



Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Observatoire suisse de la santé
Osservatorio svizzero della salute
Swiss Health Observatory

Population migrante et santé

Analyse de la statistique médicale des hôpitaux et
recherche de littérature

Mandat de l'Office fédéral de la santé publique dans le cadre de
la stratégie fédérale «Migration et santé 2008–2013»

Florence Moreau-Gruet
Stéphane Luyet

Table des matières

Résumé.....	5
Zusammenfassung.....	7
Sintesi.....	9
Summary	11
1 Contexte	13
1.1 Objectifs	13
2 Recherche de littérature	15
2.1 Méthodologie et définition	15
2.2 Le phénomène de la migration en Suisse.....	15
2.3 Le Monitoring migrant de l'OFSP (GMMII) et ses résultats	16
2.4 Autres projets concernant les migrants au niveau international et leurs résultats	19
2.5 Santé des migrants en Suisse : cinq grands thèmes.....	21
2.5.1 Santé mentale.....	21
2.5.2 Santé sexuelle et reproductive	23
2.5.3 Troubles musculo-squelettiques	25
2.5.4 Diabète.....	26
2.5.5 Maladies cardio-vasculaires	26
2.6 Théories explicatives des différences de santé entre autochtones et migrants	26
3 Résultats : Hospitalisation des migrants - Analyse descriptive de la statistique médicale ..	29
3.1 Méthodologie.....	29
3.2 Description en fonction du diagnostic principal.....	31
3.2.1 Taux d'hospitalisation par région de provenance	31
3.2.2 Taux d'hospitalisation par région de provenance et par sexe	33
3.2.3 Taux d'hospitalisation par région de provenance et classe d'âge	34
3.3 Description en fonction du diagnostic secondaire	36
3.3.1 Taux d'hospitalisation par région de provenance	36
3.3.2 Taux d'hospitalisation par région de provenance et par sexe	37
3.3.3 Taux d'hospitalisation par région de provenance et par classe d'âge.....	38
3.4 Une analyse des résidents italiens et d'Europe de l'Ouest.....	40
3.4.1 Les taux d'hospitalisation des ressortissants italiens	40
3.4.2 Les taux d'hospitalisations des ressortissants d'Europe de l'Ouest	41
4 Synthèse des résultats et discussion	43
5 Bibliographie.....	47
6 Annexes.....	49

Résumé

Dans le cadre du Programme national Migration et santé, l'Office fédéral de la santé publique élabore des bases scientifiques pour décrire la situation sanitaire de la population migrante et pour améliorer leur état de santé. Pour combler les lacunes existant dans les connaissances sur la santé des migrants, l'OFSP a décidé de réaliser un premier monitoring de la santé de la population issue de la migration (GMM I en 2004) puis deuxième monitoring (GMM II en 2010) qui a permis d'approfondir les connaissances sur l'état de santé de groupes de population ne parlant pas les langues officielles.

Pour compléter cette enquête auto-administrée, l'Office fédéral de la santé publique a donné pour mandat à l'Obsan de réaliser une analyse de la statistique médicale des hôpitaux pour étudier les différences de taux d'hospitalisation entre les Suisses et différents groupes d'étrangers établis en Suisse. L'analyse empirique a été complétée par une recherche de littérature.

La recherche de littérature a mis en évidence qu'il existe très peu de recherches au niveau national dans la plupart des pays européens qui évaluent la santé de la première et de la deuxième génération par rapport à la population autochtone. Certains pays avec des niveaux élevés d'immigration, comme les Pays-Bas, et dans une certaine mesure la Suède et la Grande Bretagne font exception. Des pays comme la Belgique, l'Espagne et l'Allemagne ont récemment introduit des questions sur la migration dans leurs enquêtes de santé. La recherche de la littérature concernant la santé des migrants en Suisse a porté sur cinq grands thèmes : la santé mentale, la santé sexuelle et reproductive, les troubles musculo-squelettiques, le diabète et les maladies cardio-vasculaires.

La statistique médicale des hôpitaux ne permettant de connaître la nationalité des personnes hospitalisées que par grands groupes de régions, les analyses se sont centrées sur quatre groupes de population étrangère en Suisse tels qu'ils sont regroupés dans cette statistique: les personnes originaires du « Proche-Orient », dont 82,3% sont des Turcs, celles d' « Europe de l'Est » dont 87,7% appartiennent à un pays de l'ex-Yougoslavie ou à l'Albanie, les ressortissants d'Europe de l'Ouest dont 78,6% proviennent soit du Portugal, soit d'Espagne, et les ressortissants italiens. Pour pouvoir comparer les taux d'hospitalisation en fonction des différents groupes de population, une standardisation en fonction de l'âge a été réalisée. Les analyses ont été faites au niveau des 209 groupes de diagnostics et seuls les 25 diagnostics les plus utilisés ont été présentés.

Les taux d'hospitalisation des ressortissants du Proche-Orient, d'Europe de l'Ouest, d'Europe de l'Est et d'Italie sont inférieurs à celui des Suisses. Des taux d'hospitalisation plus élevés pour les étrangers que pour les Suisses ont toutefois pu être mis en évidence pour plusieurs groupes de diagnostics.

Concernant les diagnostics principaux, des taux d'hospitalisation pour la grippe et les pneumopathies plus élevés pour les personnes du Proche-Orient, d'Europe de l'Est et d'Italie que pour les Suisses ont été mis en évidence, chez les hommes et chez les personnes de plus de 65 ans.

Des taux d'hospitalisation plus élevés sont aussi observés en lien avec la santé sexuelle et reproductive (avortement, problèmes concernant la grossesse). Une part des différences peut être attribuée au fait que les étrangères ont en moyenne plus d'enfants que les femmes suisses. Mais différentes études font état de taux plus élevés d'avortement dans la population étrangère, ce qui a été mis en relation avec un manque d'accès à la contraception et aux services de planning familial.

Parmi les personnes du Proche-Orient, des taux d'hospitalisation plus élevés ont été observés pour les troubles de l'humeur et le stress chez les hommes et les femmes (dans les classes d'âge de 20 à 39 et 40 à 64 ans) et pour la schizophrénie seulement chez les hommes (dans la classe d'âge des 20 à 39 ans). Les ressortissants d'Europe de l'Ouest présentent des taux d'hospitalisation plus élevés uniquement pour les troubles de l'humeur et le stress dans la classe d'âge des 40 à 64 ans. Les Italiens ne présentent pas des taux d'hospitalisation concernant la santé psychique plus élevés que les Suisses.

Des taux d'hospitalisation plus élevés sont aussi observés chez les hommes du Proche-Orient pour les dorsopathies, ceci dès la classe d'âge des 40 à 64 ans. Les hommes de cette région sont particulièrement concernés par des conditions de travail difficiles pouvant avoir pour conséquences des troubles musculo-squelettiques.

Les personnes du Proche-Orient ont des taux d'hospitalisation plus élevés pour des cardiopathies ischémiques dès l'âge de 40 ans. Des taux plus élevés sont aussi observés parmi les ressortissants

d'Europe de l'Est dans la classe d'âge des 40 à 64 ans et dans celle des 80 ans et plus. Des taux légèrement plus élevés sont observés chez les Italiens.

Aussi bien chez les hommes que chez les femmes, des taux d'hospitalisation nettement plus élevés avec comme diagnostic secondaire le diabète ont été observés, tant chez les ressortissants d'Europe de l'Est, du Proche-Orient, que d'Italie. Les personnes d'Europe de l'Ouest ne sont pas touchées. Ces taux plus élevés ont été observés dès l'âge de 40 ans.

La statistique médicale des hôpitaux qui est un relevé annuel quasi exhaustif des hospitalisations effectuées en Suisse apporte des informations très intéressantes sur les différents taux d'hospitalisation en fonction de la nationalité. Elle présente toutefois plusieurs limites : information seulement au niveau d'une grande région et non du pays de provenance des migrants se conjuguant avec un regroupement de pays différent de la statistique sur la population étrangère de l'OFS (PETRA) et pas d'indication de la date d'arrivée dans le pays. En fonction de ces limites, seules les différences selon les régions du Proche-Orient, de l'Europe de l'Est et de l'Ouest et de l'Italie ont été analysées. Ce premier travail pourrait donc faire l'objet d'une étude plus détaillée.

Zusammenfassung

Migrationsbevölkerung und Gesundheit – Analyse der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser und Literaturrecherche

Mandat des Bundesamtes für Gesundheit im Rahmen der Bundesstrategie «Migrationsbevölkerung und Gesundheit 2008–2013»

Im Rahmen des Nationalen Programmes Migration und Gesundheit erarbeitet das Bundesamt für Gesundheit (BAG) die wissenschaftlichen Grundlagen zur Beschreibung der gesundheitlichen Situation der Migrationsbevölkerung und zur Verbesserung ihres Gesundheitszustands. Um Kenntnislücken in Bezug auf die Gesundheit der Migrantinnen und Migranten zu schliessen, entschied das BAG, ein erstes Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung durchzuführen (GMM I im Jahr 2004). Mit einem zweiten Monitoring (GMM II im Jahr 2010) konnten die Kenntnisse über den Gesundheitszustand der Bevölkerungsgruppen, die keine Landessprache sprechen, zusätzlich erweitert werden.

Zur Ergänzung dieser telefonischen Erhebung hat das Bundesamt für Gesundheit das Obsan beauftragt, eine Analyse der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser durchzuführen, um Unterschiede in Bezug auf die Hospitalisierungsraten von Schweizerinnen bzw. Schweizern und verschiedenen in der Schweiz lebenden Migrationsgruppen zu untersuchen. Die empirische Analyse wurde ergänzt durch eine Literaturrecherche.

Die Literaturrecherche ergab, dass in den meisten europäischen Ländern kaum Studien zur Gesundheit von Migrantinnen bzw. Migranten der ersten und zweiten Generation im Vergleich zur Gesundheit der einheimischen Bevölkerung vorliegen. Einige Länder, die eine hohe Einwanderungsrate aufweisen, wie die Niederlande und in einem gewissen Mass Schweden und Grossbritannien, stellen eine Ausnahme dar. Länder wie Belgien, Spanien und Deutschland haben vor Kurzem Fragen in Bezug auf die Migration in ihre Gesundheitserhebungen aufgenommen. Die Literaturrecherche zur Gesundheit der Migrationsbevölkerung in der Schweiz war auf folgende fünf Themen ausgerichtet: psychische Gesundheit, sexuelle und reproduktive Gesundheit, Muskel-Skelett-Erkrankungen, Diabetes und Herz-Kreislauf-Krankheiten.

Da in der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser die Nationalitäten der hospitalisierten Personen in länderübergreifende Regionen gruppiert werden, beschränkten sich die Analysen auf folgende vier Gruppen von Migrantinnen und Migranten: Personen aus dem «Nahen Osten» (davon stammen 82,3% aus der Türkei), «Osteuropa» (davon 87,7% aus Ex-Jugoslawien oder Albanien), «Westeuropa» (davon 78,6% aus Portugal oder Spanien) und «Italien». Um die Hospitalisierungsrate verschiedener Bevölkerungsgruppen vergleichen zu können, wurde eine Standardisierung nach Alter vorgenommen. Die Analysen wurden auf der Ebene von 209 Diagnosegruppen durchgeführt. Im Bericht wurden jeweils die 25 häufigsten Diagnosen präsentiert.

Die Hospitalisierungsraten der Migrantinnen und Migranten aus dem Nahen Osten, Westeuropa, Osteuropa und Italien sind tiefer als jene der Schweizer Bevölkerung. Bei einigen Diagnosegruppen liegt die Hospitalisierungsrate der Migrationsbevölkerung jedoch über derjenigen der Einheimischen.

Die Hospitalisierungsraten im Zusammenhang mit Grippe und Atemwegserkrankungen sind bei Personen aus dem Nahen Osten, Osteuropa und Italien für Männer und für die Altersgruppe der über 65-jährigen Personen höher als bei den Schweizerinnen und Schweizern.

Höhere Hospitalisierungsraten der Migrationsbevölkerung wurden auch in Bezug auf die sexuelle und reproduktive Gesundheit (Abtreibung, Probleme während der Schwangerschaft) registriert. Dieser Unterschied kann teilweise mit dem Umstand erklärt werden, dass Migrantinnen im Durchschnitt mehr Kinder zur Welt bringen als Schweizerinnen. Verschiedene Studien zeigen jedoch, dass Migrantinnen eine höhere Abtreibungsrate aufweisen, was mit eingeschränkten Zugangsmöglichkeiten zu Verhütungsmethoden und Familienplanungsstellen in Zusammenhang gebracht wurde.

Unter der Bevölkerung aus dem Nahen Osten wurden bei Männern und Frauen (in der Altersgruppe der 20- bis 39-Jährigen und der 40- bis 64-Jährigen) höhere Hospitalisierungsraten in den Bereichen affektive Störungen und Stress sowie bei Männern (in der Altersgruppe der 20- bis 39-Jährigen) im Bereich Schizophrenie beobachtet. Die westeuropäische Migrationsbevölkerung weist nur in Bezug auf affektive Störungen und Stress in der Altersgruppe der 40- bis 64-Jährigen höhere Hospitalisierungsraten auf. Bei

Italienerinnen und Italienern ist die Rate der Hospitalisierungen aufgrund von psychischen Krankheiten nicht höher als diejenige der Schweizer Bevölkerung.

Bei Männern aus dem Nahen Osten (ab der Altersgruppe der 40- bis 64-Jährigen) ist die Hospitalisierungsrate auch in Bezug auf Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens höher. Männer aus dieser Region leiden besonders häufig unter schwierigen Arbeitsbedingungen, was Muskel-Skelett-Erkrankungen nach sich ziehen kann.

Personen aus dem Nahen Osten weisen ab einem Alter von 40 Jahren höhere Hospitalisierungsraten bei ischämischen Herzkrankheiten auf. Diesbezüglich sind auch bei der osteuropäischen Migrationsbevölkerung in der Altersgruppe der 40- bis 64-Jährigen und der über 80-Jährigen höhere Hospitalisierungsraten festzustellen. Geringfügig höhere Raten sind bei der italienischen Bevölkerung zu beobachten.

Sowohl Männer als auch Frauen aus Osteuropa, dem Nahen Osten und Italien weisen höhere Hospitalisierungsraten auf, was die Nebendiagnose Diabetes anbelangt. Das gilt nicht für Personen aus Westeuropa. Die höheren Raten wurden bei Personen ab 40 Jahren festgestellt.

Die Medizinische Statistik der Krankenhäuser erfasst jährlich nahezu alle Hospitalisierungen in schweizerischen Krankenhäusern und liefert interessante Informationen zu den verschiedenen Hospitalisierungsraten nach Nationalität. Sie hat jedoch auch ihre Grenzen: Informationen sind nur auf der Ebene von länderübergreifenden Regionen und nicht von einzelnen Herkunftsländern verfügbar und die Zuteilung der Länder zu den Ländergruppen entspricht nicht derjenigen der Statistik der ausländischen Wohnbevölkerung (PETRA) des BFS. Ausserdem liegen keine Angaben zum Datum der Ankunft in der Schweiz vor. Aufgrund dieser Einschränkungen wurden die Unterschiede ausschliesslich nach den Regionen Naher Osten, Ost- und Westeuropa sowie Italien analysiert. Diese erste Arbeit könnte daher Anstoss sein für eine detailliertere Studie.

Sintesi

Popolazione migrante e salute: analisi della statistica medica degli stabilimenti ospedalieri e letteratura specialistica

Mandato dell'Ufficio federale della sanità pubblica nel quadro della strategia federale «Migrazione e salute 2008–2013»

Nel quadro del Programma nazionale Migrazione e salute, l'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) elabora basi scientifiche volte a descrivere la situazione sanitaria della popolazione migrante e migliorarne lo stato di salute. Al fine di colmare le lacune esistenti nelle conoscenze relative alla salute dei migranti, l'UFSP ha deciso di realizzare un primo monitoraggio della salute della popolazione migrante (GMM I nel 2004), seguito da un secondo monitoraggio (GMM II nel 2010) che ha consentito di approfondire le conoscenze dello stato di salute dei gruppi di popolazione che non parlano le lingue ufficiali.

