

Morbidité et soins médicaux aux personnes nées à l'étranger

Andrée MIZRAHI¹ et Arié MIZRAHI¹

1. PRÉSENTATION

Peu de données nationales sont disponibles sur la situation sanitaire et médicale des étrangers en France ; nous avons cherché à regrouper les informations qui pourraient être mobilisées sur ce thème. Au cours des dernières décennies, le groupe des personnes étrangères en France, s'est renouvelé, certains rentrant chez eux ou acquérant la nationalité française, de nouveaux venus rejoignant cette population. Les données disponibles proviennent essentiellement d'enquêtes effectuées auprès des ménages ou relevées dans les dossiers de Sécurité sociale. Ces données sont éloignées dans le temps (1970, 1980, 1991, 2003) et, sur de si longs intervalles, l'origine géographique des étrangers s'est modifiée : les changements observés résultent simultanément de ces modifications et des évolutions de la situation sanitaire de chacun des groupes qui constituent la population des étrangers.

En dépit des marges d'incertitude des conclusions qu'on peut tirer d'enquêtes, soit par l'insuffisante représentativité des échantillons, soit par les lacunes des données relevées, on peut penser que globalement, l'état de santé des étrangers ne se distingue pas de manière importante de celle des français. Cependant ils souffrent un peu plus souvent que les français de maladies longues et coûteuses, d'accidents et maladies professionnelles et d'invalidité. Un tiers d'entre eux ne sont pas protégés par une couverture complémentaire. Leur consommation médicale est surtout caractérisée par un faible appel aux soins dentaires et un grand recours à l'hospitalisation.

* * *

La population des étrangers résidant en France est très hétérogène, tant sur le plan de l'origine géographique, actuellement environ 45 % d'entre eux viennent d'Europe, 39 % d'Afrique, 16 % du reste du monde, que sur la durée de résidence en France, qui s'étend sur des dizaines d'années et la structure de l'immigration selon l'origine géographique a varié au cours des décennies. Par ailleurs, les étrangers sont plus présents dans certaines professions (Cf. annexe 1). Les résultats présentés ici doivent être interprétés en tenant compte de cette grande diversité.

Les données utilisées proviennent de trois sources nationales,

- l'enquête décennale auprès des ménages sur la santé et les soins médicaux (ESSM²) effectuée en 2003, et, pour les données plus anciennes, les précédentes version de cette enquête de 1970, 1980, 1991,
- l'enquête permanente auprès des ménages sur les soins et la protection sociale (ESPS³) et l'appariement des données avec l'échantillon permanent d'assurés sociaux (EPAS⁴) ; pour disposer d'effectifs suffisants, nous avons regroupé les échantillons de 2000 et 2002,
- l'enquête sur les hospitalisés (EH⁵), de 1991.

¹ ARgSES, Arguments socio-économiques pour la santé

² Enquête effectuée par l'INSEE (avec la collaboration du Ministère de la santé, l'INSERM et l'IRDES) auprès des ménages

³ Enquête effectuée l'IRDES auprès des assurés sociaux et leurs ménages

⁴ Sondage géré par le Département statistique de la CNAMTS sur les dossiers d'assurés sociaux

⁵ Enquête effectuée parle CREDES (aujourd'hui IRDES) auprès des personnels des établissements hospitaliers sur les soins fournis aux hospitalisés

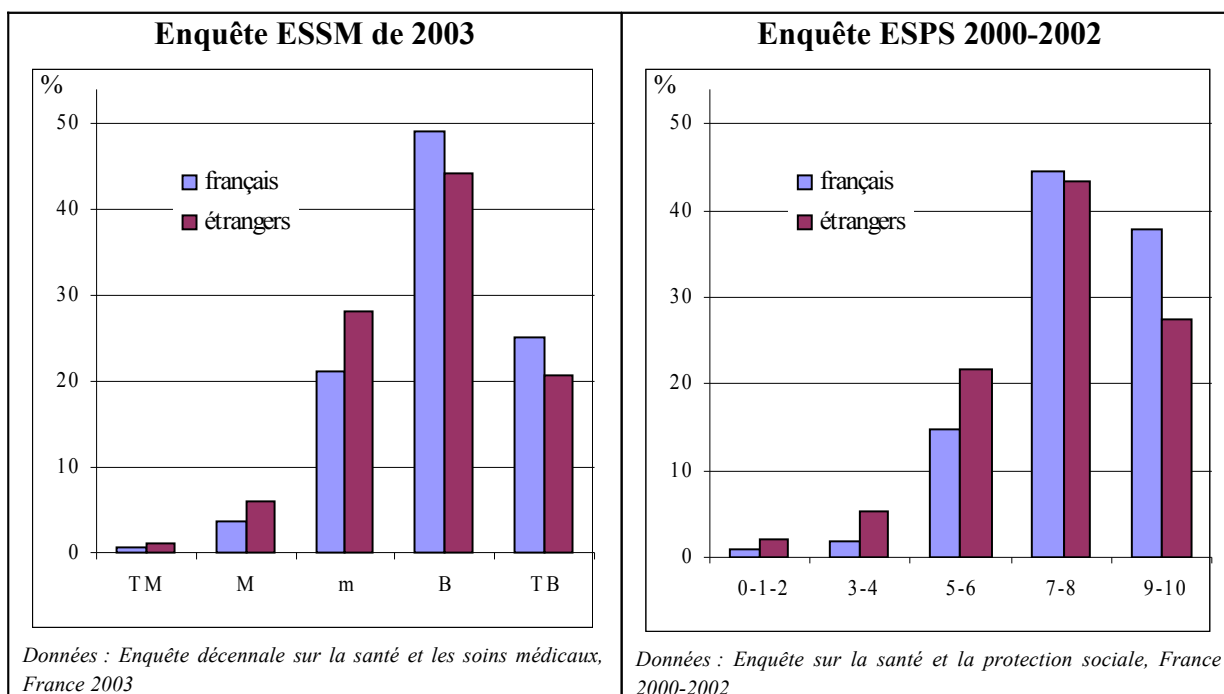
On trouve en annexe 2 une brève présentation de ces sources de données et les effectifs.

Dans une première partie nous analysons quelques résultats sur la morbidité des étrangers comparée à celle des français, dans une deuxième partie, la couverture maladie et en dernier lieu la consommation médicale, en séparant la médecine de ville (ou ambulatoire) des soins reçus au cours d'hospitalisation.

