



**Le lien entre le statut de la documentation,
le statut professionnel et l'accès à la santé
pour les migrants africains.
Exemples du Kenya, du Nigéria et de
l'Afrique du Sud**

Auteurs :

Richard Neetzow, Paul Asquith, Julia von Freeden et Paul Schütze (SLE)

Réviseurs experts :

Sabelo Mbokazi et Evelyne Nkeng Peh (CUA)

Lydia Both (GIZ)

Commandité par



Elaboré par



SLE soutenu par



Résumé

Le lien entre le statut juridique et professionnel des migrants, l'accès à la santé et les conditions de santé est largement étudié dans la littérature académique sur la migration et la santé. Cependant, il existe peu d'études, voire aucune, examinant ce lien au sein des États africains. Dans cet article, nous présentons des données d'enquête collectées auprès de réfugiés et de personnes en situation de réfugié au Kenya, de migrants réguliers (travailleurs) au Nigéria et de migrants irréguliers en Afrique du Sud pour examiner le lien entre le statut d'enregistrement, le statut d'emploi ou professionnel, le genre, et l'accès aux soins de santé (sa perception). Une série de tests et de modèles statistiques ont été appliqués pour examiner les effets de ces différentes caractéristiques. Un constat cohérent dans les trois pays sélectionnés est que l'accès des personnes sans aucune documentation est inférieur à celui de divers autres groupes, non seulement en ce qui concerne les moyennes mais aussi dans les modèles linéaires. Cela suggère fortement que l'extension des voies de régularisation dans les États africains, même temporaire, serait un levier politique efficace pour améliorer l'accès des migrants aux soins de santé et, par extension, améliorer la santé des migrants. Cependant, les effets du statut d'emploi et du genre sur l'accès aux soins de santé étaient plus ambigus, et des recherches supplémentaires dans les contextes africains sont nécessaires pour clarifier leur impact.

Introduction

L'impact de la migration sur la santé ainsi que le lien entre l'état de santé des migrants et leur statut d'enregistrement sont des sujets importants qui intéressent de plus en plus les universitaires et les décideurs politiques. Il existe déjà une abondante littérature qui examine les liens entre les conditions de santé des migrants et les politiques de migration des États, en particulier lorsque celles-ci sont restrictives ou exclusives, ainsi que l'impact du statut d'enregistrement sur les conditions de santé et l'accès aux services de soins (voir, entre autres, [Juarez et al 2019](#), [Wickramage et al 2019](#)).

Cependant, comme le notent Castañeda et al, la grande majorité de ces articles se concentrent sur la santé des migrants ou l'accès aux soins dans les pays à revenu élevé, avec seulement 3% couvrant la région africaine de l'OMS ([Castañeda et al 2015](#)). De plus, beaucoup considèrent également l'impact des politiques et pratiques d'exclusion, xénophobes ou racistes sur les migrants vers les pays à revenu élevé ou moyen d'autres régions ([Filges et al 2016](#), [Martinez et al 2013](#); [Venkataramani et al 2017](#)). Bien qu'il s'agisse d'un domaine important pour la poursuite de la recherche et de l'orientation politique, et qu'il existe sans aucun doute des preuves d'attitudes xénophobes ou racistes à l'égard des migrants africains dans d'autres pays africains, il est probable que cela soit médiatisé et vécu différemment dans les contextes de migrations intra-africains plutôt qu'extra-africains. (c.f. [Crush and Ramachandran 2009](#), [Akinola 2018](#), [King 2019](#)).

Dans cet article, nous examinons l'impact du statut d'enregistrement des migrants africains sur l'état de santé (perceptions) des migrants au Kenya, au Nigéria et en Afrique du Sud, sur la base de la collecte de données primaires dans ces pays. On suppose souvent que le statut d'enregistrement des migrants a des effets sur leur santé et leur accès aux services de santé, et les données d'autres régions appuient cette hypothèse, qui a également étayé les efforts de plaidoyer des agences internationales et des ONG pour une régularisation accrue des migrations ([Freier 2020](#); [Kraler 2019](#), [Kassoudji 2016](#)). La logique et les expériences montrent que cela semble être le cas. Mais nous nous sommes intéressés à tester cette hypothèse en analysant les données de différentes sous-catégories de migrants dans trois contextes africains hétérogènes.

En 2020, une équipe de recherche du Centre pour le développement rural (SLE) de l'Université de Humboldt à Berlin a entrepris un projet de recherche pour la Commission de l'Union africaine (CUA) et la Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) en examinant les politiques et les pratiques en matière de migration et de santé en Afrique. Le projet avait deux phases principales de collecte de données. La première phase comprenait une étude de cadrage des cadres politiques et de gouvernance pertinents pour la migration et la santé aux niveaux continental, régional et des États membres (15 États membres de l'UA, trois dans chacune des cinq régions africaines ont été sélectionnés), et une revue de la littérature scientifique et universitaire. La deuxième phase comprenait la collecte de données primaires sur trois sous-groupes de migrants dans trois pays africains : les réfugiés et les personnes en situation similaire aux réfugiés au Kenya ; migrants réguliers (travailleurs) au Nigéria ; et les sans-papiers en Afrique du Sud (CUA et SLE 2021). La collecte de données primaires comprenait des enquêtes sur les sous-groupes de migrants dans chacun des trois pays, complétées par des entretiens semi-structurés avec des informateurs clés et des discussions de groupe avec des migrants, des représentants du gouvernement et des agents de santé dans chaque pays (Ibid.).

L'analyse des données secondaires identifiées dans l'étude a montré qu'il y avait un manque de recherche sur les modèles et les tendances de la migration intra-africaine, en particulier aux niveaux régional et continental, et, en particulier, un manque de collecte de données de routine sur la santé des migrants (AUC et SLE 2021). Les données primaires collectées dans la deuxième phase de l'étude ont indiqué que les migrants des trois sous-catégories ont déclaré être en meilleure santé avant de quitter leur pays d'origine qu'à leur arrivée dans leur pays d'installation et au moment de la collecte des données (AUC et SLE 2021b). Il a également suggéré une corrélation positive entre l'état de santé et l'accès aux services de santé, et entre l'état d'enregistrement et l'état de santé (ibid.).

En outre, les données ont montré que la majorité des répondants bénéficiaient d'au moins un certain degré de couverture sociale - c'est-à-dire qu'ils pouvaient accéder à certains services de santé - dans les trois pays concernés, soit du fait de leur statut d'enregistrement (au Nigéria et au Kenya) ou en raison de politiques et de programmes permettant aux migrants sans papiers d'accéder aux services de santé (en Afrique du Sud et au Kenya) (Ibid.).

Dans cet article, nous cherchons à examiner les effets du statut d'enregistrement sur la santé des répondants (leurs perceptions) par l'analyse statistique des données recueillies à partir de ces enquêtes. Nous considérons que dans ces contextes hétérogènes, les données montrent que le statut d'enregistrement, même temporaire, a un impact sur la santé des migrants ainsi que sur leur accès aux soins de santé. Notre argumentation sur ces caractéristiques sera enrichie par des données supplémentaires sur les variations potentielles. On espère que les décideurs trouveront ces preuves utiles pour une prise de décision mieux informée afin d'améliorer l'accès à la santé des migrants.

La structure de cet article est la suivante : premièrement, nous fournissons une compréhension commune de la plupart des termes importants de cet article en les définissant et en présentant brièvement les justifications. Deuxièmement, nous décrivons le processus de collecte de données et son analyse ainsi que la méthodologie. Troisièmement, nous présentons les résultats de l'analyse. Ceci est suivi d'une discussion plus large, qui informe les recommandations et la conclusion de cet article.

Contexte théorique et définitions

Dans cette section, nous présentons le contexte théorique et la compréhension commune de la santé des migrants et de l'accès aux soins de santé. Nous définissons et expliquons également les termes clés utilisés.

Les migrants

Pour cet article, nous utilisons le terme générique de «migrant», qui, même s'il n'a pas de définition juridique universelle, reflète la compréhension commune d'une personne qui s'éloigne de son lieu de résidence habituelle, que ce soit à l'intérieur d'un pays ou au-delà d'une frontière internationale, temporairement ou définitivement, et pour diverses raisons ([IOM 2019](#), p. 132). Cependant, cet article ne prend pas en compte les « migrants internes », y compris les personnes déplacées à l'intérieur du pays et les migrants ruraux-urbains dans le pays, car la recherche se concentre sur les migrants intra-africains transnationaux.

Les principaux groupes d'intérêt pour cet article étaient les migrants internationaux réguliers (travailleurs), les réfugiés, ainsi que les migrants irréguliers et les personnes en situation similaire aux réfugiés, au Nigéria, au Kenya et en Afrique du Sud. Le tableau 1 en annexe présente les définitions utilisées (adaptées de [Zimmerman et al 2011](#)). Il convient également de noter que ces catégories ne sont pas nécessairement constantes. Le statut et la catégorisation des personnes qui leur sont imposés par le droit international et leur application par les États peuvent changer à plusieurs reprises au cours de leurs voyages, un phénomène de plus en plus appelé « migration mixte » ([Mixed Migration Centre 2020](#)).

Les migrants et les réfugiés sont souvent marginalisés dans leurs communautés et leurs pays d'installation, et peuvent faire face à de multiples obstacles pour accéder aux droits et aux services ([O'Donnell et al 2016](#), [Mphambukeli and Nel 2018](#)). Parmi les raisons nous pouvons citer le fait d'avoir une langue maternelle différente, des antécédents culturels différents, les environnements politiques restrictifs ou simplement les défis liés à l'adaptation à la vie dans une nouvelle société ([Helgesson et al 2019](#), [Flahaux and De Haas 2016](#)). La situation peut être encore plus désavantageuse selon d'autres caractéristiques comme le sexe, le statut documentaire ou la situation professionnelle.

