

# Migration et accès aux soins des ménages au Tadjikistan post-soviétique

Sandra Pellet

Université Paris-Dauphine LEDa-LEGOS

Projet Phare Ined

IFEAC

# Introduction (1) Contexte théorique

- Migration et santé : thème plus en plus crucial, enjeu de politique et santé publique avec la croissance des mobilités internationales (IOM Venise)
- Littérature économique fournie sur la migration comme réponse/assurance face aux chocs agricoles/climatiques, économiques/conjoncturels
  - > *quid des chocs de santé, du risque santé ?*
- Migration comme ressource (complémentaire, ou substitut):
  - Diversification portefeuille (Lucas&Stark, 1985 ; Shaw, 1988), assurance ou complément de revenu dans un cadre incertain
  - Substitution aux sources de financement locales/agricoles, informelles, travail féminin, endettement ...
  - Utilisation des remittances consommation vs investissement productif
  - > *est-ce que les transferts de la migration sont fléchés vers les dépenses de santé ?*

# Introduction (1) Contexte théorique

- Santé des migrants eux-mêmes: littérature économique, sociologique et épidémiologique : « healthy migrant effect » et ses contradictions, inégalités de santé, conditions de travail, inégalités d'accès aux soins, capital social/intégration, épidémie et comportements à risque
  - > *quid de ceux qui restent ?*
- En cas de retrait de l'Etat Providence, des stratégies/solidarités informelles/familiales de substitution à des institutions défailtantes (Lautier) (absence de protection sociale ou d'autres dispositifs de mutualisation accessibles au plus grand nombre)
  - > *Est-ce que les migrations (parmi d'autres stratégies informelles) jouent ce rôle en cas de besoins de soins ?*

# Introduction (2) Contexte tadjik

- Contexte singulier : trajectoire postsocialiste et grande pauvreté
- Guerre civile (1992-97) et ruine de l'Etat
  - Destructures et pertes humaines (dans système de santé) (Hohmann, 2010)
  - salaire bas, impayés (17\$)
  - présence institutions internationales ...
- Démographie forte : aide internationale focus sur santé maternelle (OMD)
- Enjeu spatial: 93% montagnes, régions isolées, difficile « irrigation » de tout le territoire
- Phénomène migratoire extrêmement important (1 à 2M en Russie + Kaz) : 50% PIB viennent des transferts de migrants





# Introduction (3) Système de santé



- Système hérité du socialisme: toujours officiellement universel et gratuit, pas d'assurance.
- Santé = 5% des dep pub (=1,7% PIB)
- Donc salaires très bas et manque de matériel => Fort développement des paiements informels aux médecins => 70% des dépenses sont privées (Out of pocket)

*Enjeu santé maternelle et infantile*

*Infrastructures existantes, mais vétustes et en pénurie matérielle et personnelle*



# Questions de recherche

Phénomène migratoire + financement défaillant du système => Questions de la relation santé/migration sont particulièrement intéressantes à étudier dans le contexte tadjik (rien sur lien migration/ système et l'accès aux soins au Tj dans litt)

*Question 1* : Compte tenu des coûts informels des soins, est-ce que l'état de santé des membres du ménage peut entraîner un départ en migration (parmi toutes les autres raisons de migrer...) ?

*Question 2* : Lorsqu'on reçoit des remittances, sont-elles justement utilisées pour améliorer l'accès et la consommation de soins ? Si oui, est-ce le cas uniformément quel que soit le revenu (effet équité) ?

*Question 3* : Quelles sont les pratiques d'entraide familiale au niveau micro ? Qui aide qui ? Pour quoi ?

# 1/ Santé comme motivation à la migration (approche statistique)

- Cadre fortement contraint (coûts informels et formels des soins et faible activité économique)
- Entraide familiale et inter-ménages (migrations domestiques, internationales, transferts inter-ménages) souvent seule solution pour les chocs économiques au Tj
- La migration peut servir à satisfaire les besoins de santé, parfois seule source de revenu stable ou comme recours en cas de choc de santé