2. L'ÉTAT DE SANTÉ

Dans l'enquête décennale (ESSM), l'information sur l'état de santé est relevée pour les adultes entre autres sous une forme subjective (Comment est votre état de santé général ? avec cinq réponses possibles : Très mauvais, Mauvais, moyen, Bon, Très bon). Dans l'enquête permanente (ESPS), il est demandé aux adultes de noter leur santé de 0 à 10, 0 correspondant à l'état de santé le plus dégradé, et 10 à l'état de santé le meilleur ; nous avons regroupé ces items en 5 classes pour rendre les graphiques comparables (Cf. graphique 1).

Graphiques 1 et 2 : Auto évaluation de sa santé des français et des étrangers (adultes)



Dans les deux cas, les proportions d'étrangers sont supérieures à celles des français dans les items de santé dégradée et inférieures dans les items de bonne santé : les étrangers se perçoivent en moins bonne santé que les français. La structure par âge est différente pour les français et les étrangers ; à même âge et sexe, l'indice de note subjective redressé par l'âge et le sexe des étrangers par rapport aux français est de 0,86 dans l'enquête décennale de 2003 (1 pour les français) et de 0,91 dans l'enquête permanente de 2000-2002.

Dans l'enquête permanente (ESPS), les maladies chroniques sont relevées et analysées par des médecins, leur permettant d'estimer un indicateur de morbidité à deux dimensions, le risque vital et l'invalidité (Cf. annexe 3). A partir de cet indicateur on peut approcher, pour chaque enquêté, la notion de "vieillesse prématurée" ou de "vieillesse retardée", en comparant sa situation à celle observée en moyenne pour les personnes de son âge et de son sexe. Nous appelons **vieillesse relative** d'une personne la différence entre son âge et l'âge correspondant à son état de santé ; le vieillissement relatif s'exprime en années.

Tableau 1 : Vieillessement relatif des étrangers par rapport aux français

	Vieillessement relatif	Vieillessement relatif corrigé par la CSP individuelle
1980*	Retardé de 1,6 ans	Retardé de 2,0 ans
1991*	Retardé de 1,2 ans	Retardé de 1,6 ans
2000-2002**	Prématuré de 0,3 ans	Retardé de 0,4 ans

* *Données : Enquête décennale (ESSM 1980 et 1991)*

** *Données : Enquête permanente (ESPS 2000-2002), adultes*

A partir des maladies déclarées par les enquêtés, les étrangers apparaissent en meilleure santé que les français avec un vieillissement retardé de 1,6 ans en 1980, et de 1,2 ans en 1991. En 2000-2002, les adultes étrangers étaient en moins bonne santé que les français avec un vieillissement prématuré de 0,3 ans, ce résultat est cohérent avec l'auto évaluation de la santé⁶ (Cf. graphique 1).

Cette évolution correspond aux modifications dans la structure démographique de la population des étrangers en France, elle-même liée aux origines géographiques mais aussi aux réglementations d'immigration (travailleurs seulement, puis regroupements familiaux).

Les étrangers appartiennent en plus grande proportion aux catégories socio-professionnelles défavorisées (employés dans les services ou le commerce, ouvriers en particulier OS et manœuvres), dont l'état de santé est relativement dégradé : si on corrige l'écart français - étrangers de la structure par catégories socio-professionnelles, les étrangers apparaissent, à même catégorie sociale, en meilleure santé que les français avec un vieillissement retardé de 2 ans en 1980, 1,6 an en 1991, de 0,4 an en 2000-2002 ; l'écart diminue au cours du temps.

3. LA PROTECTION MALADIE

3.1. La Sécurité sociale et la couverture complémentaire

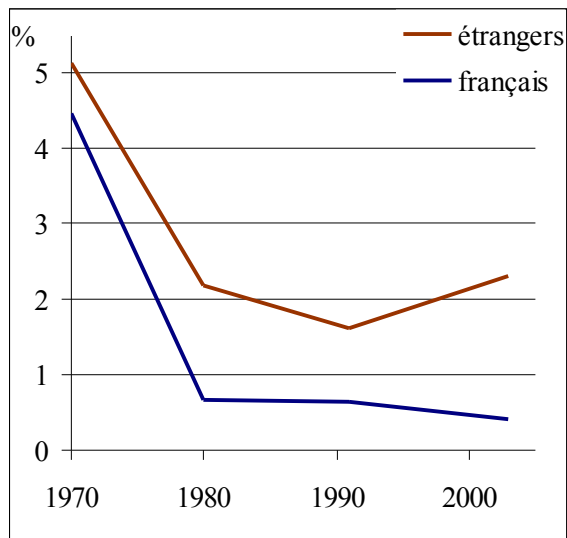
La protection maladie en France se présente sous la forme d'un système mixte, protection obligatoire par la Sécurité sociale et par une couverture complémentaire, mutuelle ou assurance privée : la Sécurité sociale couvre une partie des dépenses médicales, à l'exclusion d'un ticket modérateur, variable selon les maladies et la nature des consommations, et d'un éventuel dépassement du tarif ; ces sommes, ticket modérateur et dépassement, sont couvertes, tout ou partie, par les couvertures complémentaires.

La proportion de personnes non protégées⁷ par la Sécurité sociale, qui était de 4 % en 1970, a diminué tout au long de la période pour n'être plus que 0,4 % en 2003 ; pour les étrangers, le taux, était de 5 % en 1970, a diminué jusqu'en 1991, mais a augmenté en 2003, pour atteindre 2,3 % (écart significatif).

⁶ *Les méthodes de recueil de la morbidité étant différentes dans l'enquête décennale et dans l'enquête permanente, les résultats des deux premières lignes du tableau 1 ne sont pas rigoureusement comparables à la troisième*

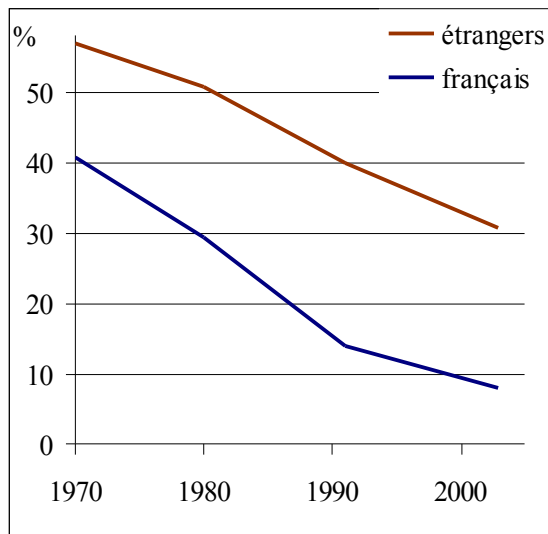
⁷ *Ou ne sachant pas qu'elles l'étaient*

Graphique 3 : Proportion de personnes non couvertes par la Sécurité sociale selon la nationalité



Données : Enquête décennale (ESSM 1970, 1980, 1991), Enquête permanente (ESPS 2000-2002)

Graphique 4 : Proportion de personnes sans couverture complémentaire selon la nationalité



Données : Enquête décennale (ESSM 1970, 1980, 1991), Enquête permanente (ESPS 2000-2002)

La couverture complémentaire s'est beaucoup étendue au cours de cette période, la proportion de personnes protégées étant passée de 60 % à 92 % ; pour les étrangers aussi, la situation s'est améliorée, le taux de couverture passant de 43 % à 69 %, près d'un tiers (31 %) restant encore non couvert.