Santé des migrants

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la santé comme « un état de bien-être physique, mental et social complet et pas simplement l'absence de maladie ou d'infirmité » ([WHO 1946](#), p. 1); définition qui sera également utilisée pour cette étude. Un important corpus de recherches a cherché à expliquer la santé des migrants en termes de facteurs structurels, tels que le statut juridique, la discrimination ou l'accès aux soins de santé ([Almeida et al 2013](#); [Hacker et al 2015](#)). Cependant, cela a été complété, et à certains égards remis en question, par le cadre des « déterminants sociaux de la santé » (DSS) dirigé par l'OMS, qui adopte une vision plus large des facteurs socio-économiques, tels que l'emploi, le logement et l'éducation qui sous-tendent la santé des migrants ([WHO 2010](#); [Braveman et al 2011](#); [Braveman and Gottlieb 2014](#) OMS 2010;).

Bien qu'elle n'ait pas été initialement considérée comme faisant partie du cadre DSS, l'OIM a adopté l'idée que la migration était un déterminant social de la santé en 2009 ([IOM 2021](#)). La migration est considérée à la fois comme une conséquence d'autres déterminants sociaux de la santé et comme un déterminant social important affectant d'autres déterminants ([WHO 2013](#)). Néanmoins, l'approche DSS a été critiquée pour sa tendance à donner la priorité aux facteurs socio-économiques par rapport aux autres facteurs influençant la santé des migrants, y compris l'ethnicité et la culture, voire la migration elle-même ([Hossin 2020](#); [Ingleby 2014](#)).

Certes, la relation entre migration et santé est complexe. D'une part, les conditions entourant la migration peuvent avoir un impact sur la santé des migrants et exacerber les vulnérabilités et les comportements à risque. Par exemple, les personnes déplacées de force peuvent être vulnérables aux troubles induits par des traumatismes tels que le syndrome de stress post-traumatique (Heeren et al, 2012). Un autre exemple

comprend les femmes, qui sont plus à risque de violence sexiste pendant et après la migration, ce qui peut avoir de graves conséquences physiques et mentales ([Fiddian-Qasmiyeh, et al 2014](#)).

Malgré ces fortes vulnérabilités, les migrants rencontrent souvent des difficultés pour trouver et accéder à un traitement approprié dans les pays d'installation. Différents facteurs tels que l'absence d'un statut juridique requis, la stigmatisation, les barrières linguistiques, la discrimination et le manque de revenus peuvent les empêcher d'accéder aux services de santé (voir, entre autres, [Sterud et al 2018](#); [Bradby, et al 2015](#); [Suphanchaimat et al 2015](#)).

D'un autre côté, la migration elle-même peut offrir des possibilités pour améliorer les soins de santé, et des études ont montré qu'en moyenne la population migrante est en meilleure santé que la population locale. Ce phénomène a été décrit comme « l'effet migrant en bonne santé » qui fait référence aux processus d' (auto-) sélection pendant la migration par lesquels des personnes en bonne santé et résilientes, en particulier, décident de migrer ([Kennedy et al 2015](#) ; [Razum 2008](#); [Kumar and Diaz 2019](#)).

Afin d'appréhender tous les différents aspects de l'accès à la santé, nous avons demandé aux participants d'évaluer leur propre état de santé sur une échelle de un (inexistant) à dix (excellent).

Accès aux soins de santé

L'OMS définit l'accès ou l'accessibilité à la santé comme comprenant l'accessibilité physique, l'accessibilité économique et l'accessibilité de l'information ([Evans, Hsu, and Boerma 2013](#)). L'accessibilité physique est « comprise comme la disponibilité de bons services de santé à portée raisonnable de ceux qui en ont besoin et des heures d'ouverture, des systèmes de rendez-vous et d'autres aspects de l'organisation et de la prestation des services qui permettent aux gens d'obtenir les services lorsqu'ils en ont besoin » ([Evans, Hsu, and Boerma 2013](#)). Ceci, à son tour, s'appuie sur la définition antérieure de l'OMS selon laquelle « les établissements de santé, les biens et les services doivent être physiquement accessibles en toute sécurité pour toutes les couches de la population, en particulier les groupes vulnérables ou marginalisés, tels que les minorités ethniques et les populations autochtones, les femmes, les enfants et les adolescents, les personnes âgées, les personnes handicapées et les personnes vivant avec le VIH / sida, y compris dans les zones rurales ([WHO 2002](#) p. 12).

L'accessibilité économique - également appelée abordabilité - « est une mesure de la capacité des gens à payer pour des services sans difficultés financières. Il prend en compte non seulement le prix des services de santé, mais également les coûts indirects et d'opportunité (par exemple les coûts de transport vers et depuis les installations et de s'absenter du travail) » ([Evans, Hsu, and Boerma 2013](#)). Enfin, l'accessibilité de l'information fait référence au « droit de rechercher, de recevoir et de répandre des informations et des idées concernant des problèmes de santé » sans compromettre la confidentialité des patients ([WHO 2002](#) p. 13).

L'accès aux soins de santé peut refléter à quel point un groupe est intégré dans la société. Si des variations surviennent en fonction de caractéristiques sociodémographiques, cela peut être considéré comme un traitement inégal ([Nørredam & Krasnik 2011](#)). De nombreux indicateurs possibles pourraient être utilisés pour mesurer l'accès à la santé, par exemple, des mesures cliniques telles que la mortalité (par exemple, la surmortalité) ou la durée des séjours en clinique ([Nørredam et al 2007](#)). Cependant, de telles approches nécessitent de grands échantillons pour contrôler toutes les covariables nécessaires qui influencent l'accès à la santé.

Outre l'accès au système de santé, le besoin de systèmes de santé sensibles aux migrants a été identifié comme nécessaire par la 61^e Assemblée mondiale de la Santé ([WHO 2018](#)). Par conséquent, la formation de la main-d'œuvre (par exemple sur les problèmes de santé mentale) ou la réduction des obstacles tels que la communication peuvent améliorer l'accès perçu à la santé (*ibid.*).

Genre

Les femmes migrantes peuvent être plus vulnérables que d'autres groupes, par exemple, en cas d'exploitation dans le cadre d'un travail domestique mal rémunéré ou de traite ([WHO 2018](#)). Il existe un biais car la plupart des données sont basées sur les hommes et, par conséquent, les besoins de santé des femmes sont négligés ([Perez 2019](#)). En conséquence, l'action ou les lois humanitaires pourraient être conçues pour les

hommes migrants plutôt que pour les femmes. Par exemple, le soutien des femmes qui ont été victimes de violence sexiste le long de la route migratoire est susceptible d'être ignoré car il y a peu, voire aucun, d'espaces sûrs ou privés pour partager leurs histoires ou leurs plaintes ([Women's Refugee Commission 2016](#)). En outre, la majorité des victimes de la traite des êtres humains sont des femmes ([UNODC 2009](#) p.11). Ainsi, les besoins des femmes en matière de santé sont différents et ne sont pas toujours satisfaits de manière adéquate. C'est pourquoi l'ODD 5 est axé sur l'égalité des sexes et l'indicateur 5.2.2 a mesuré la violence à l'égard des femmes et des filles ([United Nations Department of Economic and Social Affairs 2020](#)).

Profession

Des disparités en matière de santé peuvent survenir en fonction de la situation professionnelle d'un migrant. Moyce et Schenker ([2018](#)) soulignent l'exposition environnementale (par exemple les pesticides), les conditions de travail (par exemple les dangers physiques) ou la traite et le travail forcé en général comme des inconvénients potentiels. Hargreaves et al ([2019](#)) concluent qu'en raison de ces risques plus élevés existants, des soins de santé accessibles et abordables sont importants pour faire face aux besoins de santé particuliers. Dans cette optique, les ODD 8.7 et 8.8 visent à prévenir la traite des êtres humains et à protéger les droits des travailleurs ([Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies 2020](#)).

Statut de la documentation

Le statut juridique accordé aux différents sous-groupes de migrants par les États, souvent sur la base de leurs raisons de migrer et de leurs déplacements migratoires, définit leur statut de résident. Les groupes potentiels de migrants dans cette catégorie seront les personnes ayant des papiers permanents (par exemple les travailleurs migrants), les migrants avec des documents temporaires (par exemple les réfugiés, les demandeurs d'asile ou les étudiants) et les migrants sans statut juridique (par exemple les migrants sans papiers).

Les lois internationales et nationales classent les migrants en différents groupes, leur donnant des droits différents dans leur pays de résidence (AUC / SLE 2021a). L'application de ces lois peut affecter l'accès aux soins de santé nationaux. L'objectif de développement durable 10.7 vise à garantir des politiques migratoires bien gérées et des mesures telles que le droit des migrants aux soins de santé ([United Nations Department of Economic and Social Affairs 2020](#)). Plusieurs études ont identifié différents droits d'accès à la santé en fonction de l'état de la documentation ([Pace 2009](#)). En conséquence, les migrants en situation irrégulière recherchent moins souvent une assistance médicale que les populations locales ou les migrants réguliers et, ce faisant, ils sont négligés en matière de vaccination, de soins de grossesse ou d'accouchement sans risque ([IOM 2011](#)).

Approche méthodologique

Le but de cet article est d'identifier les différences d'accès à la santé en fonction de différentes caractéristiques. Cela informe notre question de recherche, qui est « le genre, la profession ou le statut de document affectent-ils l'accès perçu à la santé des migrants ? » À cette fin, l'hypothèse selon laquelle il n'y a pas de différences dans l'accès évalué à la santé entre ces groupes doit être testée, tandis qu'à l'inverse, des distinctions entre les groupes existent, telles que l'impact d'un facteur sur l'accès global à la santé pour les moyennes et les médianes des groupes.

