

Chapitre 4

État de santé et accès aux soins

Les caractéristiques sociodémographiques, comme le sexe, l'âge, l'adoption de comportements à risques (abus d'alcool, tabagisme par exemple) ainsi que les conditions de vie et de travail, figurent parmi les déterminants les plus importants de la santé d'un individu. On s'attend à trouver un effet positif (Healthy migrant effect) dans les pays où l'essentiel de la migration est composé de migrants récents, plus jeunes en moyenne que la population autochtone. Cet effet positif est censé diminuer à mesure que la durée de séjour se prolonge.

En outre, le pays d'origine des migrants et les conditions de la migration peuvent venir également nuancer l'impact positif de l'auto-sélection des immigrés sur les résultats en matière de santé. Certains groupes de migrants, tels que les réfugiés, sont particulièrement vulnérables et peuvent présenter plus de risques de souffrir de pathologies spécifiques ou de troubles mentaux. Plus généralement, le vécu migratoire peut être source de stress affectant les résultats en matière de santé des migrants de différentes manières, selon leur situation socio-économique dans le pays d'origine et leur degré d'intégration dans le pays d'accueil. Enfin, il existe généralement une corrélation positive entre, d'une part, le niveau d'éducation et le niveau de revenu et, d'autre part, l'état de santé.

Ce chapitre analyse plusieurs aspects de l'état de santé auto-déclaré des populations autochtones et immigrées (indicateur 4.1) ainsi que les besoins médicaux non satisfaits (indicateur 4.2). Pour une discussion sur ces indicateurs, se reporter à la section « Mesure » à la fin du chapitre.