3.2. L'exonération du ticket modérateur

L'exonération du ticket modérateur peut être obtenue pour différents motifs,

- le principal est la maladie longue et coûteuse, 12,2 % des français et 13,7 % des étrangers se déclarent exonérés pour ce motif,
- puis viennent la pension d'invalidité et les ATMP (accidents du travail et maladies professionnelles), 2,1 % des français et 2,9 % des étrangers,
- au total, 13,1 % des français et 15 % des étrangers se déclarent exonérés du ticket modérateur (certains pour deux ou plusieurs motifs).

Avec ces chiffres il semble que l'état de santé des étrangers soit moins favorable que les estimations déduites des maladies qu'ils déclarent. Les étrangers connaissent peut être moins bien leurs maladies que les français, ou les déclarent moins bien ; l'écart reste cependant réduit.

4. LA CONSOMMATION MÉDICALE

La consommation médicale est estimée à partir de l'enquête décennale pour 1970, 1980, 1991 et de l'appariement EPAS-ESPS pour 2000-2002. Les différentes consommations médicales sont sous estimées du fait des refus de participer à l'enquête ou de déclarations incomplètes. L'existence d'une maladie grave et de consommations médicales nombreuses ou lourdes est une cause de refus ou d'abandon de l'enquête ; cette sous estimation concerne aussi bien l'enquête décennale que l'appariement ; notons cependant que dans l'appariement, les refus et abandons sont plus importants pour les étrangers (de l'ordre de 50%) que pour les français (de l'ordre de 30 %).

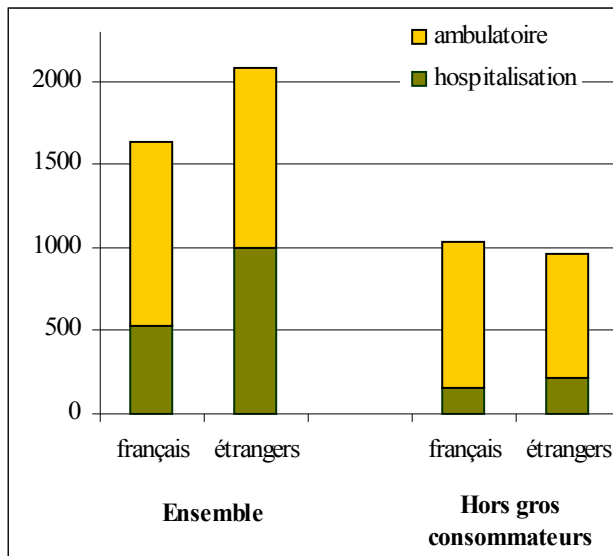
Une deuxième cause de sous estimation provient des consommations non relevées. Dans l'enquête auprès des ménages, ESSM 1970, 1980, 1991, les données sont déclaratives alors que dans l'appariement EPAS-ESPS, elles sont estimées à partir des remboursements de Sécurité sociale (Cf. annexe 1). Dans les enquêtes déclaratives, du fait des oublis, négligences, de la fatigue ou d'une éventuelle mauvaise volonté, une partie des consommations n'est pas déclarée ; cette sous estimation varie selon la nature des soins, mais aussi selon les caractéristiques sociales des enquêtés, et on peut présumer qu'elle est supérieure pour les étrangers, pour qui le remplissage des questionnaires peut être plus difficile. Dans les données d'appariement, la sous estimation provient des paiements non connus de la Sécurité sociale car non individualisés (consultations externes des hôpitaux, forfaits soins des personnes âgées, services de soins infirmiers à domicile, PMI,...) ou non remboursées (non remboursables telle la pharmacie non prescrite, les pertes, négligences,...).

91 % des étrangers, comme des français, ont consommé des soins médicaux en 2000-2002. En termes de dépenses, la consommation médicale totale des étrangers est de + 26,7 % supérieure à celle des français, mais cette forte consommation est due à seulement 5 % de très gros consommateurs (Cf. annexe 4) ; si on exclut les 5 % de personnes ayant la plus forte consommation, aussi bien chez les étrangers que chez les français, la consommation médicale totale des étrangers est de 6,5 % inférieure à celle des français (Cf. tableau 2, ligne 1 et annexe 4) ; à âge et sexe égaux, la consommation médicale totale des étrangers, hors gros consommateurs, est proche de celle des français (+ 2,1 %).

Tableau 2 : Indices bruts et à âge et sexe égaux de l'ensemble de la consommation médicale des étrangers rapportée à celle des français

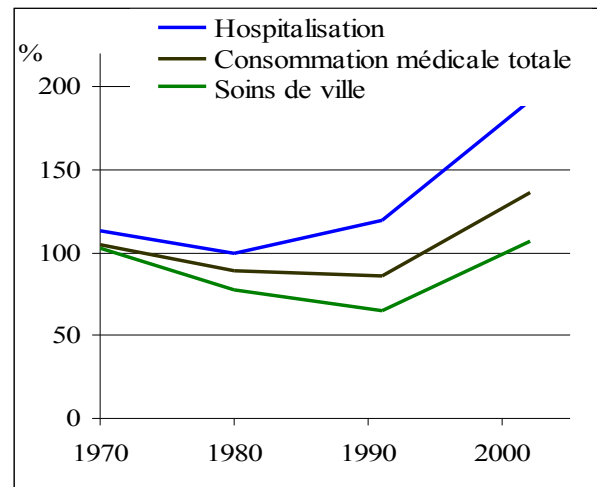
			CONSOMMATION MÉDICALE TOTALE	SOINS DE VILLE	HOSPITALISATION
Français			100,0	100,0	100,0
Appariement EPAS-ESPS 2000-2002 (adultes)	Ensemble	brut	126,8	97,4	187,8
		redressé	135,7	106,7	192,1
	Hors 5 % les plus gros consommateurs	brut	93,5	86,2	132,9
		redressé	102,1	95,1	137,2
	5 % les plus gros consommateurs	brut	181,3	133,9	216,1
		redressé	181,6	150,6	200,8
Enquête décennale	1991	brut	73,8	57,5	98,2
		redressé	85,4	64,4	119,2
	1980	brut	80,2	70,3	89,9
		redressé	88,9	77,7	99,9
	1970	brut	111,5	108,9	118,3
		redressé	105,2	102,2	113,3