La collecte de données a été réalisée dans le cadre d'une étude sur les soins de santé de différents groupes de migrants en Afrique (AUC / SLE 2021b). Une enquête a été menée afin de collecter des données quantitatives sur la santé des migrants et l'accès aux services de santé. Les enquêtes existantes du projet Health on the Move et les enquêtes pertinentes de l'OMS ont été adaptées aux besoins et au contexte spécifiques de ce projet. L'enquête a ciblé différentes cohortes dans les trois pays étudiés, afin de représenter de nombreux groupes de migrants. En conséquence, au Kenya, la plupart des répondants sont des réfugiés, au Nigéria, la

plupart des répondants sont des travailleurs migrants et en Afrique du Sud, la plupart des répondants sont des migrants irréguliers.

Les questionnaires ont été distribués à la fois sous forme numérique et imprimée par des chercheurs partenaires parmi les groupes spécifiques de migrants. Les enquêtes ont été distribuées en anglais et traduites dans les langues locales par des chercheurs partenaires. Les sondages comprenaient une sélection multiple, une sélection unique, un classement et des champs de réponse ouverts. La collecte de données quantitatives s'est déroulée de novembre à décembre 2020. Les répondants pouvaient remplir des questionnaires s'ils disposaient du lien vers l'enquête, qui était fournie par les équipes de recherche et distribuée parmi les réseaux de migrants de chaque pays. La plupart des réponses ont été collectées par des équipes de terrain dans le cadre d'un entretien, où les collecteurs de données se sont adressés aux gens et ont parcouru les enquêtes question par question. Au total, 965 enquêtes éligibles ont été acquises, l'Afrique du Sud n = 310, le Nigéria n = 355 et le Kenya n = 300, respectivement. Les enquêtes ont été exclues si les répondants ne vivaient dans aucun des trois pays ou s'ils n'étaient pas du continent africain. Ainsi, sept répondants ont été retirés de l'ensemble de données.

Sur la base de ces données, nous identifierons les différences d'accès à la santé au sein des différents sous-groupes, qui sont caractérisées par des réponses différentes. Par conséquent, la question « Comment évaluez-vous l'accès général à l'offre de soins de santé où vous vivez actuellement ? (10 = excellent, à 1 = inexistant) » sera utilisé comme indicateur d'accès à la santé. Afin d'identifier différents groupes dans les données, l'enquête demande le sexe, le statut de résidence et la profession. Une seule réponse était possible pour chaque question et il n'était pas obligatoire d'y répondre. Les personnes qui n'ont pas répondu à l'une des questions sont exclues des calculs. Veuillez consulter l'annexe 5 pour la question et les réponses possibles. En plus des preuves quantitatives, des experts en migration et en santé ont été interrogés pour obtenir des informations supplémentaires sur l'accès en général, les restrictions ou le système de santé lui-même, via des entretiens semi-structurés en ligne.

Pour examiner les différents groupes, nous calculons les moyennes des groupes et utilisons un test t pour vérifier si les différences sont significatives. Nous considérons uniquement les groupes composés d'au moins 10 personnes. La comparaison ne sera faite qu'entre différents groupes du même pays, pour s'assurer que les effets pays fixes ne sont pas responsables des impacts mesurés. De plus, un modèle de régression linéaire des moindres carrés est calculé. Une caractéristique de variable dans chaque catégorie est utilisée comme mannequin pour indiquer son effet sur l'accès à la santé auto-évalué lorsqu'il est contrôlé pour les autres variables. Les personnes qui ne répondent pas à toutes les questions précédemment citées ne sont pas incluses dans le modèle linéaire. Les hypothèses nécessaires utilisées pour appliquer ce modèle, telles que l'hétéroscédasticité et les variables indépendantes non corrélées, ont été vérifiées et les annexes 2 et 3 fournissent les résultats.

Les répondants à l'enquête n'ont pas toujours été sélectionnés complètement au hasard. Afin de s'assurer que les différences potentielles ne sont pas entièrement basées sur des covariables différentes entre les groupes, un test de Kruskal Wallis déterminera s'il existe des différences (Kruskal and Wallis 1952), même dans les cas où la distribution normale est absente. Comme ce test est utilisé pour identifier les différences entre les groupes de plus de deux, il n'est appliqué qu'aux variables du statut de résidence et de la profession, les résultats du test seront présentés à l'annexe 4.

Les calculs et les schémas ont été réalisés dans RStudio et LaTeX.

Résultats

Le tableau suivant décrit les effets des manifestations individuelles des cohortes pour les pays Kenya, Nigéria et Afrique du Sud. Les personnes qui n'ont pas répondu à l'une des questions sont exclues.

Table 1: Impact of gender, residence and occupation on self-rated health access

	<i>Dependent variable:</i>		
	Kenya	Nigeria	South Africa
Gender: Male	0.019 (0.234)	0.340** (0.172)	0.001 (0.217)
Documentation: None	-0.370 (0.750)	-0.265 (0.362)	-1.928 (1.323)
Documentation: Work	0.918 (1.337)	0.865*** (0.305)	-1.552 (1.378)
Documentation: Prefer not to say	-0.402 (1.123)	-1.061** (0.436)	-5.083*** (1.857)
Documentation: Temporary (Asylum)	-0.940* (0.528)	0.245 (0.344)	-0.930 (1.337)
Documentation: Temporary (Refugee)	-0.233 (0.369)	0.482 (0.392)	-1.903 (1.423)
Documentation: Temporary (Education)	0.724 (1.082)	0.976*** (0.333)	-0.382 (1.504)
Occupation: Self-employed	-0.394 (0.673)	-0.383 (0.311)	1.231 (1.084)
Occupation: Unemployed	-0.080 (0.677)	0.331 (0.413)	1.398 (1.091)
Occupation: Full-time work	0.043 (0.824)	-0.091 (0.336)	2.049* (1.087)
Occupation: Part-time work	-0.212 (0.733)	-0.080 (0.323)	2.951*** (1.099)
Occupation: Work without contract	1.107 (0.973)	-0.704 (0.619)	0.227 (1.175)
Occupation: Other	0.436 (1.255)	0.853 (1.403)	
Occupation: Retired		0.853 (1.403)	
Constant	8.507*** (0.642)	8.073*** (0.356)	7.768*** (1.714)
Observations	277	278	306
R ²	0.052	0.193	0.204
Adjusted R ²	0.005	0.150	0.172

Note:

*p<0.1; **p<0.05; ***p<0.01

Genre

Tableau 2 : Accès moyen aux services de santé au Kenya, Nigéria et Afrique du sud par genre

	#Total					
	K		NIG		SA	
	Female	Male	Female	Male	Female	Male
	A	B	A	B	A	B
rating_access						
Mean	8.0	8.1	8.4	8.6	7.9	7.8
Std. dev.	1.7	1.8	1.7	1.3	2.1	2.0
Unw. valid N	200.0	87.0	108.0	170.0	158.0	148.0

Le tableau 2 ci-dessus et la figure 1 ci-dessous représentent l'accès à la santé auto-évalué de différentes manières : Le tableau 2 présente la moyenne globale avec son écart-type et le nombre de personnes pour chaque cohorte. La figure 1 représente un point pour la note de chaque personne interrogée. De petits changements verticaux et horizontaux se produisent de sorte que les mêmes valeurs cotées ne se chevauchent pas complètement, la figure 1 n'est donc qu'une représentation approximative de l'accès à la santé. Les personnes qui n'ont pas répondu à la question concernant leur sexe ou qui ont répondu « préfèrent ne pas dire » sont exclues des deux illustrations, par souci de clarté.

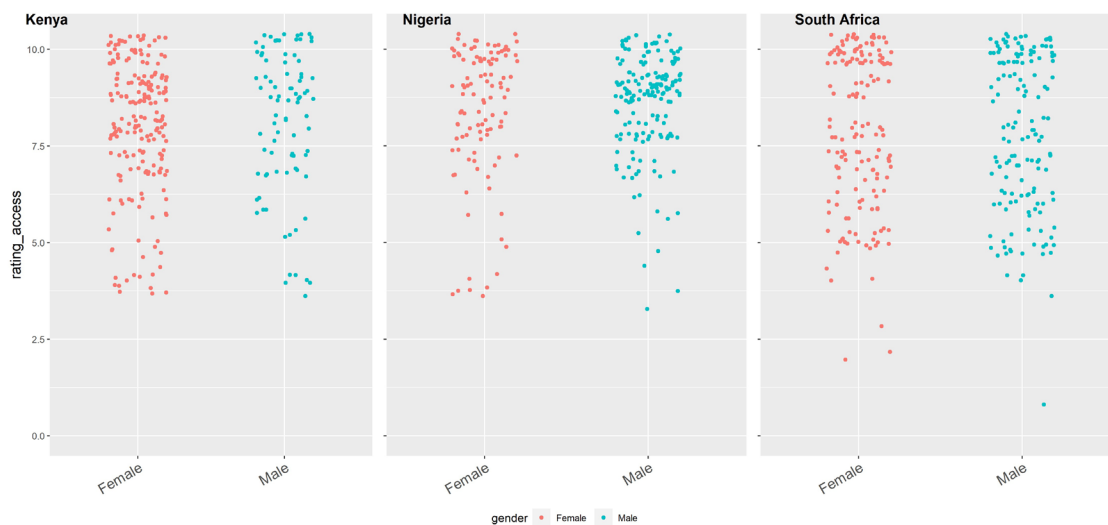


Figure 1 : Nuages de points du taux d'accès aux services de santé regroupés par genre au Kenya, Nigéria et Afrique du sud.

