

Infos migrations

Numéro 70 – juillet 2014

Etude

L'état de santé
des nouveaux
migrants

DSED

L'état de santé des nouveaux migrants

L'état de santé des nouveaux migrants apparaît comme moins bon que celui de la population en général, à âge et sexe donnés. Cet état de santé se dégrade au fur et à mesure que la durée de présence en France augmente. Il ne dépend qu'assez peu du pays d'origine, bien que les personnes venues d'Asie se déclarent un peu plus fréquemment en mauvaise santé que les autres nouveaux migrants.

L'état de santé des immigrés semblait plutôt meilleur ...

L'état de santé des immigrés présente des particularités par rapport à celui de la population générale. Des études maintenant assez anciennes [1] sur ce thème ont fait état d'un meilleur état de santé des immigrés à leur arrivée en France, à âge égal, comparée à la population générale.

Le meilleur état de santé des immigrés s'expliquait par plusieurs « biais de sélection » [2]. Le premier se résume par le constat que ce sont les personnes en meilleure santé qui entreprennent de migrer. Ce sont aussi plutôt des hommes en quête de travail qui migrent, amplifiant le biais, car les hommes se déclarent toujours en meilleure santé que les femmes. Cette situation se trouvait étayée par des indicateurs de morbidité et de mortalité plus faibles comparés à l'ensemble de la population et expliquée par des habitudes de vie plus saines. La moindre morbidité pouvait aussi s'expliquer par la moins bonne perception des maladies (dans les enquêtes déclaratives, c'est l'enquêté lui-même qui déclare ses maladies, son état général de santé, ...). La moindre mortalité résulterait des choix de retourner dans son pays d'origine pour y passer les dernières années de sa vie. Cela a été mis en évidence grâce à l'enquête « passage à la retraite des immigrés » de l'Insee et de la CNAV [3], notamment pour les personnes originaires du Maghreb.

...mais les études les plus récentes renversent le constat

Les études plus récentes constatent au contraire que, si les migrants se déclarent en meilleure santé à leur arrivée, ils connaissent ensuite des taux de morbidité et des taux de mortalité plus importants que la population générale [4]. En plus des effets d'âge ou de sexe communs à l'ensemble de la population, la situation des migrants tend à s'aggraver avec la durée de présence dans le pays d'accueil.

Ce changement de constat peut s'expliquer par une modification des migrations dont le principal motif est maintenant familial, mais aussi humanitaire (demande d'asile) et non plus économique. Les femmes sont maintenant majoritaires parmi les nouveaux migrants. L'origine des migrants a aussi changé : ils viennent plus souvent de pays plus pauvres (Afrique subsaharienne, Asie du sud-est), où les conditions de vie sont moins bonnes et les conditions de migrations plus difficiles. Les conditions socio-économiques des immigrés dans le pays d'accueil sont défavorables en comparaison de celles de la population générale. Ainsi, les immigrés occupent fréquemment des emplois pénibles et peu qualifiés, connaissent de longues périodes de chômage [5], et leur entourage est plus réduit. Or, ces conditions de vie sont généralement associées à de moins bons états de santé. Des études récentes [6] étayaient l'hypothèse qu'il y aurait un échange : les immigrés acceptent de travailler en exerçant des métiers éprouvants, leur « capital de santé » compensant leur manque de capital culturel (diplômes, connaissance de la langue et de la société d'accueil).

Encadré 1 : l'état de santé des nouveaux migrants

L'état de santé des personnes est généralement mesuré via trois questions (« mini-module européen », [7]) qui sont déclaratives et qui portent sur l'état général ressenti, la perception de limitations et enfin la déclaration de maladies chroniques. Les « nouveaux migrants » sont des personnes qui viennent d'obtenir un titre de séjour d'au moins un an pour la première fois : il s'agit d'adultes originaires d'un pays tiers à l'Union européenne, et de migrants « économiques », « familiaux » ou « humanitaires ». Ces derniers sont des personnes ayant obtenu le statut de réfugié (et non des demandeurs d'asile). Les migrants « étudiants » sont donc exclus du champ de l'étude. La source utilisée (encadré 2 : sources, l'enquête PPM) ne permet que de recueillir l'état général ressenti et la perception des limitations.