4.1. État de santé perçu

Information de référence

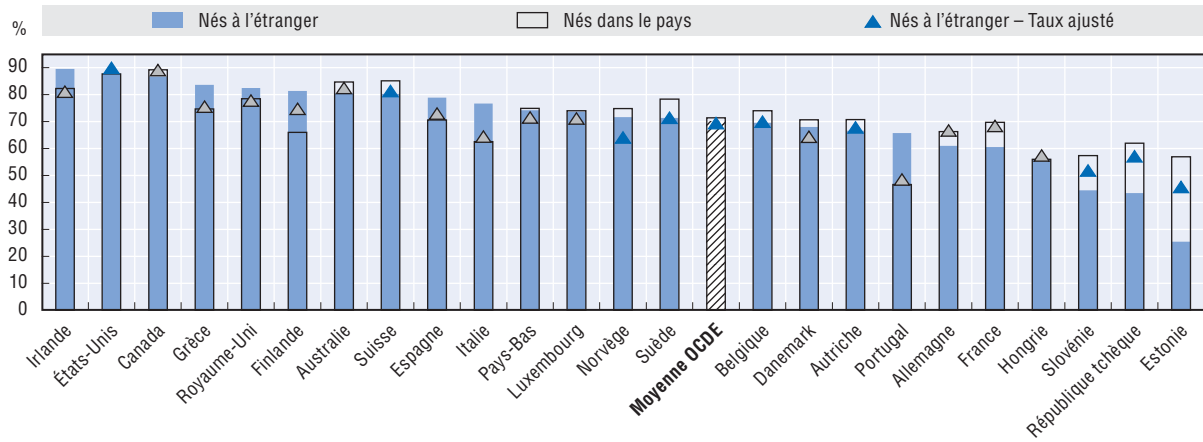
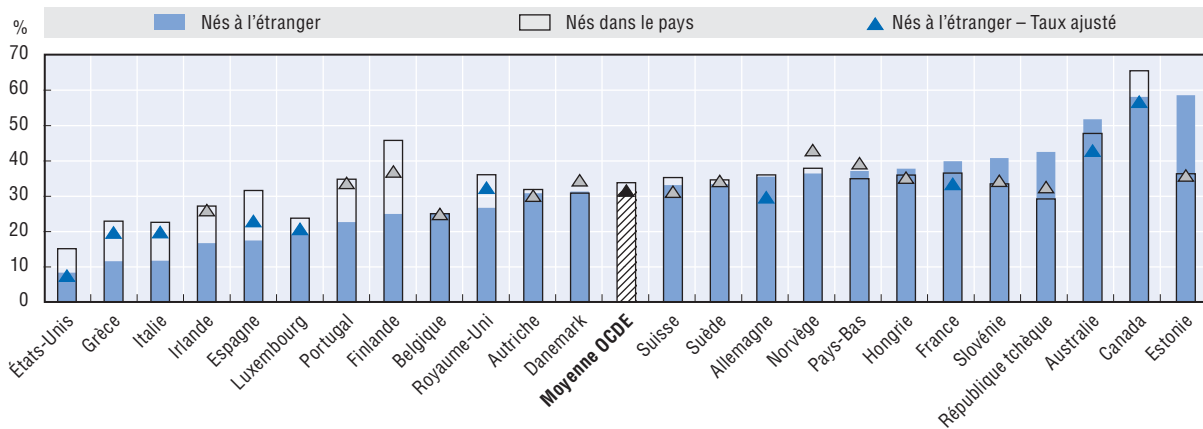
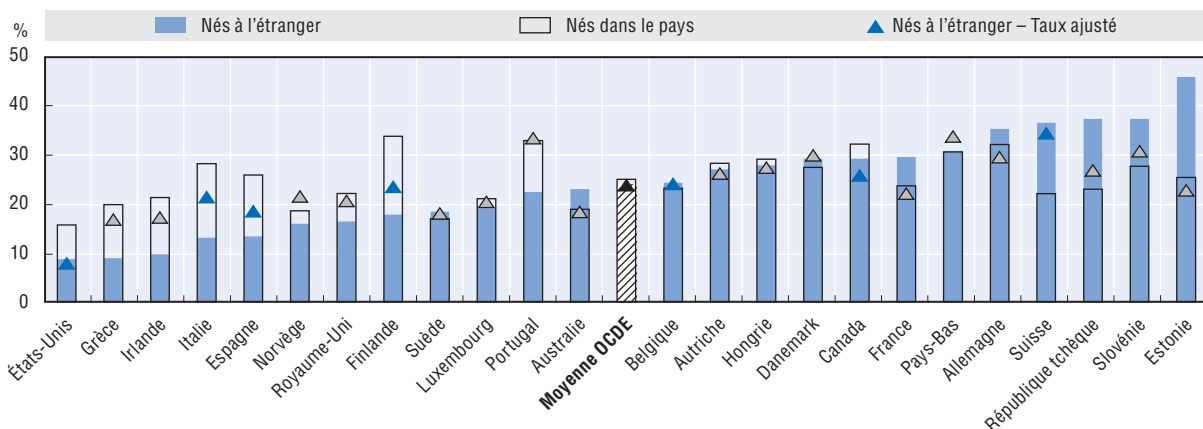
L'état de santé perçu traduit une perception globale de sa santé, tant dans ses dimensions physiologiques que psychologiques. Trois aspects différents sont traités ici : i) état de santé générale ; ii) existence d'une maladie chronique ou de longue durée ; et iii) existence de limitations liées à la santé (limitée ou fortement limitée), soit une des définitions de l'invalidité. Les réponses aux questionnaires australien et européen (EU-SILC) vont de « très mauvais » à « très bon » et sont centrées sur « assez bon », alors que les enquêtes américaine, canadienne et suisse vont de « mauvais » à « excellent » et sont centrées sur « bon ». Cette section retient la proportion d'individus qui qualifient leur santé de « bonne » à « excellente ». L'existence de conditions de santé chroniques et de limitations liées à la santé est beaucoup plus détaillée dans les questionnaires non européens, offrant ainsi plus d'occasions de notifier que l'on présente des problèmes de santé que dans les questionnaires EU-SILC ou suisse. Cela risque de biaiser les comparaisons internationales. Chaque indicateur est ajusté, en supposant que la population née à l'étranger ait la même structure par âge, niveau d'instruction et de revenu que la population née dans le pays de résidence.

Dans les pays de l'OCDE, la moyenne des pourcentages d'immigrés se déclarant en bonne, très bonne et excellente santé en 2009 s'élève à 70 % (72.8 % des hommes et 68.1 % des femmes). Ces résultats sont sensiblement comparables à ceux observés pour les personnes nées dans le pays. Plus de 85 % des immigrés en Irlande, aux États-Unis et au Canada ont déclaré être au moins en bonne santé. Mais ils sont moins de 45 % en Estonie, en République tchèque et en Slovaquie (graphique 4.1).