Le genre a un impact ambigu sur l'accès moyen à la santé. Cependant, les différences ne sont pas particulièrement significatives, au Kenya et au Nigéria, les hommes interrogés ont évalué leur accès à la santé de 0,1 et 0,2 point de plus. Au contraire, en Afrique du Sud, les femmes interrogées l'ont noté de 0,1 point plus élevé. Il est probable que les effets ne soient pas clairs en raison d'autres facteurs sous-jacents. Lorsque nous contrôlons la profession et le statut de résidence, nous remarquons que les hommes migrants au Nigéria évaluent leur accès comme étant significativement meilleur que les femmes de 0,34 point, tandis que dans les deux cohortes au Kenya et en Afrique du Sud, les hommes et les femmes ont donné des évaluations relativement similaires de l'état de santé.

Au Nigéria, l'accent a été mis sur les travailleurs migrants, de sorte que les désavantages spécifiques auxquels sont confrontées les femmes dans la migration de main-d'œuvre et sur les marchés du travail pourraient expliquer cet effet. Un exemple de ceci est leur emploi dans des emplois moins sûrs, souvent sans assurance

maladie. Cependant, le fait que les femmes migrantes soient particulièrement désavantagées pour accéder aux soins de santé pourrait aussi être un effet pays ou contextuel de l'échantillon nigérian. Si cet effet d'un meilleur accès à la santé au Nigéria pour les migrants de genre masculin est une constatation récurrente dans d'autres études, des recherches supplémentaires sont nécessaires pour l'expliquer.

En dehors de cela, les données ne révèlent pas trop de différences significatives fondées sur le genre et donc contraires à la littérature et également aux déclarations issues des entretiens. Cela pourrait être dû à un biais d'échantillonnage ou à la conception de l'enquête, mais il se pourrait tout aussi bien que les différences de perception de l'accès à la santé soient plus faibles que prévu. Cela ne signifie pas que les services de santé n'ont pas besoin d'être plus sensibles aux besoins des femmes migrantes, car cela est lié à leur expérience de ces services, qui peuvent ou peuvent devenir un obstacle ; cela signifie que l'effet des différences entre les sexes est peut-être moins prononcé en termes d'accès à la santé ou de perception de la santé.

Profession

Tableau 3 : Accès moyen aux soins de santé pour le Kenya (3.1), le Nigéria (3.2) et l'Afrique du Sud (3.3), regroupés par profession. Veuillez noter que les lettres majuscules indiquent des différences entre les cohortes ($\alpha = 5\%$).

Table 3.1. Mean health status in Kenya, grouped by occupation

	#Total						
	I am a student A	I am self-employed B	I am unemployed C	I work full-time D	I work part-time E	I work without a contract F	Other (please specify): G
rating_access							
Mean	8.6	7.8 < F	8.2 < F	8.5	8.0 < F	9.5 > B C E	8.8
Std. dev.	1.6	1.9	1.6	1.2	1.7	0.8	1.3
Unw. valid N	12.0	146.0	83.0	11.0	25.0	6.0	4.0

Table 3.2. Mean health status in Nigeria, grouped by occupation

	#Total							
	I am a student A	I am self-employed B	I am unemployed C	I work full-time D	I work part-time E	I work without a contract F	Other (please specify): G	I am retired H
rating_access								
Mean	9.1 > B C	8.1 < A E	8.5 < A	8.5	8.8 > B	7.5	9.0	9.0
Std. dev.	1.3	1.7	0.8	1.5	1.1	2.0		
Unw. valid N	57.0	89.0	34.0	48.0	42.0	8.0	1.0	1.0

Table 3.3. Mean health status in South Africa, grouped by occupation

	#Total					
	I am a student A	I am self-employed B	I am unemployed C	I work full-time D	I work part-time E	I work without a contract F
rating_access						
Mean	7.0	7.3 > F < D E		7.4 < E	8.2 > B F < E	9.0 > B C D F
Std. dev.	1.4	1.8		2.2	2.1	1.8
Unw. valid N	4.0	116.0		38.0	70.0	65.0

Le tableau 3 ci-dessus et la figure 2 ci-dessous représentent l'accès aux soins de santé auto-évalué de différentes manières : Le tableau 3 affiche la moyenne globale avec son écart-type et le nombre de personnes pour chaque cohorte. La figure 2 représente un point pour la note de chaque répondant à l'enquête. De petits changements verticaux et horizontaux se produisent de sorte que les mêmes valeurs cotées ne se chevauchent pas complètement, la figure 2 n'est donc qu'une représentation approximative de l'accès aux soins de santé. Les personnes qui n'ont pas répondu à la question concernant leur statut d'emploi ou qui ont répondu « autre » ou « je suis à la retraite » sont exclues de la figure 2 pour plus de clarté.

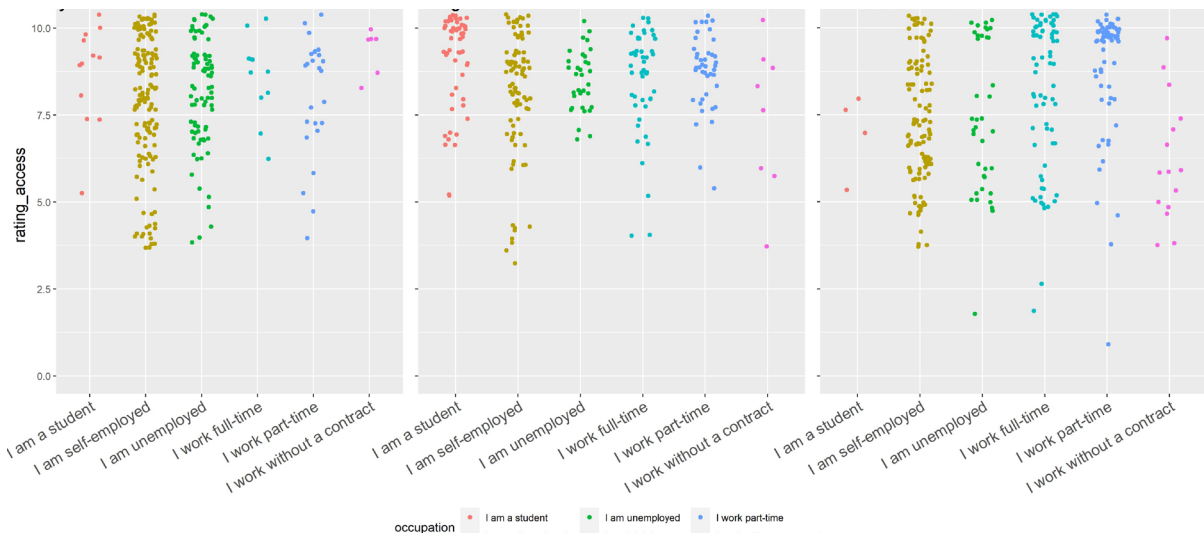


Figure 2 : Nuage de points de l'évaluation de l'accès aux soins de santé au Kenya, au Nigéria et en Afrique du Sud, regroupés par cohortes professionnelles.

Le statut d'emploi montre des effets mitigés sur l'accès aux soins de santé. Le travail indépendant a un effet négatif dans les trois pays et est nettement inférieur à celui des autres groupes. Cependant, ce n'est plus le cas en Afrique du Sud une fois que le sexe et le statut de résidence sont pris en compte. Il est possible que des personnes soient des travailleurs indépendants en raison de leur statut de résident et aient donc un accès limité aux soins de santé. Au Kenya et au Nigéria, par exemple, les chômeurs jugent leur accès plus élevé que les travailleurs indépendants. Ainsi, être au chômage ne signifie pas nécessairement avoir moins d'accès, ce qui aurait pu être soupçonné à cause de moins de ressources financières.

Les travailleurs à temps partiel et à temps plein semblent se positionner comme ayant un meilleur accès. Cependant, cet effet n'est vrai que pour l'Afrique du Sud dans le modèle linéaire. Lorsque les gens migrent pour des raisons éducatives, ils évaluent leur accès aux soins de santé plus élevé que la plupart des autres groupes professionnels.

Cela suggère que les effets du statut professionnel ne sont ni intuitifs ni cohérents, ce qui est expliqué plus en détail ci-dessous. Cependant, le test de Kruskal-Wallis indique que les groupes n'évaluent pas leur accès à la santé de la même manière au Nigeria et en Afrique du Sud. Ce résultat souligne le fait que différents types de relations de travail correspondent à des expériences différentes d'accès aux soins, et que cet effet n'a pas été causé par les covariables différemment réparties. Cela n'est pas valide pour l'ensemble de données du Kenya.

Statut de résidence

Tableau 4 : Accès moyen aux soins de santé au Kenya (4.1), au Nigéria (4.2) et en Afrique du Sud (4.3), groupé par statut de résidence. Veuillez noter que les lettres majuscules indiquent les différences entre les cohortes ($\alpha = 5\%$).

Table 4.1. Mean health status in Kenya, grouped by residence status

	#Total						
	Citizen	No documents	Permanent documents(work)	Prefer not to say	Temporary documents (Asylum)	Temporary documents(Refugee)	Temporary documents(Education)
	A	B	C	D	E	F	G
rating_access							
Mean	8.4 < C	7.9 < C	10.0 > A B E F	8.0	7.6 < C	8.0 < C	9.2
Std. dev.	0.9	1.6	0.0	1.0	2.2	1.8	1.5
Unw. valid N	32.0	7.0	2.0	3.0	20.0	213.0	4.0

LE LIEN ENTRE LE STATUT DE LA DOCUMENTATION, LE STATUT PROFESSIONNEL ET L'ACCÈS À LA SANTE POUR LES MIGRANTS AFRICAINS.