# Comparaison des ménages récepteurs de transferts et les autres

**Table:** Mean statistics for NRH and RRH

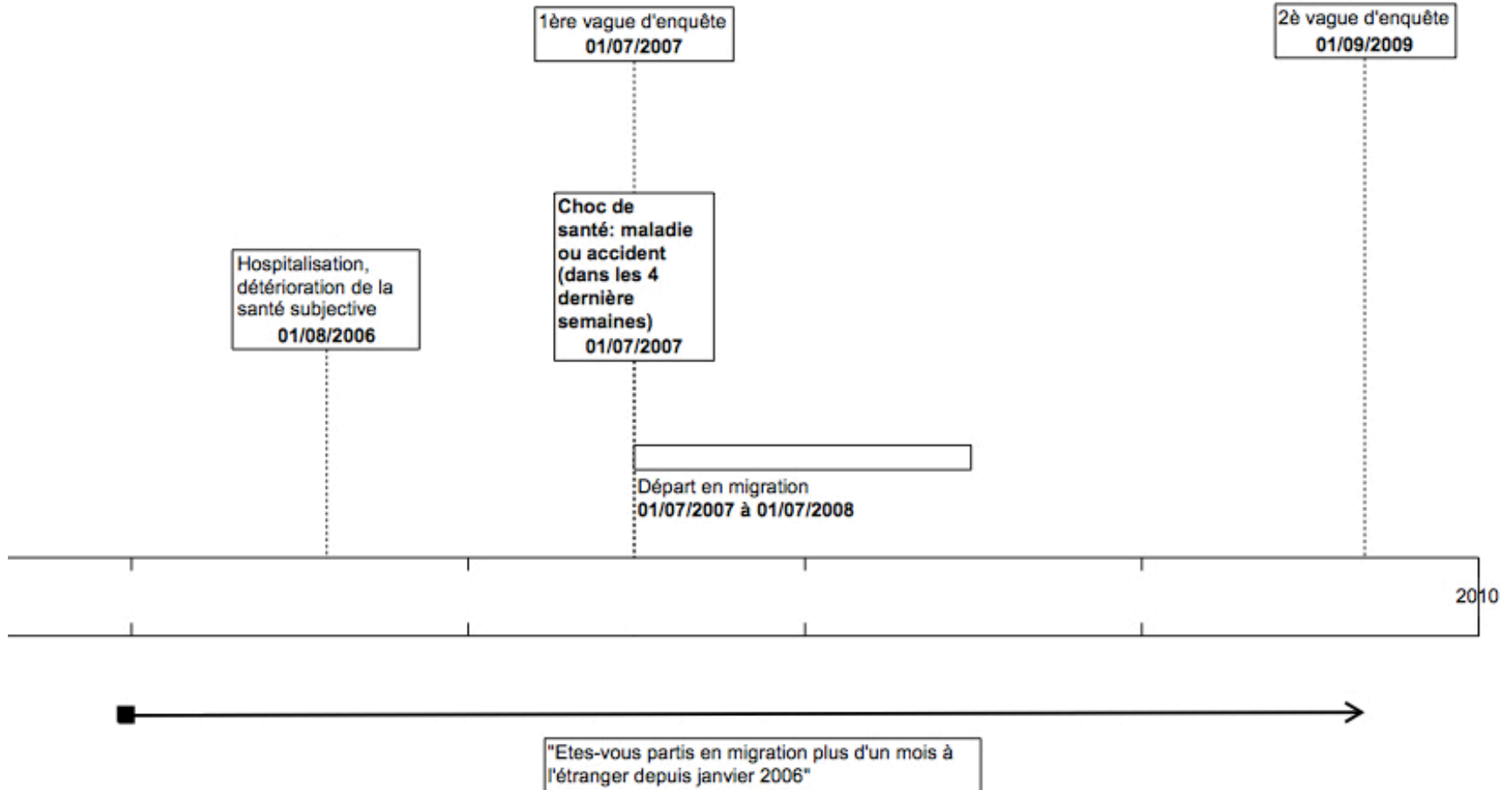
Variables	Non-receiving households	Remittance-receiving households	Past migrant households
Consumpt aggreg. p.c. (TJS)	213	213	214,7
Remittances (TJS)	0	4068,5	.
Health expend. p.c. (TJS)	265,7	307,3	240,7
HHH sex (=male)	82,4%	64,7%	87,5%
HHH age	50,6	52,7	49,6
HH size	6,3	6,2	7,1
Urban	33,4%	18,2%	29,1%
Medicine availability	65,8%	59,7%	65,5%
Headcounts	3572	639	494