Graphique 5 : Consommation médicale totale des étrangers et des français, France, 2000-2002



Données : Appariement EPAS-ESPS 2000-2002,
Gros consommateurs : 5 % plus gros consommateurs

Graphique 6 : Indices à âge et sexe égaux de la consommation médicale totale, des soins de ville et de l'hospitalisation des étrangers rapportée à celle des français, France, 1970, 1980, 1991, 2000-2002



Données : ESSM 1970, 1980, 1991, Appariement EPAS-ESPS 2002

Pour la dépense de soins de ville, les écarts sont moins importants que pour la dépense totale, les étrangers consommant moins que les français de 2,6 % avant correction du sexe et de l'âge et de plus 6,7 % après. Pour l'hospitalisation, la dépense des étrangers est de 87,8 % supérieure à celle des français avant correction par sexe et âge et de 92,1 % après correction.

En 1991 et en 1980 (enquête décennale), la consommation médicale totale des étrangers était inférieure à celle des français, respectivement de 14,6 % et de 11,1 % après correction des structures d'âge et de sexe, et en 1970, elle était supérieure de 5,2 %.

Tout au long de la période étudiée (1970-2002), la consommation médicale des étrangers est plus orientée vers l'hospitalisation que vers la médecine de ville* (Cf. tableau 2).

L'hospitalisation concerne une petite proportion de la population tout en étant bien plus dispersée que la médecine de ville⁹ ; c'est l'hospitalisation qui entraîne la grande dispersion de la consommation médicale totale.

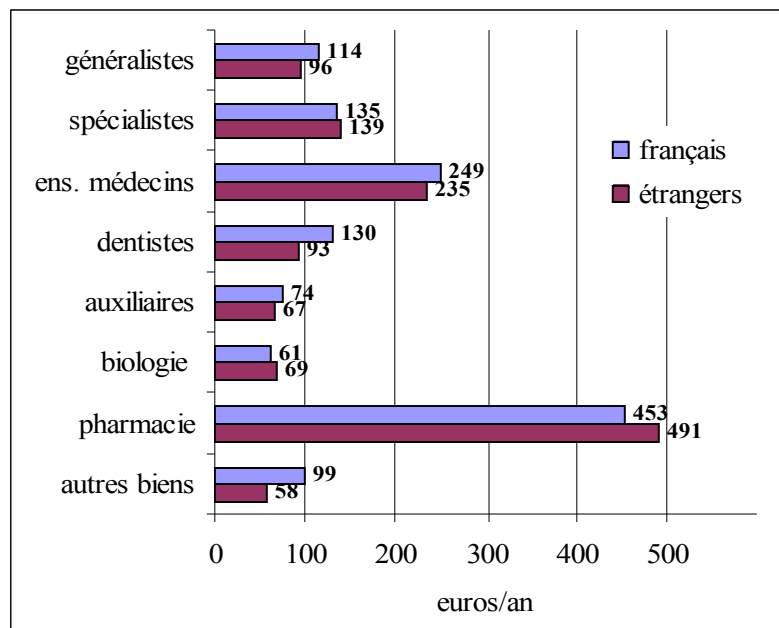
4.1. La consommation médicale de ville

A même âge et sexe, la consommation de soins de ville des étrangers est inférieure à celle des français pour les soins de généralistes, pour les soins dentaires et pour les soins d'auxiliaires, elle est supérieure pour les soins de spécialistes et pour la biologie médicale.

⁸ Les soins ambulatoires fournis à l'hôpital font ici partie de la médecine de ville (ambulatoire)

⁹ avec un coefficient de variation de 5,6 sur l'ensemble de l'échantillon alors qu'il est de 1,6 pour les soins de ville et de 2,5 pour la consommation médicale totale

**Graphique 7 : consommation de soins de ville des étrangers et des français
France, 2000-2002**



Données : Appariement EPAS-ESPS 2000-20022

Dans les trois observations de l'enquête décennale, les résultats étaient plus contrastés, puisqu'à âge et sexe égaux, la consommation de soins de ville était inférieure de 35,6 % à celle des français en 1991 et de 22,3 en 1980, alors qu'elle lui était très proche en 1970 (+ 2,2 %).

Les deux sources, appariement EPAS-ESPS 2000-2002 et enquête décennale 2003 donnent des résultats relativement éloignés ; ainsi le pourcentage de consommateurs de soins de médecins des étrangers est inférieur de 2,9 % à celui des français dans l'appariement, et de 17,6 % dans la l'enquête décennale¹⁰ ; on a également un écart en termes de dépenses, avec une consommation supérieure de 3,7 % dans l'appariement et une consommation moindre de 13,3 % dans l'enquête décennale ; la sous déclaration des étrangers est sans doute supérieure à celle des français.

4.1.1. Les soins de médecins

Tableau 3 : Indices à âge et sexe égaux des dépenses de soins de médecins des étrangers rapportées à celles des français, France, 1970, 1980, 1991, 2003, 2000-2002

		Appariement EPAS-ESPS 2000-20002 ^a	Enquête décennale			
			2003 ^b	1991 ^c	1980 ^c	1970 ^c
<i>Français</i>		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
% de consommateurs	Ensemble médecins	97,1	82,4	57,2	83,3	98,0
	Généralistes	94,9	77,0	89,2	87,5	102,7
	Spécialistes	100,3	81,6	84,0	85,0	99,6
	Dentistes	88,6	83,2	74,7	67,3	84,8
Dépense	Ensemble médecins	103,7	86,7	66,8	80,4	102,3
	Généralistes	92,2	74,9	70,9	75,2	114,3
	Spécialistes	113,4	81,4	69,2	78,0	108,0
	Dentistes	73,4	73,6	58,8	67,8	85,7

a. dépenses et % de consommateurs au cours de l'année

b. dans l'enquête de 2003, la dépense n'a pas été estimée, les données concernent les débours, et les % de consommateurs au cours des 8 semaines d'enquête

c. dépenses et % de consommateurs au cours des 12 semaines d'enquête

Données : ESSM 1970,1980,1991, 2003, Appariement EPAS-ESPS 2000-2002

Les écarts sont de même sens mais plus accentués pour les soins de généralistes et inversés pour ceux de spécialistes, avec de plus grands écarts dans l'enquête décennale que dans l'appariement.