Table 4.2. Mean health status in Nigeria, grouped by residence status

	#Total						
	Citizen A	No documents B	Permanent documents(work) C	Prefer not to say D	Temporary documents (Asylum) E	Temporary documents(Refugee) F	Temporary documents(Education) G
rating_access							
Mean	8.0 > D < C G	8.0 > D < C G	9.0 > A B D E	7.0 < A B C E F G	8.4 > D < C G	8.5 > D	9.1 > A B D E
Std. dev.	1.6	1.7	0.9	1.0	1.4	1.7	1.3
Unw. valid N	32.0	49.0	57.0	14.0	36.0	22.0	70.0

Table 4.3. Mean health status in South Africa, grouped by residence status

	#Total						
	Citizen A	No documents B	Permanent documents(work) C	Prefer not to say D	Temporary documents (Asylum) E	Temporary documents(Refugee) F	Temporary documents(Education) G
rating_access							
Mean	9.0 > B E F	7.6 < A E	8.0	4.0	8.6 > B F < A	7.5 < A E	8.4
Std. dev.	0.0	2.1	2.2	2.8	1.6	1.6	1.2
Unw. valid N	2.0	202.0	20.0	2.0	60.0	13.0	9.0

Le tableau 4 ci-dessus et la figure 3 ci-dessous représentent l'accès auto-évalué aux soins de santé de différentes manières : Le tableau 4 affiche la moyenne globale avec son écart-type et le nombre de personnes pour chaque cohorte. La figure 3 représente un point pour la note de chaque répondant à l'enquête. De petits changements verticaux et horizontaux se produisent de sorte que les mêmes valeurs cotées ne se chevauchent pas complètement. La figure 3 n'est donc qu'une représentation approximative de l'accès aux soins de santé. Les personnes qui n'ont pas répondu à la question concernant leur statut de résident ou qui ont répondu « Je préfère ne pas dire » sont exclues de la figure 3 pour plus de clarté.

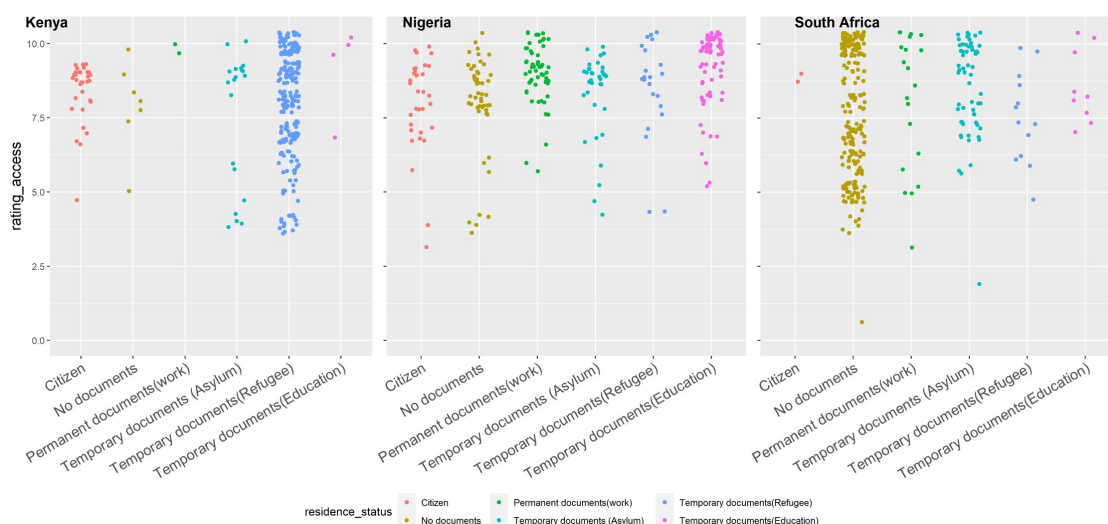


Figure 3: Nuages de points des taux d'accès aux services de santé au Kenya, Nigéria et Afrique du sud regroupés selon l'état de la documentation.

Une constatation cohérente dans les trois pays de l'échantillon est que l'accès auto-évalué pour les personnes sans aucune documentation est inférieur à celui des autres groupes, non seulement par les moyens mais aussi dans les modèles linéaires. En particulier dans l'échantillon d'Afrique du Sud, où les sans-papiers étaient ciblés, les effets étaient inférieurs de près de 2 points dans le modèle linéaire. Au Kenya, les réfugiés et les demandeurs d'asile ont évalué leur accès à un niveau inférieur à celui des autres groupes de 0,4 et 0,8 point respectivement. Les effets restent similaires dans le modèle linéaire.

Au Nigéria, les réfugiés ont déclaré avoir un accès plus grand que les citoyens de 0,5 point et les demandeurs d'asile de 0,4 point, ainsi le fait d'avoir à nouveau le statut de réfugié semble avoir un effet légèrement plus positif que pour ceux qui sont en train de demander l'asile.

Ce n'était pas le cas en Afrique du Sud, où les réfugiés ont évalué leur accès comme l'un des plus faibles et les demandeurs d'asile l'ont noté assez élevé, avec une différence de 1,1 point dans l'accès aux soins de santé lorsque les réfugiés sont comparés aux demandeurs d'asile. Cela peut sembler contre-intuitif, car les réfugiés enregistrés, en vertu de leur statut d'enregistrement, bénéficient généralement d'une plus grande couverture sociale que ceux qui demandent l'asile. Cependant, une explication possible à cela est l'ensemble des attentes relatives à un meilleur accès aux soins de santé et la mesure dans laquelle celles-ci sont satisfaites une fois que l'enregistrement a été accordé.

Si les répondants avaient un permis de travail ou le droit de travailler, leur accès à la santé était généralement jugé élevé. Au Nigéria, l'accès à la santé de cette cohorte était le deuxième plus élevé après les migrants en éducation - et nettement meilleur que les quatre autres groupes. Bien que les personnes ayant des visas de travail en Afrique du Sud aient également qualifié leur accès aux soins de santé de bon, les effets ici ne sont pas aussi forts et négatifs dans le modèle multivarié.

Cependant, le test de Kruskal-Wallis indique que les groupes n'évaluent pas leur accès à la santé sur un pied d'égalité au Nigéria et en Afrique du Sud. Ce résultat souligne le fait qu'avoir un certain statut de résidence correspond à une différence d'accès aux soins de santé, et que cet effet n'est pas causé par les covariables différemment distribuées. Cela ne peut pas être dit pour le Kenya, qui n'a pas montré d'effet pour les groupes de plus de dix répondants aux tests sur des moyennes différentes.

Discussion

Le résultat le plus cohérent entre les groupes et les modèles est que les migrants sans papiers ont un accès plus difficile que ceux avec des documents. Cela prouve le désavantage de cet ancien groupe en raison du statut de résident irrégulier ou illégal, ce qui était anticipé dans la littérature, y compris dans d'autres régions du monde ([Juarez et al 2019](#), [Spitzer et al 2019](#)). Il suggère également fortement que l'extension des voies de régularisation dans les États africains, même si elle est temporaire, serait un levier politique efficace pour améliorer l'accès des migrants aux soins de santé et, par extension, la santé des migrants.

En dehors de cette tendance claire, d'autres effets restent flous entre les échantillons et les modèles. Il y a plusieurs raisons possibles à cela :

Premièrement, l'enquête ciblait différents groupes à travers les pays. Les cohortes ont donc donné lieu à des tailles de groupe différentes et peuvent ne pas être des covariables normalement distribuées. De plus, l'ensemble de données utilisé n'a pas été conçu à l'origine pour ce type d'examen.

Cela est peut-être le plus évident en ce qui concerne l'emploi et le statut professionnel : parce qu'être indépendant ou même au chômage peut parfois être le résultat d'un choix conscient, qui à son tour a un impact, en fonction du statut de résidence. Cela pourrait expliquer les effets du modèle de régression. En Afrique du Sud, où nous nous sommes concentrés principalement sur les migrants en situation irrégulière, pour ce groupe de personnes, toute forme d'emploi a un effet positif sur les soins de santé, car ils deviennent financièrement indépendants ou passeraient autrement par le filet de sécurité. Au Kenya et au Nigéria, les réfugiés et les travailleurs migrants font déjà partie du filet de sécurité, mais les conditions d'emploi comprennent souvent des conditions de travail précaires et des obligations qui rendent l'accès aux soins de santé plus difficile. Cela se refléterait dans les coefficients négatifs, mais des recherches supplémentaires sont nécessaires pour clarifier la relation entre la profession des migrants et leur état de santé.

Deuxièmement, les contextes des pays et des groupes étudiés étaient divers, ce qui conduit à un accès global aux soins de santé variable. Des exemples de cela peuvent inclure les différences de langue dans les pays voisins, la nationalité, les voyages seuls ou en groupe, le réseau au nouveau lieu de résidence et bien d'autres. Afin d'atténuer cette hétérogénéité, nous n'avons appliqué que la comparaison intra-pays. Cependant, des réponses comme le travail à temps partiel ou le travail à temps plein peuvent avoir des significations et des implications différentes selon les contextes. Par exemple, on ne sait pas dans quelle mesure l'environnement de travail est sûr, ou si les gens choisissent consciemment une réduction du temps de travail, cela peut être une indication de conditions d'emploi précaires.

