

Immigration and health care utilisation in France: New evidences from the Health, Health Care and Insurance Survey

Caroline Berchet and Florence Jusot
LEDa-LEGOS, Université Paris-Dauphine

33^{èmes} Journées des Economistes de la Santé Français
1 et 2 Décembre 2011, Clermont-Ferrand

Discutant : Martine Audibert
CERDI – CNRS



Contexte

L'accès aux soins des immigrants est considéré comme une priorité par la Communauté Européenne, peu d'études en France se sont penchées sur cet aspect

Objectif du papier

Comblent ce manque en étudiant l'accès aux soins en France des immigrants en se demandant si la population immigrée a un accès identique à celui de la population française et en s'intéressant notamment à la couverture maladie



Originalité (focus et méthode)

- Première étude en France qui analyse le recours aux soins et l'intensité du recours de deux groupes : immigrés et Français
- Utilise les procédures de décomposition de Fairlie et de Blinder-Oaxaca pour étudier les sources des inégalités et donc les barrières à l'accès.



Données

Issues des enquêtes de santé, d'accès aux soins et d'assurance, menées sur un échantillon de la population française (coordonnées par l'IRDES) ; deux vagues utilisées 2006 et 2008

Tirage aléatoire d'individus (à partir d'un fichier administratif) → puis on remonte au ménage ;

Questionnaire social et économique ménage (interview d'un membre clé du ménage, plus de 18ans)

Questionnaire santé et recours aux soins : auto-rempli

Taille de l'échantillon = 14760 individus



Approche théorique inspirée du modèle d'Andersen

Parmi les variables qui influencent le recours, le modèle d'Andersen distingue trois types de variables : celles qui représentent les besoins (ex : état de santé), les variables dites prédisposant (âge, éducation, ..) et les variables dites facilitant (revenu, couverture en assurance maladie, ..)

Les auteurs distinguent les variables :

- de besoins : état de santé, sexe, âge (en catégorie), comportement de fumeur
- facilitant : revenu, couverture en assurance maladie
- autres variables : éducation, composition famille, statut économique, réseau social



Variables

Etat de santé :

Globale (excellente, bonne, moyenne, passable, médiocre) ; limitation fonctionnelle ; maladie chronique ; IMC (obésité ou surpoids)

Episodes de maladie et recours aux soins, les 12 derniers mois : combien de fois avez-vous eu recours à un généraliste (GP), à un spécialiste (SP) ?



Statut :

Immigrés = étrangers nés à l'étranger (8,6%)

Français = personnes de nationalité française qu'elles soient nées en France ou pas (91,4% échantillon)

Capital social (2 variables)

- impliqué dans des activités collectives / associatives
- se sent isolé



Modèle économétrique

Modèle à deux niveaux qui permet :

- a) de tenir compte du processus de décision en deux étapes 1/ recours aux soins et si recours, 2/ fréquence du recours ;
- b) de distinguer les utilisateurs des non utilisateurs avec correction de Heckman (pour corriger le biais de sélection)



Modèle 1 : Recours au soin

Décision de recourir à un GP ou un spécialiste s'écrit :

$$y_1 = 1 \text{ si } y^*_{1i} > 0 \quad ; \quad y_1 = 0 \text{ sinon}$$

avec y^*_1 variable latente :

$$y^*_1 = \alpha_1 + \beta_1 \text{ Mig} + \mu_1 X + \varepsilon_1$$

Mig = migrants, X = variable de besoins et les autres variables



Modèle 2 : Fréquence du recours aux soins

Dépendante conditionnelle à la décision :

$y_2 = \log$ du nombre de visites chez GP ou SP,
sous condition que $y_1 = 1$

ie : $y_2 > 0$; phénomène d'exclusion \rightarrow biais de sélection, corrigé par l'inverse du ratio de Mills (λ), issu du modèle 1

$$y_2 = \alpha_1 + \beta_2 \text{Mig} + \mu_2 X + \delta\lambda + \varepsilon_2$$



