraliste.

SOURCES

L'enquête décennale santé (EDS) de 2002-2003. Elle est réalisée tous les dix ans par l'Insee auprès d'un échantillon représentatif de ménages ordinaires résidant en France métropolitaine. La dernière enquête s'est déroulée entre octobre 2002 et septembre 2003. Au total, 40 796 personnes appartenant à 16 800 ménages ont été enquêtées. Les ménages ont été interrogés sur une période de huit semaines avec trois visites d'enquêteurs espacées chacune d'un mois. L'enquête a permis de collecter des informations sur les caractéristiques socio-économiques des individus (conditions de vie, situation professionnelle, protection sociale) ainsi que des données sur leur nationalité et leur pays de naissance, leur état de santé et leurs consommations de soins. Signalons toutefois que cette enquête exclut par définition la population vivant en ménage collectif ou en situation de grande précarité, catégories dans lesquelles les personnes d'origine étrangère sont surreprésentées.

Le champ de l'étude est restreint aux personnes âgées de plus de 18 ans, ayant participé aux trois visites de l'enquête et appartenant à l'une des trois catégories suivantes : personnes françaises nées en France, personnes étrangères nées à l'étranger (immigrés étrangers) et personnes nées à l'étranger ayant été naturalisées (immigrés naturalisés). Les Français nés à l'étranger (n=921) ont été exclus de l'étude, en raison de la forte proportion de personnes nées en Algérie avant 1962, pour lesquelles il est difficile de définir les éléments de contexte du pays d'origine. Les pays de naissance des personnes immigrées sont regroupés en zones géographiques. Au total, l'échantillon final est constitué de 25 187 personnes, dont 2 296 immigrés.

Après contrôle de ces caractéristiques socio-économiques, les probabilités d'avoir consulté des immigrés, étrangers comme naturalisés, ne sont finalement pas significativement différentes de celles des Français nés en France. Les taux plus faibles de recours au généraliste des personnes étrangères s'expliquent donc avant tout par les différences de situation sociale. Les différences entre Français et étrangers reflètent les inégalités sociales de recours existant dans l'ensemble de la population.

... comme au spécialiste

Les immigrés naturalisés n'ont pas une probabilité significativement différente de celle des Français de naissance d'avoir eu recours au moins une fois dans l'année à un médecin spécialiste. Et ce constat n'est pas modifié après contrôle par les caractéristiques socio-économiques. Comme pour les généralistes, la probabilité de consulter un médecin spécialiste est largement influencée par l'état de santé, l'âge et le sexe. Les effets des caractéristiques socio-économiques sur l'accès au spécialiste sont également très significatifs et révèlent un gradient social déjà largement documenté, que ce soit selon la catégorie socioprofessionnelle, le niveau d'études, le revenu ou la couverture complémentaire.

À l'inverse, à état de santé, âge et sexe donnés, la probabilité d'avoir consulté un médecin spécialiste est plus faible pour les immigrés étrangers que pour les Français

nés en France. Cette différence disparaît après contrôle par les variables socio-économiques. Des analyses approfondies¹ montrent que la couverture complémentaire a un impact déterminant.

Des disparités selon les régions de naissance...

Les modèles 3 et 4 (cf. tableau 3) mettent en évidence les effets de la zone géographique de naissance sur le recours au

¹ Résultats non présentés ici.

généraliste (cf. encadré Sources). À âge, sexe et état de santé donnés, le fait d'être immigré du Moyen-Orient (OR=0,44), d'Asie (OR=0,52) ou du sous-continent indien (OR=0,59) diminue de manière importante la probabilité d'avoir eu recours à un généraliste, comparé à un Français né en France. Les personnes originaires d'Europe centrale (OR=0,66) et d'Europe du Sud (OR=0,82) accèdent également plus rarement au généraliste, mais dans une moindre mesure.

Dans la plupart des régions de naissance, on constate un accès plus rare au spécialiste. Les personnes originaires d'Europe du Nord, de Turquie, du Maghreb, d'Afrique hors Maghreb, d'Asie et du sous-continent indien ont toutes une plus faible propension à avoir consulté un spécialiste au cours des douze derniers mois et ce à âge, sexe et état de santé comparables.

