

Infos migrations

Numéro 35 - février 2012

Étude

L'état de santé de la population immigrée âgée

L'état de santé des 1,7 million d'immigrés de plus de 55 ans diffère suivant le sexe et les origines. Les immigrés âgés originaires d'Afrique fréquentent soit très peu, soit assez souvent, les généralistes, une partie notable d'entre eux a renoncé à des soins pour raison financière. Les immigrés âgés sont beaucoup plus aidés par des personnes non professionnelles, comparativement aux personnes de même âge non immigrées.

L'analyse des éléments concernant la santé s'appuie sur les données de l'enquête Handicap-Santé, menée par l'INSEE et la DREES en 2008 (en ménages) et en 2009 (en institution) (cf. encadré 1). Le champ de cette enquête est presque exhaustif. Cependant, l'exception, importante dans le cadre de cette étude, est celle des foyers de travailleurs. On estime qu'environ 10 % des hommes immigrés âgés des pays tiers résident dans ceux-ci, et il est fortement probable que l'état de santé de ces derniers soit différent de celui des personnes résidant en ménage. La surreprésentation des personnes en mauvaise santé, en particulier les personnes âgées, permet de bonnes analyses. Toutefois, la répartition par origine¹ conduit à ne retenir que quatre catégories : personnes non immigrées, personnes immigrées originaires d'Europe (principalement Italie-Espagne-Portugal), personnes originaires d'Afrique (principalement du Maghreb), autres origines.

L'état de santé estimé² par l'appréciation de l'état de santé général et les limitations d'activité

Pour les femmes, l'état de santé déclaré se dégrade fortement avec l'âge (cf. tableau 1). De plus des effets d'origine viennent accentuer cette dégradation, particulièrement pour les femmes d'origine africaine. Soit, pour les femmes non immigrées, une proportion de personnes se déclarant en mauvaise santé de 41 % pour les 55-64 ans, qui monte à 75 % chez les 75 ans et plus. Les femmes originaires d'Europe se déclarent être en moins bonne santé que les non-immigrées, mais de façon plus marquée encore, les femmes originaires d'Afrique sont en moins bonne santé que les non-immigrées, l'écart ne s'atténuant qu'après 75 ans (du fait qu'elles sont très nombreuses à se déclarer en mauvaise santé).

La situation des hommes est bien distincte suivant que l'on est immigré ou non. Les hommes de 65 à 74 ans se déclarent beaucoup plus souvent en bonne santé (près de trois sur cinq) lorsqu'ils sont immigrés (contre environ la moitié des non immigrés). Pour les plus âgés, les immigrés, très majoritairement venus d'Europe, se déclarent en moins bonne santé. Mais l'effet d'origine est beaucoup plus marqué (négativement), quelle que soit l'origine pour les hommes de 55 à 64 ans.

L'analyse de l'indicateur de santé sur la limitation globale d'activité fait apparaître le même phénomène, mais avec des nuances spécifiques des régions d'origine (cf. tableau 2). Un meilleur état de santé des 65-74 ans serait plutôt propre aux personnes originaires d'Europe, tandis que sa dégradation chez les 55-64 ans serait plus spécifique des personnes originaires d'Afrique.

De même, les immigrés masculins déclarent moins de maladies chroniques, sauf aux âges très élevés. Les femmes les déclarent sensiblement de la même façon quelque soit l'origine, à âge donné.

1. Sur 39 065 personnes interrogées, 14 585 ont plus de 55 ans, dont 1 642 sont immigrées. La précision des données des tableaux doit être appréciée au regard de cet effectif.

2. Sauf précision, l'information issue de l'enquête Handicap-Santé provient d'une déclaration de la personne enquêtée. Les indicateurs retenus sont ceux usuellement utilisés dans les enquêtes publiques françaises ou européennes.