On retrouve une plus faible consommation de soins de médecins, de généralistes comme de spécialistes en 1991 et en 1980, alors qu'en 1970, l'écart est inversé, avec une plus forte consommation des étrangers (respectivement de 2,3 % et de 14,3 %).

La dépense des étrangers en soins dentaires est inférieure à celle des français de 26,6 % dans l'appariement et de 26,4 % dans l'enquête décennale ; dans les deux cas, l'écart est plus important que pour les soins de médecins. La moindre consommation de soins dentaires est constante au cours du temps avec une sous consommation de 41,2 % en 1991, de 32,2 % en 1980 et de 14,3 en 1970.

4.1.2. Les soins d'auxiliaires, la biologie médicale et la pharmacie

Tableau 4 : Indices à âge et sexe égaux des dépenses de soins de ville des étrangers rapportée à celle des français, France, 1970, 1980, 1991, 2003, 2000-2002

		Appariement EPAS-ESPS 2000-2002 ^a		Enquête décennale			
				2003 ^b	1991 ^c	1980 ^c	1970 ^c
Français		100,0		100,0	100,0	100,0	100,0
% de consommateurs	Auxiliaires	79,8		67,3	55,9	47,3	115,7
	Biologie médicale	97,6		65,5	71,9	81,3	106,7
	Pharmacie	100,6	100,2	78,9	84,7	82,9	95,0
	Autres biens médicaux	100,3					
Dépense	Auxiliaires	109,0		71,7	45,1	75,8	123,5
	Biologie médicale	123,3		67,1	62,9	83,6	130,7
	Pharmacie	120,0	109,3	78,9	68,8	80,8	100,0
	Autres biens médicaux	61,6					

a. dépenses et % de consommateurs au cours de l'année

b. dans l'enquête de 2003, la dépense n'a pas été estimée, les données concernent les nombres d'acte, d'analyses de biologie médicale, de produits pharmaceutiques, et les % de consommateurs au cours des 8 semaines d'enquête

c. dépenses et % de consommateurs au cours des 12 semaines d'enquête

Données : ESSM 1970, 1980, 1991, 2003, Appariement EPAS-ESPS 2000-2002

A mêmes âge et sexe, la dépense d'auxiliaires des étrangers est supérieure de 9,0 % à celle des français (appariement 2000-2002), la dépense de biologie de 23,3 % et la dépense de pharmacie de 20 % ; pour les autres biens médicaux (optique, 59 %, petit matériel, 27 %, prothèses, orthèses, 14 %), la dépense des étrangers est inférieure à celle des français de 38,4 %, . Il faut noter que les écarts en termes de proportions de consommateurs sont inversés pour les auxiliaires et la biologie, c'est l'effet de quelques très gros consommateurs. Dans l'enquête décennale de 2003, les données sont quantitatives et non monétaires (nombre de séances, d'examen de biologie, de produits pharmaceutiques ou appareils), et toujours moindres pour les étrangers que pour les français.

En 1970, la consommation de soins d'auxiliaires et de biologie des étrangers était plus importante que celle des français, et la consommation de produits pharmaceutiques et appareils moindre ; en 1980 et en 1991, pour les trois types de soins, les étrangers étaient moindres consommateurs que les français.

4.2. - L'hospitalisation

L'enquête décennale sur la santé et les soins médicaux de 2003 fournit deux éléments sur l'hospitalisation au cours des 12 derniers mois : le taux d'hospitalisés et le nombre de jours d'hospitalisation (à partir des dates d'entrée et de sortie). L'appariement EPAS-ESPS de 2000-2002 fournit des taux d'hospitalisés et des dépenses par personne.

Tableau 5 : Indices à âge et sexe égaux du taux d'hospitalisation et du nombre de jours d'hospitalisation des étrangers rapportée à celle des français

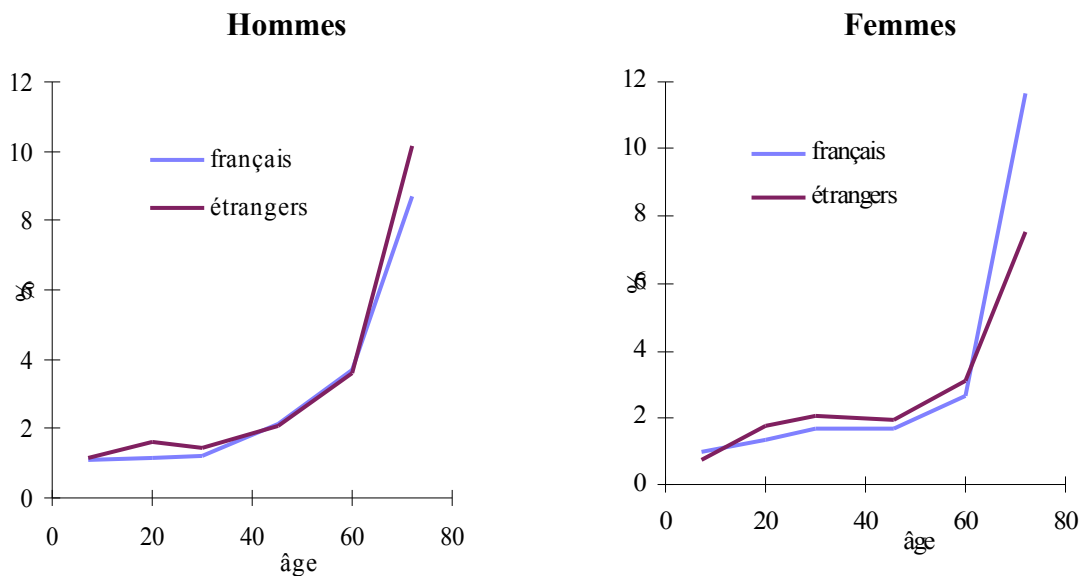
Enquête décennale (ESSM) 2003	% d'hospitalisés	101,7
	Nombre de jours par personne	110,7
Appariement EPAS-ESPS, 2000-2002	% d'hospitalisés	109,9
	Dépense par personne	192,1

Données : Enquête décennale (ESSM) 2003, Appariement EPAS-ESPS 2000-2002

L'hospitalisation relative des étrangers est plus importante à partir des données de Sécurité sociale, avec un taux d'hospitalisés supérieur de 9,9 % à celle des français (versus 1,7 % dans l'enquête auprès des ménages) et surtout une dépense supérieure de 92,1 % (versus un nombre de jours par personne supérieur de 10,7 %).