... dues en premier lieu aux situations économiques et sociales différentes de celles des Français

Après prise en compte des caractéristiques socio-économiques et de la couverture complémentaire, la plupart des différences observées pour les recours au généraliste disparaissent. Ainsi, le moindre accès au

| T3 Modélisation de la probabilité de recours au médecin, dans les douze derniers mois et effet de la région de naissance | | | | |
|--|--------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| | Probabilité de recourir à un médecin | | | |
| | généraliste | | spécialiste | |
| | Modèle 3 | Modèle 4 | Modèle 3 | Modèle 4 |
| | Odds ratios | | Odds ratios | |
| Région de naissance | | | | |
| <i>France et Dom-Tom</i> | <i>Réf.</i> | <i>Réf.</i> | <i>Réf.</i> | <i>Réf.</i> |
| Europe du Nord | 0,92 | 1,16 | 0,77* | 0,64*** |
| Europe centrale | 0,66* | 0,91 | 0,8 | 0,97 |
| Europe du Sud | 0,82* | 0,9 | 0,92 | 1,18* |
| Turquie | 0,67 | 1,07 | 0,55** | 0,93 |
| Maghreb | 0,98 | 1,46*** | 0,73*** | 1,14 |
| Moyen-Orient | 0,44*** | 0,62 | 1,13 | 1,11 |
| Afrique (hors Maghreb) | 0,73 | 1,18 | 0,67** | 0,99 |
| Sous-continent indien + îles | 0,59* | 0,91 | 0,34*** | 0,51** |
| Asie | 0,52*** | 0,73 | 0,58*** | 0,72* |
| Amérique, Australie, Nouvelle-Zélande | 0,84 | 1,24 | 0,86 | 0,78 |
| Contrôle par... | | | | |
| Age, sexe et état de santé ^a | X | X | X | X |
| Caractéristiques socio-économiques et type de couverture complémentaire ^a | | X | | X |
| Taille de l'échantillon | 24 599 | 24 599 | 24 599 | 24 599 |

^a Les valeurs des odds ratios pour les variables de contrôle (âge, sexe, état de santé et caractéristiques sociodémographiques) sont semblables à celles de la régression du tableau 1. Le lecteur pourra donc se reporter à ce tableau pour ces résultats.

Significativité : * 10 %, ** 5 % *** < 1 %.

Données : Enquête décennale santé 2002-2003 (Insee). **Exploitation :** Irdes.

généraliste s'explique principalement par le plus faible statut socio-économique de ces populations. La seule exception concerne les immigrés du Maghreb : alors que les données ajustées sur l'âge et l'état de santé montrent un recours identique à celui des Français d'origine, l'ajustement sur les variables sanitaires et socio-économiques, révèle que les immigrés du Maghreb présentent une plus forte probabilité d'avoir consulté un généraliste que les Français nés en France. Si l'effet limitant des conditions sociales se manifeste donc bien également pour cette population, il semble que leur niveau de recours soit malgré tout supérieur à celui des Français d'origine.

Concernant l'accès aux spécialistes, de nombreuses différences s'estompent également après prise en compte des caractéristiques socio-économiques. Le moindre accès aux spécialistes de ces populations immigrées est donc là aussi dû à un niveau socio-économique défavorisé comparé à celui des Français nés en France. Seuls les immigrés d'Europe du Nord, d'Asie et du sous-continent indien présentent une probabilité moindre de recours après prise en compte du niveau social. Pour les premiers, on peut suggérer l'hypothèse de différences de culture et l'adoption naturelle du système du *Gatekeeping* traditionnel dans les pays nordiques ; le patient y consulte d'abord un généraliste qui l'adresse, s'il le juge nécessaire, à un spécialiste. Les immigrés d'Europe du Nord reproduiraient ce schéma de parcours de soins et seraient plus enclins à consulter d'abord le généraliste avant d'éventuellement consulter un spécialiste.