En Europe du Sud (Grèce, Espagne, Italie et Portugal), ainsi qu'en Finlande, en Irlande et au Royaume-Uni, les immigrés tendent à être « en meilleure santé » en moyenne que leurs homologues nés dans le pays de résidence. Dans ces pays, les migrants récents, plus jeunes en moyenne que le reste de la population, sont surreprésentés. Au Portugal, la tendance est aussi déterminée par la proportion relativement faible des personnes nées dans le pays de résidence notifiant qu'elles sont au moins en bonne santé. Dans tous les autres pays, y compris les pays d'installation (Australie, Canada), les immigrés sont, en moyenne, moins susceptibles que les personnes nées dans le pays de résidence de se déclarer au moins en bonne santé. À l'exception de la Hongrie, les écarts avec la population née dans le pays de résidence en Europe centrale et orientale sont importants (écart de -31.6 % en Estonie et de -12.9 % en Slovaquie).

Toutefois, après ajustements pour tenir compte de l'âge, des niveaux d'éducation et de revenu, les écarts d'état de santé entre les immigrés et les personnes nées dans le pays de résidence se réduisent voire deviennent négligeables dans la plupart des pays. Les exceptions notables sont la Norvège, où l'écart augmente et, dans une moindre mesure, l'Australie, le Canada, la Suède, la Suisse et les États-Unis, où l'ajustement n'a guère d'impact. La présence de groupes vulnérables tels que les migrants pour raisons humanitaires, peut affecter les résultats pour les Pays nordiques.

Les deux autres indicateurs donnent des tendances analogues. Aux États-Unis, en Irlande et en Europe du Sud, les immigrés ont nettement moins de risques de souffrir d'une maladie chronique ou de signaler des limitations liées à la santé que les personnes nées dans le pays de résidence (graphiques 4.2 et 4.3) Après ajustement, les immigrés ont moins de risques de souffrir d'une maladie chronique en Australie, en France ou en Allemagne. Dans la plupart des autres pays, les écarts avec les personnes nées dans le pays de résidence diminuent ou deviennent négligeables. Toutefois, aux États-Unis, au Canada et au Luxembourg, ces écarts ne semblent pas liés aux facteurs socio-économiques précités. Si le pourcentage d'immigrés rapportant des limitations liées à la santé se réduit considérablement, après ajustement, en Europe centrale et orientale, en Allemagne et en France, il demeure inchangé en Suisse et au Danemark et tend à augmenter aux Pays-Bas et en Norvège (graphique 4.3).

Graphique 4.1. **Pourcentage d'adultes qui déclarent être en bonne, très bonne ou excellente santé, selon le lieu de naissance, 2009**StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932738504>Graphique 4.2. **Pourcentage d'adultes qui déclarent souffrir de maladies chroniques, selon le lieu de naissance, 2009**StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932738523>Graphique 4.3. **Pourcentage d'adultes qui déclarent être limités à cause de problèmes de santé, selon le lieu de naissance, 2009**

Source : Les notes et sources se trouvent à la fin du chapitre.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932738542>

4.2. Besoins médicaux non satisfaits

Information de référence

Cet indicateur rapporte s'il y a eu un moment au cours des 12 derniers mois où les répondants ont senti qu'ils avaient besoin de services de soins de santé (hors examens dentaires ou traitement) mais qu'ils n'ont pu les obtenir. Sur les 20 pays de l'Enquête communautaire (EU-SILC) analysés dans ce rapport, seuls 16 présentaient des tailles d'échantillons adéquates pour une analyse des besoins médicaux non satisfaits des immigrés. De surcroît, la taille des échantillons est généralement trop petite pour que l'on précise les raisons pour lesquelles les besoins médicaux n'ont pas été satisfaits.

Parmi les autres pays de l'OCDE, les données sur les besoins de soins non satisfaits des immigrés n'étaient disponibles que pour les États-Unis. Toutefois, ces données se référaient plus spécifiquement aux besoins médicaux non satisfaits pour des raisons de coût, par opposition à toutes les autres raisons possibles. Par conséquent la prudence est de mise quand on les compare à des données de l'UE.

L'indicateur de la population immigrée est ajusté, prédisant ce qu'il en serait si la population née à l'étranger avait en moyenne la même structure par âge, par niveaux d'instruction et de revenu que la population née dans le pays.