Troisièmement, les réponses potentielles peuvent ne pas avoir été suffisamment distinctes. Le travail indépendant et le travail à temps plein ne sont pas exclusifs l'un de l'autre. La preuve que les gens ne savaient pas toujours où se classer est fournie par le nombre absolu de réponses à la question du statut d'occupation « étudiant » par rapport au statut de résidence « éducation » : au Kenya, la différence était de 8 réponses, au Nigéria, 13 et Afrique du Sud, 5. Potentiellement, les gens obtiennent le statut de résident scolaire mais travaillent à temps partiel, se classant ainsi différemment. Bien qu'il s'agisse d'un problème courant avec les enquêtes, une distinction ou une explication plus claire aurait pu en atténuer les effets. Potentiellement, cela explique également pourquoi la documentation a les résultats les plus cohérents, car aucun document par rapport à certains documents pourrait être considéré comme une coupe très claire.

Quatrièmement, on peut critiquer le fait que l'accès à la santé autoévalué n'est pas adéquat pour identifier

l'accès réel à la santé. Les temps d'attente pour voir le médecin ont été signalés par certains informateurs clés et répondants à l'enquête comme étant pires pour les migrants, et cela devrait faire l'objet de recherches complémentaires. Néanmoins, un système de notation est normalement facile à comprendre et correspond au sentiment subjectif des migrants, prenant ainsi en compte leur perception de l'intégration. De plus, il permet des comparaisons numériques au sein des groupes, pour lesquels la littérature manque encore de preuves à bien des égards.

Cinquièmement, la collecte de données a été affectée par les mesures de distance sociale de la pandémie de COVID-19. Cela a également potentiellement introduit un biais d'échantillon en conséquence. Par conséquent, le Kruskal-Wallis non paramétrique a également été utilisé pour vérifier les différences entre les groupes. Ici, l'échantillon kenyan, contrairement aux autres modèles, ne semble pas différer. Une explication possible pourrait être due au processus de collecte des données : au Kenya, les répondants ont pour la plupart rempli les enquêtes au Eastleigh Health Centre à Nairobi. Comme cette institution fournit des services de santé quel que soit leur statut et ne facture pas d'argent ou n'exige pas de documents, l'échantillon peut ne pas être représentatif de l'ensemble de la population migrante dans tout le pays, d'autant plus que la plupart des réfugiés vivent dans les deux camps de Dadaab et Kakuma, qui sont situés dans les zones rurales frontalières du pays. Dans l'ensemble, dans les trois pays, la collecte de données a été menée principalement dans les centres urbains, de sorte que la représentativité peut en souffrir.

Malgré les faiblesses citées et les effets peu clairs au sein des groupes, ce document fournit toujours des preuves des différences existantes entre les différentes cohortes. De cela, nous pouvons en déduire que les groupes devraient faire l'expérience de différentes mesures pour éliminer les désavantages. Ou même que l'inconvénient lui-même, comme l'absence de statut de documentation, devrait être éliminé. Ces preuves élargissent les bases de la discussion sur les moyens d'améliorer l'état de santé des migrants.

Sur la base de ces résultats, nous formulons les recommandations suivantes aux États membres de l'Union africaine, aux communautés économiques régionales et à la CUA :

- Des voies de régularisation pour les migrants dans les États membres de l'Union africaine devraient être introduites ou étendues. Les gouvernements devraient envisager de mettre en place des enregistrements temporaires et des amnisties pendant la pandémie actuelle de COVID-19.
- Permettre une plus grande participation économique des migrants dans les pays d'installation promet d'améliorer leur accès à la santé et leurs résultats en matière de santé
- Renforcer la protection des migrants sur le lieu de travail, notamment en veillant à ce que tout le personnel, y compris les migrants, ait accès aux régimes d'assurance maladie.
- Les systèmes de santé des États membres de l'UA devraient tenir compte des avantages d'une prestation de soins de santé plus mixte et intégrée pour les migrants et les citoyens locaux, au lieu de les traiter séparément.
- Améliorer la collecte de données sur la santé et la profession des migrants et mener plus de recherches, y compris des études longitudinales évaluant l'état de santé des migrants avant le départ, à l'arrivée et après l'arrivée, pour lesquelles une prochaine note d'orientation de la CUA fournira des recommandations d'action (« Approches multidimensionnelles de la santé des migrants »)
- Les lignes directrices existantes pour améliorer la gouvernance des migrations et de la santé, telles que l'ODD 10.7, le Cadre de politique de migration pour l'Afrique, la Stratégie africaine de la santé et l'Agenda 2063 doivent être utilisées

Conclusion

Certaines manifestations du sexe, de la profession et du statut de résident peuvent se traduire par un accès aux soins de santé plus ou moins élevé pour les migrants. Des effets négatifs évidents sont évidents pour les migrants non documentés, tandis que d'autres impacts d'autres caractéristiques restent ambigus. Cependant, plusieurs tests ont vérifié que l'accès à la santé est différent parmi les groupes étudiés dans l'enquête.

Les décideurs africains peuvent utiliser divers leviers politiques pour améliorer l'accès des migrants à la santé, y compris la couverture sociale nationale ou les régimes d'assurance maladie. Cependant, la plupart de ces programmes sont limités aux migrants et réfugiés documentés. S'il peut être politiquement difficile pour les États africains de fournir un statut d'enregistrement à long terme aux migrants en situation irrégulière, il existe différentes options pour prolonger temporairement le statut d'enregistrement. Il s'agit notamment de l'enregistrement temporaire et de courte durée, par exemple pour des raisons de santé publique, ainsi que des amnisties limitées dans le temps pour les sans-papiers.

Nos résultats suggèrent que les liens entre l'occupation des migrants et l'accès à la santé dans les États africains sont moins clairs et nécessitent des recherches supplémentaires. Cependant, il existe également de solides arguments en faveur d'une augmentation de la participation économique des migrants en situation irrégulière - par exemple en leur octroyant le droit de travailler ou de posséder une entreprise - afin d'accroître leur capacité à payer les soins de santé et les médicaments, ainsi que de contribuer aux recettes publiques par la fiscalité et minimiser les inégalités.

Dans le contexte africain, des mesures comme celles-ci contribueront à la réalisation de l'Agenda 2063 de l'Union africaine, qui vise à accroître l'intégration régionale et continentale afin d'améliorer la prospérité et les moyens de subsistance des citoyens africains. Dans des contextes mondiaux, de telles étapes sont également importantes pour atteindre les cibles des ODD, mais aussi pour réaliser l'ambition de l'article 25 de la Déclaration universelle des droits de l'homme ([UN Assembly 1948](#)), qui définit l'accès adéquat à la santé et aux déterminants sociaux du bien-être comme un droit humain.

Enfin, à l'heure de la pandémie mondiale de COVID-19, il convient de souligner qu'un meilleur accès aux soins de santé pour les groupes vulnérables de migrants promet également de bénéficier à la santé de la population dans son ensemble.

Références

African Union Commission and Seminar für Ländliche Entwicklung (2021a). Migration and Health: Addressing Current Health Challenges of Migrants and Refugees in Africa. SLE- OP Studies.

<https://www.sle-berlin.de/index.php/publikationen/sle-auslandsstudien> (forthcoming)

African Union Commission and Seminar für Ländliche Entwicklung (2021b). Migration and Health: Addressing Current Health Challenges of Migrants and Refugees in Africa - from Policy to Practice. SLE- OP Studies.

<https://www.sle-berlin.de/index.php/publikationen/sle-auslandsstudien> (forthcoming)

Akinola, A., (2018). The political economy of xenophobia in Africa. Palgrave Macmillan. Chapter 1. <https://www.springerprofession.alde/en/the-political-economy-of-xenophobia-in-africa/15220512> (accessed on 26.03.2021)

Almeida, L. M., Caldas, J., Ayres-de-Campos, D., Salcedo-Barrientos, D., & Dias, S. (2013). Maternal healthcare in migrants: a systematic review. *Maternal and child health journal*, 17(8), 1346-1354.

<https://doi.org/10.1007/s10995-012-1149-x> (accessed on 24.03.2021)

Bradby, H., Humphris, R., Newall, D., & Phillimore, J. (2015). Public health aspects of migrant health: a review of the evidence on health status for refugees and asylum seekers in the European Region.

<https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/public-health-aspects-of-migrant-health-a-review-of-the-evidence-on-health-status-for-refugees-and-asylum-seekers-in-the-european-region-2015> (accessed on 26.03.2021)

Braveman, P., Egerter, S., & Williams, D. R. (2011). The social determinants of health: coming of age. *Annual review of public health*, 32.

<https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031210-101218> (accessed on 24.03.2021)

Braveman, P., & Gottlieb, L. (2014). The social determinants of health: it's time to consider the causes of the causes. *Public health reports*, 129, 19-31.

<https://doi.org/10.1177/00333549141291S206> (accessed on 24.03.2021)

Breusch, T. S., & Pagan, A. R. (1979). A simple test for heteroscedasticity and random coefficient variation. *Econometrica: Journal of the econometric society*, 1287-1294.

<https://www.jstor.org/stable/1911963> (accessed on 24.03.2021)

Castañeda, H., Holmes, S. M., Madrigal, D. S., Young, M. E. D., Beyeler, N., & Quesada, J. (2015). Immigration as a social determinant of health. *Annual review of public health*, 36, 375-392.

<https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-032013-182419> (accessed on 12.03.2021)

Crush, J. & Ramachandran, S. (2009). Xenophobia, International Migration and Human Development (rep., 1-104). New York: United Nations Development Programme. *Human Development Reports, Research Paper 2009/47*.

<https://scholars.wlu.ca/samp/11/> (accessed on 24.03.2021)

Evans, D. B., Hsu, J., & Boerma, T. (2013). Universal health coverage and universal access. *World Health Organization*.