L'enquête sur les hospitalisés de 1991-1992 (Cf. annexe 2) fournit des données détaillées sur les soins prodigués¹¹ en cours d'hospitalisation (d'où une estimation de la dépense à partir des tarifs de Sécurité sociale ou au coût des facteurs) et les lieux de l'hospitalisation (statut des établissements, nature des disciplines). Les taux d'hospitalisation des étrangers et des Français étaient proches, aussi bien pour les hommes que pour les femmes. L'indice brut de taux d'hospitalisation des étrangers était de 0,94, et redressé par âge, de 1,07 ; les mêmes indices pour les femmes sont respectivement 0,67 et 0,93 (Cf. graphique 8).

Graphique 8 : Taux de présence dans les établissements hospitaliers, France 1991-92

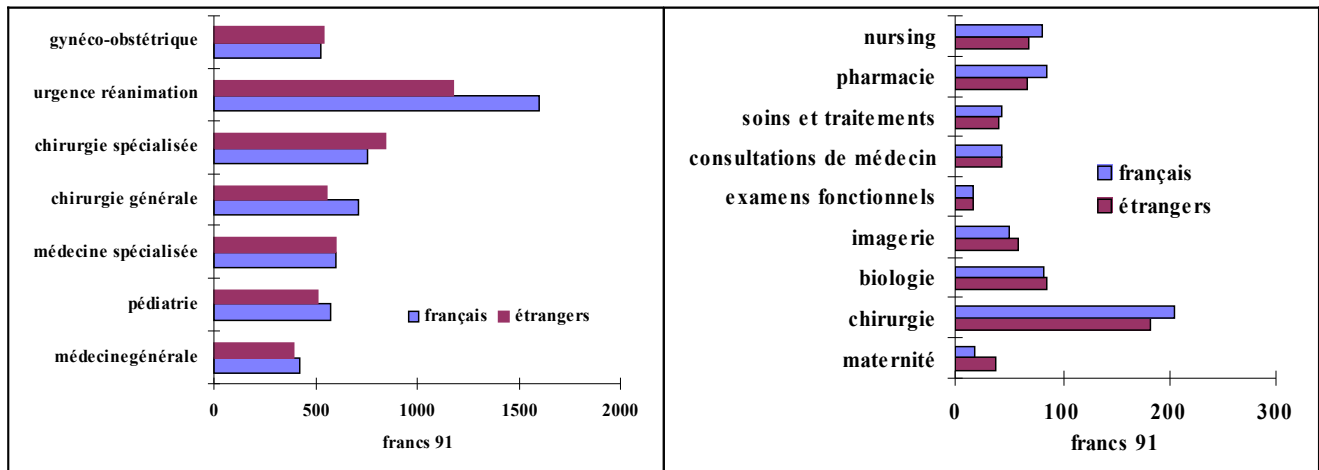


Source : enquête sur l'hospitalisation 1991-92

Globalement, la dépense quotidienne de soins médicaux des malades étrangers hospitalisés en court séjour était légèrement inférieure à celle des français (de 4 %) ; ils étaient moins souvent en urgence-réanimation et en chirurgie générale, plus souvent en chirurgie spécialisée ; ils recevaient moins d'actes de chirurgie, moins de soins de nursing, moins de pharmacie, en revanche, plus d'actes d'imagerie et de biologie, plus de soins liés à la maternité. Cette structure des soins est liée à leur démographie en 1991, à leur morbidité, à leurs professions (souvent ouvriers et plus fréquemment OS, manœuvres) et à leur lieu de résidence, plus souvent urbaine que rurale.

¹¹ Actes de chirurgie, consultations de médecins, soins et traitements, imagerie, biologie, maternité, examens fonctionnels, pharmacie, nursing

Graphique 9 : Estimation de la consommation de soins par journée d'hospitalisation, selon la discipline et selon le type de soins, Français et étrangers, France, court séjour, 1991-92



Source : enquête sur les hospitalisés 1991-92

CONCLUSION

L'état de santé des étrangers en France se distingue peu de celui des français ; les maladies qu'ils déclarent et la perception subjective qu'ils ont de leur état de santé les placent à un niveau moyen de morbidité proche de celui des français, ils souffrent plus souvent des maladies longues et coûteuses, d'accidents du travail et maladies professionnelles, d'invalidité.

Sur une échelle de morbidité à 8 échelons regroupant pronostic vital et invalidité, la dépense médicale totale varie de 1 à 18 entre classes extrêmes. Lorsqu'on regroupe les personnes en classes d'âge de 10 ans, la dépense médicale totale ne varie plus, entre classes extrêmes, que de 1 à 7. Les disparités entre variables sociales (CSP, niveau d'instruction, couverture maladie, nationalité, ...) varient en moyenne de 1 à 1,5 pour la dépense médicale totale. Entre français et étrangers, les écarts sont entre 1 et 1,3. Les disparités socio-économiques de consommation médicale totale par personne sont donc relativement faibles, au regard des disparités liées à la morbidité, à l'âge ou même aux variables sociales. Dans le détail des consommations médicales, les dépenses des étrangers sont proches de celles des français pour la plupart des catégories de soins ; seuls se distinguent nettement les soins dentaires et les lunettes, avec une moindre consommation étrangers et au contraire une consommation supérieure d'hospitalisation.

* * * * *

Bibliographie succincte

Mizrahi An., Mizrahi Ar, Wait S., *Accès aux soins et état de santé des populations immigrées en France.* CREDES, 1993, 62 pages.

Mizrahi An., Mizrahi Ar, *Vieillesse relative par groupes socio-économiques : personnes âgées et autres adultes - Enquête sur la santé et les soins médicaux 1991 - 1992.* CREDES, 1995/05, 14 pages.

Bocognano A., Com-ruelle L., Dumesnil S., Paris V., Raffy-pihan N., Sourty-le guellec M.J., *La consommation médicale en hospitalisation, 1991-1992.* CREDES, 1996/11, 100 pages.