## Profils socioéconomiques des différents groupes de ménages avec migrants

**Table:** Mean statistics for the different types of households

Households (HH) types	No Migrant	Migrant back		Migrant currently abroad	
		LT migrant	Seasonal LM	b. 2006	s. 2006
Consumpt aggreg. p.c. (TJS)	218,5	274,3	193,9	225,1	196,5
Receiving remittances	0%	.	.	90%	90%
Remittances (TJS)	0	.	.	3607,3	3495,4
Health expend. p.c. (TJS)	273,4	451,8	167,1	353,5	264,0
Head of HH: sex	82%	86%	88%	64%	69%
Head of HH:age	50,7	50,8	49,2	53,7	52,6
HH size	6,2	7,2	7,0	6,1	6,2
Urban	35%	28%	30%	26%	15%
Medicine availability	66%	63%	66%	62%	59%
Headcounts	3232	135	359	356	380

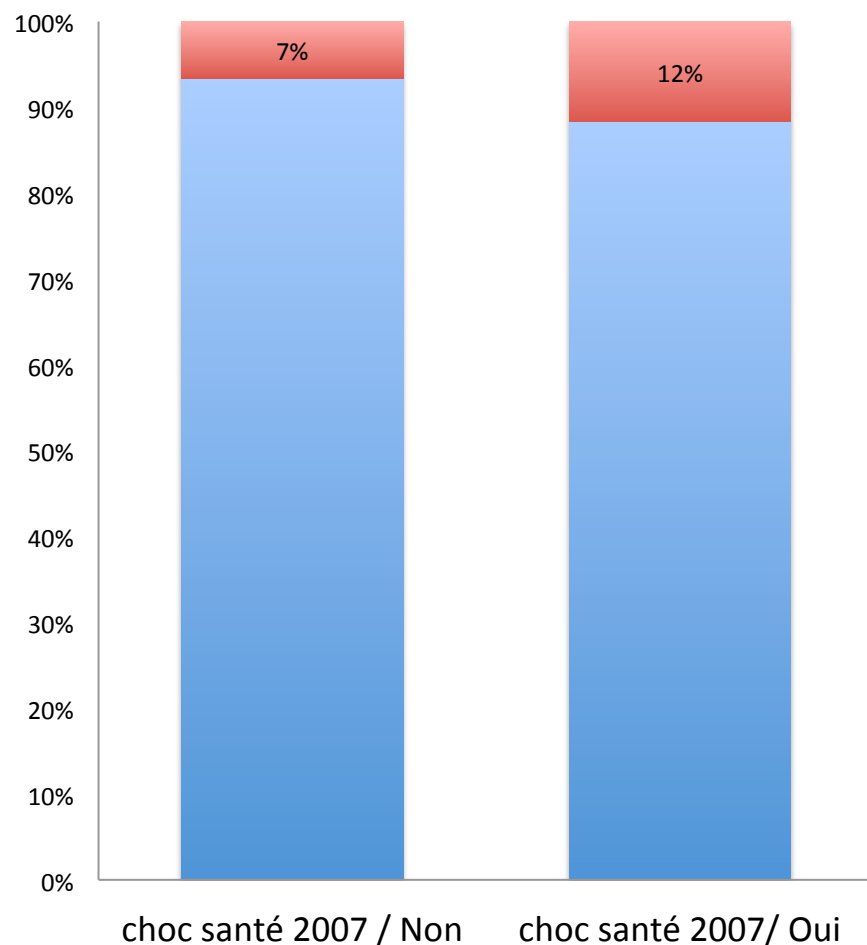
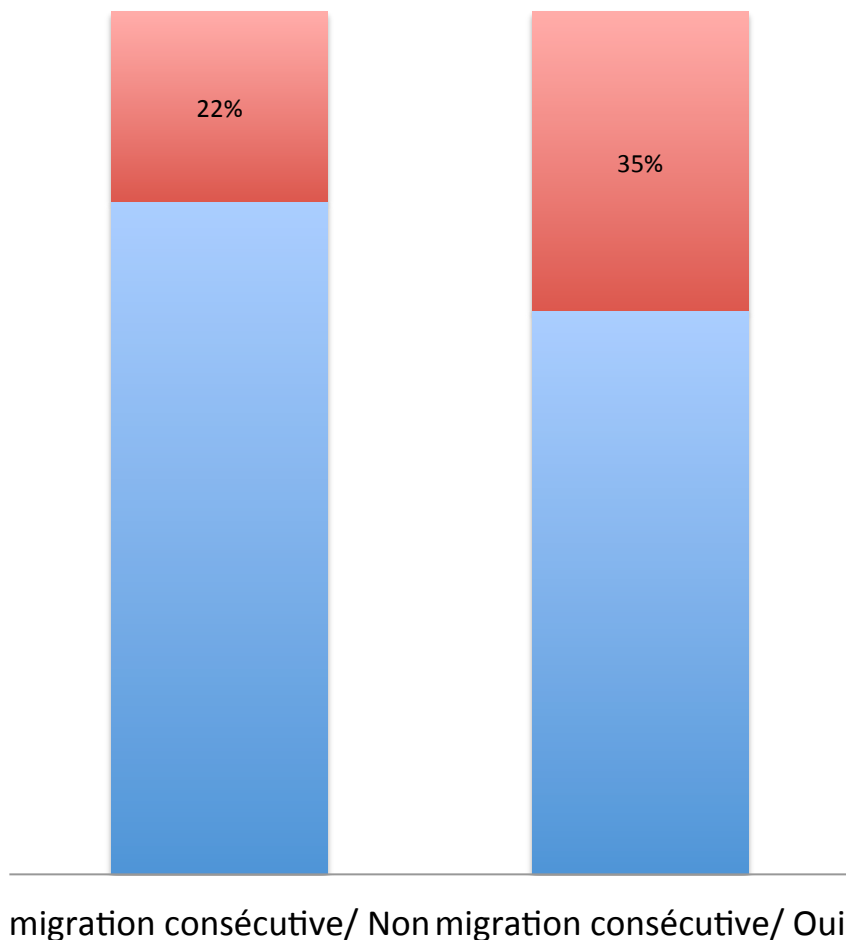
# Chronologie des événements