Mesures des inégalités : décomposition de Blinder-Oaxaca et de Fairlie

- Permet d'identifier les facteurs qui contribuent à cette inégalité d'accès : les caractéristiques socio-économiques, la couverture complémentaire ?
- Décomposition de Fairlie appliquée au recours (cas de non linéarité)
- Décomposition de Blinder-Oaxaca appliquée à la fréquence du recours



Principes de la décomposition : deux termes

Premier terme permet de voir si les différences d'utilisation des soins entre les deux groupes (immigrés et Français) sont dues à des différences dans la distribution des caractéristiques individuelles (par ex, couverture assurance maladie)

Second terme permet de voir dans quelle mesure la différence globale dans l'utilisation des soins est attribuable aux effets de ces caractéristiques (différences entre les coefficients estimés pour chaque groupe)



Estimations (hypothèses)

- Modèle probit :
 - a) Probabilité de consulter sur le statut d'immigré plus les seules variables de besoins (âge, sexe, comportement de fumeur) → si variable *Migrant* sort, alors problème d'équité horizontale se pose
 - b) Probabilité de consulter sur le statut d'immigré plus toutes les variables (dont assurance, statut économique, réseau social) → voir si résultat en a) est maintenu et si apporte plus d'informations



Résultats : Statut d'immigré

Recours (Probit) GP

a) Hypothèse d'une inégalité horizontale vérifiée :
→ les immigrants ont moins recours au GP que les Français

Fréquence (OLS) GP

Mais, une fois la barrière dépassée, la fréquence des visites est plus élevée pour les immigrants que pour les Français



Résultats : Recours et fréquence GP

Recours : Statut immigré

b) Inégalité horizontale disparaît lorsque les variables socioéconomiques et assurance médicale introduites

→ ce n'est pas **le fait d'être immigré** qui explique la probabilité de recourir au GP, mais les caractéristiques sociales et économiques (les immigrés étant en général dans des conditions socioéconomiques plus médiocres)

Effets des autres variables

- **L'état de santé** jugé plus mauvais augmente le recours et la fréquence des visites
- Un plus faible niveau **d'éducation** augmente la fréquence du recours (logique avec résultats précédents)
- **Retraités** ont plus tendance à recourir au GP, mais moins fréquemment



Recours et fréquence GP

- **Revenu** n'explique pas la probabilité de recourir au GP, mais agit sur le nombre de visites (revenu faible → plus de visites)
- **Activité sociale** faible réduit la probabilité de recourir à un GP, mais si recours, nombre de visites plus élevé (logique avec résultats précédents, éducation, revenu), pas lien avec faible réseau social
- **Absence d'assurance complémentaire** réduit la probabilité du recours, mais si recours, nombre de visites plus élevé



Recours et fréquence SP

On retrouve des résultats à peu près identiques pour statut immigré : inégalité horizontale liée aux conditions socioéconomiques des immigrés, un recours plus faible avec cependant autant de visites une fois qu'il y a recours

Effets des autres variables : existence d'un gradient socioéconomique : faible niveau d'éducation, faible revenu réduisent et la probabilité de recourir à un SP et le nombre de visites ; femmes consultent plus que les hommes



Sources des inégalités : *Barrière au recours*

GP

Les caractéristiques individuelles expliquent 78% de la différence dans le recours

- Besoins expliquent 37% de l'inégalité du recours (coeff<0) ce qui conduit à réduire les inégalités (puisque des besoins élevés augmentent l'accès)

SP

Les caractéristiques individuelles expliquent 89% de la différence dans le recours

- Besoins : l'état de santé ou le fait de fumer explique les inégalités dans le recours



Sources d'inégalité : *Barrière au recours*

GP

- Absence d'assurance complémentaire, explique 44% de la différence entre immigrés et Français
- Faible réseau social explique 20%
- Différence dans la composition famille explique 20%

SP

- Niveau d'éducation, trois fois plus faible chez les immigrés, contribue pour 33% à expliquer la différence du recours
- Niveau de revenu explique 32% (nombre pers dans les 4èmes et 5^{ème} quintiles = 1,8 plus élevé dans pop française que dans la pop immigrée)



Sources d'inégalité : *Nombre visites en faveur de la pop immigrée*

GP

La différence dans le nombre de visites est expliquée à :