Aligon A., Grandfils N., Lebreton S., *Méthode d'appariement de l'EPAS et de l'ESPS. Mise à jour.* CREDES, 1997/01, 67 pages.

Lanoë J.-L., Makdessi-Raynaud Y., L'état de santé en France en 2003, *Etudes et résultats*, DREES, N° 436, octobre 2005.

* * * * *

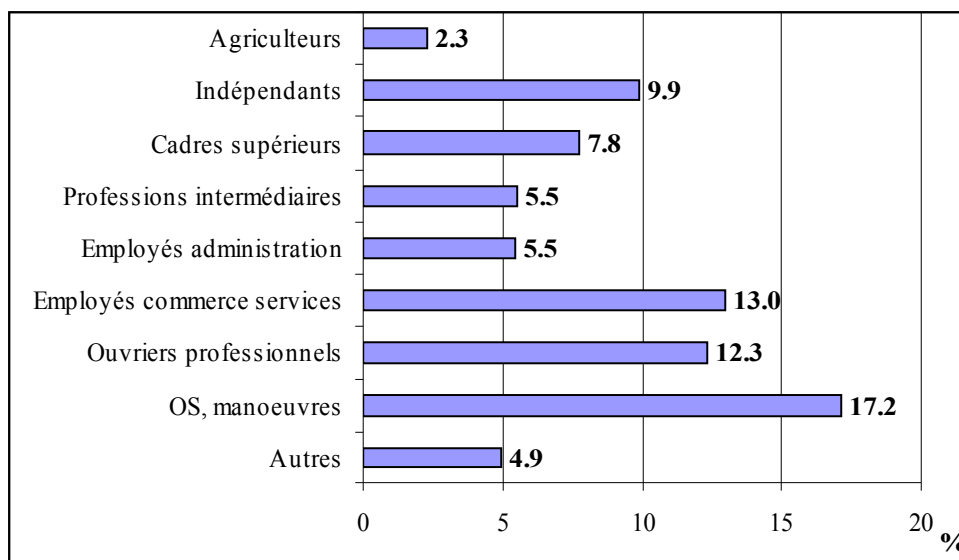
Annexe 1 : Origine géographique et catégorie professionnelle des étrangers

Tableau 6 : Effectif des étrangers selon l'origine

Données nationales	Europe	Afrique	Autres	Ensemble
Effectif 1999	1934144	1691562	680388	4306094
% / étrangers	44,9	39,3	15,8	100
% / ensemble résidant en France	3,3	2,9	1,2	7,3

Sources : INSEE

Graphique 10 : Taux d'étrangers selon la catégorie socioprofessionnelle individuelle, France 2003, personnes de 18 ans et plus



Données : ESSM 2003

Annexe 2 : Les sources d'observation :

a. Enquêtes sur la santé et les soins médicaux (ESSM)

L'objectif des enquêtes sur la santé et les soins médicaux est d'étudier la consommation individuelle de soins médicaux (hospitalisation, soins de médecins, dentistes, auxiliaires médicaux, biologie médicale, pharmacie, ...) en relation avec l'état de santé et les variables socio-économiques. La première de ces enquêtes date de 1960. Elle a été suivie de trois enquêtes avec recueil homogène en 1970, en 1980 et en 1991. L'enquête de 2003 s'est distinguée par une durée plus courte (8 semaines au lieu de 12), un questionnement individualisé (adultes de plus de 18 ans), une meilleure couverture de l'année entière (mois d'été), l'utilisation de méthodes modernes de recueil (assistance par ordinateur).

b. Echantillon permanent d'assurés sociaux (EPAS)

Base de données recueillant en routine, depuis 1988, les remboursements de l'Assurance maladie (nature de la prestation ou du bien, producteur ou fournisseur, lieu, prix, remboursement,...), sur un échantillon représentatif d'assurés sociaux au 1/1200.

c. Enquête sur la santé et la protection sociale (ESPS)

Enquête répétitive sur une partie tournante de l'EPAS. On recueille auprès des assurés et de leur famille des données sur leur consommation médicale (hospitalisation, soins de médecins, dentistes, auxiliaires médicaux, biologie médicale, pharmacie,...), en relation avec l'état de santé, la couverture maladie et les variables socio-économiques.

d. Appariement entre l'EPAS et l'ESPS

Bases de données répétitives regroupant de manière anonyme (en double aveugle) les données individuelles recueillies auprès des ménages et les données de remboursement de Sécurité sociale.

e. Enquête sur les hospitalisés de 1991

Les données recueillies auprès des personnels hospitaliers (médecins, infirmières, secrétaires, assistantes sociales) portent sur 4646 personnes hospitalisées un jour donné : motifs d'hospitalisation, morbidité et état de santé, soins reçus (actes médicaux et paramédicaux, diagnostics et thérapeutiques, nursing), variables socio-démographiques.

Tableau 7 : Effectifs et âges moyens des français et des étrangers dans les différents échantillons

	Effectifs		%		Age moyen	
	Français	Etrangers	Français	Etrangers	Français	Etrangers
ESSM 1970	20941	2257	0.90	0.10	33.6	38.8
ESSM 1980	19755	1248	0.94	0.06	35.0	30.4
ESSM 1991	19227	1111	0.95	0.05	36.2	32.4
ESSM 2003	37643	3153	0.92	0.08	37.5	44.9
EPAS-ESPS 2000-2002, ensemble	9708	374	0.96	0.04	47.3	43.8
EPAS-ESPS 2000-2002, appariés	6756	296	0.96	0.04	47.6	44.8
Enquête sur les hospitalisés 1991	12516	955	0.93	0.07	51.3	47.9

La comparabilité entre les enquêtes trois décennales de 1970, 1980 et 1991, l'enquête décennale de 2003, l'enquête ESPS et l'appariement EPAS-ESPS 2000-2002 n'est pas assurée car les sources de données et les méthodes de recueil sont différentes ; cependant, leur comparaison donne une indication sur les évolutions au cours de cette période. Dans les enquêtes décennales de 1970, 1980, 1991, les dépenses sont estimées à partir des déclarations des enquêtés. Les dépenses de soins de villes ont évaluées en tenant compte de la spécialité du praticien, du lieu, des actes pratiqués, des modalités de paiement et du montant versé par le patient ; les dépenses d'hospitalisation sont évaluées à partir des journées d'hospitalisation au cours des trois mois d'enquête (hospitalisations de court ou de moyen séjour). D'une manière générale, les enquêtés ne connaissent ni le coût de l'hospitalisation, ni même les actes qui ont ponctué leur séjour : l'évaluation de la dépense est faite de manière forfaitaire en tenant compte uniquement de la durée de séjour, de la nature de l'établissement hospitalier, de la spécialité du service et de l'intervention chirurgicale qui a été

éventuellement pratiquée. Les méthodes de la dernière version de l'enquête décennale (2003) ne sont pas tout à fait comparables aux 3 premières (durée d'observation, questionnaires,...), et les dépenses n'ont pas été estimées, seuls sont disponibles les débours de médecins et de dentistes et les quantités consommées en soins d'auxiliaires (nombres de séances), de biologie (nombre d'exams) et de pharmacie (nombre d'unités de vente). Dans les données de l'appariement EPAS-ESPS de 2000-2002, les dépenses sont estimées à partir des remboursements de Sécurité sociale et des éventuels dépassements, lorsqu'ils sont déclarés.

