© OCDE/Union européenne 2015

Chapitre 10

État de santé et accès aux soins des immigrés

La santé est indissociable du bien-être. Elle a un impact direct sur la façon dont les individus participent à la vie de la société et sur leur degré d'implication. Des immigrés en bonne santé seront plus à même de travailler, de mieux gagner leur vie et de tisser de vastes réseaux sociaux. Une bonne intégration contribue à son tour à une amélioration des résultats en matière de santé, les immigrés étant de plus en plus en mesure de se faire soigner lorsqu'ils en ont besoin.

Les caractéristiques sociodémographiques telles que le sexe et l'âge, l'adoption de comportements à risques (abus d'alcool et 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. Les immigrés devant généralement être en bonne santé pour pouvoir migrer, ils ont tendance à être en meilleure santé que les non-migrants – cet effet positif, le « healthy migrant effect » ou « effet du migrant en bonne santé », s'atténue néanmoins à mesure que la durée de séjour s'allonge.

La qualité de vie dans le pays d'origine, le processus de migration lui-même et les conditions de vie et de travail dans le pays d'accueil ont également des répercussions en termes de santé. Certains groupes de migrants, tels que les réfugiés, sont particulièrement vulnérables et peuvent être plus sujets à certaines pathologies spécifiques ou à des troubles mentaux. Le vécu migratoire peut être source de stress et affecter les résultats en matière de santé des migrants de différentes manières, selon leur situation socio-économique et leur état de santé dans le pays d'origine et leur degré d'intégration dans le pays d'accueil. Les habitudes alimentaires dans le pays d'origine peuvent également influer sur les résultats en matière de santé sur le moyen et le long terme. L'âge, le niveau d'éducation et le revenu sont d'autres déterminants importants de la santé.

Ce chapitre analyse l'état de santé auto-déclaré (indicateur 10.1) et le manque de traitement médical (indicateur 10.2) des populations nées dans le pays et immigrées. Les problèmes relatifs aux données sont abordés dans la section « Limites de la mesure » à la fin de ce chapitre.

Principaux résultats

- Dans la zone OCDE, sept personnes de plus de 15 ans sur dix se déclaraient en bonne santé en 2012, qu'elles soient nées dans le pays ou immigrées.
- Cette similarité dans l'état de santé général rapporté masque des différences entre, d'un côté, les pays d'immigration récente du sud de l'Europe, où les états de santé auto-déclarés sont bien meilleurs chez les immigrés que chez les personnes nées dans le pays et, de l'autre, les pays d'Europe centrale et les pays de destination de longue date comme l'Allemagne et la France, où les immigrés se sentent en moins bonne santé.
- Après ajustement pour tenir compte de l'âge, les différences entre immigrés et personnes nées dans le pays se réduisent. Les caractéristiques sociales et économiques de certains groupes de migrants – faible niveau d'éducation et de revenu, mauvaises conditions de travail et manque d'insertion sociale – influencent négativement leur accès et leur recours aux services de santé.
- Environ 7 % de l'ensemble des personnes nées dans le pays et des immigrés avaient des besoins médicaux non satisfaits en 2012. Des différences entre les deux groupes sont principalement observées dans certains pays d'Europe centrale et orientale ainsi que dans les pays qui accueillent de nombreux réfugiés, comme la Suède, où les immigrés sont plus susceptibles de signaler des besoins médicaux non satisfaits que les personnes nées dans le pays.
- Chez les personnes nées dans le pays comme chez les immigrés, environ une personne sur cinq n'a pas consulté de médecin en 2009. Les plus grandes différences entre ces deux populations sont principalement observées dans les pays qui ont récemment connu un afflux important de main-d'œuvre, ce qui est le cas de l'Irlande et de l'Islande, où les immigrés ont bien moins de chances d'avoir consulté un médecin.

10.1. État de santé perçu

Informations de référence

Indicateur

L'état de santé auto-déclaré d'un individu renvoie à la perception que ce dernier a de sa santé physiologique et psychologique. Cette section s'intéresse à : 1) l'état de santé général perçu ; 2) à l'absence de maladie ou de problème de santé chronique (handicap par exemple) ; et 3) à un indicateur composite de bonne santé combinant l'état de santé perçu et l'absence de maladie chronique ou de limitation liée à un problème de santé. Plusieurs enquêtes saisissent les trois dimensions de l'indicateur de l'état de santé perçu, mais de façon très différente, ce qui n'est pas de nature à faciliter les comparaisons internationales (voir « Limites de la mesure »). Cette section présente les proportions d'individus qui qualifient leur santé de « bonne » à « excellente ».