L'auteur :

**Yannick
Croguennec**

Chargé d'études à
la division
« Enquêtes
et études
statistiques »
au DSED

Une analyse reposant sur les prévalences du handicap (défini comme déficience fonctionnelle invalidante³) s'avère en bonne cohérence avec les constats précédents. Dans le cas des handicaps moteurs (cf. tableau 3), ce sont bien les immigrés originaires d'Europe et âgés de 65 à 74 ans qui semblent les plus épargnés. Les handicaps « cognitifs » (problèmes psychiques, comportements ...) sont plus fréquents (relativement) chez les hommes non immigrés de 65 à 74 ans (cf. tableau 4). La prévalence des handicaps augmente avec l'âge chez les femmes. L'effet le plus net s'observe pour les femmes d'origine africaine âgées de 65 à 74 ans, qui déclarent un handicap moteur pour 47 % d'entre elles, contre 20 % des femmes non immigrées du même âge.

Tableau 1 : Part des personnes se déclarant en mauvaise santé (indicateur général), par sexe, âge, origine.

Hommes	55 à 64 ans	65 à 74 ans	Plus de 75 ans	Femmes	55 à 64 ans	65 à 74 ans	Plus de 75 ans
Non immigrés	34	52	71	Non immigrées	41	53	75
UE27	56	40	77	UE27	48	58	80
Afrique	54	42	69	Afrique	65	68	74
Autres	55	ns	ns	Autres	58	ns	ns

Source : enquête Handicap-Santé, 2008-2009, INSEE

Tableau 2 : Part des personnes se déclarant en mauvaise santé (limitation globale d'activité), par sexe, âge, origine.

Hommes	55 à 64 ans	65 à 74 ans	Plus de 75 ans	Femmes	55 à 64 ans	65 à 74 ans	Plus de 75 ans
Non immigrés	28	43	63	Non immigrées	34	41	70
UE27	31	39	82	UE27	32	49	71
Afrique	43	50	63	Afrique	45	65	79
Autres	36	ns	ns	Autres	54	ns	ns

Source : enquête Handicap-Santé, 2008-2009, INSEE

Tableau 3 : Part des personnes déclarant une altération de l'état fonctionnel moteur, par sexe, âge, origine.

Hommes	55 à 64 ans	65 à 74 ans	Plus de 75 ans	Femmes	55 à 64 ans	65 à 74 ans	Plus de 75 ans
Non immigrés	8	15	35	Non immigrées	16	20	49
UE27	6	9	50	UE27	16	22	61
Afrique	14	14	44	Afrique	17	47	57
Autres	8	ns	ns	Autres	24	ns	ns

Source : enquête Handicap-Santé, 2008-2009, INSEE

Tableau 4 : Part des personnes déclarant une altération de l'état fonctionnel cognitif, par sexe, âge, origine.

Hommes	55 à 64 ans	65 à 74 ans	Plus de 75 ans	Femmes	55 à 64 ans	65 à 74 ans	Plus de 75 ans
Non immigrés	4	7	18	Non immigrées	7	7	20
UE27	8	3	23	UE27	8	8	22
Afrique	3	2	22	Afrique	14	8	15
Autres	3	ns	ns	Autres	2	ns	ns

Source : enquête Handicap-Santé, 2008-2009, INSEE

La consommation de soins

La répartition des populations suivant la fréquence des visites à un médecin généraliste montre une spécificité des immigrés originaires d'Afrique (cf. tableau 5). Ces derniers sont à la fois très nombreux à les rencontrer rarement, mais aussi très nombreux à les fréquenter souvent (au moins une fois par mois). La part d'individus consultant un généraliste une fois ou moins d'une fois par an est bien plus élevée chez les immigrés âgés originaires d'Afrique (22,7 %) que chez les non immigrés âgés (16,6 %). Ces proportions sont respectivement de 25,1 % et de 19,0 % pour une fréquentation au moins mensuelle. Ces effets sont davantage dus aux hommes qu'aux femmes. La moindre fréquentation est bien plus importante chez les hommes immigrés âgés originaires d'Afrique (30 % fréquentent le généraliste au plus une fois par an contre 20 % pour les non immigrés). De même, ce sont davantage les hommes originaires d'Afrique qui fréquentent souvent le médecin (40 % dépassent six visites par an contre 30 % chez les non immigrés).