# Corrélation entre l'occurrence d'un choc de santé en Juillet 2007 et le départ en migration dans les 12 mois suivants

■ choc santé 2007 / Non   ■ choc santé 2007/ Oui

■ migration consécutive/ Non   ■ migration consécutive/ Oui





## Impact d'un choc de santé sur la décision de migrer (logit)

**Table:** The impact of health shock on the decision of migrating (12 mths)

Dependent variable = $M_{0708}$	(1) All	(2) Poor	(3) Non-Poor
$H_{2007}$	0.615 (0.259)**	0.805 (0.352)**	0.352 (0.423)
chronic disease	-0.390 (0.258)	-0.601 (0.335)*	-0.162 (0.348)
migrant back	0.489 (0.261)*	0.562 (0.315)*	0.324 (0.448)
migrant abroad	0.085 (0.317)	0.169 (0.408)	-0.099 (0.523)
Quintile 2, 3, 4, 5 (cat.)	n.s.	n.s.	n.s.
working	-0.497 (0.354)	-0.502 (0.534)	-0.555 (0.463)
Constant	-3.604 (1.278)***	-3.931 (1.607)**	-1.707 (1.610)
$N$	1,487	744	719

Effet marginal : L'occurrence d'un choc augmente de 4% la probabilité d'avoir « envoyé » un membre à l'étranger dans les 12 mois suivants



## 2/ Usage des remittances pour la consommation de soins (approche statistique)

- 3 limites pour étudier l'effet des remittances sur la consommation de soin:
  - Choc de santé (dépende de soins) augmente les chances de migrer (décision simultanée) (gonfle l'effet)
  - « Healthy migrant effect » ? Probable que la famille soit aussi en meilleure santé permanente (biais de sélection) / même caractéristiques inobservables font obstacle à la migration et à l'accès aux soins
  - Mesure de la consommation ? Tj pas d'assurance, donc accès  $\approx$  dépenses positives, niveau de consommation  $\approx$  montant des dépenses
- Choix modèle en deux étapes avec tentative d'instrumentation

## 2/ Usage des remittances pour la consommation de soins

Table: Two-part model (OLS, 2SLS estimators)

	Ambulatory			
	OLS		2SLS	
	(1) Access	(2) Expenditure among users	(1) Access	(2) Expenditure among users
Coeff of log of remittances	0	0.03***	0.16*	0.50*
(s.e.)	0	0.01	0.09	0.29

---

	Hospital			
	OLS		2SLS	
	(1) Access	(2) Expenditure among users	(1) Access	(2) Expenditure among users
Coeff of log of remittances	0	0	-0.06	-0.61*
(s.e.)	0	0.01	0.04	0.39