Les résultats des immigrés sont ajustés pour évaluer ce qu'ils seraient si les résidents nés à l'étranger avaient la même structure par âge que les personnes nées dans le pays.

Champ

Individus de plus de 15 ans.

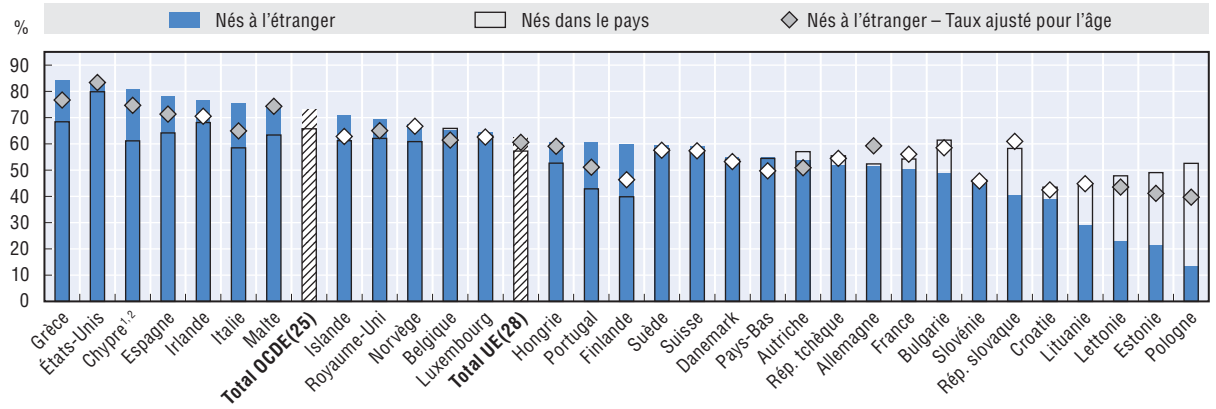
En 2012, en moyenne, sept immigrés sur dix dans les pays de l'OCDE et six sur dix dans les pays de l'Union européenne ont donné des réponses positives dans chacune des trois dimensions de l'indicateur de l'état de santé auto-déclaré – bonne santé générale perçue, absence de maladie chronique et absence de limitation pour raison de santé. Leurs réponses étaient comparables à celles des personnes nées dans le pays. Aux États-Unis, en Irlande et dans les pays d'immigration récente du sud de l'Europe (Chypre[1, 2], Grèce, Italie et Espagne), plus de trois immigrés sur quatre déclaraient n'avoir de problème dans aucune des trois dimensions. En revanche, moins d'un immigré sur quatre peut en dire autant dans les pays baltes ou en Pologne (graphique 10.1), où la population immigrée est la plus âgée (voir section 2.2).

En Europe du Sud, les immigrés sont globalement en meilleure santé que leurs homologues nés dans le pays. Dans la plupart de ces pays, l'immigration est en grande partie composée d'immigrés récents – plus jeunes en moyenne que le reste de la population. En Allemagne et en France, deux pays d'immigration de longue date, et dans plusieurs pays d'Europe centrale et orientale, les immigrés sont, en moyenne, moins susceptibles que les personnes nées dans le pays de se déclarer en bonne santé ou mieux, avec un écart de 39 points de pourcentage en Pologne et de 28 points en Estonie (graphique 10.1).

Après ajustement pour tenir compte de l'âge, les différences entre les immigrés et les personnes nées dans le pays concernant l'état de santé perçu s'amenuisent dans la plupart des pays, voire deviennent statistiquement négligeables. De fait, en Allemagne et en Europe du Sud, si l'on tient compte de l'âge, les immigrés sont en meilleure santé que les personnes nées dans le pays. En Autriche et en Belgique cependant, l'écart avec les personnes nées dans le pays se creuse et reste significatif, alors que dans les pays baltes et en Pologne, il se resserre mais reste significatif (graphique 10.1). Les écarts de perception de l'état de santé entre populations immigrées et personnes nées dans le pays peuvent être attribués à des facteurs non pris en compte dans l'analyse tels que le sexe, le comportement en matière de santé, le pays d'origine et d'autres facteurs économiques et sociaux.