L'état de santé général est décliné en trois modalités : bon ou très bon, moyen, mauvais ou très mauvais. Globalement, 58 % des nouveaux migrants se déclarent en bonne santé, 31 % déclarent une santé moyenne et 11 % une mauvaise santé. La déclaration de limitation fonctionnelle, qui répond à la question « Actuellement, êtes-vous limité(e) depuis au moins 6 mois à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ? », fait apparaître que 8 % des nouveaux migrants déclarent ce type de limitations (**tableau 1**). Les nouveaux migrants sont donc globalement en bonne santé, les hommes plus encore que les femmes, ce qui résulte de leur âge en conformité avec les études générales [7]. Un indicateur « composite » fait une synthèse des deux précédents et distingue d'une part les personnes en bon état de santé et sans limitations, d'autre part les autres. Ainsi, 57 % des nouveaux migrants sont en bonne santé selon cet indicateur. Néanmoins, le caractère déclaratif et le contexte (les nouveaux migrants enquêtés dans PPM viennent d'arriver en France, l'enquête Handicap-Santé porte sur toute la population et son thème est précisément la santé, ...) ne permettent pas de faire des comparaisons entre les deux populations. Ainsi, les nouveaux migrants ont une perception de leur état de santé en général beaucoup plus négative que l'ensemble des immigrés, mais se déclarent moins fréquemment limités. L'indicateur composite ne peut donc signifier la même chose pour les deux populations.

Tableau 1 : indicateurs de santé, nouveaux migrants, immigrés, non immigrés (en %)

Etat de santé	Nouveaux migrants			Immigrés			Non immigrés		
	Femmes	Hommes	Ensemble	Femmes	Hommes	Ensemble	Femmes	Hommes	Ensemble
Bon	51	67	58	75	78	76	84	85	84
Convenable	35	25	31	20	16	18	13	11	12
Mauvais	14	8	11	6	6	6	4	4	4
Limitations									
non	10	5	8	22	14	18	15	14	15
oui	90	95	92	78	86	82	85	86	85
Indicateur composite									
bon état de santé	50	65	57	66	74	70	78	79	79
autres situations	50	35	43	34	26	30	22	21	21

Note de lecture : 51 % des femmes se déclarent en bonne santé, 50 % des femmes ne déclarent aucune limitation dans leur vie quotidienne. Ainsi, 50 % des femmes ont un bon état de santé selon l'indicateur composite.

Sources : PPM 2007 pour les nouveaux migrants, enquête Handicap-Santé 2008, Insee, pour les immigrés et non immigrés.

Le champ retenu pour les immigrés et non immigrés est l'ensemble des personnes âgées de 18 à 50 ans, car l'essentiel des nouveaux migrants est dans la même tranche d'âge.

Les femmes toujours en moins bonne santé que les hommes...

Sur l'ensemble de la population concernée, les femmes se disent toujours en moins bonne santé que les hommes à tous les âges. Et, comme en population générale, cet état de santé se détériore avec l'âge. La proportion de migrantes en mauvaise santé passe de 36 % (18-25 ans) à plus de 60 % (37 ans et plus) (**tableau 2**). Pour les hommes, la situation est plus stable : de 18 ans à 36 ans, ils sont près de 70 % à se déclarer en bonne santé. Ce pourcentage tombe à 55 % pour les migrants de 37 ans et plus. Ces résultats par âge sont assez conformes à ce que l'on observe en population générale [7]. C'est aussi conforme à ce qui est observé pour les immigrés [4] : l'état de santé déclaré se détériore avec l'âge, pour les femmes comme pour l'ensemble des immigrés, mais de façon beaucoup plus rapide : dès 26 ans, au moins la moitié d'entre elles se déclarent en mauvaise santé. Pour les hommes, l'effet d'âge n'est vraiment sensible qu'à partir de 40 ans.

Quelles que soient les sources et analyses récentes (les analyses faites à partir de la source « Trajectoires et Origines » [5] qui surreprésente les immigrés notamment), il ressort bien qu'être une femme, prendre de l'âge, se classer dans les catégories socioprofessionnelles « ouvrier ou employé (non qualifié) », est associé à une probabilité plus forte de se déclarer en mauvaise santé. De même, être immigré est également associé à une probabilité plus forte de se déclarer en mauvaise santé.

Tableau 2 : l'évolution de la santé des nouveaux migrants par sexe et par âge (en %)

	Femmes	Hommes
De 18 à 25 ans	36	31
De 26 à 30 ans	50	31
De 31 à 36 ans	56	31
Plus de 37 ans	62	45

Note de lecture : 36 % des femmes de 18 à 25 ans se déclarent en mauvaise santé, contre 31 % des hommes du même âge. Pour les immigrés âgés de plus de 37 ans, la différence est encore plus marquée : 62 % de femmes en mauvaise santé contre seulement 45 % des hommes. Source et champ pour tableaux 2,3 et 4 : PPM 2007, voir encadré 2.

Infos migrations

Page 3

... mais des différences s'observent aussi selon les origines

Le champ ne comporte que des migrants familiaux et les différences observées ne peuvent donc pas être imputées au motif de la migration (humanitaire par exemple). Ces migrants sont distingués suivant cinq grandes zones géographiques regroupant chacun à peu près 20 % des migrants [8].