Per completare questa indagine autogestita, l'Ufficio federale della sanità pubblica ha incaricato l'Obsan di realizzare un'analisi della statistica medica degli stabilimenti ospedalieri volta a studiare le differenze dei tassi di ospedalizzazione tra gli svizzeri e vari gruppi di stranieri domiciliati in Svizzera. Una ricerca di letteratura completa l'analisi empirica.

Dalla letteratura specialistica è emerso che, nella maggior parte dei Paesi europei, esistono pochissime ricerche a livello nazionale che valutano la salute della prima e della seconda generazione d'immigrati rispetto alla popolazione autoctona. Fanno eccezione alcuni Paesi caratterizzati da livelli elevati d'immigrazione, quali i Paesi Bassi e, in parte, la Svezia e la Gran Bretagna. Belgio, Spagna e Germania, ad esempio, hanno recentemente introdotto domande relative alla migrazione nelle loro indagini sulla salute. La ricerca sulla letteratura specialistica concernente la salute dei migranti in Svizzera si è concentrata su cinque temi principali: la salute mentale, la salute sessuale e riproduttiva, i disturbi muscolo-scheletrici, il diabete e le malattie cardiocircolatorie.

Dal momento che la statistica medica degli stabilimenti ospedalieri consente di distinguere la nazionalità delle persone ricoverate solo per grandi gruppi di regioni, l'analisi si è concentrata su quattro gruppi di popolazione straniera in Svizzera, in base alla categorizzazione presentata in detta statistica: le persone originarie del «Vicino Oriente» (di cui l'82,3% è costituito da turchi), quelle dell'«Europa orientale» (di cui l'87,7% proviene da un Paese dell'ex Jugoslavia o dall'Albania), i cittadini dell'Europa occidentale (di cui il 78,6% proviene dal Portogallo o dalla Spagna) e i cittadini italiani. Per confrontare i tassi di ospedalizzazione in funzione dei diversi gruppi di popolazione, è stata realizzata una standardizzazione in base all'età. Le analisi hanno riguardato i 209 gruppi di diagnosi e sono state presentate solo le 25 diagnosi più frequenti.

Il tasso di ospedalizzazione dei cittadini del Vicino Oriente, dell'Europa Occidentale e Orientale e dell'Italia è inferiore a quello degli svizzeri. Tuttavia, per diversi gruppi di diagnosi sono emersi tassi di ospedalizzazione più elevati tra gli stranieri rispetto agli svizzeri.

Se si considerano le diagnosi principali, per influenza e polmoniti sono stati registrati tassi di ospedalizzazione più elevati tra le persone provenienti dal Vicino Oriente, dall'Europa orientale e dall'Italia rispetto agli svizzeri, come pure tra gli uomini e le persone di oltre 65 anni.

Tassi di ospedalizzazione più rilevanti sono stati osservati anche nel contesto della salute sessuale e riproduttiva (aborto, problemi legati alla gravidanza). Tali differenze possono essere in parte ricondotte al fatto che le donne straniere hanno mediamente più figli delle svizzere. Tuttavia, da diversi studi sono emersi tassi di aborto più elevati presso la popolazione straniera, attribuiti alla mancanza di accesso alla contraccezione e ai servizi di pianificazione familiare.

Tra le persone provenienti dal Vicino Oriente sono stati registrati tassi di ospedalizzazione più elevati per disturbi di umore e stress sia tra gli uomini che tra le donne (nelle fasce di età dai 20 ai 39 e dai 40 ai 64 anni) e per la schizofrenia esclusivamente tra gli uomini (nella fascia di età tra i 20 e i 39 anni). I cittadini dell'Europa occidentale presentano invece tassi di ospedalizzazione più elevati solo per i disturbi di umore e lo stress nella fascia di età tra i 40 e i 64 anni, mentre tra gli italiani i tassi di ospedalizzazione relativi alla salute psichica non sono superiori a quelli degli svizzeri.

Tra gli uomini del Vicino Oriente, a partire dalla fascia di età tra i 40 e i 64 anni, si osservano anche tassi di ospedalizzazione più alti per le dorsopatie. Gli uomini di questa regione lavorano spesso in condizioni particolarmente difficili e ciò può causare disturbi muscolo-scheletrici.

Le persone provenienti dal Vicino Oriente presentano tassi di ospedalizzazione più elevati per cardiopatie ischemiche a partire dai 40 anni. Tassi più alti sono stati osservati anche tra i cittadini dell'Europa orientale nella fascia di età tra i 40 e i 64 anni e in quella di 80 anni e più, con tassi leggermente superiori tra gli italiani.

Considerando il diabete come diagnosi secondaria, sono stati osservati tassi di ospedalizzazione nettamente più elevati (a partire dai 40 anni) tra le cittadine e i cittadini dell'Europa orientale, del Vicino Oriente e dell'Italia, mentre non sono interessate le persone dell'Europa occidentale.

La statistica medica degli stabilimenti ospedalieri è una rilevazione annuale che comprende quasi tutte le ospedalizzazioni in Svizzera e fornisce pertanto informazioni molto interessanti sui diversi tassi di ospedalizzazione in funzione della nazionalità. Tuttavia, tale statistica presenta alcuni limiti: le informazioni sono presentate al livello di una regione e non del Paese di provenienza dei migranti, il raggruppamento dei Paesi differisce da quello della statistica della popolazione residente di nazionalità straniera (PETRA) dell'UST e non sono fornite indicazioni sulla data di arrivo in Svizzera. In considerazione di tali limiti, sono state analizzate solo le differenze in base alle regioni del Vicino Oriente, dell'Europa orientale e occidentale e dell'Italia. Questo primo lavoro potrebbe pertanto essere oggetto di uno studio più dettagliato.

Summary

Migrant population and health – an analysis of hospital medical statistics and literature research

Commissioned by the Federal Statistical Office as part of the federal strategy “Migration and health 2008-2013”

As part of the National Migration and Health Programme, the Federal Office of Public Health (FOPH) is developing a scientific basis to describe the situation of the migrant population with regard to health and to improve the state of health of this section of the population. In order to obtain information in those areas where knowledge on the health of migrants is lacking, the FOPH decided to carry out an initial monitoring of the health of the migrant population (GMM I in 2004) and then a second monitoring (GMM II in 2010) which enabled in-depth knowledge to be obtained on the health of population groups that do not speak any of Switzerland's official languages.

To complement this self-administered survey, the Federal Office of Public Health commissioned Obsan to make an analysis of the hospital medical statistics in order to examine the difference in hospitalisation rates between persons of Swiss nationality and various groups of foreigners resident in Switzerland. The empirical analysis was completed by a research of the literature.

A research of the literature revealed that in most European countries, there is very little research at national level to evaluate the health of first- and second-generation immigrants in relation to that of the indigenous population. Some countries with high levels of immigration, such as the Netherlands, and to a certain extent Sweden and Great Britain, are an exception to the rule. Countries like Belgium, Spain and Germany have recently introduced questions on migration into their health surveys. Literature research on the health of migrants in Switzerland has concentrated on five major topics: mental health, sexual and reproductive health, muscular and skeletal disorders, diabetes and cardiovascular diseases.

As far as nationality is concerned, the hospital medical statistics only list hospitalised persons by major regional groups. The analyses, therefore, focus on four groups of the Swiss foreign population, using the same grouping as that used in these statistics: persons from the “Middle East”, of whom 82.3% are Turkish, persons from “Eastern Europe” of whom 87.7% come from a country from former Yugoslavia or Albania, persons from Western Europe of whom 78.6% come from either Portugal or Spain, and persons from Italy. In order to compare hospitalisation rates by different population groups, the age of persons in the survey was standardised. The analyses were carried out on the basis of 209 diagnostic groups and only the 25 most common diagnostics were presented.

The overall hospitalisation rate of persons from the Middle East, Western Europe and Eastern Europe and Italy are lower than that of Swiss citizens. Nevertheless, for several diagnostic groups, higher hospitalisation rates were observed for foreigners than were observed for Swiss citizens.

As far as the main diagnostics are concerned, higher hospitalisation rates were observed for flu and pneumonia among men and persons aged over 65 from the Middle East, Eastern Europe and Italy than among Swiss persons.

Higher hospitalisation rates are also observed in connection with sexual and reproductive health (abortion, pregnancy-related problems). A certain proportion of the differences can be attributed to the fact that foreign women have more children on average than Swiss women. But various studies have shown higher abortion rates among the foreign population, which has been attributed to a lack of access to contraception and to family planning services. Among persons from the Middle East, higher hospitalisation rates have been observed for mood disorders and stress among both men and women (in the 20 to 39 and 40 to 64 age groups) and for schizophrenia among men only (in the 20 to 39 age group). Persons from Western Europe have higher hospitalisation rates only for mood disorders and stress in the 40 to 64 age group. Italians show no hospitalisation rates for mental health that are higher than those of Swiss persons.

From age 40 onwards higher hospitalisation rates for men from the Middle East have also been observed for back problems. Men from this region are particularly affected by difficult working conditions which could lead to musculoskeletal disorders. In addition they have higher hospitalisation rates for ischemic heart diseases. Higher rates are moreover observed for persons from Eastern Europe in the 40 to 64 age group as well as those aged 80 and older. Slightly higher rates can be seen for Italians.

Considerably higher hospitalisation rates with a secondary diagnosis of diabetes have been observed for both men and women among persons from Eastern Europe, the Middle East and Italy. Persons from Western Europe are not affected. These higher rates have been observed from age 40 onwards.

The hospital medical statistics is an annual survey covering practically all hospitalisations taking place in Switzerland. It provides very interesting information on the different hospitalisation rates by nationality. However, it does have certain limitations: information is only available at the level of major regional group and not by the migrants' country of origin; furthermore, countries are grouped together differently than in the FSO's statistics on the foreign population (PETRA) and there is no indication as to the date of arrival in Switzerland. In the light of these limitations, only the differences between the regions of the Middle East, Eastern Europe, Western Europe and Italy were analysed. This initial analysis could therefore be the subject of a more detailed study.

1 Contexte

Dans le cadre du Programme national Migration et santé, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) élabore des bases scientifiques pour décrire la situation sanitaire de la population migrante et pour améliorer leur état de santé.

Actuellement, tant au niveau européen qu'à l'échelle suisse, des informations de bonne qualité et recueillies de manière systématique ainsi que des recherches fouillées dans le domaine de la santé des migrants ne sont pas disponibles (Fernandes et al., 2007).

En Suisse, l'Enquête suisse sur la santé qui investigate de nombreux domaines de la santé tous les cinq ans s'est révélée insuffisante pour apporter des informations précises sur la santé des migrants, raison pour laquelle une première étude spécifique aux migrants puis une deuxième ont été réalisées sur cette population particulière.

Ces deux enquêtes auprès de la population migrante (GMM I et II) permettent d'approfondir les connaissances sur leur état de santé, leur comportement en matière de santé et leur recours aux soins. Pour compléter cette enquête auto-administrée, l'OFSP a souhaité un rapport basé sur la statistique médicale des hôpitaux pour étudier les différences de taux d'hospitalisation entre les Suisses et différents groupes de migrants ainsi qu'une recherche de littérature pour expliquer les différences mises en évidence.

1.1 Objectifs

Les objectifs de ce mandat étaient de répondre aux questions suivantes :

- Existe-t-il des différences entre les taux d'hospitalisation de la population suisse et de la population migrante ?
- Pour quels diagnostics existe-t-il des différences ?
- Quels groupes de migrants (nationalité, sexe, âge) sont particulièrement touchés par quelles maladies ?
- Quelles sont les théories pour expliquer les différences entre groupes de population migrante et suisse ?

Pour répondre à ces questions, le rapport est construit de la manière suivante :

Une première partie présente l'état de la littérature, c'est-à-dire:

- Le monitoring migrant de l'OFSP (GMM)
- Les autres projets concernant la population migrante au niveau international et leurs résultats
- Une recherche de littérature présentant certains problèmes de santé pour lesquels des taux d'hospitalisation élevés dans la population migrante ont été observés
- Différentes approches pour expliquer les différences entre différents groupes de population migrante et suisse

Dans une deuxième partie, les résultats de l'analyse de la statistique médicale des hôpitaux sont présentés pour la Suisse et pour les ressortissants de quatre régions qui sont importantes en termes démographiques pour notre pays (Europe de l'Est, Europe de l'Ouest, Proche-Orient, Italie).

Dans une troisième partie, une synthèse des résultats en fonction de la littérature est réalisée.

2 Recherche de littérature

2.1 Méthodologie et définition

Les résultats de la recherche de littérature se fondent sur :

- la banque de données Medline qui a été consultée avec les mots-clés suivants : migrants, migration, health, Switzerland, hospitalisation rate, inpatient care, mental health services, psychiatric services, abortion, pregnancy care. N'ont été retenues que les publications depuis 1990 et celles concernant l'Europe y compris la Turquie.
- l'Internet avec comme moteur de recherche Google.
- la littérature grise en Suisse par la consultation de bibliothèques générales et spécialisées (p.ex. bibliothèque du Forum suisse des migrations).

Selon l'Organisation internationale pour les migrations, le terme « migration » décrit « le mouvement d'une personne ou d'un groupe de personnes d'une unité géographique à une autre par delà une frontière politique ou administrative en vue d'une installation temporaire ou permanente dans un endroit autre que son ou que leur lieu d'origine ».

L'analyse en fonction du taux d'hospitalisation a été choisie car c'est un bon indicateur de la prévalence des maladies dans une population.

2.2 Le phénomène de la migration en Suisse

Avec 1'802'000 étrangers sur une population de 7'874'000 habitants, la Suisse compte 22,9% d'étrangers en 2009. Le 84,9% de la population résidente permanente étrangère en Suisse est originaire d'un pays européen. En 2009, la population étrangère la plus importante est composée par les Italiens (19,1%), suivis des ressortissants de l'Allemagne (17,4%) et du Portugal (13,9%)¹.

Tableau 2.1 Population résidente permanente suisse et étrangère selon la nationalité, nationalités les plus représentées

	2009
Total	7 874 088
Suisses	6 071 802
Etrangers	1 802 286
Europe	1 530 913
Allemagne	265 944
Autriche	37 973
Espagne	65 687
France	94 814
Italie	293 933
Portugal	213 232
Ex-Yougoslavie*	320 503
Turquie	73 275
Afrique	73 553
Amérique du Nord	27 433
Amérique du Sud	48 501
Asie	116 398
Océanie	4 174
Apatrides / Inconnue	1 314

Source: ESPOP, PETRA

© Obsan

*Ex-Yougoslavie: Serbie-et-Monténégro (y compris Kosovo), Croatie, Bosnie et Herzégovine, Macédoine

¹ Population résidente selon la nationalité par pays 1995-2009, Office fédéral de la statistique.
<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/07/blank/data/01.html>

Plus d'un cinquième des étrangers (22,3%, données 2007) sont nés en Suisse et appartiennent donc à la deuxième, voire à la troisième génération d'étrangers (Rausa & Reist, 2008).