Annexe 3 : Indicateur de morbidité

Pour décrire la morbidité, nous utilisons un indicateur de morbidité synthétique à deux dimensions, le risque vital (6 classes de gravité croissante) et l'invalidité (8 classes de gravité croissante) au niveau des personnes et intégrant les notions de gravité et d'association de maladies. Cet indicateur résume l'ensemble des maladies, déficiences et infirmités dont souffre chaque personne dans une synthèse pronostique portée par un médecin

Le risque vital et l'invalidité sont fortement liés à l'âge, cependant, certaines personnes présentent une invalidité et/ou un risque vital nettement inférieurs à la moyenne de leur classe d'âge et inversement, les plus gravement malades dans une classe d'âge peuvent présenter l'invalidité et/ou le risque vital moyen de personnes plus âgées qu'elles. La connaissance simultanée pour chaque personne, de son âge, de son invalidité et de son risque vital permet d'approcher la notion de "vieillesse prématurée" ou, alternativement, de "vieillesse retardée" en comparant son risque vital et son invalidité à ceux observés en moyenne pour les personnes de son âge et de son sexe.

Le *vieillesse relative* d'une personne est la différence entre son âge et l'âge correspondant à son état de santé mesuré par le risque vital et l'invalidité ; le vieillissement relatif s'exprime en années.

Annexe 4 : La consommation médicale totale, les très gros consommateurs

La consommation médicale des étrangers (CMT) est supérieure à celle des français de 27 % ; cependant, lorsqu'on ventile les personnes selon l'importance de leur consommation, pour les 9 premiers déciles, la CMT des étrangers est inférieure à celle des français, seul le dernier décile se distingue par une consommation supérieure de 22 %. Ventilant à nouveau le dixième décile en centiles, la CMT des étrangers est inférieure à celle des français jusqu'au 95^{ème} centile, et elle devient supérieure à partir du 96^{ème} centile (Cf. graphique 11)

Tableau 8 : Consommation médicale totale des français et des étrangers selon le décile¹² et du dernier décile selon le centile

Déciles	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ensemble
français	16	84	215	379	590	848	1183	1699	2655	8752	1640
étrangers	5	61	174	306	481	672	1089	1637	2640	13798	2080
Centiles	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	Ensemble
français	2655	3570	3835	4208	4621	5209	5914	6994	9171	13108	1640
étrangers	2640	3499	3825	4080	4286	5167	6263	7520	11476	31730	2080

Données : Appariement EPAS-ESPS 2002

¹²

On classe les personnes selon leur consommation médicale totale et on les regroupe par dixième : le premier décile regroupe les 10 % de consommateurs les plus faibles, le deuxième décile, les 10 % suivants, le 10^{ème} décile les 10 % les plus gros consommateurs

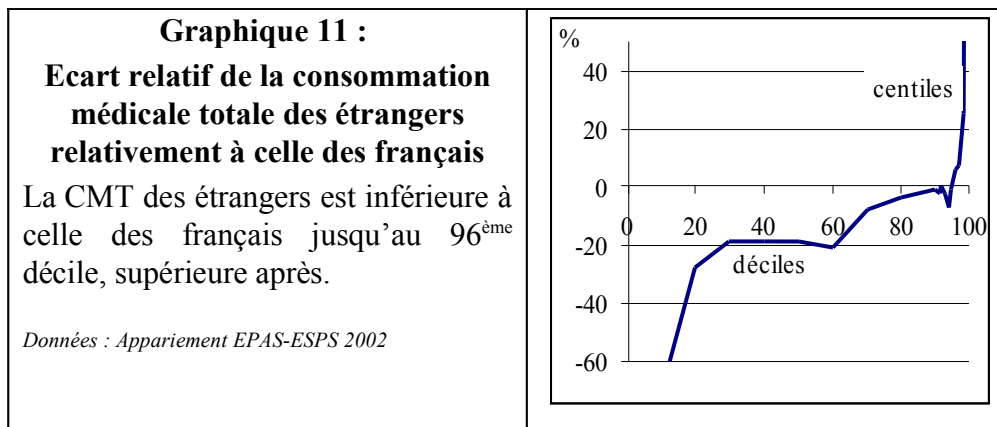


Tableau 9 : Consommation médicale totale des français et des étrangers, ensemble, hors très gros consommateurs, très gros consommateurs, euros 2000-2002

		DMT	Hospitalisation	Soins de ville
Ensemble	Français	1640	534.3	1106
	Etrangers	2080	1003	1077
	<i>Rapport E/F</i>	<i>1.27</i>	<i>1.88</i>	<i>0.97</i>
Hors très gros consommateurs (95 premiers centiles)	Français	1031	161.2	870.1
	Etrangers	964	214	750
	<i>Rapport E/F</i>	<i>0.94</i>	<i>1.33</i>	<i>0.86</i>
Très gros consommateurs (5 derniers centiles)	Français	13218	7625	5592
	Etrangers	23965	16478	7487
	<i>Rapport E/F</i>	<i>1.81</i>	<i>2.16</i>	<i>1.34</i>

Données : Appariement EPAS-ESPS 2002

En isolant les consommateurs les plus importants (5 % plus gros consommateurs) :

- * pour les petits consommateurs : la CMT des étrangers est inférieure à celle des français de 6 % ; leur consommations de soins de ville est faible, de 14 % inférieure à celle des français, l'hospitalisation restant élevée, de 33 % supérieure à celle des français,
- * pour les gros consommateurs : la CMT des étrangers est supérieure à celle des français (+ 81 %), aussi bien pour les soins de ville (+ 34 %) que pour l'hospitalisation (+ 116 %).

* * * * *