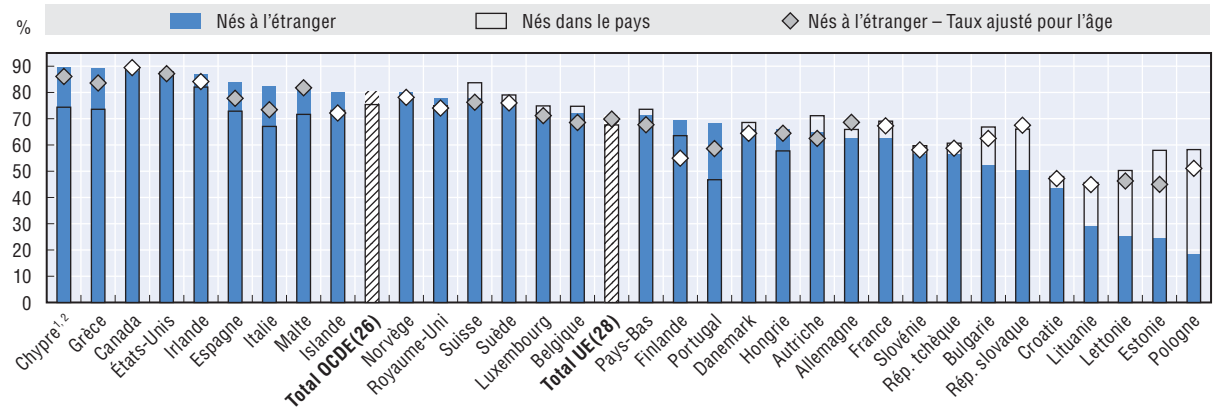
Les trois dimensions de l'indicateur de l'état de santé auto-déclaré affichent des tendances analogues (graphiques 10.2, 10.3 et 10.A1.1). En Europe du Sud par exemple, les immigrés ont nettement moins de risques que les personnes nées dans le pays de souffrir d'une maladie chronique ou de signaler des limitations liées à des problèmes de santé. Il en va de même pour l'Allemagne, où moins d'immigrés déclarent des maladies chroniques (graphique 10.3). Dans la plupart des autres pays, les écarts avec les personnes nées dans le pays se réduisent après ajustement et deviennent statistiquement négligeables.

Graphique 10.1. **Adultes nés à l'étranger et nés dans le pays qui déclarent avoir un bon état de santé général, ne pas être limités dans leurs activités par des problèmes de santé et ne pas souffrir de maladies chroniques, 2012**



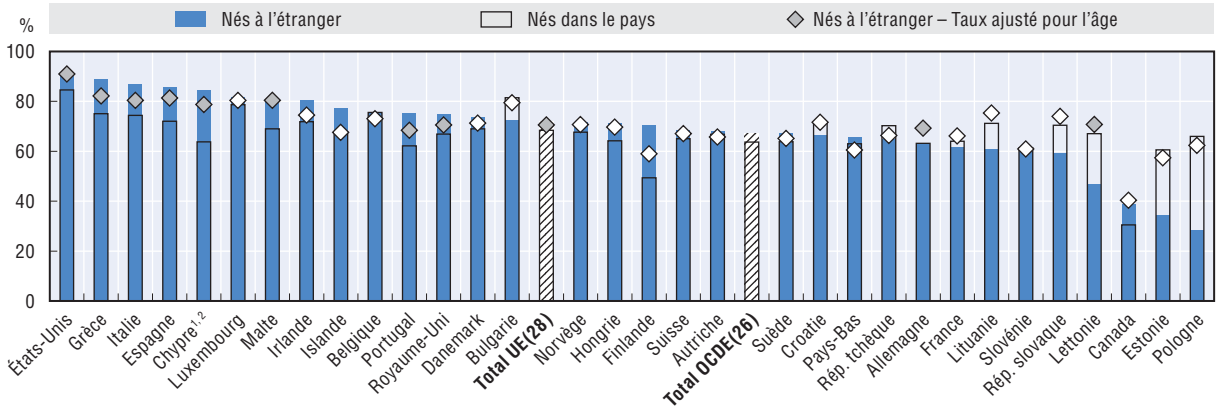
StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933217405

Graphique 10.2. **Adultes nés à l'étranger et nés dans le pays qui déclarent être en bonne santé, voire mieux, 2012**



StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933217412

Graphique 10.3. **Adultes nés à l'étranger et nés dans le pays qui déclarent ne pas souffrir de maladies chroniques, 2012**



StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933217426

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

10.2. Soins de santé

Informations de référence

Indicateur

Cet indicateur mesure si, au cours des 12 derniers mois, les répondants ont senti qu'ils avaient besoin de soins de santé (hors examens dentaires ou traitement) mais qu'ils n'ont pu les obtenir, et s'ils ont de fait consulté un médecin (généraliste ou spécialiste). 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.