<https://doi.org/10.2471/BLT.13.125450> (accessed on 24.03.2021)

Fiddian-Qasmiyeh, E., Loescher, G., Long, K., & Sigona, N. (Eds.). (2014). *The Oxford Handbook of Refugee and Forced Migration Studies*. Oxford University Press.

<https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199652433.001.0001> (accessed on 24.03.2021)

Filges, T., Montgomery, E., & Kastrop, M. (2018). The Impact of Detention on the Health of Asylum Seekers: A Systematic Review. *Research on Social Work Practice*, 28(4), 399-414. <https://doi.org/10.1177/1049731516630384> (accessed on 24.03.2021)

Flahaux, M. L., & De Haas, H. (2016). African migration: trends, patterns, drivers. *Comparative Migration Studies*, 4(1), 1-25.

<https://doi.org/10.1186/s40878-015-0015-6> (accessed on 24.03.2021)

Fostier, J. P. (2010). Migrant-Sensitive Health Systems. OMS. Global Consultation on Migrant Health, National School of Public Health. World Health Organization.

https://www.who.int/hac/events/2_migrant_sensitive_health_services_22Feb2010.pdf (accessed on 12.03.2021)

Freier, L.F., 2020. COVID-19 and rethinking the need for legal pathways to mobility: Taking human security seriously. International Organization for Migration. Geneva.

<https://publications.iom.int/system/files/pdf/rethinking-the-need-for-legal.pdf> (accessed on 24.03.2021)

Hacker, K., Anies, M., Folb, B. L., & Zallman, L. (2015). Barriers to health care for undocumented immigrants: a literature review. *Risk management and healthcare policy*, 8, 175.

<https://doi.org/10.2147/RMHP.S70173> (accessed on 24.03.2021)

Hair, J. F., Ringle, C. M., & Sarstedt, M. (2011). PLS-SEM: Indeed a silver bullet. *Journal of Marketing Theory and Practice*, 19(2), 139-152.

<https://doi.org/10.2753/MTP1069-6679190202> (accessed on 24.03.2021)

Hargreaves, S., Rustage, K., Nellums, L. B., McAlpine, A., Pocock, N., Devakumar, D., Aldridge R., Abubakar, I. Kristensen, K. Himmels, J., Friedland J., & Zimmerman, C. (2019). Occupational health outcomes among international migrant workers: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*, 7(7), 872-882.

[https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30204-9](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30204-9) (accessed on 12.03.2021)

Helgesson, M., Wang, M., Niederkrotenthaler, T., Saboonchi, F., & Mittendorfer-Rutz, E. (2019). Labour market marginalisation among refugees from different countries of birth: a prospective cohort study on refugees to Sweden. *J Epidemiol Community Health*, 73(5), 407-415.

<http://dx.doi.org/10.1136/jech-2018-211177> (accessed on 24.03.2021)

International Organization for Migration (2011). Access to Maternal & Early Childhood Health Care for Urban Migrants in Eastleigh, Nairobi, Kenya. International Organization for Migration., Nairobi.

https://www.who.int/hac/techguidance/health_of_migrants/analysis_of_migration_health_kenya.pdf (accessed on 12.03.2021)

Juárez, S. P., Honkaniemi, H., Dunlavy, A. C., Aldridge, R. W., Barreto, M. L., Katikireddi, S. V., & Rostila, M. (2019). Effects of non-health-targeted policies on migrant health: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*, 7(4), 420-435.

[https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30560-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30560-6) (accessed on 12.03.2021)

Kennedy, S., Kidd, M. P., McDonald, J. T., & Biddle, N. (2015). The healthy immigrant effect: patterns and evidence from four countries. *Journal of International Migration and Integration*, 16(2), 317-332.

<https://doi.org/10.1007/s12134-014-0340-x> (accessed on 24.03.2021)

King, S. J. (2021). Black Arabs and African migrants: between slavery and racism in North Africa. *The Journal of North African Studies*, 26(1), 8-50.

<https://doi.org/10.1080/13629387.2019.1670645> (accessed on 24.03.2021)

Kossoudji, S. A. (2016). What are the consequences of regularizing undocumented immigrants? *IZA World of Labour*.

[10.15185/izawol.296](https://www.iza.org/publications/papers/115185/izawol.296) (accessed on 24.03.2021)

Kraler, A. (2019). Regularization of irregular migrants and social policies: Comparative perspectives. *Journal of Immigrant & Refugee Studies*, 17(1), 94-113.

<https://doi.org/10.1080/15562948.2018.1522561> (accessed on 24.03.2021)

Kruskal, W. H., & Wallis, W. A. (1952). Use of ranks in one-criterion variance analysis. *Journal of the American Statistical Association*, 47(260), 583-621.

<https://doi.org/10.2307/2280779> (accessed on 24.03.2021)

Kumar, B. N., & Diaz, E. (2019). Migration health theories: Healthy migrant effect and allostatic load. Can both be true?. *Migrant Health: A Primary Care Perspective*.

<https://www.taylorfrancis.com/chapters/migration-health-theories-healthy-migrant-effect-allostatic-load-true-bernadette-kumar-esperanza-diaz/e/10.1201/9781351017190-3> (accessed on 24.03.2021)

Mansfield, E. R., & Helms, B. P. (1982). Detecting multicollinearity. *The American Statistician*, 36(3a), 158-160.

<https://www.jstor.org/stable/2683167> (accessed on 24.03.2021)

Martinez, O., Wu, E., Sandfort, T., Dodge, B., Carballo-Dieiguez, A., Pinto, R., Rhodes, S., Moya, E., & Chavez-Baray, S. (2015). Evaluating the impact of immigration policies on health status among undocumented immigrants: a systematic review. *Journal of immigrant and minority health*, 17(3), 947-970.

<https://doi.org/10.1007/s10903-013-9968-4> (accessed on 24.03.2021)

Mixed Migration Centre. (2021). What is mixed migration?

https://mixedmigration.org/wp-content/uploads/2018/07/terminology_mmc.pdf (accessed on 24.03.2021)

Moyce, S. C., & Schenker, M. (2018). Migrant workers and their occupational health and safety. *Annual review of public health*, 39, 351-365.

<https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040617-013714> (accessed on 12.03.2021)

Mphambukeli, T. N., & Nel, V. (2018). Migration, marginalisation and oppression in Mangaung, South Africa. In *Crisis, Identity and Migration in Post-Colonial Southern Africa* (pp. 141-163). Springer, Cham.

https://doi.org/10.1007/978-3-319-59235-0_9 (accessed on 24.03.2021)

Nørredam, M., & Krasnik, A. (2011). Migrants' access to health services. *Migration and health in the European Union*, 71-2.

<https://core.ac.uk/download/pdf/34717745.pdf#page=88> (accessed on 12.03.2021)

Nørredam, M. L., Nielsen, A. S., & Krasnik, A. (2007). Migrants' access to healthcare. *Dan Med Bull*, 54(1), 48-9.

https://www.researchgate.net/profile/Allan-Krasnik/publication/6458200_Migrants%27_access_to_healthcare/links/55841f9308ae8bf4ba72a98f/Migrants-access-to-healthcare.pdf (accessed on 12.03.2021)

O'Donnell, C. A., Burns, N., Mair, F. S., Dowrick, C., Clissmann, C., van den Muijsenbergh, M., van Weel-Baumgarten, E., Lionis C., Papadakaki, M., Saridaki, A., de Brun, T. and MacFarlane, A. (2016). Reducing the health care burden for marginalised migrants: the potential role for primary care in Europe. *Health Policy*, 120(5), 495-508.

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.03.012> (accessed on 24.03.2021)

Pace, P. (2009). International Migration Law N°19 - Migration and the Right to Health: A Review of International Law. International Organization for Migration.

https://publications.iom.int/system/files/pdf/iml_19.pdf (accessed on 12.03.2021)

Perez, C. C. (2019). *Invisible women: Exposing data bias in a world designed for men*. Random House.

<https://media.immediate.co.uk/volatile/sites/4/2020/03/InvisibleWomen-intro-chapter-1-and-2-5521d0f.pdf> (accessed on 12.03.2021)

Razum, O. (2008). Migrant mortality, healthy migrant effect. *Encyclopedia of public health*, 2. In: Kirch W. (eds) *Encyclopedia of Public Health*. Springer, Dordrecht.

https://doi.org/10.1007/978-1-4020-5614-7_2188 (Accessed on 26.03.2021)

Spitzer, D. L., Torres, S., Zwi, A. B., Khalema, E. N., & Palaganas, E. (2019). Towards inclusive migrant healthcare. *The bmj*, 366.

<https://doi.org/10.1136/bmj.l4256> (Accessed on 26.03.2021)

Sterud, T., Tynes, T., Mehlum, I. S., Veiersted, K. B., Bergbom, B., Airila, A., Johansson, B., Brendler-Lindqvist, M., Hviid, K., & Flyvholm, M. A. (2018). A systematic review of working conditions and occupational health among immigrants in Europe and Canada. *BMC public health*, 18(1), 1-15.

<https://doi.org/10.1186/s12889-018-5703-3> (accessed on 24.03.2021)

Suphanchaimat, R., Kantamaturapoj, K., Putthasri, W., & Prakongsai, P. (2015). Challenges in the provision of healthcare services for migrants: a systematic review through providers' lens. *BMC health services research*, 15(1), 1-14.