Un effet d'origine semble spécifique : les migrants originaires d'Asie, voire aussi ceux venus d'Afrique hors Maghreb, se déclarent moins souvent en bonne santé, respectivement à 45 % et 52 %, que les migrants originaires du Maghreb, notamment ceux venus du Maroc et de Tunisie qui se déclarent à près des deux tiers en bonne santé (tableau 3).

Tableau 3 : état de santé des nouveaux migrants selon leur origine (en %)

Indicateur composite	Algérie	Maroc et Tunisie	Afrique hors Maghreb	Asie	Autres pays	Ensemble
bon état de santé	50	65	52	45	58	57
autres situations	50	35	48	55	42	43

Note de lecture : 50 % des migrants d'origine algérienne sont en bonne santé contre 50 % qui ont des problèmes de santé.

L'effet de durée de présence est cohérent mais se cumule avec l'effet d'âge : plus les migrants sont présents depuis longtemps dans le pays d'accueil, moins ils sont en bonne santé. L'effet de dégradation est rapide puisque l'on passe de 62 à 46 en bon état de santé (mesure selon l'indicateur, en %) en quelques années (tableau 4).

Tableau 4 : état de santé des nouveaux migrants selon la durée de présence (en %)

Indicateur composite	0 ou 1 an	2 à 4 ans	5 à 6 ans	7 ans et plus	Ensemble
bon état de santé	62	57	53	46	57
autres situations	38	43	47	54	43

Note de lecture : 62 % des migrants sont en bonne santé à leur arrivée contre seulement 46 % après 7 ans ou plus de présence dans le pays d'accueil.

Les facteurs prépondérants de l'état de santé des nouveaux migrants

L'analyse multivariée permet de mettre en évidence les facteurs prépondérants de l'état de santé (ici caractérisé par l'indicateur composite) des nouveaux migrants. En effet, certaines caractéristiques peuvent être liées (comme l'âge et la durée de présence). Les effets de sexe et d'âge sont prépondérants aussi bien pour les nouveaux migrants qu'en général. Ainsi, les femmes ont deux fois moins de chances de se déclarer en bonne santé que les hommes, les autres caractéristiques personnelles étant identiques. Ainsi, à 18 ans, on a 2,5 chances de plus d'être en bonne santé qu'une personne de plus de 37 ans.

La durée de présence est également un facteur important : le ratio est de 1,6 si l'on compare une personne présente en France depuis moins d'un an et une personne présente en France depuis plus de sept ans. Le facteur « âge » et le facteur « durée de présence » peuvent se cumuler : par exemple, une personne âgée de 18 à 25 ans et présente depuis moins d'un an se déclare quatre fois plus fréquemment en bonne santé qu'une personne de plus de 37 ans et présente depuis plus de sept ans. Il semble donc bien y avoir un effet spécifique d'une dégradation rapide de l'état de santé dans le pays d'accueil.

Les autres effets sont moins importants. Cependant, les personnes originaires d'Asie sont spécifiquement plus fréquemment en mauvaise santé. En revanche, l'écart entre Algériens et autres Maghrébins, notable en statistiques descriptives, est simplement la résultante des autres caractéristiques retenues dans l'étude de ces personnes.

D'autres effets ont été étudiés, mais ils ne contribuent que très peu à expliquer l'état de santé. On ne peut directement introduire les caractéristiques connues qui déterminent l'état de santé en général : notamment niveau de vie, diplôme, catégorie socioprofessionnelles [7]. Il s'agit d'abord de mesurer les conditions de vie au pays d'origine qui pouvaient impacter l'état de santé avant la migration. Deux indicateurs ont été retenus : niveau de vie au pays et « satisfaction de la vie au pays d'origine ». Ensuite, les conditions de vie en France sont indirectement mesurées. Un premier indicateur se fonde sur les conditions de logement. Vivre en logement personnel s'avère souvent plus confortable et autonome qu'être hébergé chez un particulier ou dans certaines structures d'accueil et traduit de meilleures conditions de vie [9]. Un deuxième indicateur mesure l'intégration économique : on distingue les personnes qui ont toujours été en emploi durant leur séjour en France, celles qui ont alterné des périodes d'emploi et d'inactivité, ou celles qui ne travaillent pas. Les corrélations sont dans le sens attendu : les personnes disposant de meilleures conditions de vie, passées ou présentes, se déclarent plus fréquemment en bonne santé, mais ces effets sont à peine significatifs dans l'analyse multivariée.