Les données sur les consultations médicales ne sont pas disponibles au Canada et aux États-Unis, mais le Canada publie des données comparables sur les besoins de soins non satisfaits des immigrés. Les données des États-Unis en revanche ne concernent que les besoins de soins non satisfaits pour des raisons de coût. La prudence est donc de mise quand on les compare aux données d'autres pays.

L'indicateur pour la population immigrée est ajusté afin d'évaluer les résultats que l'on obtiendrait si la population née à l'étranger avait la même structure par âge que celle née dans le pays de résidence.

Champ

Individus de plus de 15 ans.

Dans la zone OCDE, 7 % des immigrés en moyenne déclarent un besoin de soins non satisfait en 2012, soit la même proportion que dans la population née dans le pays (graphique 10.4). Dans l'Union européenne, les résidents nés à l'étranger déclarent légèrement moins souvent que leurs homologues nés dans le pays avoir eu des besoins médicaux non satisfaits (6 % contre 7 %). En ce qui concerne les visites chez le médecin, les tendances sont similaires pour les deux groupes – 21 % des immigrés n'en ont pas consulté en 2009, contre 19 % des personnes nées dans le pays (graphique 10.5).

En Europe centrale et orientale ainsi que dans les pays scandinaves, les immigrés sont les plus susceptibles de signaler des besoins non satisfaits – 24 % en Pologne et 15 % en Estonie et en Suède. Ceux qui le sont moins se trouvent en Autriche, aux Pays-Bas et en Slovénie, où le taux ne dépasse pas 2 %. Les différences de prévalence des besoins non satisfaits entre la population née à l'étranger et celle née dans le pays sont les plus marquées en Europe centrale et orientale et dans les pays qui accueillent de nombreux réfugiés. Les immigrés ont un risque d'avoir des besoins non satisfaits supérieur de 5.5 points de pourcentage à celui des personnes nées dans le pays en Estonie, supérieur de 4 points en Suède et supérieur de 2 points en Suisse (graphique 10.4). Comme chez les personnes nées dans le pays, 8 % des immigrés aux États-Unis ont déclaré avoir renoncé à des soins pour des raisons de coût uniquement. Dans quelques autres pays néanmoins, notamment en Allemagne, au Canada et en Islande, les immigrés sont moins susceptibles que les personnes nées dans le pays de signaler des besoins médicaux non satisfaits.

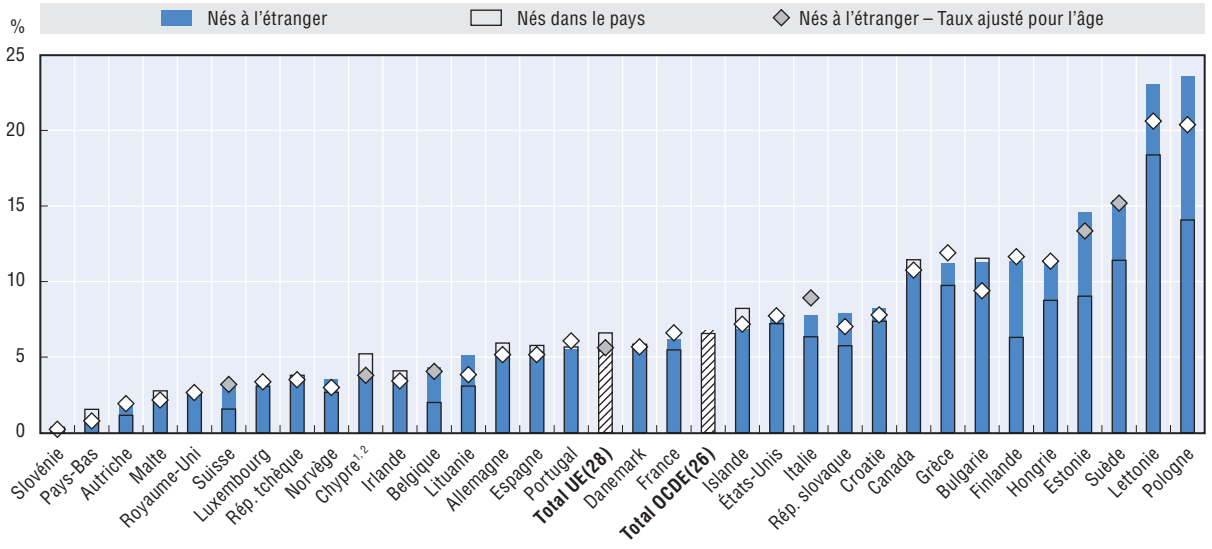
Les parts d'immigrés n'ayant pas consulté de médecins en 2009 sont les plus élevées dans les pays d'immigration récente de travail tels que l'Islande (44 %), l'Irlande et Chypre[1, 2] (36 % chacune), et les plus faibles en France (7 %), au Luxembourg (7 %) et en Pologne (8 %) (graphique 10.5). De nombreux pays, en particulier en Scandinavie, ont obtenu des taux de réponse très bas à la question sur les consultations médicales.