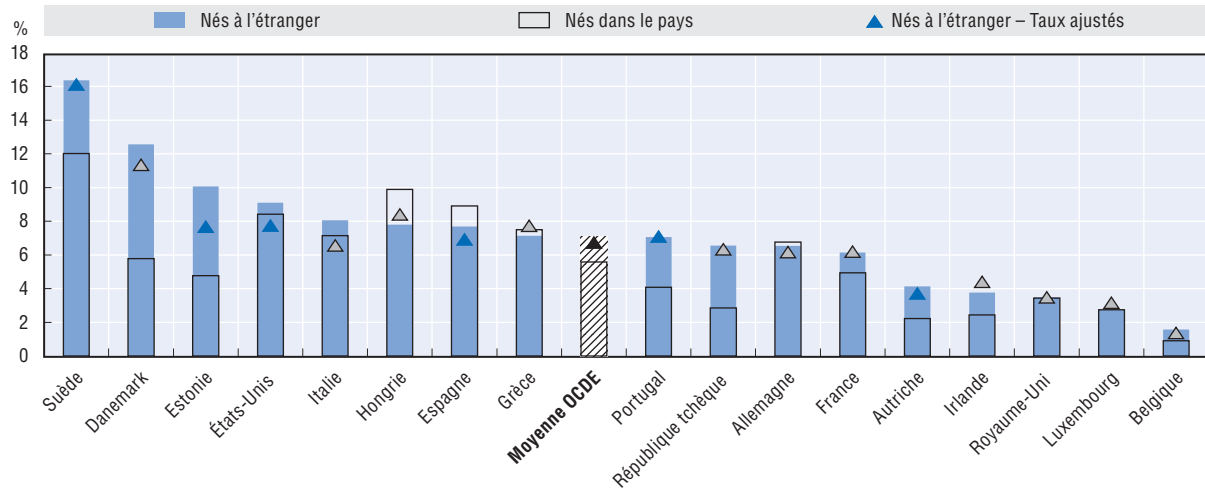
Dans les pays de l'OCDE, la moyenne des pourcentages d'immigrés signalant qu'ils ont eu des besoins médicaux non satisfaits au cours de l'année écoulée s'élève à 7.1 %, contre 5.6 % de la population née dans le pays. Cet écart n'est toutefois pas significativement différent de zéro.

Les différences de prévalence des besoins non satisfaits entre la population née à l'étranger et la population autochtone sont significatives pour environ la moitié des pays pour lesquels des données peuvent être publiées (graphique 4.4). Dans tous ces pays, les personnes nées à l'étranger ont plus de risques d'avoir des besoins non satisfaits que celles nées dans le pays. Dans les pays scandinaves, les immigrés sont les personnes les plus susceptibles de signaler des besoins non satisfaits (16.4 % en Suède ; 12.6 % au Danemark) alors que les immigrés en Belgique, au Luxembourg et au Royaume-Uni sont les moins susceptibles de connaître ce phénomène (moins de 4 %). Environ 9 % des immigrés aux États-Unis ont signalé des besoins médicaux non satisfaits pour des raisons de coût uniquement.


Après ajustement pour tenir compte des structures par âge, niveaux d'instruction et revenu, les immigrés en Espagne (-2.0 points de pourcentage) et aux États-Unis (-0.7 point de pourcentage) sont moins susceptibles de rapporter des besoins médicaux non satisfaits que les autochtones. Toutefois, en Suède, au Portugal, en Estonie et en Autriche, les immigrés sont plus susceptibles de signaler des besoins médicaux non satisfaits que les autochtones (différence oscillant entre 1.2 et 4.1 points de %).

Parmi les personnes nées dans le pays et les immigrés, des raisons similaires sont avancées quant à la non-satisfaction de besoins médicaux dans les pays européens de l'OCDE : coût, délai dans l'espoir que le problème se règle tout seul, manque de temps et listes d'attente. Toutefois, les immigrés signalent plus fréquemment le coût comme raison du besoin médical non satisfait (31 % contre 23 % des personnes nées dans le pays).

Graphique 4.4. **Pourcentage d'adultes signalant des besoins médicaux non satisfaits, selon le lieu de naissance, 2009**



Source : Les notes et sources se trouvent à la fin du chapitre.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932738561>

Mesure

Un ensemble idéal d'indicateurs sur la santé des immigrants rendrait compte à la fois de l'état de santé objectif et des facteurs à l'origine de cet état. Toutefois, les indicateurs disponibles et facilement mesurables sont statiques et ne rendent généralement compte que des résultats actuels en matière de santé et non des facteurs de risques susceptibles d'affecter les tendances en la matière. Les indicateurs de la santé utilisés couramment, comme la mortalité infantile et l'espérance de vie, sont soit inapplicables, soit non disponibles pour les populations immigrées. Des données extraites des examens de santé, tels que les bilans médicaux (vérification de la numération sanguine, rapports sur les maladies chroniques, etc.), seraient pertinentes, mais requerraient des enquêtes spécifiques qui sont rarement mises en place dans les pays.