Encadré 2 : les « sources » de l'étude, les enquêtes PPM et ELIPA

Les nouveaux migrants ont fait l'objet de deux enquêtes, **Parcours et profils de migrants [8]** (PPM, Drees, 2006-2007) et **l'enquête longitudinale sur l'intégration des primo-arrivants [10]** (ELIPA, DGEF, 2010-2011-2013). Les flux migratoires vers la France comportent une partie assez stable dans le temps quant aux principales caractéristiques sociodémographiques, notamment les origines géographiques, que sont les migrants « familiaux ». En revanche, pour les flux de migrations humanitaires, la conjoncture géopolitique est déterminante. L'enquête PPM apporte donc un complément d'informations utiles, bien que plus anciennes, pour une partie importante du champ.

L'enquête PPM est une enquête quantitative en deux vagues, réalisée en face à face auprès d'un échantillon représentatif de 6 280 « nouveaux migrants ». Il s'agit de personnes venant d'obtenir un titre de séjour d'un an au minimum, c'est-à-dire éligible 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 enquête s'appuie sur les fichiers rendus disponibles par la mise en place du CAI (bases de gestion de l'ANAEM (Agence nationale de l'accueil des étrangers et des migrants) devenue l'Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII) en 2009). Cette enquête vise à mieux connaître les parcours, les différentes trajectoires (résidentielles, professionnelles, familiales) et le recours aux services sociaux des personnes venant d'obtenir un titre de séjour d'au moins un an en France et ayant donc vocation à s'y installer durablement.

La deuxième vague de l'enquête PPM comprend un module de questions consacrées à l'état de santé, au recours aux soins et aux renoncements aux soins des nouveaux migrants. Ainsi, 3 039 personnes sont interrogées en vague 2, représentatives de quelque 85 000 nouveaux migrants entrés en France en 2006 avec un titre de séjour pour motif familial. Du fait des particularités de cette population, le questionnaire ne comprend pas exactement les questions que l'on trouve dans des enquêtes faites sur des champs voisins (par exemple « Trajectoire et origines », Ined et Insee, 2008).

L'enquête ELIPA a fait l'objet de trois vagues d'interrogation également sur une population similaire de nouveaux migrants souhaitant s'installer durablement en France. Cette enquête a par ailleurs été financée pour moitié par des fonds de la commission européenne. L'enquête comporte aussi dans sa deuxième vague un module de questions sur la santé. Cependant, celui-ci n'est guère adapté à une étude spécifique de la santé des nouveaux migrants. Les questions portent sur le recours aux soins et le renoncement à ceux-ci. Mais il n'y a pas de question sur l'état de santé de la personne. Enfin, les questions portent sur les recours et les renoncements du ménage pris dans son ensemble et non de l'individu référent (ou d'un autre individu dans le ménage).

Il a donc été décidé de retenir l'enquête PPM pour faire l'étude sur l'état de santé des nouveaux migrants, sachant que la population interrogée, notamment les migrants pour motif familial, présente de très fortes similitudes dans les deux enquêtes [8]. Toutes les données et l'ensemble des tableaux de cette étude ont pour source l'enquête PPM (2006-2007). Le champ précis de l'étude est ainsi l'ensemble des migrants admis (en 2006) au motif familial et les personnes interrogées sont donc des adultes originaires de pays tiers à l'Union européenne.

Pour en savoir plus :

1. **Khat M., Sermet C., Laurier D.**, « La morbidité dans les ménages originaires du Maghreb sur la base de l'enquête Santé de l'Insee, 1991-1992 », *Ined, Population*, n°6, 1998.
2. **Dourgnon P., Jusot F., Sermet C., Silva J.**, « La santé perçue des immigrés en France, une exploitation de l'Enquête décennale santé 2002-2003 », *Irdes, Questions d'économie de la santé* n°133, 2008.
3. **Attias-Donfut C., Teissier P.**, « Santé et vieillissement des immigrés », *Retraite et Société*, n°46, 2005.
4. **Insee référence**, immigrés et descendants d'immigrés, 2012. Fiche 5.12.
5. **Hamel C., Moisy M.**, « Immigrés et descendants d'immigrés face à la santé », *Document de travail de l'Ined*, n°190, 2013.
6. **Giuntella O., Mazzonna F.**, « Immigration, Working Conditions and Health », *Document de travail provisoire mis à disposition sur le site de l'IZA*, 2013.
7. **Montaut A.**, « Santé et recours aux soins des femmes et des hommes », *Études et Résultats* n°717, 2010.
8. **Coirier E.**, « Deux enquêtes sur l'intégration des nouveaux migrants », *Infos migrations* n°56, 2013.
9. **Le Quentrec-Creven G.**, « Les conditions de logement des nouvelles migrantes », *Infos migrations* n°54, 2013.
10. **Régnard C. Domergue F.**, Dossier spécial ELIPA, les nouveaux migrants en 2009, *Infos migrations* n°19, 2011.