Plus de vaccins, moins de dépistage pour les personnes étrangères

Après l'analyse des recours aux médecins, les étapes suivantes s'attachent à apprécier l'accès à différents actes de prévention. La même méthodologie statistique a été appliquée afin d'évaluer l'impact des facteurs socio-économiques sur ces recours.

Les immigrés naturalisés sont 27 % à déclarer avoir été vaccinés au cours des douze derniers mois contre 23 % des

MÉTHODE

Indicateurs de recours. Les informations utilisées ici pour mesurer le recours aux soins se divisent en deux catégories. D'une part, nous disposons individuellement de la déclaration d'avoir consulté au moins une fois un généraliste (respectivement spécialiste) au cours des douze mois écoulés. Les séances de médecin observées comportent des consultations et des visites à domicile. Cependant, les termes de séance ou de consultation sont utilisés indifféremment dans cet article. D'autre part, nous disposons d'indicateurs déclaratifs d'actes de prévention : avoir été vacciné au cours des douze derniers mois (quel que soit le type de vaccin) ; avoir été vacciné contre l'hépatite B au cours de sa vie ; avoir subi des tests de dépistage de l'hépatite C et/ou du Sida au cours de sa vie.

L'état de santé. Afin d'approcher les besoins de soins, trois questions du mini module santé proposé par Eurostat sont utilisées afin de définir trois indicateurs dichotomiques de façon usuelle : « Déclarer avoir un état de santé général moyen, mauvais ou très mauvais *versus* un état de santé général bon ou très bon » ; « déclarer avoir une ou plusieurs maladies chroniques » ; « déclarer être limité dans ses activités depuis au moins six mois en raison d'un problème de santé ». Cette approche du besoin de

soins par l'état de santé est largement utilisée dans la littérature [Wagstaff et van Doorslaer, 2000].

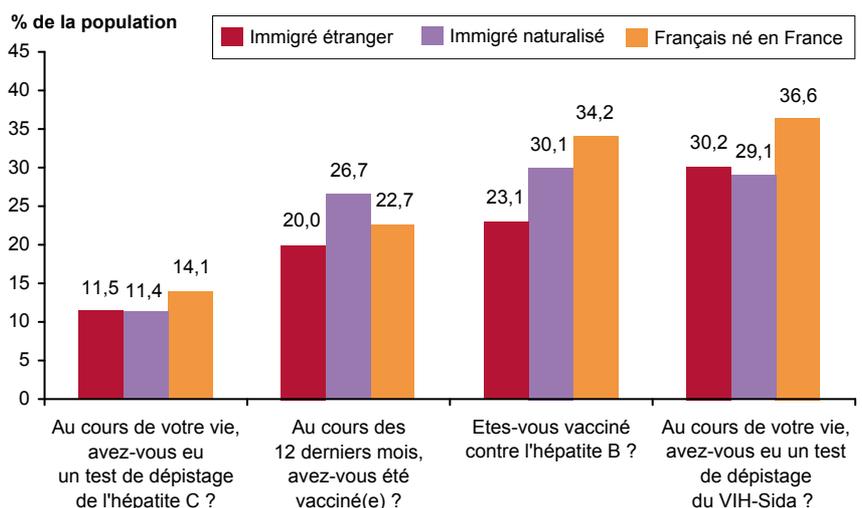
Les autres indicateurs. Afin d'apprécier le statut économique et social, plusieurs indicateurs ont été retenus : le niveau d'éducation, l'occupation, la profession et la catégorie sociale, le revenu disponible du ménage et le type de ménage.

Méthodes statistiques. Les facteurs associés à la probabilité d'avoir consommé des soins sont analysés au cours des douze derniers mois. Cette modélisation permet de traiter le phénomène du non recours aux soins (difficultés d'accès, renoncement...), et ne traite pas du niveau de recours aux soins.