Après ajustements pour tenir compte de l'âge, seules la Belgique, l'Estonie, l'Italie, la Suède et la Suisse montrent des différences importantes dans la prévalence des besoins médicaux non satisfaits entre la population née à l'étranger et la population née dans le pays en 2012, les immigrés ayant plus de risques d'avoir des besoins non satisfaits (graphique 10.4). Une fois l'âge pris en compte, les immigrés sont beaucoup plus susceptibles que les personnes nées dans le pays de ne pas avoir vu un médecin – risque supérieur de 16.5 points de pourcentage en Islande et de 3 à 11 points en Allemagne, à Chypre[1, 2], en Hongrie, à Malte et en République tchèque (graphique 10.5). Aux Pays-Bas, cependant, le risque est moins élevé (5 points de pourcentages) que pour les natifs.

La plus forte incidence de la non-consultation d'un médecin parmi la population immigrée par rapport aux personnes nées dans le pays peut être imputable à des facteurs socio-économiques individuels. Les situations moins favorables de certains migrants – en termes de niveau d'éducation, revenu, conditions de travail et insertion sociale – ont un impact négatif sur l'accès et le recours aux services de santé.

Graphique 10.4. **Adultes nés à l'étranger et nés dans le pays qui signalent des besoins médicaux non satisfaits, 2012**