Un quart des actifs occupés en Suisse est de nationalité étrangère. Les travailleurs étrangers sont généralement plus jeunes. La part de femmes est nettement plus basse chez les étrangers (38%) que chez les Suisses (47%). Selon les secteurs économiques, la part du travail effectuée par les étrangers et les étrangères varie considérablement. Dans l'hôtellerie et la restauration, une heure sur deux est effectuée par un étranger ou une étrangère. La part du volume des heures attribuées à la main-d'œuvre étrangère est également supérieure à la moyenne dans la branche « services-domestiques » (43,9%). 36% des heures travaillées dans le domaine de la construction le sont par des étrangers. Les salaires et la situation dans la profession des étrangers diffèrent de celle des Suisses. Dans les professions artisanales, la part des personnes actives occupées en provenance de l'Ouest des Balkans et de la Turquie est de 29%, de 25% pour l'Europe du Sud, part qui est nettement plus faible parmi les Européens du nord et de l'ouest (6,6%) et parmi les Suisses (14%). En 2006, le salaire brut médian des salariés suisses s'élève à 5952 francs et celui des étrangers à 5140 francs. Des différences s'observent aussi entre étrangers concernant l'origine mais aussi en fonction d'autres dimensions : les titulaires d'une autorisation de courte durée ont un salaire de moins de 4400 francs, le salaire médian est de l'ordre de 5100 frs chez les titulaires d'une autorisation de séjour ou d'établissement et s'élève à 5500 francs chez les frontaliers. La population étrangère est plus souvent touchée par la pauvreté et elle est surreprésentée parmi les working poor. La part de personnes sans formation post-obligatoire est plus élevée parmi eux, ils travaillent plus souvent dans des conditions de travail atypiques et plus fréquemment dans des branches où le niveau des salaires est bas (Rausa & Reist, 2008).

En Suisse, la population étrangères est beaucoup plus touchée que la population suisse par le chômage : le taux de chômage s'établit à 2,6% parmi les Suisses et à 6,6% pour les étrangers. Ils représentent 30% des actifs mais 44% des sans-emploi (Office fédéral de la statistique, 2011). Une étude mandatée par le Secrétariat d'Etat à l'économie (seco) a montré que dans l'estimation du risque de chômage, la variable « nationalité » arrive en deuxième position après les caractéristiques liées aux branches et professions exercées (Spycher et al., 2006).

Au niveau de la prise en charge de la maladie, depuis 1996 l'assurance maladie est obligatoire pour toutes les personnes résidant légalement en Suisse avec donc des droits identiques pour les soins, que ce soit pour les soins ambulatoires ou stationnaires.

2.3 Le Monitoring migrant de l'OFSP (GMMII) et ses résultats

La Confédération souhaite que toutes les personnes aient les mêmes chances d'avoir une bonne santé. Il a été constaté que les personnes issues de la migration ont un moins bon état de santé que la population suisse. Le Conseil fédéral a chargé l'Office fédéral de la santé publique de mettre en œuvre, dès 2002, la stratégie fédérale « Migration et santé » afin d'améliorer le contexte sanitaire dans lequel vit la population migrante en Suisse.

Le programme national Migration et santé (2008-2013) comprend des mesures et des projets axés sur la prévention, les soins, l'éducation et la recherche. Il vise à améliorer l'état de santé de la population migrante, qui est moins bon que celui de la population suisse et à favoriser leur intégration.

Constatant que des informations détaillées sur la santé des migrants et des migrantes faisaient défaut, en particulier sur les personnes ne maîtrisant pas une des langues nationales et les requérants d'asile, l'Office fédéral de la santé publique a réalisé un premier monitoring de la santé de la population issue de la migration en Suisse en 2004, qui pour la première fois fournissait des données représentatives sur la santé et ses déterminants (Gabadinho et al., 2007).

Cette enquête comprenait 3 modules : le premier module reprenait les informations recueillies par l'Enquête suisse sur la santé (ESS) pour les personnes de nationalité suisse, italienne, allemande, autrichienne et française. Les deux autres modules utilisaient un questionnaire dérivé de l'ESS traduit dans les langues d'origine des populations visées, c'est-à-dire d'une part, celles des personnes résidant

en Suisse ayant la nationalité d'un des pays de l'ex-Yougoslavie, ainsi que des ressortissants portugais, turcs et sri lankais et d'autre part, les requérants d'asile kosovars et tamouls.

Le groupe de personnes allemandes, autrichiennes et françaises présentait un état de santé et des comportements proches des Suisses. Ce groupe est constitué de personnes dont le niveau socioéconomique est dans l'ensemble élevé et dont l'intégration est facilitée par le fait que la langue du pays d'origine est une des langues nationales de la Suisse.

La situation des hommes et femmes turcs et ex-yougoslaves paraissait nettement moins bonne que celle des Suisses, avec un moins bon état de santé, une consommation de médicaments plus élevée et un niveau de recours aux services de santé (en particulier les traitements pour problème psychique et le recours aux soins ambulatoires) plus élevé pour les Turcs.

Les indicateurs de l'état de santé et de santé psychique étaient aussi moins bons parmi les Portugais mais leur consommation de médicaments était plutôt faible. La santé des hommes et femmes sri lankais apparaissait comme similaire ou meilleure à celle des Suisses selon les indicateurs retenus.

Le rapport mettait en évidence plusieurs pistes pour expliquer ces différences : profil migratoire, niveau d'intégration, non maîtrise d'une des langues nationales, problème d'accès aux soins et services de santé du fait de la barrière linguistique, discrimination, sentiment de n'avoir plus de patrie, répression politique ou violence dans le pays d'origine, situation précaire des requérants d'asile étaient les principaux mentionnés.

Le deuxième monitoring de la santé de la population issue de la migration (GMMII, (Guggisberg et al., 2011) a pour but de répondre aux questions suivantes :

- Quelles sont les différences de santé les plus importantes entre la population autochtone et les personnes issues de la migration en Suisse, en ce qui concerne leur état de santé, leur comportement en matière de santé, leurs compétences de santé et leur accès au système de santé ?
- Quels sont les groupes de migrants les plus vulnérables au point de vue de la santé ?
- Quels sont les principaux déterminants qui expliquent les inégalités de santé ?

L'échantillon clé du GMMII est formé de quatre groupes principaux de population étrangère résidente permanente (Portugal, Turquie, Serbie, Kosovo) et de deux groupes de migrants dont une grande partie sont des requérants d'asile (Sri Lanka, Somalie). Deux échantillons supplémentaires ont été choisis : un échantillon de migrants de Turquie et du Kosovo avec une durée de séjour inférieure à 2 ans et, provenant des mêmes pays, des migrants ayant obtenu la nationalité suisse récemment.

Monitoring – population résidente

Etat de santé : De manière générale les personnes ayant récemment migré ont une meilleure santé physique et psychique que la population suisse. Ceci s'observe plus particulièrement pour les personnes de Serbie et du Kosovo mais est moins marqué pour celles de Turquie et du Portugal. Par contre les personnes, issues de la migration et qui sont domiciliées en Suisse depuis une longue durée ont une moins bonne santé que les Suisses. Les femmes étrangères ont une moins bonne santé que les hommes étrangers, différence qui ne s'observe pas dans la population suisse.

Recours aux soins médicaux : Pour aucun groupe de population considéré, la proportion de personnes qui a consulté au moins une fois dans l'année un médecin n'est supérieure à celle des Suisses. On constate aussi que les femmes du Portugal et du Kosovo et les hommes de Serbie ont consulté un médecin moins fréquemment que les citoyens suisses. Certains groupes de migrants consulteraient un peu plus fréquemment les services d'urgence, les consultations ambulatoires des hôpitaux et les policliniques que les Suisses. Les migrants recourent un peu moins aux examens préventifs que les Suisses. Une hypothèse serait qu'un taux plus bas de recours aux soins et aux mesures de prévention pourrait conduire à plus long terme à des traitements en milieu stationnaire plus chers.

Attitudes et comportements pouvant influencer la santé : Les migrantes et les migrants consomment moins d'alcool, mais mangent moins de fruits et de légumes et sont nettement moins actifs physiquement que les Suissesses et les Suisses. Ils sont aussi plus souvent en surpoids. Au niveau de la

consommation de tabac, les hommes ayant un passé migratoire fument nettement plus que les hommes suisses. Des différences nettes n'ont pas pu être mises en évidence pour les femmes.

Compétences de santé : Des comparaisons entre les compétences de santé de la population suisse et celles des différents groupes de migrants n'ont pas pu être réalisées faute de données au niveau des résidents suisses. Les comparaisons entre groupes de migrants n'ont pas permis de mettre en évidence des différences consistantes. Entre 15% et 45% des personnes ayant un passé migratoire ne peuvent communiquer de manière compréhensible avec leur médecin ou ne comprennent qu'insuffisamment les informations qu'il leur fournit.

Monitoring – population des requérants d'asile

Etat de santé : L'état de santé subjectif n'est pas évalué de manière identique par les deux groupes provenant de l'asile : les Somaliennes et les Somaliens reportent un état de santé assez proche des Suisses, celles des personnes du Sri Lanka faisant état d'un état de santé subjectif nettement moins bon. Les Somaliennes et les Somaliens sont aussi nettement moins souvent en traitement pour des problèmes physiques et psychiques que les personnes du Sri Lanka.

Recours aux soins : La durée d'hospitalisation des Suissesses et des Suisses est tendanciuellement plus longue que celle des requérants d'asile (différence significative seulement avec les personnes du Sri Lanka). Les requérants d'asile consultent plus souvent les services d'urgence, les consultations ambulatoires des hôpitaux et les policliniques que les Suisses.

Attitudes et comportements pouvant influencer la santé : Concernant l'alimentation et la mobilité, on constate que la part des réfugiés qui ne mangent pratiquement pas de fruits et légumes et sont physiquement inactifs est plus grande que parmi les Suisses. De plus, les Tamouls consomment moins de fruits et de légumes que les réfugiés venant de Somalie. La consommation de tabac et d'alcool est nettement différente de celle des Suisses. Les réfugiés consomment nettement moins d'alcool que la population suisse. La part des abstinentes est particulièrement élevée (99% chez les Somaliens, deux tiers environ chez les Sri lankais). Les Tamouls consomment moins de tabac que les Suisses ou les Somaliens.

Compétences de santé : Les compétences de santé des requérants d'asile sont en général moins bonnes que celles d'autres groupes originaires de la migration en particulier en ce qui concerne l'évaluation des symptômes et la compréhension du système de santé. Les requérants d'asile sous-évaluent systématiquement les symptômes psychiques. Des problèmes très importants résident au niveau de la compréhension entre les requérants d'asile et les médecins consultants. Seulement un tiers des Somaliennes et des Somaliens et un quart des personnes originaires du Sri Lanka peuvent suffisamment se faire comprendre de leur médecin. Les autres n'y arrivent pas ou seulement parfois.

Explications des différences : Des analyses plus approfondies du GMMII ont été réalisées pour chercher à expliquer les différences au niveau de la santé entre les personnes issues de la migration et la population suisse. Une part seulement des différences peuvent être expliquées par un niveau de formation plus bas, des compétences linguistiques insuffisantes, des expériences de discrimination en Suisse ou une expérience de persécution politique et de violence dans le pays d'origine. D'autres facteurs peuvent entrer en jeu : des études ont montré que les migrantes et les migrants perdent plus facilement leur emploi et qu'ils ont plus de difficultés à en retrouver un. Les migrantes et les migrants expérimentent aussi une charge multiple : ils doivent non seulement assumer leur charge de travail, leur famille et s'intégrer mais ils disposent de moins de soutien des anciennes générations et vivent plus de conflits avec les nouvelles générations.

2.4 Autres projets concernant les migrants au niveau international et leurs résultats

Selon un rapport de l'Union européenne (Mladovsky, 2007b), il existe très peu de recherches au niveau national dans la plupart des pays européens qui évaluent la santé de la première et de la deuxième génération étrangère par rapport à la population autochtone. Certains pays avec des niveaux élevés d'immigration, comme les Pays-Bas, et dans une certaine mesure la Suède et la Grande Bretagne font exception. Des pays comme la Belgique, l'Espagne et l'Allemagne ont récemment introduit des questions sur la migration dans leurs enquêtes de santé.

En **Grande Bretagne**, sept grandes études au niveau national collectent des données qui comprennent des informations sur la santé des migrants (voir annexe 1).

Une dizaine de rapports au niveau national ont été écrits sur le thème de la santé des migrants, p.ex. le « National Centre for Social Research » a publié en 2006, le « Health Survey for England 2004 : Health of ethnic minorities ». Pour la liste complète des rapports voir (Mladovsky, 2007b).

Les « Health Survey for England » ont montré que les Pakistanais, les Bengalis et les Caraïbes noirs reportent la plus mauvaise santé, que les Indiens, les personnes de l'Afrique de l'Est, les Asiatiques et les noirs d'Afrique ont un état de santé similaire à celui des Anglais et que les Chinois ont une meilleure santé. Des différences de santé existent en fonction de certaines pathologies. Par exemple, certaines minorités ethniques ont des taux de maladies cardio-vasculaires plus élevés que les Anglais (p.ex. les personnes nées en Asie du Sud ont une probabilité plus élevée de 50% d'avoir une attaque ou une angine que la population générale), par contre d'autres minorités ont des taux plus bas pour beaucoup de cancers (p.ex. le cancer du poumon chez les personnes d'Asie du Sud, des Caraïbes et d'Afrique, ce qui est attribué à un niveau plus bas de consommation de tabac). Les minorités ethniques sont plus susceptibles d'avoir un diagnostic de maladie mentale que les Anglais (p.ex. les Caraïbes noirs ont des taux sept fois plus élevés de nouveaux diagnostics de psychose que les Anglais).

Les auteurs attribuent ces différences à un niveau de pauvreté plus élevé en termes de revenus, de chômage, de non respect des besoins élémentaires et de zones défavorisées. La plus grande partie des différences au niveau de la santé auto-reportée entre minorités ethniques et autochtones peut être expliquée par des différences au niveau du statut socio-économique. Toutefois il y aurait une interaction complexe entre différents facteurs qui influenceraient la santé des minorités ethniques : impact sur le long terme de la migration, racisme et discrimination, faible recours aux soins, différences culturelles et dans les styles de vie et prédisposition génétique.

Aux **Pays-Bas**, trois études collectent des données sur la santé des migrants :

- La « Permanent Research Life Situation » (POLS) qui est réalisée chaque année.
- Le « Local and National Health Monitor » qui consiste en trois monitorings différents, se centrant sur la santé des enfants et des adolescents, la santé publique et la santé des personnes âgées.
- La « Second Dutch National Survey of General Practice » qui collecte des données sur la santé et le recours aux soins de 104 médecins généralistes.

Sur la base de ces études, deux grands rapports ont été publiés par le « National Institute of Public Health and the Environment » (RIVM). Les conclusions principales du « Future Exploration Public Health », un rapport sur la santé, la prévention et les soins aux Pays-Bas sont que la population migrante a de manière générale une santé moins bonne que les autochtones mais que des différences existent entre différents groupes ethniques. Le rapport indique encore que la connaissance de la santé de la population migrante et de leur accès au système de santé est encore limitée et que même s'il est probable qu'il existe de grandes différences entre la première et la seconde génération, aucune donnée n'est disponible. Un autre rapport, le « Dutch Health Care Performance Report » qui analyse la qualité, l'accès et les coûts du système de soins montre qu'une plus grande proportion de migrants fait appel au médecin généraliste et une plus faible proportion au médecin spécialiste (Mladovsky, 2007a).

En **Suède**, deux études collectent des données sur la santé des migrants :

- Le « Annual surveys on living conditions » de Statistics Sweden (c'est-à-dire, l'Office national des statistiques)

- Le « Folkhälsoenkäten », une étude de santé publique réalisée par le « Swedish National Institute of Public Health » (SNIPH). Le SNIPH est l'agence d'Etat sous le ministre de la santé et des affaires sociales.

Les résultats sont publiés souvent en suédois, avec résumé en anglais (Mladovsky, 2007b). Les hommes de Finlande, Pologne, Bosnie, Turquie et d'Irak ont un risque plus élevé de 15 à 40% de contracter une maladie cardio-vasculaire comparé aux Suédois, tandis que ceux qui sont nés en Amérique latine en Iran et en Afrique ont un moindre risque. Pour les femmes, ce sont celles originaires de Finlande, de Bosnie et d'Irak qui ont un risque plus élevé de 30 à 50%. C'est au niveau de la santé psychique que les différences observées entre étrangers et natifs de Suède sont les plus importantes, ceci pour presque tous les indicateurs, que ce soient les admissions en unités psychiatriques, la schizophrénie et les autres psychoses, les troubles de l'humeur et la dépression.