La probabilité d'avoir consulté est ici modélisée à l'aide de régressions logistiques. En modélisant le fait d'avoir visité au moins une fois dans l'année un généraliste et en contrôlant d'abord de l'état de santé, de l'âge et du sexe (modèles 1 et 3), puis en ajoutant les caractéristiques économiques et sociales ainsi que la possession d'une couverture complémentaire (modèles 2 et 4), on décompose l'origine de ces inégalités de recours et on distingue les effets directs de la migration et de la nationalité de leurs effets indirects passant par l'impact de la situation économique et sociale.

G1

Proportion de personnes ayant eu des tests de dépistage de l'hépatite C, du Sida et des vaccinations



Données : Enquête décennale santé 2002-2003 (Insee). Exploitation : Irdes.

personnes nées en France et 20 % des immigrés étrangers. Les taux de vaccination contre l'hépatite B des immigrés, en particulier les personnes étrangères, sont moindres (23 %) que ceux des personnes nées en France (34 %) (cf. Graphique 1).

Les dépistages sont également moins fréquents chez les immigrés étrangers

comme naturalisés. 14 % des Français et 11,5 % seulement des immigrés étrangers et naturalisés ont bénéficié d'un test de dépistage de l'hépatite C. Le dépistage du VIH-Sida, qui concerne quant à lui 37 % des Français d'origine, n'a touché qu'environ 30 % des immigrés.

À âge, sexe et situation socio-économique contrôlés, les immigrés étrangers et

T4

Modélisation de la probabilité de recours au médecin dans les douze derniers mois, effet du profil migratoire et de l'état de santé

| | Probabilité d'avoir été vacciné au cours des 12 derniers mois contre l'hépatite B | | Probabilité d'avoir effectué un dépistage... de l'hépatite C du Sida | |
|--|---|-------------|--|-------------|
| | Odds ratios | Odds ratios | Odds ratios | Odds ratios |
| Profil migratoire | | | | |
| <i>Français né en France</i> | Réf. | Réf. | Réf. | Réf. |
| Immigré naturalisé | 1,18** | 0,7*** | 0,9 | 0,79*** |
| Immigré étranger | 1,21** | 1,16* | 0,87 | 0,82** |
| Indicateur d'état de santé | | | | |
| Mauvaise santé perçue | 1,08* | 0,91** | 1,2*** | 1,03 |
| Maladie chronique | 1,29*** | 1,07** | 1,29*** | 1,15*** |
| Limitation d'activité | 1,19*** | 1,02 | 1,23*** | 1,2*** |
| Contrôle par... | | | | |
| Age, sexe et état de santé, caractéristiques socioéconomiques, type de couverture complémentaire | X | X | X | X |
| Taille de l'échantillon | 24 930 | 24 930 | 24 930 | 24 930 |

Données : Enquête décennale santé 2002-2003 (Insee). Exploitation : Irdes.

naturalisés ont une probabilité plus élevée d'avoir été vaccinés au cours des douze derniers mois que les personnes nées en France (OR de 1,18 et 1,21) [cf. tableau 4]. Cette probabilité plus élevée ne concerne pas la vaccination contre l'hépatite B pour laquelle des immigrés étrangers ont été moins nombreux à avoir été vaccinés (OR=0,7). Enfin, les immigrés étrangers et naturalisés ont moins de chance d'avoir effectué un test de dépistage du sida au cours de leur vie.

* * *

Ces analyses selon la région de naissance et les différences observées pour certaines régions ouvrent des perspectives intéressantes de recherche. La littérature internationale semble en effet montrer des

similitudes entre immigrés de même origine dans des pays d'accueil différents. Ainsi, plusieurs études (Sander, 2008 ; Reijneveld, 1998) montrent une utilisation majorée des médecins généralistes par les populations turques en Allemagne et aux Pays-Bas, et par les personnes d'origine marocaine aux Pays-Bas. Des analyses complémentaires sur le nombre de visites de médecin - qui ne sont pas présentées ici - confirment ces résultats pour les immigrés turcs en France. L'intégration de nouvelles variables dont nous ne disposons pas dans nos données, et en particulier la durée de présence dans le pays d'accueil, permettra aussi d'approfondir la compréhension des déterminants à l'œuvre dans ces modalités particulières d'accès aux soins des populations immigrées. ♦