Ce chapitre analyse plusieurs aspects de l'état de santé auto-déclaré des populations autochtones et immigrées (indicateur 4.1). Une certaine prudence est recommandée dans l'interprétation des réponses spontanées aux questions de l'enquête, étant donné que les différences sociales et culturelles en matière d'auto-perception et d'auto-déclaration entre pays, ainsi qu'entre les autochtones et les immigrants à l'intérieur d'un même pays, peuvent limiter la validité des comparaisons.

Les visites préventives et curatives chez le médecin et les bilans médicaux (dépistage du cancer, en particulier celui du sein chez les femmes, vaccination des enfants, etc.) sont des indicateurs clés de l'équité de l'accès aux soins médicaux. Toutefois, la taille des échantillons des enquêtes nationales sur la santé ne permet pas d'obtenir des résultats fiables pour les immigrants. Une autre méthode de mesure de l'équité en matière d'accès aux services consiste à évaluer les rapports sur les besoins non satisfaits en matière de soins. Pour déterminer les besoins non satisfaits, on demande habituellement aux personnes s'il y a eu un moment au cours des 12 derniers mois où elles ont eu le sentiment qu'elles avaient besoin de services de soins qu'elles n'ont pas reçus, la question suivante étant de savoir pourquoi le besoin de soins n'avait pas été satisfait (indicateur 4.2).

Notes, sources et pour en savoir plus

Notes

Dans tous les graphiques, les triangles grisés signalent des différences entre les taux ajustés et ceux calculés pour les personnes nées dans le pays qui ne sont pas significativement différentes de zéro au seuil de 5 %.

Toutes les données de panel ont tendance à sous-représenter les nouveaux arrivants. Dans le cas de l'EU-SILC, le panel est renouvelé tous les quatre ans. Les échantillons sont représentatifs en coupe transversale seulement pour la première vague d'un nouveau panel ; parmi les nouveaux immigrants, seuls ceux qui rejoignent un ménage résidant, via le regroupement familial et la formation d'une famille, sont pris en compte. Pour ce qui est du panel HILDA, après 1999, les nouveaux arrivants ne sont inclus que s'ils rejoignent des ménages déjà installés. L'Australie ayant reçu des effectifs importants de migrants entre 1999 et 2009, avec une focalisation accrue sur une migration de travail très qualifiée depuis le milieu des années 1990, les estimations ont donc tendance à être biaisées.

Sources

Enquête sur les revenus et les conditions de vie de l'Union européenne (EU-SILC), 2009 ; *National Health Interview Survey* (NHIS) 2010 pour les États-Unis ; Enquête sur la santé

dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2007-2008 ; Panel suisse des ménages 2009 ; *Household, Income and Labour Dynamics in Australia (HILDA)*, 2009.

Pour en savoir plus :

Berchet, C. et F. Jusot (2010), « Social Health Inequalities. A French Analysis Based on the Migrant Population », *Public Economics*.

Berchet, C. et F. Jusot (2012), *État de santé et recours aux soins des immigrés : une synthèse des travaux français*, *Questions d'économie de la santé*, IRDES.

Chen, J., E. Ng et R. Wilkins (1996), « La santé des immigrants au Canada en 1994-1995 », *Rapports sur la santé*, vol. 7, n° 4, pp. 37-50.

Dey, A.N. et J.W. Lucas (2004), « Physical and Mental Health Characteristics of US – Born and Foreign – Born Adults 1997-2002 », *Division of Health Statistics, National Center for Health Statistics*, www.cdc.gov/nchs/ppt/duc2004/dey_lucas.ppt.

OCDE (2011a), *Comment va la vie ? Mesurer le bien-être*, Éditions OCDE, Paris.

OCDE (2011b), *Regard sur la santé*, Éditions OCDE, Paris.

Razum, O. et S. Rohrmann (2002), « Der Healthy-migrant-Effekt: Bedeutung von Auswahlprozessen bei der Migration und Late-entry-bias », *Gesundheitswesen*, vol. 64, n° 2, pp. 82-88.

Singh, M. et M. de Looper (2002), « Australian Health Inequalities: Birthplace », *AIHW Bulletin*, Cat. No. AUS 27, Canberra.

Swerdlow, A.J. (1991), « Mortality and Cancer Incidence in Vietnamese Refugees in England and Wales: A Follow-Up Study », *International Journal of Epidemiology*, vol.° 20, n° 1, pp. 13-19.