En **France**, un rapport a été réalisé en 1998 sur la « vulnérabilité » et ses effets sur la santé par le Haut Comité de la santé publique, qui a mis en évidence la quasi absence de données sur la santé des migrants pour des raisons culturelles et administratives. Toutefois, des études comprenant des données sur la santé ont été réalisées récemment.

L'enquête intitulée « Trajectoire et Origines » (TeO) : Enquête sur la diversité des populations de France, faite en collaboration par l'INED et l'INSEE (Hamel & Moisy, 2010) a été réalisée entre septembre 2008 et février 2009 en France métropolitaine sur un échantillon de 21 000 personnes : immigrées, natives d'un département d'outre mer (DOM), descendantes d'immigrés, descendantes d'originaires d'un DOM, natives de France métropolitaine dont aucun parent n'est immigré ou originaire d'un DOM. Elle montre que si on tient compte du pays d'origine, ce sont les immigrés de Turquie, du Maghreb et du Portugal qui se déclarent le plus souvent en mauvaise santé. Les hommes et les femmes immigrés présents sur le territoire métropolitain depuis plus de trente ans se déclarent également en plus mauvaise santé ce qui est compatible avec l'hypothèse souvent émise de l'effet d'une dégradation de l'état de santé sur la terre d'accueil due à une situation sociale plus défavorable.

L'« Enquête décennale Santé » a aussi donné lieu à un rapport spécifique sur la santé des personnes d'origine étrangère en France sur la base des données 2002-2003 (Jusot et al., 2008). Dans une première analyse, les immigrés originaires d'Europe centrale, d'Europe du Sud, du Maghreb, de Turquie, d'Afrique et d'Asie présentent un état de santé perçu significativement moins bon en l'absence de contrôle par le statut économique et social. Cependant, ces différences sont largement expliquées par la situation socio-économique défavorisée de ces populations, seules les personnes originaires d'Europe du Sud et du Maghreb déclarant plus fréquemment un mauvais état de santé perçu après contrôle par leur situation sociale.

Une autre enquête a porté spécifiquement sur les migrants âgés. Elle est basée sur l'étude « Passage à la retraite des immigrés » (PRI) réalisée par la Caisse nationale d'assurance vieillesse et l'Insee en 2002-2003. Cette enquête permet de disposer d'un échantillon de 6 211 individus représentatifs des immigrés âgés de 45 à 70 ans résidant en France en 2003 (Attias-Donfut & Tessier, 2005). Les auteurs estiment que si, globalement, la comparaison avec l'ensemble de la population indique un état de santé moins favorable pour les immigrés, c'est principalement dû aux conséquences du travail professionnel sur la santé des hommes et des femmes. Accidents du travail, maladies professionnelles, usure au travail touchent surtout les ouvriers et les femmes employées dans les services aux particuliers. Si l'on considère les résultats selon l'origine géographique des immigrés, les problèmes de santé sont moins répandus parmi les hommes et les femmes venant d'Europe du Nord, d'Afrique subsaharienne et d'Asie et plus fréquents parmi les immigrés d'Europe du Sud, d'Afrique du Nord et d'Orient.

En **Allemagne**, dans le cadre des monitorings nationaux (Gesundheitsberichterstattung) réalisés par l'Institut Robert Koch, un rapport Migration et santé (Migration und Gesundheit) a été réalisé en 2008 (Razum et al., 2008). Les résultats ne sont pas basés sur une enquête spécifique sur des groupes de population de la migration mais sur un ensemble de bases de données qui comprennent une information sur le statut migratoire des personnes. Le rapport met en évidence quelques maladies spécifiques aux personnes migrantes :

- Affections du système moteur lié à des charges corporelles au niveau du travail
- Affections au niveau du système cardio-vasculaire
- Diabète

- Affections chroniques des voies respiratoires souvent en lien avec la consommation de tabac et les charges professionnelles
- Accidents, en particulier accidents professionnels
- Affections par l'utilisation de substances à potentiel de dépendances

Le rapport met aussi en évidence que les personnes ayant un passé migratoire ont plus de risque pour certaines maladies qui sont devenues rares en Allemagne :

- Décès en lien avec la naissance et la première année de vie
- Tuberculose et quelques autres maladies infectieuses
- Certaines maladies rares du métabolisme.

Le rapport souligne que la migration met la population migrante dans des situations que ne vivent pas les Allemands et Allemandes sans passé migratoire ou seulement dans des situations exceptionnelles :

- Charge psychosociale du fait de la séparation avec leur famille
- Charge psychosociale du fait de la xénophobie, du racisme
- Persécution politique ou torture dans leur pays d'origine

Une étude a aussi été réalisée dans la population des enfants et des jeunes ayant un passé migratoire, la « Kinder- und Jugendgesundheitssurvey » (KiGGS 2003-2006): la « Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland ». Les résultats montrent que les enfants de la migration sont plus à risque d'être en surpoids, font moins de sport, sont plus souvent concernés par des problèmes liés à la santé psychique et ont plus de troubles du comportement alimentaire.

Diverses initiatives existent au niveau de la communauté européenne. A noter qu'un projet dans une optique de santé publique se centrant sur la santé des migrants/groupes ethniques a été mis sur pied. Le « Migrant and Ethnic Health Observatory » (MEHO)² a pour but de développer des indicateurs pour suivre l'état de santé des migrants/groupes ethniques, ceci sur la base de données et d'enquêtes déjà existantes dans le but à plus long terme de créer un « European network of epidemiological observatories on migrants' health ». Les études porteront sur cinq domaines : la mortalité, le cancer, les maladies cardio-vasculaires et le diabète, les maladies infectieuses, la santé auto-reportée et le recours aux soins.

Aux **Etats-Unis**, la seule source de données est probablement la NHIS (National Health Interview Survey)³. La NHIS n'est pas une enquête sur la santé des migrants, mais une très vaste étude transversale sur la santé qui a lieu chaque année et qui comporte quelques questions sur la nationalité et l'ethnie.

2.5 Santé des migrants en Suisse : cinq grands thèmes

2.5.1 Santé mentale

Taux d'hospitalisation en clinique psychiatrique

Suisse : Plusieurs sources convergent pour montrer que les étrangers seraient moins hospitalisés en hôpital psychiatrique. Par comparaison avec la population étrangère vivant en Suisse qui forme plus du 20% de la population, seulement 16,6% d'entre eux ont été hospitalisés dans un hôpital psychiatrique pour les années 1998 à 2000 (Christen & Christen, 2003).

L'étude (Testa-Mader et al., 2002) qui fait partie du projet plus vaste sur *Malaise psychique et trajectoires de soins dans la population immigrée adulte en contact avec la psychiatrie publique tessinoise*, conduite dans le cadre du PNR 39 du Fonds national suisse de la recherche scientifique avait pour but de décrire les personnes ayant eu au moins un contact avec un service psychiatrique résidentiel et de mettre en

² <http://www.meho.eu.com/>

³ <http://www.cdc.gov/nchs/nhis.htm>

évidence d'éventuelles différences liées aux nationalités les plus représentées en Suisse (Suisse, Italie, Pays ibériques, ex-Yougoslavie, autres pays), ceci en comparant trois régions de soins en Suisse (Tessin, Zurich, Vaud, personnes de 20 à 49 ans). Cette étude montre qu'environ 70% des patients et patientes des cliniques psychiatriques sont suisses avec un pic à 85,7% pour les hôpitaux de Zurich. Les taux les plus élevés de prévalence hospitalière se trouvent (avec quelques exceptions selon les régions) parmi les personnes provenant des autres pays et de l'ex-Yougoslavie dans le canton de Vaud et au Tessin, et parmi les Suisses hospitalisés dans le canton de Zurich.

Suisse alémanique : Dans une étude basée sur le registre central des cas psychiatriques qui couvre tous les services de santé mentale du canton de Zurich de 1995 à 2001, les auteurs estiment que les immigrants ont moins d'hospitalisations en hôpital psychiatrique mais plus d'admissions en urgence ou d'admissions non volontaires en clinique psychiatrique (Lay et al., 2006). Une étude plus précise des mêmes auteurs (Lay et al., 2007) spécifie que 16,9% des personnes ayant fait un séjour en clinique psychiatrique étaient des étrangers. Trois sous-groupes avaient des taux d'admission particulièrement élevés en clinique psychiatrique : les hommes originaires de Turquie, des pays d'Europe de l'Est et des « autres »⁴ pays. Ils présentaient des taux d'admission nettement plus élevés que les femmes des mêmes pays. Parmi les Suisses hospitalisés en clinique psychiatrique, la proportion de femmes était à peu près égale à celle de la proportion de femmes dans la population suisse. Parmi les immigrants, la proportion de femmes hospitalisées était nettement plus basse (38,7%) que la proportion de femmes dans la population générale (45,6%). Parmi les femmes, il n'y avait aucun groupe d'immigrantes qui utilisaient les traitements stationnaires à un niveau égal à celui des Suissesses.

Dans une étude basée sur les registres de données psychiatriques de 1995 à 2002 du canton de Zurich (Frick et al., 2006) ont montré que les étrangers, hommes et femmes, d'âge moyen (35 à 49 ans) ainsi que les jeunes femmes étrangères (moins de 35 ans) sont bien moins souvent hospitalisés mais qu'ils ont toutefois connu une augmentation des taux d'hospitalisation parallèle à celle de la population suisse. Les jeunes hommes étrangers (moins de 35 ans) et les plus âgés (plus de 50 ans) ont été exposés à un risque d'hospitalisation comparable à celui des Suisses jusqu'en 2002. Les femmes étrangères de 50 ans et plus ont récemment atteint un taux d'hospitalisation similaire à celui des femmes suisses.

Suisse romande : Une étude réalisée dans le canton de Genève sur tous les patients âgés de 18 à 65 ans ayant consulté l'unité d'urgences psychiatriques d'un hôpital général suisse a montré que les personnes de nationalité étrangère ont une probabilité nettement plus importante (OR=1,44, p=0.001) de consulter un tel service que les personnes de nationalité suisse (Baleyrier et al., 2003).

Suisse italienne : Une étude a été réalisée sur la base du registre de service de l'Organizzazione sociopsichiatrica cantonale qui comprend toutes les personnes de plus de 19 ans qui ont été hospitalisées durant au moins un jour dans la Clinica psichiatrica cantonale (Testa-Mader et al., 2003). En ce qui concerne les différences entre personnes suisses et étrangères quant aux taux de prévalence hospitalière, on constate des taux globaux plus élevés pour les personnes étrangères (non italiennes, ce groupe de population ayant été considéré séparément en raison de certaines caractéristiques : même langue, immigration plus ancienne, etc.). Ceci se vérifie surtout pour le taux de première hospitalisation (qui n'est pas influencé par les réadmissions ou par la chronicité) qui est le double de celui des Suisses (22,7 contre 11,4 pour 10'000), ce taux étant de 23,9 pour les ressortissants de l'ex-Yougoslavie et de 21,9 pour ceux de Turquie. Par rapport aux taux de première hospitalisation, les différences de taux de prévalence hospitalière se réduisent considérablement (38,8 contre 33,9 pour 10'000) avec des taux de 39,6 pour les ressortissants de l'ex-Yougoslavie et de 34,2 pour ceux de Turquie.

Diagnostiques en clinique psychiatrique

L'étude réalisée dans le canton de Zurich (Lay et al., 2005) met en évidence que les personnes d'ex-Yougoslavie et de Turquie présentent moins de troubles liés à des substances (F1) que les Suisses, par contre, dans ces deux pays, ils souffrent deux à trois fois plus que les Suisses de troubles névrotiques, liés à un facteur de stress, et de troubles somatoformes (F4).

⁴ Afrique, Moyen Orient (Iran, Irak), Sri Lanka.

Dans l'étude réalisée à Genève (Baleyrier et al., 2003), les auteurs constatent que les patients étrangers sont diagnostiqués moins fréquemment avec des troubles liés à l'abus d'alcool, ou avec des troubles de la personnalité mais plus fréquemment avec des troubles affectifs et des désordres anxieux.

Dans l'étude du PNR 39 une partie des analyses a porté uniquement sur le canton du Tessin (Testa-Mader et al., 1999) et a comparé, pour l'année 1995, les Suisses, les Italiens et les étrangers non-italiens. Les auteurs ont montré que ce dernier groupe présente, par rapport aux deux autres groupes, des taux de première admission en clinique psychiatrique nettement plus élevés pour la schizophrénie (F2) chez les hommes et pour les désordres mentaux et du comportement dus à l'utilisation de substances psycho-actives (F1) chez les femmes.

Recours aux soins pour problèmes de santé mentale des requérants d'asile

Une étude portant sur l'état de santé de demandeurs d'asile dans une HMO, dont la moitié provenait d'ex-Yougoslavie et le reste d'Afrique sub-saharienne, de Turquie, d'Irak et du Sri Lanka, a montré l'importance de la dépression et des troubles post-traumatiques dans cette population (Bischoff et al., 2009). Des chercheurs ont montré que, dans le cadre d'un dépistage systématique de l'exposition à la violence effectué à Genève chez des requérants d'asile, 61% rapportent un traumatisme important, 18% disent avoir été torturés et 37% présentent des symptômes tels que cauchemars, insomnies, flash-back, etc. (Loutan et al., 1997).

2.5.2 Santé sexuelle et reproductive

Généralités

Des différences entre Suissesses et étrangères peuvent être observées au niveau des naissances. Le nombre d'enfants nés vivants dont l'un des parents au moins est étranger a augmenté légèrement, il est de 30'900 en 2009 (sur un total de 76'700 naissances dans l'année), soit 48,1% de toutes les naissances vivantes chez les femmes mariées. Un quart des enfants nés en Suisse sont de nationalité étrangère. Cette proportion s'explique par un nombre important d'étrangères ayant entre 20 et 44 ans (49,2% contre 30,4% des Suissesses) et par leur taux de fécondité plus élevé (1,8 enfant par femme étrangère contre 1,4 chez les Suissesses) (Office fédéral de la statistique).

Des données datant du recensement fédéral de la population de 2000 (Wanner et al., 2005) montrent que l'indice conjoncturel de fécondité était, entre 1995 et 1999, de 1,33 pour les femmes suisses et de 1,99 pour les étrangères établies en Suisse, de 1,99 pour les femmes turques et de 2,60 pour les femmes d'ex-Yougoslavie. Les femmes turques présenteraient un comportement d'intégration ou d'adaptation du comportement de fécondité avec une baisse de la fécondité après la migration (de 2,6 à 1,99 de 1995 à 1999).

La santé reproductive des femmes en fonction de la nationalité ou du statut migratoire a fait l'objet de nombreuses études et montre que les femmes étrangères rencontrent plus de problèmes que les femmes suisses dans plusieurs domaines. Les femmes étrangères semblent rencontrer plus de difficultés à mener une grossesse jusqu'à son terme.

Interruptions de grossesse

En 2010, selon la Statistique des interruptions de grossesse de l'Office fédéral de la statistique, 11'092 interruptions de grossesse ont été annoncées en Suisse. 4% d'entre elles concernent des femmes résidant à l'étranger. Pour les 96% de femmes domiciliées en Suisse, cela correspond à un taux de 6,8 interruptions pour 1000 femmes âgées entre 15 et 44 ans. En 2010, la moitié des interruptions de grossesse effectuées par des femmes résidant en Suisse et dont la nationalité est connue concernent des femmes de nationalité étrangère, ce qui représente un taux de 10,8% contre 4,3% parmi les Suissesses. Ce taux est près de trois fois plus élevé chez les femmes d'Ex-Yougoslavie (12,2%) (Berrut, 2011).