3. Altération de l'état fonctionnel. Définition disponible dans : http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?req_id=0&ref_id=F1109.

Tableau 5 : Fréquence des visites chez le généraliste par origine

Plus de 55 ans	Afrique	Divers	UE27	Non immigrés
0 ou 1 fois par an	22,7	14,8	15,7	16,6
2 ou 3 fois par an	14,2	26,8	19,5	18,2
4 ou 5 fois par an	19,3	25,4	24,0	29,1
de 6 à 11 fois par an	18,7	17,5	17,5	17,1
Au moins tous les mois	25,1	15,5	23,3	19,0

Source : enquête Handicap-Santé, 2008-2009, INSEE

Ces différences de fréquentation relèvent soit de moindres besoins, soit de renoncement aux soins⁴. Il existe de multiples raisons qui conduisent à un renoncement. On retient ici le renoncement pour raisons financières. Ce renoncement concerne plus particulièrement les immigrés âgés originaires d'Afrique. Comparativement aux personnes d'autres origines, les hommes sont bien plus concernés. Ces derniers sont près de quatre fois plus nombreux à déclarer avoir renoncé à des soins pour des raisons financières lorsqu'ils sont originaires d'Afrique, au lieu d'être non immigrés. Ce ratio n'est que de deux s'agissant des femmes (cf. tableau 6).

Tableau 6 : Part des personnes ayant déclaré avoir renoncé à des soins pour des raisons financières par sexe, âge, origine

	Afrique	Divers	UE27	Non immigrés
Plus de 55 ans	16,8	6,8	4,9	6,3
55-64 ans	17,6	5,8	7,2	7,4
65-74 ans	14,0	8,8	4,4	7,3
75 ans et plus	18,5	5,9	2,2	4,0
Hommes	17,9	6,3	4,4	4,7
Femmes	15,3	7,4	5,3	7,7

Source : enquête Handicap-Santé, 2008-2009, INSEE

Les besoins en aide humaine

En gériatrie, deux ensembles d'indicateurs sont fréquemment utilisés pour déterminer les besoins en aide humaine dans la vie quotidienne chez les personnes âgées. Le premier ensemble, les indicateurs relatifs aux actes de la vie quotidienne (ADL⁵), permet de mesurer l'autonomie des personnes dans le cadre des activités fondamentales (se nourrir, se laver...). Le second ensemble, les indicateurs décrivant les activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL⁶), permet, outre l'autonomie, d'évaluer la capacité du patient à utiliser certains outils usuels.

Les besoins en aide humaine dans la vie quotidienne des immigrés et des non immigrés âgés sont assez proches (cf. tableau 7). Il existe des différences plus importantes entre les hommes et les femmes indépendamment de l'origine. Ainsi, que l'on considère la population immigrée ou la population non immigrée, la part des individus bénéficiant d'une aide humaine est près de deux fois supérieure chez les femmes de 55 ans et plus par rapport à celle observée chez les hommes. En fait, les écarts entre immigrés et non immigrés s'expliquent donc d'abord par les différences de proportion d'hommes et de femmes dans chaque population.

Par ailleurs, les immigrés âgés font bien moins souvent appel à une aide humaine de type professionnel que les non immigrés, (5,7 % contre 10,4 %). La tendance s'inverse lorsque l'on considère l'aide humaine issue de l'entourage des personnes (cf. tableau 8).

Encadré 1 : Champ et source : L'enquête Handicap-Santé

L'enquête Handicap-Santé couvre l'ensemble de la France, départements d'outre-mer compris. Le champ de l'enquête Handicap-Santé 2008-2009 se divise en deux parties. La première partie comprend les personnes vivant en ménages ordinaires, c'est-à-dire à leur domicile. La seconde partie recouvre les personnes résidant en institutions. Parmi les institutions entrant dans le champ de l'enquête figurent uniquement les établissements pour adultes handicapés, les maisons de retraite, les EHPAD, les USLD, les services de psychiatrie générale et les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS).