- 49% par la différence des caractéristiques individuelles
- 51% par l'effet de ces caractéristiques

Les caractéristiques des immigrés comptent de façon >0 sur la fréquence du recours

SP

La différence dans le nombre de visites est expliquée à :

- 75% par la différence des caractéristiques individuelles
- 25% par l'effet de ces caractéristiques

Les caractéristiques des immigrés comptent de façon égale sur la fréquence du recours



Sources d'inégalité : *Nombre visites*

Les variables qui contribuaient à expliquer les barrières à l'accès sont de manière générale les mêmes que celles qui expliquent les différences dans la fréquence, mais en l'influençant positivement

- La pop immigrée a un état de santé moins bon, ce qui explique un nombre de visites plus grand ;
- La pop immigrée a une couverture maladie moins bonne, est moins impliqué dans des activités sociales, a des revenus plus faibles , tout ceci conduit à une fréquence du recours plus grande



Sources d'inégalité : Intensité du recours

GP

Facteurs contribuant positivement à l'intensité

- Besoins de santé = 80%
(faible éducation, faible revenu, faible état de santé)
- Absence d'assurance complémentaire, explique 37% de la différence entre immigrés et Français →
- Faible réseau social = 22%

SP

Facteurs contribuant positivement à l'intensité

- Besoins de santé = 61%
(mauvais état de santé augmente les visites, faible éducation, faible revenu, diminuent les visites → barrières à la fréquence)



Conclusion des auteurs

- La population immigrée a moins accès aux soins du fait d'une plus faible couverture maladie complémentaire que la population française
- Nécessité d'augmenter cette couverture pour augmenter l'accès aux soins



Commentaires du discutant

Statut d'immigré :

- Où sont les naturalisés ?
- Prendre en considération la différence dans la durée de l'immigration : non Français, mais en France depuis longtemps → comportement différent, caractéristiques différentes, réseau social différent, état de santé différent
- Les informations sur le capital /réseau social sont données par l'informateur clé pour lui ou elle-même : pourquoi seulement l'informateur clé ? Le réseau peut changer selon les personnes du ménage et le réseau de l'un peut être utile à l'autre pour le recours aux soins



Justification des variables

Base = modèle d'Andersen. Mais ce modèle n'est pas vraiment présenté et en dehors des variables exprimant les besoins, la classification des autres variables (« non-need » variables) est confuse et les hypothèses sous-jacentes peu explicitées → Vous vous éloignez de l'approche d'Andersen, sans que l'on sache pourquoi et du coup on peut se demander quel est l'intérêt d'en parler (vous mettez par exemple sexe et âge dans le groupe des « need factors », alors que ces variables sont des facteurs prédisposant dans le modèle d'Andersen)



Justification des variables

- Âge en catégories : pourquoi ? La pertinence n'est pas discutée
- Fumeur : hypothèse ? On aurait pu tout aussi bien considérer l'activité physique (en lien avec l'obésité) ou l'alcoolisme. L'intérêt de cette variable apparait avec décomposition

Résultats

Contradictions apparentes pour la fréquence des visites SP : mauvais état de santé augmente le nombre de visites, mais des faibles niveaux d'éducation, de revenu diminuent ce nombre.

Or immigrés = faible état de santé, faible niveau d'éducation, faible revenu → mieux discuter ce résultat



Discussion sur la recommandation : *A nuancer ?*

Car :

Français (91,4%)

- 88% au moins un recours GP,
et 4,5 visites en moyenne

- 60,8% au moins un recours
SP et 3,5 visites en moyenne

→ *La différence est plus
grande certes sur le recours au
SP, mais ...*

Population immigrée (8,6%)

- 86% au moins un recours GP
et 5,6 visites en moyenne

- 55,8% au moins un recours SP
et 3,8 visites en moyenne



Certains résultats mériteraient d'être plus discutés :
notamment le fait que les immigrants aient moins accès,
mais une fois la barrière (toutefois relative, voir
diapositive précédente) franchie, la fréquence des visites
est plus grande du moins pour le GP.