Des études plus détaillées sur les interruptions de grossesses ont été menées depuis plusieurs années dans le canton de Vaud. Pour les années 1997 à 1999 (Addor et al., 2003), les taux d'interruptions de

grossesse étaient de 8,9‰, avec des taux respectivement de 34‰ et 21‰ parmi les femmes d'ex-Yougoslavie et de Turquie. 63% des femmes concernées ont reporté ne pas avoir utilisé de contraception, 36% avaient utilisé le préservatif et 17% la pilule. Les femmes étrangères ont demandé dans 51% des cas une interruption de grossesse quand elles ne forment que 27% des femmes résidentes de 14 à 49 ans du canton de Vaud.

L'étude a été répétée pour l'année 2009 (Meystre-Agustoni & Spencer, 2010). Le taux national d'interruption de grossesse établi par l'OFS pour les femmes de 15 à 44 ans s'élevait à 6,4‰ et le taux cantonal vaudois à 9,5‰, taux qui est relativement stable depuis 2003. En 2009, un écart important continuait d'exister entre le taux des résidentes vaudoises de nationalité suisse ayant interrompu une grossesse (5,4‰) et celui des résidentes vaudoises de nationalité étrangère (11,7‰). Les femmes les plus concernées étaient originaires d'Afrique subsaharienne (50,9‰), d'Afrique du Nord (31,9‰) et d'Amérique latine (23,7‰). Le taux pour les pays de l'ex-Yougoslavie était de 13,7‰. La proportion des femmes recourant une nouvelle fois à l'interruption de grossesse restait à un niveau élevé : 33,0%. Cette situation concernait notamment la moitié des femmes subsahariennes, nord-africaines et latino-américaines et un tiers des femmes d'ex-Yougoslavie quand il était d'un quart parmi les résidentes vaudoises de nationalité suisse.

Depuis 2004, le taux d'interruptions de grossesse reste globalement stable, mais diminue régulièrement chez les adolescentes (4,5‰ chez les 15-19 ans). Une étude ayant porté sur le canton de Vaud uniquement pour les années 1990 à 1998 (Narring et al., 2002) avait montré des taux pour les femmes non-Suisses nettement plus élevés que pour les Suissesses : ils étaient de 4,5 versus 2,4 pour 1000 adolescentes de moins de 18 ans, de 18,1 versus 8,0 pour 1000 femmes de 18 à 19 ans, et de 30,5 versus 10,2 pour 1000 femmes de 20 à 24 ans.

Concernant l'accouchement, une étude (Merten et al., 2007) a montré que les femmes de l'Afrique subsaharienne, de l'Amérique latine et de l'Asie avaient des taux de césariennes plus élevés que les femmes suisses (OR respectivement de 1,77, 1,80, 1,37). Les enfants africains et asiatiques avaient plus de chances d'être transférés dans des unités de soins néonataux. La même étude a mis en évidence que les femmes turques avaient un taux de césariennes plus bas, mais que leurs enfants avaient plus de probabilité d'être transférés vers une unité de soins intensifs.

Mortalité maternelle et infantile

Les données de la statistique de la mortalité sur tous les décès en Suisse de 1996 à 2006 montrent que les femmes migrantes ont un plus fort risque de décès lié à la maternité que les Suissesses. En fait le risque de mortalité était plus bas pour les étrangères que pour les Suissesses pendant la période de 1969 à 1979 et il a augmenté significativement pour atteindre 4,4 (OR) pour la période de 2000 à 2006 (Bollini et al., 2011). Selon diverses études, l'association entre la mortalité maternelle et le fait d'être migrant pourrait provenir du fait de résider illégalement dans le pays, du statut social plus vulnérable, des services obstétricaux et de traduction inadéquats.

Durant les trente dernières années du 20^e siècle, la mortalité infantile a considérablement diminué en Suisse. Sur la base de la statistique des naissances (BEVNAT), le registre des décès de l'état civil suisse, ainsi que les cas de mortinatalité, une analyse a été réalisée sur l'ensemble de la Suisse en fonction de la nationalité (Bollini & Wanner, 2006). La probabilité de décès avant l'âge d'un an est passée de 10,4 pour 1000 naissances vivantes durant la période 1972-81 à 5 pour 1000 en 1992-2001, soit une diminution de moitié du risque. Entre 1972-81 et 1992-2001, les quotients des enfants étrangers ont convergé vers celui des enfants suisses, à l'exception notable des enfants de nationalité turque. Quelle que soit la période, ces derniers connaissent un risque de décès nettement plus élevé que les enfants d'une autre nationalité. Une nouvelle analyse a été réalisée et a montré que la mortalité infantile durant la période 1987-2007 était de 5,19 pour mille pour les enfants suisses, de 5,59 pour ceux d'ex-Yougoslavie, 5,56 pour les Espagnols, et jusqu'à 7,19 pour les enfants turcs (Bollini et al., 2010).

Des données sur les enfants morts avant la naissance et la mortalité néonatale sur un total de 239 387 naissances pendant les années 1990 à 2005, dont la mère était d'origine turque, ont été tirées de registres de naissances ou d'enquêtes dans neuf pays du Nord de l'Europe (Villadsen et al., 2010). Les taux ont été comparés avec les naissances de mères dont les enfants étaient nés dans le pays de résidence. Les taux d'enfants morts avant la naissance étaient plus élevés, ou tendaient à l'être pour les

femmes turques dans tous les pays comparés avec les taux de la population originaire du pays avec le risque le plus élevé en Autriche (OR : 1,7) et en Suisse (OR : 1,6). Pour la mortalité néonatale les résultats étaient plus hétérogènes et mettaient aussi en évidence un risque plus élevé pour la Suisse (OR : 1,3). L'étude mettait en évidence qu'une politique active d'intégration semblerait avoir un effet favorable sur la mortalité néonatale.

Thèses explicatives des difficultés en relation avec la grossesse

Le nombre élevé d'interruptions de grossesse serait lié au grand nombre de grossesses involontaires dans différents segments de la population étrangère en Suisse. Une population de migrantes enceintes sans-papier se présentant dans un hôpital universitaire était comparée à un groupe contrôle de femmes ayant un permis de résidence valide (Wolff et al., 2008a). 75% des migrantes sans-papier n'avaient pas souhaité être enceintes (versus 21%) et 61% ne connaissaient pas de méthode de contraception d'urgence (versus 9%). Les mêmes auteurs ont mis aussi en évidence que les femmes sans-papier étaient aussi plus fréquemment atteintes d'infections à chlamydia (Wolff et al., 2008b). Une étude par focus group effectuée au sein d'un groupe de femmes suisses (groupe contrôle), turques et portugaises comparant le vécu de la grossesse et les relations avec le système sanitaire en Suisse, a révélé que les femmes migrantes doivent parfois faire face à un nombre élevé de situations de stress. Les participantes ont identifié un stress lié aux conditions de vie difficiles, à la tâche professionnelle inadaptée durant la grossesse, à la communication inadéquate avec les fournisseurs de soins de santé. En outre, des lacunes dans l'information sur la santé reproductive ont été reportées, particulièrement par les femmes turques (Bollini et al., 2007).

2.5.3 Troubles musculo-squelettiques

Les troubles musculo-squelettiques présentent un problème de santé actuel important et qui serait en augmentation dans la population active. Une revue de la littérature internationale (Conne-Perréard et al., 2001) mettait en évidence qu'il existe un consensus quant aux facteurs de risques physiques au travail associés à la survenue des troubles musculo-squelettiques : activités répétitives, travaux nécessitant de la force physique, vibrations, positions contraignantes (ou combinaisons de ces facteurs de risque). Les facteurs organisationnels et psycho-sociaux (travail monotone, charge de travail élevée, pression sur le rythme de travail, manque d'autonomie) sont aussi reconnus comme pouvant faciliter la survenue de troubles musculo-squelettiques. Les études réalisées dans le cadre du PNR 26 Programme national de recherche sur la chronicisation des lombalgies, ont confirmé les relations entre lombalgies chroniques et facteurs de risques professionnels spécifiques. Dans le Rapport final PNR 26B les auteurs mettent en évidence que parmi les professions très pénibles pour le dos, il faut retenir non seulement celles de l'industrie lourde, industrie chimique, activités forestières ou agricoles, mais aussi celles de la santé et la conduite de voitures, de poids lourds, de tracteurs, de machines du bâtiment, de grues, etc. (cité dans (Conne-Perréard et al., 2001).

Dans l'étude déjà mentionnée sur les demandeurs d'asile (Bischoff et al., 2009), les auteurs estiment que les troubles musculo-squelettiques sont parmi les problèmes les plus souvent rencontrés dans cette population.

D'après la Statistique de l'AI, le taux de nouvelles rentes attribuées à des personnes avant l'âge AVS varie fortement en fonction de l'origine de ces dernières : en 2007, il était le plus élevé chez les ressortissants turcs (0,83 %), suivis par les ressortissants des pays d'ex-Yougoslavie. Chez les personnes issues des pays traditionnels d'émigration (Italie, Espagne et Portugal), il variait entre 0,37 et 0,53 %. Chez les Suisses, il était de 0,29 %, et chez les ressortissants français, allemands, autrichiens et britanniques, il était encore plus faible. Dans son travail de synthèse, le Forum suisse des migrations présente plusieurs études qui mettent en évidence que les étrangers sont proportionnellement plus nombreux à avoir une rente invalidité pour des raisons psychiques et pour des maladies liées aux os et aux organes du mouvement (Wyssmüller & Efionayi, 2007). Dans le cadre des Programmes pluriannuels de recherche sur l'invalidité et le handicap, une étude a montré que, par rapport aux Suisses, le groupe des personnes de nationalité italienne, espagnole et portugaise avait une probabilité d'avoir une rente deux fois plus élevée. La probabilité était de 2,7 (OR) pour les personnes ressortissantes de l'ex-Yougoslavie et de 3,1 (OR) pour celles de Turquie. Ces mêmes groupes de ressortissants avaient

respectivement des risques (OR) de 3,3, 3,6 et 4,3 par rapport aux Suisses de recevoir une rente pour des maladies liées aux os et aux organes du mouvement (Guggisberg et al., 2009).

2.5.4 Diabète

Le diabète augmente rapidement dans la population partout dans le monde et devient un problème important de santé publique. Non seulement c'est un facteur de risque important pour les maladies coronariennes et les attaques, mais c'est aussi en lui-même une cause de mortalité. Des données dans toute l'Europe montrent que les migrants sont plus à risque de développer un diabète de type 2 que les non-migrants et que les conséquences lorsqu'ils en sont atteints sont plus graves. Une revue de littérature basée sur 18 études réalisées dans les pays du nord-ouest de l'Europe (Uitewaal et al., 2004) a montré que la prévalence du diabète était de 1,3 à 2,8 fois plus élevée dans la population turque par rapport à la prévalence des autochtones. La prévalence de la consommation de tabac dans la population turque (de 42 à 73% selon les études) était aussi nettement plus élevée que dans la population hollandaise (39 à 50%).

Au niveau suisse, une étude a montré que les migrants et les migrantes de l'ex-Yougoslavie reportent (enquête suisse sur la santé, ESS, interviews) des taux de prévalence pour le diabète plus bas que la population suisse mais des taux plus élevés ont été mis en évidence dans l'étude CoLaus (étude transversale par interviews et mesures directes qui a pour but d'évaluer la prévalence des déterminants moléculaires des facteurs de risque de maladies cardio-vasculaires dans la population Caucasienne de Lausanne) (Marques-Vidal et al., 2011).

2.5.5 Maladies cardio-vasculaires

En Suisse, les maladies cardio-vasculaires représentent la première cause de morbidité et de mortalité. Les principaux facteurs de risque sont l'hypercholestérolémie, l'hypertension, le diabète, l'excès de poids, le manque d'activité physique et le tabagisme. Ce type de maladie est aussi fortement lié aux conditions de travail en particulier aux facteurs physiques (sédentarité ou à l'opposé efforts physiques intenses mais irréguliers, travail posté), et aux facteurs psychosociaux (contraintes psychologiques et mentales liées à l'environnement de travail) (Conne-Perréard et al., 2001).

Des études internationales ont montré que certains groupes de migrants étaient plus exposés aux maladies cardio-vasculaires par rapport aux populations locales (Gadd et al., 2003). Ces résultats sont mis en doute par d'autres études (Marques-Vidal et al., 2011). Dans cette dernière étude, qui se base sur l'Enquête suisse sur la santé et l'étude CoLaus, un certain nombre de facteurs de risque pour les maladies cardio-vasculaires sont comparés entre différents groupes de migrants et personnes de nationalité suisse. La population migrante d'Italie, du Portugal, d'Espagne, de l'ex-Yougoslavie présente des taux de consommation de tabac plus élevés. La population étrangère reporte des taux d'hypertension plus bas que les Suisses, par contre les taux de dyslipidémie sont similaires. Les migrants et migrantes d'ex-Yougoslavie présentent une prévalence plus élevée de diabète dans l'étude CoLaus déjà mentionnée plus haut (Marques-Vidal et al., 2011).

2.6 Théories explicatives des différences de santé entre autochtones et migrants

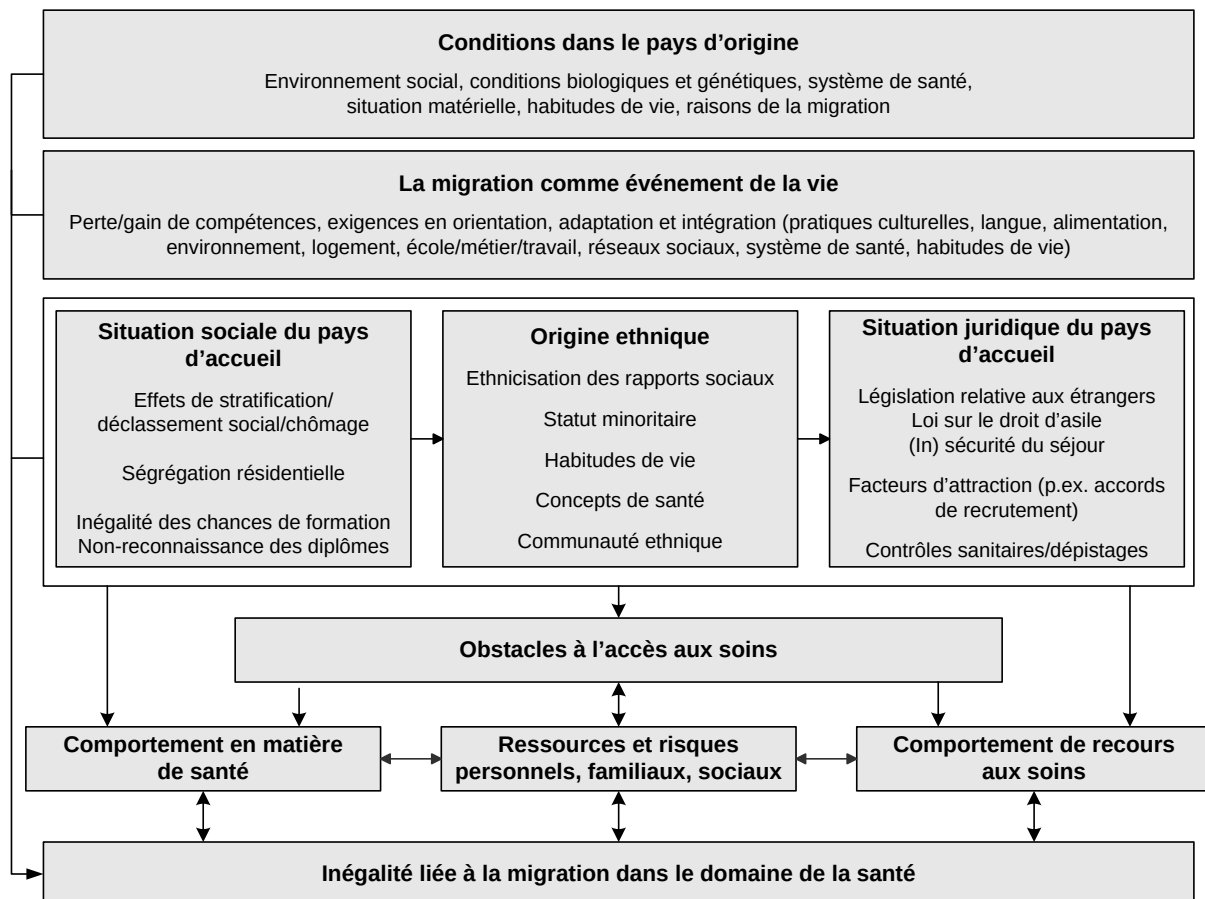
Plusieurs théories tentent d'expliquer pour quelles raisons les migrants et les migrantes sont moins atteints ou plus atteints dans leur santé que les personnes n'ayant pas de passé migratoire. Un article (Schenk, 2007) présente un modèle exploratoire et analytique de la migration et de la santé dans lequel l'auteur développe un effort de structuration et d'intégration des approches précédentes (voir figure 1). Selon cette auteure, cinq théories peuvent expliquer les différences observées :

1. La théorie de la sélection positive ou effet du migrant en bonne santé : selon cette théorie, on suppose que ce sont particulièrement des migrants jeunes et en bonne santé qui quittent leur pays d'origine et qu'il y aurait donc un processus d'auto-sélection. Cet effet se perdrait du fait de préjudices

sociaux et de difficultés d'accès au système de soins. Cela conduirait rapidement à une détérioration de l'état de santé.