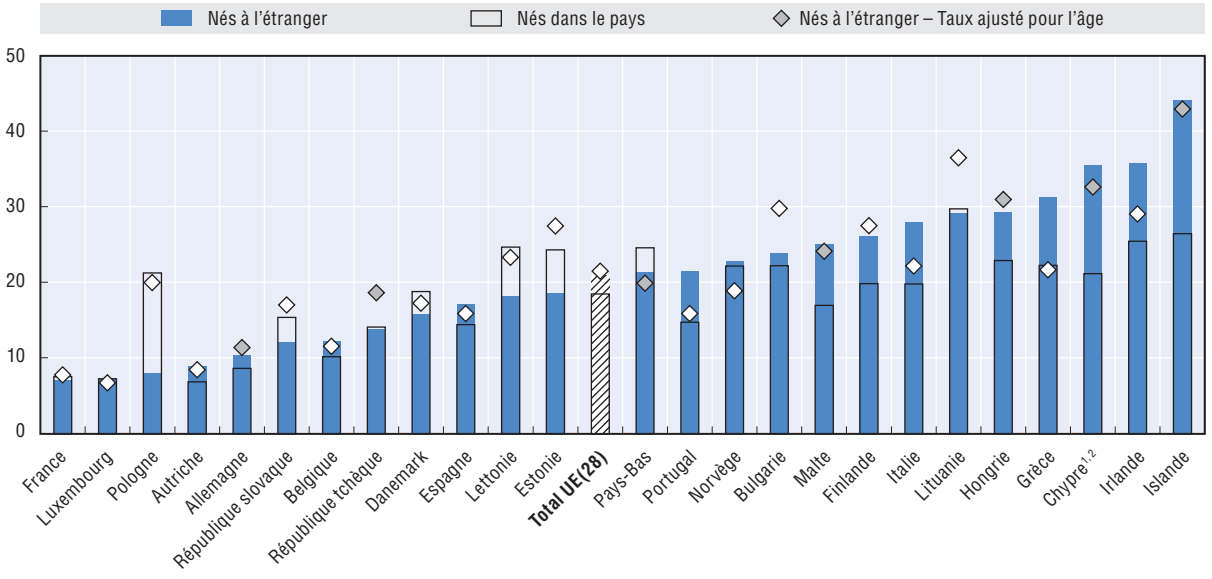
Pourcentages



StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933217436

Graphique 10.5. **Adultes nés à l'étranger et nés dans le pays qui déclarent ne pas avoir consulté un médecin (généraliste ou spécialiste) au cours des 12 derniers mois, 2009**

Pourcentages



StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933217448

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

Limites de la mesure

État de santé perçu

Un ensemble idéal d'indicateurs sur la santé des immigrés rendrait compte objectivement à la fois de l'état de santé et des facteurs qui contribuent à une bonne santé. Or, les indicateurs disponibles et facilement mesurables sont statiques. Ils ne rendent généralement compte que des résultats actuels en matière de santé et non des facteurs de risque 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. Certes, les bilans de santé et les visites médicales (analyses de sang et rapports sur les maladies chroniques par exemple) seraient idéaux, mais ils requièrent des enquêtes spécifiques que les pays réalisent rarement, voire jamais.

Ce chapitre analyse différents aspects de l'état de santé auto-déclaré tant pour la population née dans le pays que pour la population immigrée. Une certaine prudence est recommandée dans l'interprétation des réponses auto-déclarées 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 personnes nées dans le pays et les immigrés à l'intérieur d'un même pays, peuvent limiter la validité des comparaisons. Un indicateur global, combinant l'état de santé perçu avec les maladies chroniques et les limitations liées à des problèmes de santé, a donné les résultats les plus fiables. Il est à noter que les indicateurs sont appréhendés de manières très différentes dans différentes enquêtes, ce qui peut entraver les comparaisons internationales. Certes, l'état de santé perçu comporte cinq niveaux dans toutes les enquêtes, mais les réponses au questionnaire de l'Enquête européenne sur les revenus et les conditions de vie (EU-SILC) vont de « très mauvais » à « très bon » et sont centrées sur « assez bon », alors que les réponses aux enquêtes américaine et canadienne vont de « mauvais » à « excellent » et sont centrées sur « bon », ce qui pourrait biaiser les comparaisons.

Soins de santé

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'accès à des soins professionnels. Les échantillons des enquêtes nationales sur la santé sont cependant trop petits pour donner des résultats fiables pour les immigrés. Une autre méthode de mesure de l'équité en matière d'accès aux soins consiste à évaluer les cas déclarés de besoins médicaux non satisfaits. Pour cela, 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 soins qu'elles n'ont pas reçus, la question suivante étant de savoir pourquoi le besoin de soins n'a pas été satisfait (indicateur 10.2).

On demande aussi, bien que plus rarement, combien de fois les personnes interrogées se sont rendues chez le médecin au cours des 12 derniers mois. Cet indicateur doit néanmoins être utilisé avec prudence car on trouve, à une extrémité du spectre, un mauvais accès aux soins, et à l'autre, une mauvaise santé justifiant de multiples visites chez le médecin, deux situations négatives.

Notes, sources et pour en savoir plus

Note concernant Chypre[1, 2]

1. Note de la Turquie :

Les informations figurant dans ce document qui font référence à « Chypre » concernent la partie méridionale de l'Ile. Il n'y a pas d'autorité unique représentant à la fois les Chypriotes turcs et grecs sur l'Ile. La Turquie reconnaît la République Turque de Chypre Nord (RTCN). Jusqu'à ce qu'une solution durable et équitable soit trouvée dans le cadre des Nations Unies, la Turquie maintiendra sa position sur la « question chypriote ».

2. Note de tous les États de l'Union européenne membres de l'OCDE et de l'Union européenne :

La République de Chypre est reconnue par tous les membres des Nations Unies sauf la Turquie. Les informations figurant dans ce document concernent la zone sous le contrôle effectif du gouvernement de la République de Chypre.

Notes des tableaux et graphiques

Dans tous les graphiques, les losanges blancs signalent des écarts entre les taux ajustés pour les immigrés et les taux pour les personnes nées dans le pays qui ne sont pas statistiquement différents de zéro (au seuil de 0.05).