<https://doi.org/10.1186/s12913-015-1065-z> (accessed on 24.03.2021)

UN Assembly (1948). Universal declaration of human rights. UN General Assembly, 302(2), 14-25. http://www.verklaringwarenatuur.org/Downloads_files/Universal%20Declaration%20of%20Human%20Rights.pdf (accessed on 26.03.2021)

[UN Office of Drugs and Crime, 2009 Global Report on Human Trafficking https://www.unodc.org/documents/Global_Report_on_TIP.pdf](https://www.unodc.org/documents/Global_Report_on_TIP.pdf) (accessed on 12.03.2021)

United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2020). SDG indicator 10.7.2: Data Booklet

https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/sdg/SDG_10.7.2_2019_Data%20Booklet.pdf (accessed on 12.03.2021)

Venkatarmani, A. S., Shah, S. J., O'Brien, R., Kawachi, I., & Tsai, A. C. (2017). Health consequences of the US Deferred Action for Childhood Arrivals (DACA) immigration programme: a quasi-experimental study. *The Lancet Public Health*, 2(4), e175-e181.

[https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30047-6](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30047-6) (accessed on 24.03.2021)

Wickramage K, Simpson P J, Abbasi K. Improving the health of migrants *BMJ* 2019; 366 :l5324 <https://doi.org/10.1136/bmj.l5324> (accessed on 24.03.2021)

Women's Refugee Commission (2016). *Falling through the cracks: refugee women and girls in Germany and Sweden*. Women's Refugee Commission. New York.

<https://www.refworld.org/pdfid/56ef98954.pdf> (accessed on 12.03.2021)

WHO. (1946). Constitution of the World Health Organization.

<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1> (accessed on 24.03.2021)

World Health Organization (2002). 25 Questions and answers on health and human rights. Health & Human Rights Publication Series Issue, 1.

https://www.who.int/hhr/information/25_questions_hhr.pdf (accessed on 24.03.2021)

World Health Organization (2010) *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*. Discussion Paper. WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland.

World Health Organization (2018). *Women on the Move: Migration and Health in the WHO African Region*. Brazzaville: World Health Organization; 2018.

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274378/9789290234128-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (accessed on 12.03.2021)

Zimmerman, C., Kiss, L., & Hossain, M. (2011). Migration and Health: A Framework for 21st Century Policy-Making. *PLoS Medicine*, 8(5).

<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001034> (accessed on 24.03.2021)

Annexes

Annexe 1 : Catégories de migrants

Tableau 1 : Définitions des catégories de migrants

Catégorie de migrant	Définition
Migrants internationaux	Personnes qui restent en dehors de leur pays de résidence habituel pendant au moins un an (UNDESA)
Migrants internationaux de travail	Individus exerçant une activité rémunérée dans un État dont ils ne sont pas ressortissants, y compris les personnes légalement admises en tant que migrants pour un emploi (OIT)
Migrants irréguliers / sans papiers (parfois également appelés « migrants illégaux »)	Les personnes qui entrent dans un pays, souvent à la recherche d'un emploi ou d'autres opportunités, sans les documents ou permis requis ou qui dépassent la durée autorisée de séjour dans le pays (Département Population des Nations Unies) * Il existe peu de sources de données fiables sur le nombre de migrants irréguliers.
Personnes dans des situations de type réfugié	Semblable aux réfugiés ci-dessous, mais cette catégorie est plus large car elle inclut les personnes qui ont été forcées de quitter leur pays d'origine mais qui n'ont pas de statut juridique en tant que réfugiés et qui n'ont pas enregistré de demandes d'asile. En règle générale, ce dernier groupe est constitué de migrants en situation irrégulière (HCR) Dans ce rapport, « personnes dans des situations de type réfugié » est utilisé comme un terme générique qui inclut les réfugiés enregistrés / légaux, les demandeurs d'asile et les migrants en situation irrégulière qui ont été contraints de fuir leur pays d'origine. * Il existe peu de sources de données fiables sur cette catégorie plus large
Réfugiés	Les personnes qui, par crainte fondée d'être persécutée pour des raisons de race, de religion, de nationalité, d'appartenance à un groupe social particulier ou d'opinions politiques, sont en dehors du pays de leur nationalité et ne peuvent ces craintes ne veulent pas, se prévalent de la protection de ce pays ou rentrent par crainte de persécution (HCR) Le terme de réfugié est généralement utilisé dans un sens juridique précis - c'est-à-dire une personne qui a obtenu le statut juridique de réfugié - ainsi que dans un sens plus large et plus abstrait.
Demandeurs d'asile	Personnes qui ont demandé une protection internationale et dont les demandes de statut de réfugié n'ont pas été déterminées (HCR)

(Source: Adapté de Zimmerman et al (2011))

Annexe 2 : Multi colinéarité

La multi colinéarité au sein des variables indépendantes est vérifiée par un facteur d'inflation de variance (vif) et décrit dans quelle mesure les variables sont corrélées. S'il est détecté, le modèle linéaire souffre de grandes variances et ses estimateurs ne doivent être utilisés qu'avec prudence ([Mansfield and Helms 1982](#)). En règle générale, le facteur vif doit être inférieur à 5, ce qui est introduit par Hair et al (2010).

Dans nos ensembles de données, c'est le cas pour tous les facteurs. Cependant, dans l'échantillon nigérian, le statut de résidence et le statut professionnel sont d'environ 4, ce qui suggère une colinéarité modérée et, par conséquent, les résultats du modèle linéaire créé pour le Nigéria doivent être utilisés avec plus de prudence.

Tableau 2 : Facteur d'inflation de variance

Facteur d'inflation de variance / degrés de liberté (df)			
	Kenya	Nigéria	Afrique du Sud
Genre	1.091133 / 1	1.083923 / 1	1.051230 / 1
Statut de résidence	2.641129 / 6	4.032341 / 6	1.452490 / 6
Profession	2.538441 / 6	4.048248 / 7	1.499908 / 5

Annexe 3 : Hétéroscédasticité

Les termes d'erreur d'un modèle linéaire doivent être distribués de manière égale, afin de garantir le meilleur estimateur efficace sans biais. Si l'hétéroscédasticité est identifiée, le test d'hypothèse peut être erroné car la prédiction repose sur des observations de variance élevée, ce qui n'est pas optimal. Néanmoins, l'estimateur reste sans biais. Un test de Breusch-Pagan peut être utilisé pour vérifier l'hypothèse si les termes d'erreur ne sont pas corrélés ([Breusch and Pagan 1979](#)).

Lorsque nous appliquons le test de Breusch Pagan aux termes d'erreur de nos ensembles de données, nous devons rejeter notre hypothèse de termes d'erreur non corrélés pour l'échantillon nigérian, car la valeur p est de 0,014. Par conséquent, les résultats du modèle linéaire créé pour le Nigéria doivent être utilisés avec plus de prudence. Ce n'est pas le cas pour les données au Kenya et en Afrique du Sud avec des valeurs p de 0,077 et 0,359 respectivement.

Tableau 3 : Test de Breusch Pagan

Test de Breusch Pagan			
	Kenya	Nigéria	Afrique du sud
Breusch Pagan	20.802	27.953	13.143
df	13	14	12
p-value	0.07694	0.01443	0.3587

Annexe 4 : Test de Kruskal Wallis

Le test de Kruskal Wallis peut être utilisé pour vérifier si les médianes de deux ou plusieurs groupes sont différentes les unes des autres. En tant que test non paramétrique, il peut être mis en œuvre quelle que soit la distribution de l'échantillon. Ceci est important car la collecte de données n'est pas entièrement aléatoire et les termes d'erreur hétéroscédastique de l'échantillon nigérian. Le test de Kruskal Wallis suppose que les rangs moyens des différents facteurs sont égaux. Si cela est rejeté, les données prouvent que le résultat (accès à la santé) est inégal en fonction des facteurs (profession et statut de résidence).

Le calcul du test de Kruskal Wallis révèle des différences en Afrique du Sud et au Nigéria dans les deux catégories. Ce n'est pas le cas pour les données au Kenya.

Tableau 4 : Test de Kruskal Wallis

Test de Kruskal Wallis						
	Kenya		Nigéria		Afrique du sud	
	Profession	Résidence	Profession	Résidence	Profession	Résidence
Chi²	9.4883	7.7864	21.92	56.948	47.602	16.334
df	6	6	7	6	5	6
p-value	0.1479	0.2542	0.002622	1.871e-10	4.282e-09	0.01207

Annexe 5 : Questionnaire

Les données ont été générées par les répondants qui ont répondu aux questions suivantes, qui faisaient partie d'une étude plus large sur la santé et la migration.

What is your gender?

- Female
- Male
- Other
- Prefer not to say

What is your residence status in this country?

- Citizen
- Permanent documents (e.g. unlimited working permit, etc.)
- Temporary documents (Asylum seeker, e.g. asylum seeker certificate)
- Temporary documents (Recognized refugee, e.g. alien card)
- Temporary documents (Educational stay)
- No documents/ without legal documents (e.g. working permit or refugee status denied)
- Other (please specify):
- Prefer not to say

What is your current occupational situation:

- I work full-time
- I work part-time
- I am self-employed
- I work without a contract
- I am a student
- I am unemployed
- I am retired
- Other (please specify):

How do you rate the general quality and access of the health service provision where you currently live?

(10=excellent, to 1=inexistent)

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

Access:



Division du Travail, Emploi et Migration
Département de la santé, des affaires humanitaires et du développement social
B.P. 32 43
Roosevelt Street W21K19
Addis Abeba, Ethiopie
Tel: +251 (0) 11 551 77 00
Fax: +251 (0) 11 551 78 44

CONTACTS:

Sabelo Mbokazi, Chef de Division Travail, Emploi et Migration
Département de la santé, des affaires humanitaires et du développement social
MbokaziS@africa-union.org

www.au.int     

<https://twitter.com/ausocialaffairs>
https://twitter.com/Elfadil_DSA

www.au.int
<https://au.int/en/sa>
<https://au.int/en/migration-labour-employment>