Augmentation de 10% remittances augmente de 0,3% les dépenses de santé (des utilisateurs)

## 2/ Usage des remittances pour la consommation de soins et équité

- Divise en deux l'échantillon: les remittances n'ont d'impact significatif que sur les ménages au revenu > médiane
- Décomposition d'indice de concentration: les remittances contribuent à 3% des inégalités d'accès aux soins (faible mais positive)
- Paradoxe avec le 1/ ? (différence entre choc et santé permanente)

# 3/ Les pratiques d'entraide familiales (approche qualitative)

- 2 objectifs: actualiser les résultats stat datant de 2007-2009 et compléter par l'analyse de l'organisation sociale/familiale de l'aide
  - > *comprendre comment s'organise socialement le soutien financier ? Qui aide qui ? Pour quoi ?*
- Présentation des données
- Cas types : 4 entretiens
  - A. La migration d'un proche, un « plus » ou un « mieux » dans un cadre contraint
    - **Soutien d'un parent à l'étranger sans rapport de cause à effet (Shamsiya)**
    - Témoignage d'un médecin (Nodira)
  - B. Le migrant à l'étranger comme seul recours pour financer et accéder aux soins
    - **Migration motivée par l'état de santé d'un proche (Malika)**
    - Urgence: mobilisation d'un réseau élargi (Oisha)

# Entretiens issus d'une enquête de terrain (printemps 2014 et été 2015)

- 5 mois, 40 entretiens longs et 10 entretiens courts -> 4 de Douchanbé
  - Enquête sur le système de santé (héritage et réformes) avec les acteurs du système (habitudes, accès, stratégies) et sur la relation patient-médecin (confiance, corruption...)
  - Focus pas sur les migrations, et pourtant la thématique ressort d'elle-même dans un grand nombre d'entretiens.
  - Donc les familles ne sont pas choisies parce qu'elles ont un migrant et l'entretien n'est pas du tout orienté
- ⇒ Avantage : permet de ne pas avoir imposé /suggérer la relation entre santé et migration
- ⇒ Inconvénient : réduit le matériau pour l'analyse
- Biais : femmes plutôt jeunes (moyen d'aborder sujet de la santé : accouchement, facteur majeur de recours aux soins)
- ⇒ *Désigner la relation entre l'accès aux soins et la présence d'un migrant*

## A. La migration d'un proche, un « plus » ou un « mieux » dans un cadre contraint

- Amélioration de l'accès aux soins : examens ou tests médicaux auxquels on aurait renoncé, fréquence accrue des visites, achats de médicaments, choix des traitements ou des établissements plus chers mais de meilleure qualité

## Shamsiya (26 ans): mère d'Omar

- Milieu classe moyenne-intellectuelle, quartier populaire de la capitale (veut le quitter « un appartement plus grand et un voisinage différent »), mère Tadjike (employée de préfecture) et père Saoudien, tous polyglottes.
  - Formation en pharma
  - Omar, 2 ans, gravement atteint au nerfs optique
  - Ne fait pas le lien entre la migration de ses parents (nounou à Bklyn depuis 2010) et l'état de santé d'Omar
  - Omar est suivi depuis sa naissance par « la meilleure neuropathologue » en cabinet privé (60s vs 10-20s) ts les mois, 3 ans + tests réguliers + « longue liste de médicaments »
- ⇒ Migration n'est pas motivée par la santé, l'argent de la migration n'est pas « fléché » vers les dépenses de santé, mais cela permet un accès amélioré (quantité et qualité)

## Nodira (38 ans) : médecin de famille

- Originaire GBAO, mère de 2 enfants. Milieu éduqué (deux parents profs, d'anglais et de biologie)
- Témoignage au cours d'un long entretien (sur sa pratique à elle): situation de deux patients bénéficiant par moment d'envoi de fonds d'un fils en Russie
  - « J'ai des patients, ils sont soignés en clinique privée. L'un d'eux par exemple, je vais chez lui, les conditions sont mauvaises, personne ne travaille, ses parents sont retraités, ils ne reçoivent que la pension de retraite et lui il va en clinique privée. J'ai demandé (...) : « D'où vient ce budget pour la clinique privée ? » Il a dit : « j'ai un fils, il travaille en Russie, il m'envoie de l'argent, et je peux aller me faire soigner en clinique privée. C'est son droit, on n'a rien à redire. On se fait soigner où on veut. »
- Volatilité de ces transferts:
  - « Voici un autre cas : une femme se fait soigner en clinique privée. La fois d'après elle nous dit qu'elle ne peut pas venir à la polyclinique, car elle n'a pas l'argent pour le taxi. Mon collègue cardiologue devait la voir, pour lui faire passer un cardiogramme. Il me dit « elle peut se permettre de se faire soigner en clinique privée le reste du temps, mais pas se payer un taxi pour venir à sa consultation ? » (...). Quand son fils lui envoie de l'argent, elle peut se le permettre, là il ne lui envoie pas, elle ne peut pas se le permettre. Parfois y a de l'argent, parfois y en a pas. (...) Mais moi, je ne dis rien : si vous pouvez, venez, et quand vous ne pouvez pas c'est moi qui viens chez vous. »