Les études françaises sur la question

Peu de travaux se sont penchés sur la question de l'accès aux soins des immigrés en France. La comparaison des résultats de l'enquête Passage à la retraite des immigrés, réalisée auprès d'un échantillon de personnes immigrées âgées de 45 à 70 ans, à ceux de l'enquête Emploi du temps, menée en population générale, ont montré une moindre consommation de soins de spécialiste, mais assez peu de différences dans la consommation de soins de généraliste des immigrés [Athias-Donfut et Tessier, 2005]. La faible consommation de soins des étrangers est par ailleurs confirmée en France par les résultats des enquêtes ESPS 2000-2002 et des enquêtes décennales santé de 1970 à 2003 [Mizrahi et Mizrahi, 2008]. Cependant, ces résultats sont difficilement interprétables en termes d'iniquité puisqu'ils ne tiennent pas compte des différences de besoins de soins. Plus récemment, l'enquête effectuée au premier trimestre 2007 en Île-de-France auprès de bénéficiaires de l'aide médicale de l'État en contact avec le système de soins a souligné le renoncement fréquent aux soins pour des raisons financières de cette population et témoigné d'obstacles à l'accès aux soins et notamment des refus de soins des professionnels de santé [Boisguérin et Haury, 2008].

- Alberts J.F., Sanderman R., Gerstenbluth I., & van den Heuvel W. J. (1998). "Sociocultural Variations in Help-Seeking Behavior for Everyday Symptoms and Chronic Disorders". *Health Policy* 44(1), pp. 57-72.
- Athias-Donfut C., & Tessier P. (2005). « Santé et vieillissement des immigrés ». *Retraite et Société* n° 46, juillet-septembre, pp. 89-129.
- Balsa A. I., & McGuire T. G. (2003). "Prejudice, Clinical Uncertainty and Stereotyping as Sources of Health Disparities". *J Health Econ* 22(1), pp. 89-116.
- Boisguérin B., et Haury B. (2008). « Les bénéficiaires de l'AME au contact avec le système de soins ». *Études et Résultats* n° 645, juillet.
- Cambois E. (2004). Les personnes en situation sociale difficile et leur santé. Les travaux 2003-2004 (pp. 101-126). Paris : ONPES.
- Couffinhal A., Dourgnon P., Geoffard P. Y., Grignon M., Lavis J., Naudin F., & Polton D. (2005). « Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen. Deuxième partie : quelques expériences européennes ». *Irdes, Questions d'Économie de la Santé* n° 93, Juillet.
- Dourgnon P., Jusot F., Sermet C., Silva J. (2008). « La santé perçue des immigrés en France ». *Irdes, Questions d'Économie de la Santé* n° 133, juillet.
- Mizrahi A., & Mizrahi A. (2008). « Morbidité et soins médicaux aux personnes nées à l'étranger ». *Journal d'Économie Médicale* 26(3), pp. 159-176.
- Reijneveld S. A. (1998). "Reported Health, Lifestyles, and Use of Health Care of First Generation Immigrants in The Netherlands: do socioeconomic factors explain their adverse position?" *J Epidemiol Community Health*. 52(5), pp. 298-304.
- Sander M. (2008). Is there Migration-Related Inequity in Access to or in the Utilisation of Health Care in Germany? SOEP paper n°147. 1-12-2008.
- Shaw M., Dorling D., & Smith GD. (1999). "Poverty, Social Exclusion and Minorities". In M. Marmot & R. Wilkinson (Eds.), *Social Determinants of Health*. Oxford: Oxford University Press.
- Sundquist J. (1993). "Ethnicity as a Risk Factor for Consultations in Primary Health Care and Out-Patient Care". *Scand J Prim. Health Care* 11(3), 169-173.
- Van Doorslaer E., Masseria C., Koolman X. (2006). *Inequalities in access to medical care by income in developed countries*, OECD.
- Wagstaff A. & van Doorslaer E. (2000). "Equity in Health Care Finance and Delivery". In A. Culyer, & J. Newhouse (Eds.), Amsterdam: Elsevier (North-Holland), pp. 1803-1862.