4. La quantification des parts relatives de ces deux effets dépasse le cadre de cette étude.

5. Activities of the Daily Living, Actes de la Vie Quotidienne.

6. Instrumental Activities of the Daily Living : par exemple, se préparer soi-même ses repas.

Tableau 7 : Part des personnes bénéficiant d'une aide humaine en raison de restrictions d'activités du type ADL-IADL par sexe, âge et origine

	Afrique	Divers	UE27	Non immigrés
Plus de 55 ans	21,4	18,5	22,6	21,1
55-64 ans	14,2	8,5	9,0	7,3
65-74 ans	21,2	21,4	10,3	12,9
75 ans et plus	48,4	40,5	55,5	48,2
Hommes	15,0	11,8	13,0	13,6
Femmes	30,7	25,5	30,4	27,0

Source : enquête Handicap-Santé, 2008-2009, INSEE

Tableau 8 : Part des personnes bénéficiant d'une aide humaine en raison de restrictions d'activités du type ADL-IADL par origine et par nature de la (ou les) personnes apportant de l'aide

	Afrique	Divers	UE27	Non immigrés
Plus de 55 ans	20,6	17,5	20,6	18,6
Entourage	17,8	15,0	15,9	14,0
Professionnel	5,7	5,2	11,8	10,4

Source : enquête Handicap-Santé, 2008-2009, INSEE (personnes vivant en ménages seulement)

Encadré 2 : Le groupe de travail sur l'accès aux droits des immigrés âgés

Un groupe de travail interministériel sous l'égide de la DAIC (direction de l'accueil, de l'intégration et de la citoyenneté) se réunit régulièrement depuis décembre 2010. Il s'agit de relancer la réflexion sur l'accès aux droits sociaux des personnes âgées immigrées. L'objectif est de collecter et partager les connaissances sur ce public et d'élaborer des propositions concrètes d'amélioration en terme d'accès aux droits et à l'information. Le groupe rassemble des personnes représentant les organismes suivants : direction de la sécurité sociale, direction générale de la cohésion sociale, secrétariat général de l'immigration et de l'intégration (dont la DAIC), CNAVTS, CNAMTS, CNAF, organismes gérant des foyers de travailleurs immigrés (ADOMA et UNAFO), services déconcentrés (DRJSCS, DDCS), conseils généraux (Seine-Saint-Denis et Val-de-Marne), diverses associations ou comités d'experts.

Pour en savoir plus :

- [1] Infos Migrations n° 34 - février 2012 : Qui sont les immigrés âgés ? (Yannick Croguennec)
- [2] L'expérience de la migration, santé perçue et renoncement aux soins, Christelle Hamel et Muriel Moisy, document de travail de l'INED, numéro 168, chapitre 10.
- [3] Etat de santé et recours aux soins des immigrés : une synthèse des travaux français, C. Berchet, F. Jusot, Questions d'économie de la santé, n° 172, IRDES.
- [4] Santé et vieillissement des immigrés, Claudine Attias-Donfut et Philippe Tessier, Retraite et société 3/2005, n°46, pages 89-129.

Ministère de l'intérieur, de l'outre-mer, des collectivités territoriales et de l'immigration
Secrétariat Général à l'immigration et à l'intégration
Place Beauvau 75800 Paris cedex 08

L'ensemble des numéros parus est disponible sur le site :
Immigration.gouv.fr/ressources/etudes_et_statistiques/publications
Directeur de publication : Jean-Patrick Bernard
Rédacteur en chef : Gérard Bouvier
Maquette : Evelyne Coirier

Infos migrations

n°35 – février 2012

L'état de santé de la population
immigrée âgée