Graphique 10.4 : Les données des États-Unis portent uniquement sur les besoins médicaux non satisfaits pour des raisons de coût.

Toutes les données de panel ont tendance à sous-représenter les nouveaux arrivants. Dans le cas des enquêtes EU-SILC, un quart du panel est renouvelé tous les ans. Les nouveaux immigrés sont pris en compte s'ils apparaissent dans ce quart ou, dans les trois autres quarts, s'ils rejoignent un ménage résident, via le regroupement familial et la formation d'une famille.

Sources

Enquête européenne sur les revenus et les conditions de vie (EU-SILC) 2012. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC 2011-12). *US National Health Interview Survey* (NHIS 2012).

Graphique 10.5 : Module ad hoc de l'Enquête européenne sur les revenus et les conditions de vie (EU-SILC) 2009.

Pour en savoir plus

OCDE (2013), *Panorama de la santé 2013 : Les indicateurs de l'OCDE*, Éditions OCDE, Paris, *http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-fr*.

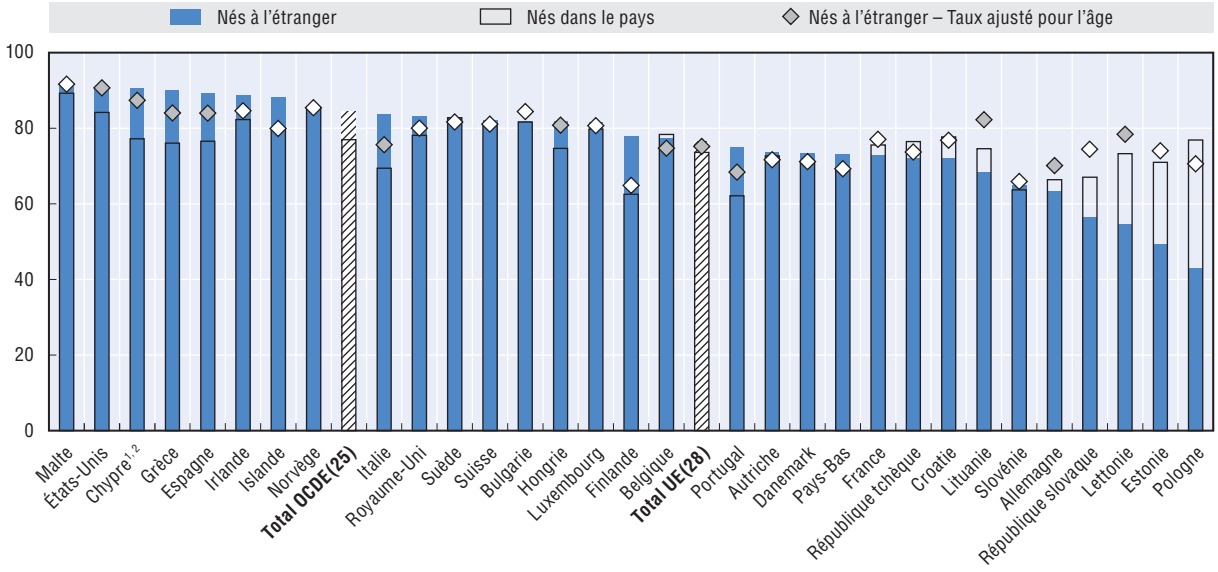
OCDE (2012), *Trouver ses marques : Les indicateurs de l'OCDE sur l'intégration des immigrés 2012*, Éditions OCDE, Paris, *http://dx.doi.org/10.1787/9789264073432-fr*.

ANNEXE 10.A1

Tableaux et graphiques supplémentaires

Graphique 10.A1.1. **Adultes nés à l'étranger et nés dans le pays qui déclarent ne pas être limités à cause de problèmes de santé, 2012**

Pourcentages



Note : Les losanges blancs signalent des écarts entre les taux ajustés pour les immigrés et les taux pour les personnes nées dans le pays qui ne sont pas statistiquement différents de zéro (au seuil de 0.05).

1, 2 : Voir la section « Notes, sources et pour en savoir plus »

Source : Enquête européenne sur les revenus et les conditions de vie (EU-SILC) 2012, enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC 2011-12), *US National Health Interview Survey* (NHIS 2012).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933217455