2. L'hypothèse du stress lié à la migration : il a été attribué à des événements de vie difficiles une grande importance dans la genèse de maladies psychiques et physiques. La migration en elle-même peut être considérée comme un événement critique car elle apporte une rupture biographique radicale dans tous les domaines de la vie, nécessite une réorientation sociale et culturelle complète et peut signifier une dévalorisation de nombreuses connaissances pratiques.

Figure 1 Modèle d'explication mettant en relation la migration et la santé



Source: Schenk, 2007, traduction Obsan

3. Théorie des personnes socialement défavorisées : les risques pour la santé dont souffrent les migrants et les migrantes peuvent être interprétés comme les conséquences d'un préjudice social, qui résultent d'une part d'un processus de déclassement social et professionnel, de conditions de travail et de logement dommageables pour la santé et qui peuvent aussi conduire d'autre part à un comportement de mise en danger à l'égard de la santé.

4. Barrières à l'accès au système de soins : il existe des limitations à l'accès aux soins par les personnes migrantes, en particulier chez les demandeurs d'asile et les personnes sans papier et qui sont en situation irrégulière. L'accès aux soins peut aussi être limité par une orientation ethnocentrique de l'offre, par le manque de compétences interculturelles du personnel soignant, par le manque de connaissances linguistiques ou de services d'interprétariat. De leur côté, les migrants et les migrantes peuvent ne pas avoir assez de compétences linguistiques pour comprendre un domaine complexe tel que le système de santé, manquer d'informations sur les offres de soins ou ne pas avoir confiance à l'égard des institutions de soins.

5. Explications biologiques : un polymorphisme génétique⁵ pourrait être une explication de différences au niveau de la morbidité et de la mortalité. Certaines maladies génétiques se manifestent de manière plus fréquente dans certaines régions géographiques. Les personnes originaires de la Turquie semblent avoir une constellation défavorable de lipides qui serait éventuellement reliée à un risque d'infarctus plus élevé (Hergenc et al., 1999). De même, il a été observé chez les enfants d'immigrants turcs, du Moyen et du Proche-Orient ainsi que d'Afrique du Nord (Maroc) un nombre de cas relativement élevé de maladies du métabolisme (Ipsiroglu et al., 2005).

Le modèle développé essaie de mettre systématiquement ensemble toutes les théories qui expliquent le lien entre les inégalités sociales et de santé (figure 1).

Certains auteurs (Spallek & Razum, 2008) estiment qu'il n'existe pour le moment pas de modèle satisfaisant qui explique les différences de santé entre migrants et autochtones. Un modèle d'explication de la situation au niveau de la santé des migrants devrait tenir compte d'une perspective biographique. Si les étrangers, qui ont un statut social plus bas que les autochtones, présentent des risques plus élevés concernant la santé, sur certains aspects, certains groupes ont parfois une meilleure santé et un taux de mortalité plus bas. Le modèle du « Healthy-migrant-effect » est donc sujet à caution car les migrants ne perdraient pas si rapidement leur avantage au niveau de la santé malgré des conditions de travail difficiles. Leur modèle recommande de considérer l'exposition à différents risques de santé au cours du parcours biographique, et de tenir compte, en particulier, des conditions de vie du migrant pendant son enfance dans son pays d'origine.

⁵ Variation entre individus dans la séquence de gènes.

3 Résultats : Hospitalisation des migrants - Analyse descriptive de la statistique médicale

3.1 Méthodologie

Le but de ce rapport est de répondre à différentes questions portant sur les différences de **taux d'hospitalisation** entre la population migrante et la population suisse, tant d'un point de vue sociodémographique (sexe, âge) que du point de vue du diagnostic. Pour répondre à ces questions, nous nous basons sur la statistique médicale des hôpitaux (ci-après statistique médicale) et la statistique administrative des hôpitaux de l'Office fédéral de la statistique (OFS). Ces deux statistiques nous offrent un panorama quasi exhaustif des **hospitalisations** en Suisse.

Quelques remarques sont nécessaires:

- La statistique médicale ne permet pas de distinguer entre migrants/migrantes et étrangers/étrangères établis de longue date, voire nés en Suisse (2^e ou 3^e génération). Ainsi il n'est pas possible de réaliser une analyse pour la population migrante au sens propre du terme, mais pour les personnes de nationalité étrangère résidant en Suisse.
- Pour construire notre base de données, nous n'avons pris en compte que les patients et les patientes sortis durant l'année de référence (les cas statistiques "A" dans la statistique médicale). De plus, seules les **hospitalisations** sont prises en compte dans la base de données, c'est-à-dire que nous avons exclu les prises en charge hospitalières en ambulatoire.
- A l'exception des pays limitrophes de la Suisse (Allemagne, Autriche, France, Italie et Liechtenstein), la statistique médicale ne permet pas de distinguer les patients et les patientes en fonction de leur nationalité, mais en fonction de leur région de provenance. Nous avons donc choisi le regroupement défini dans le tableau 3.1 ci-dessous. Ce regroupement s'explique d'une part en raison du faible effectif de patients et de patientes provenant de certaines régions et, d'autre part, en raison de leur importance démographique pour la Suisse. Par exemple, nous avons défini une grande région "Afrique", car tous les ressortissants africains mis ensemble représentent 0,99% des patients hospitalisés en Suisse et 0,93% de la population résidente. Une troisième raison provient du taux de codage manquant pour les diagnostics secondaires.

Tableau 3.1 Pays et regroupements des régions de provenance et nombre d'hospitalisations

Régions de provenance	N
Autriche	4'816
Afrique: Afrique du Nord, Afrique centrale et de l'Ouest & Afrique de l'Est et du Sud	12'685
Amérique du Nord: Etats-Unis & Canada	3'022
Amérique du Sud: Amérique du Sud & Amérique centrale et Caraïbes	7'292
Asie: Chine, Japon, Asie du Sud-Est & Asie du Sud	9'547
Suisse	1'047'120
Allemagne	33'080
Europe de l'Est	39'988
Europe de l'Ouest	39'320
Europe du Nord	2'720
France	15'273
Italie	46'274
Océanie: Australie & Nouvelle-Zélande	540
Proche-Orient	11'451
Russie	3'528

Source: Statistique médicale des hôpitaux, OFS

© Obsan

- Certaines nationalités sont importantes à prendre en compte dans les analyses, notamment les personnes originaires de Turquie et celles provenant des pays d'ex-Yougoslavie. Ainsi, la population turque représente 82,3%⁶ du groupe de population "Proche-Orient" et les ressortissants d'ex-Yougoslavie (Bosnie-Herzégovine, Croatie, Macédoine, Serbie-Monténégro) et d'Albanie représentent 87,7% de la population groupée sous "Europe de l'Est". On assume donc que ces différentes proportions se répercutent sur les hospitalisations, c'est-à-dire que la majorité des hospitalisations des ressortissants du Proche-Orient est le fait de personnes originaires de Turquie et la majorité des hospitalisations des ressortissants d'Europe de l'Est est le fait de personnes originaires d'ex-Yougoslavie et d'Albanie.
- On peut faire la même analyse pour la région "Europe de l'Ouest", puisque les populations portugaise et espagnole représentent 78.6% des ressortissants de cette région.
- Dans le cadre de cette étude, il ne nous a malheureusement pas été possible de créer les fichiers démographiques nécessaires pour les années 2002 à 2009 en raison du fait que les régions utilisées dans la statistique médicale diffèrent de celles utilisées par la statistique de la population résidente de nationalité étrangère (PETRA) de l'OFS. Par exemple, les ressortissants turcs sont compris dans la région de provenance "Proche-Orient", alors qu'ils constituent une catégorie à part dans les données démographiques de l'OFS. Il aurait fallu construire une base de données démographiques pour que les différents groupes de nationalités correspondent pour chaque année. Devant l'ampleur de la tâche, nous avons décidé de nous concentrer sur la seule année 2009. De ce fait, des analyses temporelles sont impossibles.
- Il ne nous semble pas pertinent de faire une analyse au niveau de l'hôpital dans la mesure où les diagnostics fournissent une information suffisante quant à la situation sanitaire du patient. Les problèmes de protection des données nous empêchent également de réaliser des analyses à ce niveau.
- Les classes d'âge sont construites de la façon suivante. On regarde les jeunes de moins de 20 (ils sont généralement moins consommateurs de ressources de santé). La deuxième classe correspond aux personnes ayant entre 20 et 39 ans, ceci en raison principalement de la maternité. Puis, on se concentre sur les 40 à 64 ans, soit la vie active "stable". Ensuite on forme deux groupes dès l'âge de la retraite: d'une part pour les personnes de moins de 80 ans, à savoir la retraite "active" et enfin les personnes de plus de 80 ans, à savoir celles qui reçoivent plus de soins.
- Nous basons les différents diagnostics sur les codes de la CIM-10. Il est bien évident que les diagnostics au niveau individuel fournissent des effectifs bien trop faibles pour réaliser des analyses ayant une quelconque valeur statistique. Nous avons donc choisi de les regrouper non pas au niveau des chapitres, puisque dans ce cas la perte d'information aurait été trop importante, mais à un niveau intermédiaire, c'est-à-dire au niveau des catégories (code à trois caractères). Ainsi, nous avons 209 groupes de diagnostics, contre 22 chapitres et 2035 rubriques principales (du code "A00" au code "Z99"). Les graphiques en annexes indiquent chaque fois les 25 diagnostics les plus utilisés.
- En raison de la taille de certains effectifs, nous faisons des analyses séparées des diagnostics principaux et secondaires.
- Les tableaux portant sur les taux d'hospitalisation nous donnent les taux d'hospitalisation pour 1000 résidents standardisés par âge et montrent, parmi les 25 diagnostics les plus utilisés, ceux pour lesquels les différences absolues entre la population suisse et les populations étrangères sont les plus grandes.

⁶ Calculs propres sur la base des données de la statistique PETRA de l'OFS

3.2 Description en fonction du diagnostic principal

En 2009, la population de la Suisse et les hospitalisations dans des hôpitaux suisses se composent de la façon suivante:

Tableau 3.2 Population résidante en Suisse et hospitalisation, 2009

	Population *		Hospitalisations **	
	N	%	N	%
Suisse	6 071 802	77,2	1 047 120	81,9
Etranger	1 793 673	22,8	229'536	18,1
Total	7 865 475	100	1 276'656	100

*Source: OFS, PETRA

© Obsan

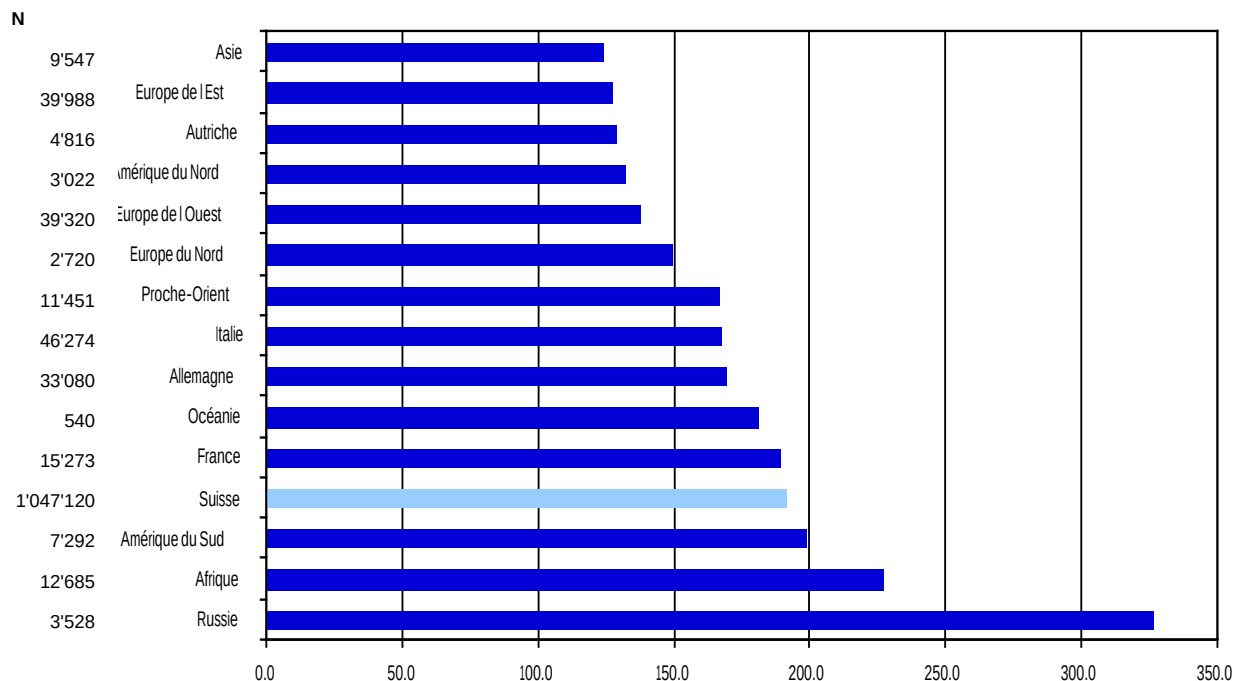
**Source: statistique médicale des hôpitaux, statistique administrative des hôpitaux (OFS)

Le graphique suivant nous indique les taux d'hospitalisation totaux en fonction des différents pays et régions de provenance. Les ressortissants russes et africains présentent les taux d'hospitalisation les plus élevés et, inversement, les Autrichiens, les Européens de l'Est et les ressortissants provenant d'Asie les plus bas.

Dans un premier temps, nous concentrerons nos analyses sur les taux d'hospitalisation des Suisses, des ressortissants d'Europe de l'Est et du Proche-Orient dans la mesure où ces deux derniers groupes comprennent deux communautés importantes en (et pour la) Suisse, à savoir la communauté turque et les ressortissants d'ex-Yougoslavie et d'Albanie et, dans un deuxième temps, nous analyserons les taux d'hospitalisation des Suisses, des Italiens et des ressortissants d'Europe de l'Ouest, puisqu'il s'agit là de deux communautés également importantes en Suisse, mais qui ont une plus longue tradition d'immigration.

3.2.1 Taux d'hospitalisation par région de provenance

Graphique 1 Taux d'hospitalisation pour 1000 habitants, standardisé par âge, par région de provenance, 2009



Source: statistique médicale des hôpitaux, OFS

© Obsan

Le tableau 3.3 (voir également le graphique A.1 en annexe) permet de comparer la population suisse et étrangère en fonction des principaux diagnostics reçus. Le tableau 3.3 montre que les taux d'hospitalisations pour des problèmes liés à l'accouchement (soins maternels liés au fœtus et à la cavité amniotique et complications du travail et de l'accouchement) sont importants, mais ces différences ne peuvent être analysées que dans la partie 3.2.2 (taux d'hospitalisation des femmes). Comme autres différences importantes, on constate sur ce tableau que la population étrangère est plus souvent hospitalisée avec des diagnostics de grippe et pneumopathie.