## B. Le migrant comme seul recours

- La migration peut être elle-même motivée par l'état de santé d'un proche pour financer une opération coûteuse, lorsqu'on n'a pas d'autres ressources (sinon l'endettement, la vente de biens, l'aide d'un tiers)
- ⇒ Migration comme nécessité, la condition pour pouvoir faire soigner l'enfant ou le proche parent
- Urgence: mobilisation d'un réseau élargi déjà en migration

## Malika (29 ans): mère de 3 enfants

- Milieu pauvre, rural, immigré en ville (périphérie de la capitale), très peu éduquée, parents retraités
- 4 hommes migrants (deux beaux-frères, son frère, son mari), 3 soutiens (sa sœur abandonnée)
- Son fils (9 ans) a eu besoin de soins intensifs -> père parti (+déménagement). Relation à la migration directe dans son discours (même si aurait ss doute eu besoin de migrer):

« Mon fils, lui aussi, a des problèmes aux yeux. Il a besoin de soins et de plusieurs opérations. Il en a déjà eu une en Septembre l'année dernière. Voilà pourquoi mon mari est en Russie. Tout cela est très cher ! Où trouver l'argent pour l'opération ? Il y a très peu d'argent ici. Il faut payer le sang, les analyses c'est déjà dans les 100 somonis, puis encore des tests. Et puis l'opération elle-même c'est encore bien plus cher ! Ils prennent en dollars... Combien exactement je ne sais pas. C'est mon mari qui sait. C'est pour ça qu'il est en Russie, il faut beaucoup d'argent pour payer cela ici (...). C'est quelqu'un de bien, il revient avec l'argent en septembre car mon fils a besoin d'une deuxième opération de l'œil. »

Rq: La mention aux « dollars » revient presque systématiquement dans les entretiens lorsqu'il s'agit d'hospitalisation, même accouchement. Les médecins réclament le plus souvent des dollars (Le dollar = valeur refuge, se vend parfois de façon informelle)

# Oisha (23 ans): étudiante

- Jeune femme de 23 ans fiancée à Firuz, doit-elle effectuer en urgence une opération.
- Oisha vient d'un petit village du Nord du Tadjikistan, près d'Ayni, ses parents ne sont pas riches mais ils sont instruits. Etudes de français
- Alors qu'elle a rassemblé, à la surprise du médecin, l'argent pour l'opération (300\$) grâce à un réseau d'amis étrangers, le médecin augmente ses exigences et lui demande 50\$ de plus (soit plus de 400 somonis) pour qu'elle puisse être opérée en urgence
- Elle s'est alors tournée en désespoir de cause vers son amie dont le frère travaille en Russie et soutient ses parents = le seul migrant qu'elle connaît dans un cercle élargi d'interconnaissances.

# Conclusion

- Du fait des contraintes économiques, sociales et familiales, la migration est bien souvent un recours en cas de besoins de santé non satisfaits.
- Les remittances améliorent l'accès à la santé (évitent du renoncement aux soins) mais plutôt pas dans les tranches les plus défavorisées
- La relation entre santé et migration s'établit autour du schéma de la parenté (« nacl », génération, et en ouzbèk - « avlod », lignée, sont employés en Asie centrale pour désigner cette importante relation en lignage ). Le poids de la parenté dans les décisions, notamment celle de migrer ou non, est très important et il en découle de fortes solidarités familiales.
- Cependant, la parenté n'est pas le seul réseau mobilisé pour faire face aux difficultés rencontrées, par exemple sur le plan médical. Un réseau élargi d'interconnaissances peut être également mis à disposition dans le cas d'urgence médicale.