Par contre, les Suisses et les Suissesses sont plus souvent hospitalisés pour des diagnostics de lésion traumatique du genou ou de la jambe et, de manière prononcée, pour des diagnostics d'arthropathie.

Tableau 3.3 Taux d'hospitalisation pour 1000 habitants, population générale (Suisse vs. étrangers), 2009

Diagnostics principaux	Population suisse	Population étrangère
Soins maternels liés au fœtus et à la cavité amniotique	4,2	5,4
Complications du travail et de l'accouchement	7,5	8,1
Grippe et pneumopathie	3,9	4,4
Lésions traumatiques du genou et de la jambe	9,0	5,9
Arthropathie	20,8	11,8

Source: statistique médicale des hôpitaux, OFS

© Obsan

Les différents taux d'hospitalisation seront analysés au niveau de la région de provenance, de la région de provenance et du sexe, ainsi que de la région de provenance et des différentes classes d'âge pour obtenir une image plus fine de la situation.

Dans un premier temps, nous regardons la population dans son ensemble. Le tableau 3.4 ainsi que le graphique A.2 en annexe indiquent que la population ressortissante du Proche-Orient est plus sujette aux hospitalisations pour des problèmes liés aux troubles de l'humeur. De plus, les hospitalisations pour cardiopathies ischémiques et dorsopathies sont élevées, et ce également pour la population originaire d'Europe de l'Est.

Tableau 3.4 Taux d'hospitalisation pour 1000 habitants, par région de provenance, 2009

Diagnostics principaux	Population suisse	Population du Proche-Orient	Population d'Europe de l'Est
Trouble de l'humeur	5,4	10,2	4,3
Cardiopathies ischémiques	8,4	11,1	8,8
Dorsopathies	8,1	9,9	7,1

Source: statistique médicale des hôpitaux, OFS

© Obsan

A l'inverse, le tableau 3.5 (graphique A.2) indique que la population suisse est plus sujette aux hospitalisations pour des problèmes d'arthropathie et pour les lésions traumatiques du genou et de la jambe que la population ressortissante du Proche-Orient ou d'Europe de l'Est. La même tendance est observée pour des problèmes liés aux cancers (tumeurs malignes).

Tableau 3.5 Taux d'hospitalisation pour 1000 habitants, par région de provenance, 2009

Diagnostics principaux	Population suisse	Population du Proche-Orient	Population d'Europe de l'Est
Arthropathie	20,8	10,0	7,6
Lésions traumatiques du genou et de la jambe	9,0	3,1	3,0
Tumeurs malignes	14,8	10,4	9,9

Source: statistique médicale des hôpitaux, OFS

© Obsan

3.2.2 Taux d'hospitalisation par région de provenance et par sexe

Taux d'hospitalisation des hommes

Les tableaux 3.6 et 3.7, de même que les graphiques A.3 et A.4 présentent les différences dans les taux d'hospitalisation en fonction du sexe. Concernant les hommes, on remarque que les ressortissants du Proche-Orient ont des taux d'hospitalisation pour des problèmes psychiques (schizophrénie et troubles de l'humeur) plus élevés que les ressortissants d'Europe de l'Est et les Suisses.

En ce qui concerne les problèmes de dos (dorsopathies), les « autres » maladies des voies respiratoires supérieures (sans affections aiguës), et les cardiopathies ischémiques, les ressortissants du Proche-Orient ont des taux d'hospitalisation plus élevés que les Suisses et que les Européens de l'Est.

Les Suisses, comme dans le cas de la population totale, ont des taux d'hospitalisation supérieurs pour des problèmes d'arthropathies, des problèmes liés aux cancers (tumeurs malignes) et de lésions traumatiques du genou et de la jambe.

Tableau 3.6 Taux d'hospitalisation par diagnostic principal et par région de provenance, sexe=hommes, pour 1000 habitants, 2009

Diagnostiques principaux	Suisse	Ressortissants du Proche-Orient	Ressortissants d'Europe de l'Est
Troubles de l'humeur	2,1	5,0	1,9
Schizophrénie	1,9	3,2	1,2
Cardiopathies ischémiques	6,4	8,2	6,3
Autres maladies des voies respiratoires supérieures	2,9	4,2	2,4
Dorsopathies	3,9	5,3	3,7
Lésions traumatiques du genou et de la jambe	5,3	1,6	1,8
Tumeurs malignes	8,2	5,8	5,6
Arthropathies	9,8	3,6	3,2

Source: statistique médicale des hôpitaux, OFS

© Obsan

Taux d'hospitalisation des femmes

De manière générale, les femmes originaires du Proche-Orient sont plus souvent hospitalisées pour des *problèmes d'ordre psychique* (troubles névrotiques et troubles de l'humeur) que les Suissesses et les ressortissantes d'Europe de l'Est (voir tableau 3.7). Le taux d'hospitalisation est plus faible pour les ressortissantes du Proche-Orient que pour leurs homologues masculins. Par contre, les problèmes de toxicomanie (troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives) touchent plus les Suissesses que les ressortissantes du Proche-Orient et de l'Europe de l'Est.

Concernant *la santé sexuelle et reproductive*, les taux d'hospitalisation pour les Suissesses sont plus faibles que ceux des ressortissantes d'Europe de l'Est, ainsi que ceux des femmes originaires du Proche-Orient pour ce qui est des hospitalisations pour complications du travail et de l'accouchement. Une partie de cette différence réside certainement dans le fait que les Suissesses ont des taux d'hospitalisation inférieurs pour les accouchements que les ressortissantes d'Europe de l'Est et que les femmes originaires du Proche-Orient, ce qui s'explique par le fait que les femmes d'origine étrangère ont plus d'enfants que les Suissesses.

De même les femmes originaires du Proche-Orient sont plus souvent hospitalisées pour des problèmes cardiaques (autres formes de cardiopathies, et, moins marqué, pour les cardiopathies ischémiques) que les ressortissantes d'Europe de l'Est et les Suissesses.

Ces dernières, comme les hommes suisses, sont plus hospitalisées pour des problèmes d'arthropathies, de lésions traumatiques du genou et de la jambe et de tumeurs malignes.

Tableau 3.7 Taux d'hospitalisation par diagnostic principal et par région de provenance, sexe=femmes, pour 1000 habitants, 2009

Diagnostics principaux	Suissesses	Ressortissantes du Proche-Orient	Ressortissantes d'Europe de l'Est
<i>Problèmes psychiques:</i>			
Troubles névrotiques (notamment facteurs de stress)	1,8	4,1	2,0
Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives	2,1	0,7	0,8
Troubles de l'humeur	3,3	5,2	2,4
<i>Santé sexuelle et reproductive:</i>			
Complications du travail et de l'accouchement	7,5	8,6	8,4
Accouchement	11,4	13,3	12,3
<i>Troubles somatiques :</i>			
Autres formes de cardiopathie	2,4	3,8	2,6
Tumeurs malignes	6,5	4,6	4,3
Lésions traumatiques du genou et de la jambe	1,9	1,5	1,2
Arthropathies	11,1	6,0	4,4

Source: statistique médicale des hôpitaux, OFS

© Obsan

3.2.3 Taux d'hospitalisation par région de provenance et classe d'âge**Taux d'hospitalisation pour les 0-19 ans**

Les taux d'hospitalisation sont très faibles pour les 0-19 ans (graphique en annexe A.5) et concernent surtout les problèmes liés à la reproduction (sujets ayant recours aux services de santé pour des motifs liés à la reproduction (y compris les naissances)): 11,4 hospitalisations pour 1000 Suisses, 8,9 pour 1000 ressortissants du Proche-Orient et 9,6 pour 1000 Européens de l'Est).

Taux d'hospitalisation pour les 20-39 ans

Dans la classe d'âge de 20 à 39 ans (tableau 3.8 et graphique A.6) commencent à apparaître les principaux problèmes mis en évidence dans l'analyse des différences en fonction du sexe. Ainsi les personnes originaires d'Europe de l'Est, mais surtout du Proche-Orient sont plus souvent hospitalisées pour des problèmes psychiques (troubles névrotiques et schizophrénie) que les Suisses et les Suissesses.

Le deuxième grand groupe d'hospitalisation dans cette classe d'âge concerne les hospitalisations liées à la santé sexuelle et reproductive et plus particulièrement tout ce qui découle de la grossesse. Sur le plan formel il n'est pas possible de comparer les populations entières (hommes et femmes) pour des affections qui ne concernent que les femmes. Nous reprenons tout de même ici les explications fournies à la partie 3.2.2, à savoir que le taux d'hospitalisation des Suissesses est plus faible que celui des ressortissantes d'Europe de l'Est, ainsi que celui des femmes originaires du Proche-Orient, en ce qui concerne l'accouchement. Les avortements (grossesse se terminant par un avortement, voir graphique A.6 en annexe) à l'hôpital sont également plus fréquents parmi les femmes originaires du Proche-Orient.

On peut également souligner le fait que la population suisse entre 20 et 39 ans se fait plus hospitaliser pour des problèmes d'arthropathie et pour des lésions traumatiques du genou et de la jambe que les personnes du Proche-Orient et d'Europe de l'Est.

Tableau 3.8 Taux d'hospitalisation par diagnostic principal et par région de provenance, classe d'âge=20-39 ans, pour 1000 habitants, 2009

Diagnostics principaux	Population suisse	Population du Proche-Orient	Population d'Europe de l'Est
<i>Problèmes psychiques:</i>			
Troubles névrotiques (notamment facteurs de stress)	1,2	3,0	1,1
Schizophrénie	1,8	3,0	1,1
Lésions traumatiques du genou et de la jambe	3,4	0,8	1,2
Arthropathies	2,9	1,5	1,2

Source: statistique médicale des hôpitaux, OFS

© Obsan

Taux d'hospitalisation pour les 40-64 ans

Dans la classe d'âge des 40 à 64 ans (tableau 3.9 et graphique A.7), le taux d'hospitalisation pour troubles de l'humeur (dépression notamment) est plus élevé pour les personnes du Proche-Orient que celles d'Europe de l'Est et de Suisse.

Les problèmes de calculs rénaux (lithiases urinaires) sont une maladie fréquente de cette classe d'âge. Les personnes du Proche-Orient sont plus souvent hospitalisées que la population suisse pour ce type de diagnostics. Ce constat est également valable pour les hospitalisations pour des cardiopathies ischémiques.

Les hospitalisations pour les cancers (tumeurs malignes) et les arthropathies augmentent fortement dans cette classe d'âge. La population suisse est plus hospitalisée que la population d'Europe de l'Est ou du Proche-Orient pour ce type de problèmes. Le taux d'hospitalisation pour lésions traumatiques du genou et de la jambe est également supérieur pour la population suisse.

Tableau 3.9 Taux d'hospitalisation par diagnostic principal et par région de provenance, classe d'âge=40-64 ans, pour 1000 habitants, 2009

Diagnostics principaux	Population suisse	Population du Proche-Orient	Population d'Europe de l'Est
Troubles de l'humeur	2,8	6,6	2,9
Lithiases urinaires	1,4	3,2	1,4
Cardiopathies ischémiques	3,8	5,2	4,6
Tumeurs malignes	6,9	4,6	5,1
Lésions traumatiques du genou et de la jambe	3,9	1,0	1,2
Arthropathies	10,2	4,4	4,0

Source: statistique médicale des hôpitaux, OFS

© Obsan

Taux d'hospitalisation pour les 65-79 ans

Le tableau 3.10 (voir également graphique A.8 en annexe) montre que les taux d'hospitalisation pour les problèmes cardiaques (cardiopathies ischémiques et autres formes de cardiopathies) sont plus élevés dans le groupe de population du Proche-Orient que dans la population suisse et dans le groupe de population d'Europe de l'Est. Cette dernière est plus souvent hospitalisée pour des problèmes de grippe et pneumopathie que les personnes provenant du Proche-Orient est celles-ci le sont plus souvent que la population suisse.

La population suisse est par contre plus hospitalisée pour des problèmes d'arthropathies ou de cancer que les groupes de population originaires du Proche-Orient ou d'Europe de l'Est.

Tableau 3.10 Taux d'hospitalisation par diagnostic principal et par région de provenance, classe d'âge=65-79 ans, pour 1000 habitants, 2009

Diagnostics principaux	Population suisse	Population du Proche-Orient	Population d'Europe de l'Est
Cardiopathies ischémiques	3,6	4,3	2,8
Grippe et pneumopathie	1,2	1,8	2,0
Autres formes de cardiopathies	2,8	3,3	2,6
Tumeurs malignes	5,6	4,7	3,0
Arthropathies	6,2	2,8	1,6

Source: statistique médicale des hôpitaux, OFS

© Obsan

Taux d'hospitalisation pour les 80 ans et plus

En ce qui concerne le grand âge, le graphique A.9 en annexe indique que les personnes d'Europe de l'Est sont beaucoup plus hospitalisées pour des diagnostics de grippe et pneumopathie (1,6

hospitalisation pour 1000 personnes) que la population ressortissante du Proche-Orient (0,7 hospitalisation pour 1000 personnes) et de la Suisse (0,8 hospitalisation pour 1000 personnes).

Les personnes du Proche-Orient ont des taux d'hospitalisation plus élevés pour les maladies de la vésicule biliaire, les maladies de l'appareil urinaire et les dorsopathies.

3.3 Description en fonction du diagnostic secondaire

Le diagnostic secondaire renseigne sur les principales affections parallèles au diagnostic principal. Nous nous concentrons également sur les 25 diagnostics les plus fréquents. Les tableaux indiquent les diagnostics pour lesquels les différences absolues entre les groupes de population étudiés sont les plus grandes.

3.3.1 Taux d'hospitalisation par région de provenance

De manière générale (tableau 3.11 et graphique A.10), le diabète sucré et les maladies chroniques des voies respiratoires inférieures sont plus souvent présents comme diagnostic secondaire chez les patients et patientes d'origine étrangère que chez les Suisses et les Suissesses. A l'inverse les problèmes cardiaques (cardiopathies ischémiques) et d'arthropathie touchent plus la population suisse que la population étrangère.

De plus, les hospitalisations pour les problèmes de toxicomanie (Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives) concernent plus la population suisse que celle étrangère.

Tableau 3.11: Taux d'hospitalisation pour 1000 habitants, population générale (Suisses vs. étrangers), 2009

Diagnostics secondaires	Population suisse	Population étrangère
Diabète	3,7	5,0
Maladies chroniques des voies respiratoires inférieures	2,7	3,5
Cardiopathies ischémiques	7,0	6,0
Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives	6,9	5,5
Arthropathie	5,8	3,7

Source: statistique médicale des hôpitaux, OFS

© Obsan

En regardant les diagnostics secondaires au niveau des régions de provenance des patients et des patientes, le tableau 3.12 (graphique A.11) indique que le taux d'hospitalisation pour un diagnostic secondaire de diabète sucré concerne nettement plus les personnes du Proche-Orient que celles d'Europe de l'Est ou de Suisse.

Egalement les personnes du Proche-Orient sont plus concernées par des problèmes cardiaques (cardiopathies ischémiques) et psychiques (troubles de l'humeur) que la population suisse ou celle d'Europe de l'Est.

Par contre la population suisse se fait plus hospitaliser avec un diagnostic secondaire de problèmes d'arthropathie ou de toxicomanie (troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives).

Tableau 3.12 Taux d'hospitalisation pour 1000 habitants, par région de provenance, 2009

Diagnostics secondaires	Population suisse	Population du Proche-Orient	Population d'Europe de l'Est
Diabète	3,7	9,1	6,2
Troubles de l'humeur	2,4	4,5	2,3
Cardiopathies ischémiques	3,4	5,2	3,5
Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives	6,9	5,3	4,0
Arthropathie	4,8	3,6	2,9

Source: statistique médicale des hôpitaux, OFS

© Obsan

3.3.2 Taux d'hospitalisation par région de provenance et par sexe

Si on analyse les diagnostics secondaires sur la base des différences par sexe (tableaux 3.13 et 3.14, ainsi que les graphiques A.12 et A.13 en annexe), les problèmes de diabète concernent plus les hommes que les femmes, et plus la population du Proche-Orient et de l'Europe de l'Est que la population suisse.

En général, les hommes sont plus sujets aux maladies cardiaques (cardiopathies ischémiques), et plus particulièrement les ressortissants du Proche-Orient (tableau 3.13).

Tableau 3.13 Taux d'hospitalisation par diagnostic secondaire et par sexe=homme, pour 1000 habitants, région de provenance, 2009

Diagnostics secondaires	Population suisse	Population du Proche-Orient	Population d'Europe de l'Est
Diabète sucré	2,3	5,1	3,2
Cardiopathies ischémiques	5,4	6,9	4,6
Maladies hypertensives	6,2	5,1	5,0
Arthropathies	2,7	1,5	1,1

Source: statistique médicale des hôpitaux, OFS

© Obsan

Les maladies hypertensives en tant que diagnostic secondaire sont plus fréquentes chez les femmes originaires du Proche-Orient que chez celles d'Europe de l'Est et de Suisses. Inversement, ce diagnostic secondaire est plus fréquent chez les hommes suisses que chez les ressortissants du Proche-Orient et d'Europe de l'Est (tableau 3.14).

Tableau 3.14 Taux d'hospitalisation par diagnostic secondaire et par sexe=femme, pour 1000 habitants, région de provenance, 2009

Diagnostics secondaires	Population suisse	Population du Proche-Orient	Population d'Europe de l'Est
Diabète sucré	1,4	3,9	3,0
Sujets ayant recours aux services de santé pour des motifs liés à la reproduction	6,0	7,6	6,8
Maladies hypertensives	5,3	6,9	5,5
Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes	0,6	1,2	0,7

Source: statistique médicale des hôpitaux, OFS

© Obsan

Lorsqu'on se concentre sur les diagnostics secondaires, les femmes originaires du Proche-Orient se font plus hospitaliser pour des problèmes liés à la reproduction que les femmes originaires d'Europe de l'Est et de Suisse.

.

3.3.3 Taux d'hospitalisation par région de provenance et par classe d'âge

Taux d'hospitalisation pour les 0 - 19 ans

Les diagnostics secondaires pour cette tranche d'âge sont très faibles et concernent principalement des problèmes liés au métabolisme (anomalies du métabolisme) avec des taux d'hospitalisations supérieurs pour les ressortissants du Proche-Orient et d'Europe de l'Est à ceux des enfants suisses (graphique A.14 en annexe).

Taux d'hospitalisation pour les 20 - 39 ans

Dans cette classe d'âge apparaissent les problèmes de santé liés à la reproduction (sujets ayant recours aux services de santé pour des motifs liés à la reproduction), les maladies des voies respiratoires supérieures (autres = à l'exception des affections aiguës) ainsi que les troubles psychiques (troubles névrotiques), diagnostics pour lesquels les taux d'hospitalisations sont plus élevés pour les ressortissantes du Proche-Orient.

Par contre les Suissesses sont plus fréquemment hospitalisées pour des problèmes d'arthropathie et de lésions traumatiques du genou et de la jambe (graphique A.15 en annexe).

Taux d'hospitalisation pour les 40 - 64 ans

Le tableau 3.15 et le graphique A.16 en annexe renseignent sur les principaux diagnostics secondaires des 40 - 64 ans. On voit très clairement apparaître ici des problèmes liés à l'alimentation. Ces derniers touchent moins fortement la population suisse que celle d'Europe de l'Est, mais surtout celle du Proche-Orient, en ce qui concerne le diabète. La même tendance est observée, dans une moindre mesure, pour les problèmes cardiaques.

En général, le diagnostic d'hypertension (maladies hypertensives) est très souvent posé, plus fréquemment chez les personnes d'Europe de l'Est que chez celles du Proche-Orient et dans la population suisse (graphique A.16 en annexe).

Dans cette classe d'âge, les problèmes psychiques représentent également un diagnostic secondaire important, surtout pour la population étrangère. En effet, les taux d'hospitalisation par diagnostic secondaire sont beaucoup plus élevés pour les personnes du Proche-Orient que pour celles d'Europe de l'Est et pour les Suisses et les Suissesses, tant pour les troubles névrotiques que pour les troubles de l'humeur.

Le taux d'hospitalisation par diagnostic secondaire lié à des problèmes de toxicomanie est plus élevé dans la population suisse que dans la population ressortissante du Proche-Orient et d'Europe de l'Est, ainsi que les hospitalisations pour des problèmes d'arthropathie.

Tableau 3.15 Taux d'hospitalisation par diagnostic secondaire et par région de provenance, classe d'âge=40-64 ans, pour 1000 habitants, 2009

Diagnostics secondaires	Population suisse	Population du Proche-Orient	Population d'Europe de l'Est
Diabète sucré	1,5	3,9	2,7
Troubles névrotiques	0,8	2,8	1,8
Troubles de l'humeur	1,2	2,6	1,6
Cardiopathies ischémiques	2,6	3,6	3,0
Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives	3,4	2,3	1,7
Arthropathie	2,9	1,7	1,3

Source: statistique médicale des hôpitaux, OFS

© Obsan

Taux d'hospitalisation pour les 65 - 79 ans

Le tableau 3.16 et le graphique A.17 en annexe nous indiquent que, dans cette classe d'âge, le diabète sucré comme diagnostic secondaire est plus fréquent pour les personnes d'Europe de l'Est, mais surtout pour les personnes originaires du Proche-Orient.

Les insuffisances rénales affectent plus la population ressortissante du Proche-Orient que celle d'Europe de l'Est et la population suisse. La même constatation peut être faite pour certaines cardiopathies (autres). Les cardiopathies ischémiques comme diagnostic secondaire sont aussi plus fréquentes dans la population proche-orientale âgée de 65 à 79 ans que dans la population suisse et d'Europe de l'Est. Mais la comparaison entre ces deux dernières populations montre que ce diagnostic touche plus fréquemment la population suisse que celle d'Europe de l'Est. L'image concernant les cardiopathies ischémiques et les problèmes de dos (dorsopathies, voir annexe A.17) est similaire.

Le diagnostic secondaire d'arthropathies concerne plus la population suisse que celles d'Europe de l'Est et du Proche-Orient, de même que celui de tumeurs malignes.

Tableau 3.16 Taux d'hospitalisation par diagnostic secondaire et par région de provenance, classe d'âge=65-79 ans, pour 1000 habitants, 2009

Diagnostics secondaires	Population suisse	Population du Proche-Orient	Population d'Europe de l'Est
Diabète sucré	1,6	3,1	2,6
Insuffisance rénale	0,8	1,7	0,9
Cardiopathies ischémiques	3,2	3,9	2,4
Tumeurs malignes	1,7	0,8	1,0
Arthropathies	1,7	0,4	0,8

Source: statistique médicale des hôpitaux, OFS

© Obsan

Taux d'hospitalisation pour les 80 ans et plus

En ce qui concerne le 4^{ème} âge (tableau 3.17 et graphique A.18 en annexe), le diabète en tant que diagnostic secondaire reste un problème plus important pour les personnes du Proche-Orient que pour celles d'Europe de l'Est et de Suisse.

Les maladies chroniques des voies respiratoires inférieures sont plus fréquentes chez les personnes originaires du Proche-Orient et d'Europe de l'Est que chez les Suisses.

Il existe plusieurs affections pour lesquelles la population du Proche-Orient est la plus touchée, par exemple les arthropathies, les lésions traumatiques de la tête et les ostéopathies et chondropathies (pas dans le tableau 3.17).

Les problèmes d'hypertension et cardiaques en tant que diagnostic secondaire affectent souvent les personnes hospitalisées, pourtant différemment en fonction de leur région de provenance. En effet, les cardiopathies ischémiques et l'hypertension touchent plus la population ressortissante du Proche-Orient que celle d'Europe de l'Est ou de Suisse. Par contre, les autres formes de cardiopathies affectent plus la population suisse.

Tableau 3.17 Taux d'hospitalisation par diagnostic secondaire et par région de provenance, classe d'âge=80 ans et plus, pour 1000 habitants, 2009

Diagnostics secondaires	Population suisse	Population du Proche-Orient	Population d'Europe de l'Est
Diabète sucré	0,4	1,7	0,7
Maladies chroniques des voies respiratoires inférieures	0,4	0,8	0,8
Cardiopathies ischémiques	1,0	1,2	0,9
Autres formes de cardiopathies	1,8	1,3	1,6

Source: statistique médicale des hôpitaux, OFS

© Obsan

3.4 Une analyse des résidents italiens et d'Europe de l'Ouest

La première analyse sur les différences de taux d'hospitalisation des ressortissants d'Europe de l'Est et du Proche-Orient est complétée par une brève analyse des taux d'hospitalisation des ressortissants italiens et d'Europe de l'Ouest. En effet, les personnes originaires d'Italie représentent un cas particulier de migration en Suisse, puisqu'une importante communauté s'est installée en Suisse suite à la vague migratoire des années 1960-1970. Rappelons ici que les 2^{ème} ou 3^{ème} génération sont encore considérées comme "étrangères", mais on peut supposer qu'elles ont un comportement en terme de santé proche de celui de la population suisse.

Pour ce qui est de l'Europe de l'Ouest, 78,6% des ressortissants de ce groupe proviennent soit du Portugal, soit d'Espagne. Il faut également noter que l'émigration portugaise vers la Suisse date plutôt des années 1980. Ainsi, les classes d'âge les plus représentées sont celles des 20-39 ans et des 40-64 ans. Il semble qu'à l'âge de la retraite, les Portugais retournent plus facilement dans leur pays (Fibbi et al, 2010).

Les tableaux montrent, parmi les 25 diagnostics les plus utilisés tant principaux que secondaires, ceux pour lesquels les différences absolues entre la population suisse et les populations étrangères sont les plus grandes. Ils sont ordonnés par ordre croissant d'importance par rapport à la population suisse.

3.4.1 Les taux d'hospitalisation des ressortissants italiens

De manière générale : Les Italiens et les Italiennes qui résident en Suisse ont un taux d'hospitalisation inférieur à celui des Suisses et des Suissesses (167 hospitalisations pour 1000 ressortissants italiens vs. 191 hospitalisations pour 1000 Suisses). Cette situation se confirme si on regarde les taux en fonction des diagnostics les plus utilisés. En effet, à l'exception des hospitalisations pour des problèmes de grippe et pneumopathie, autour du système biliaire ou du pancréas ou des problèmes cardiaques (cardiopathies ischémiques et autres formes de cardiopathies), les taux d'hospitalisation de la population suisses sont généralement très proches ou plus élevés que ceux de la population italienne, comme le montre le graphique B1 en annexe.

Sexe : Comme l'indiquent les tableaux 3.18 et 3.19, dans les cas où les taux d'hospitalisation sont plus élevés dans la population italienne, on constate que ce sont plutôt les hommes qui se font hospitaliser pour des problèmes liés à une grippe ou une pneumopathie et pour des cardiopathies ischémiques. Le taux d'hospitalisation pour des tumeurs bénignes est plus élevé pour les ressortissantes italiennes que pour les Suissesses (voir également les graphiques B2 et B3 en annexe). Il en est de même pour les hospitalisations pour des maladies de la vésicule biliaire, des voies biliaires et du pancréas.

Par contre, les Suissesses et les Suisses ont des taux d'hospitalisations supérieurs pour des problèmes d'arthropathie et de lésions traumatiques du genou et de la jambe (voir également graphiques B.2 et B.3 en annexe).

Tableau 3.18 Taux d'hospitalisation par diagnostic principal, région de provenance, sexe=hommes, pour 1000 habitants, 2009

Diagnostiques	Suisse	Italie
Grippe et pneumopathie	2,3	3,0
Cardiopathies ischémiques	6.4	6.7
Lésions traumatiques du genou et de la jambe	5.3	3.8
Arthropathie	9,8	6.1

Source: statistique médicale des hôpitaux, OFS

© Obsan

Tableau 3.19 Taux d'hospitalisation par diagnostic principal, région de provenance, sexe=femmes, pour 1000 habitants, 2009

Diagnostiques	Suisse	Italie
Tumeurs bénignes	3,1	3,7
Maladies de la vésicule biliaire, des voies biliaires et du pancréas	2,8	3,3
Lésions traumatiques du genou et de la jambe	3,7	1,9
Arthropathie	11,1	8,3

Source: statistique médicale des hôpitaux, OFS

© Obsan

Age : Les classes d'âge intéressantes sont principalement celles de 40 ans et plus, car elles regroupent les personnes actives de la deuxième génération (40 à 64 ans) et surtout les personnes retraitées arrivées durant l'immigration de masse des années 1960 (65 à 79 ans et les 80 ans et plus). Entre 40 et 64 ans, les personnes originaires d'Italie sont plus souvent traitées pour des lithiases urinaires et des cardiopathies ischémiques que la population suisse. Avec l'âge, les autres formes de cardiopathies sont plus souvent diagnostiquées dans la population italienne que dans la population suisse (voir tableau 3.20 et graphiques B.4 à B.8 en annexe).

Les personnes originaires d'Italie âgées de 65 ans et plus ont des taux d'hospitalisation supérieurs à la population suisse en ce qui concerne les maladies chroniques des voies respiratoires inférieures, c'est-à-dire des maladies ayant pour principaux facteurs de risque le tabagisme et les expositions à des risques professionnels (poussières, produits chimiques, ...) notamment. Les personnes originaires d'Italie ont également des taux d'hospitalisation supérieurs pour des problèmes de grippe et pneumopathie.

A l'exception de la classe d'âge des 0 à 19 ans, les problèmes d'arthropathies et de lésions du genou et de la jambe sont des causes d'hospitalisation plus fréquentes pour la population suisses (voir graphiques B.4 à B.8 en annexe).

Tableau 3.20 Taux d'hospitalisation par diagnostic principal, région de provenance et classe d'âge, pour 1000 habitants, 2009

Diagnostiques	Classe d'âge	Suisse	Italie
Lithiases urinaires	40 à 64 ans	1,4	2,1
Cardiopathies ischémiques	40 à 64 ans	3,4	4,4
Grippe et pneumopathie	65 à 79 ans	1,2	1,5
	80 ans et plus	0,8	1,2
Autres formes de cardiopathies	65 à 79 ans	2,8	3,3
	80 ans et plus	1,6	1,7
Maladies chroniques des voies respiratoires inférieures	65 à 79 ans	0,9	1,4
	80 ans et plus	0,3	0,6

Source: statistique médicale des hôpitaux, OFS

© Obsan

Diagnostiques secondaires : Dans un deuxième temps, on regarde les taux d'hospitalisation en fonction des diagnostics secondaires (voir annexes B9 à B16). Le diagnostic secondaire dont le taux de mention diffère le plus entre la population originaire d'Italie et la population suisse est le diabète sucré (6,1 vs. 3,7), groupe de diagnostics qui comprend notamment le diabète de type 2. Non seulement ce type de diabète est le plus courant, mais en plus il survient le plus souvent chez l'adulte de plus de 40 ans car il est lié à l'obésité.

3.4.2 Les taux d'hospitalisations des ressortissants d'Europe de l'Ouest

De manière générale : Ces personnes d'Europe de l'Ouest ont un taux d'hospitalisation inférieur à celui de la population suisse de manière générale (138 hospitalisations pour 1000 ressortissants vs. 191 hospitalisations pour 1000 Suisses, annexe B1). Seulement les femmes d'Europe de l'Ouest ont des taux d'hospitalisation supérieurs en ce qui concerne les soins maternels et les complications liées à l'accouchement.

Sexe : Le taux d'hospitalisation pour un diagnostic principal d'accouchement est plus faible pour les Européennes de l'Ouest que pour les Suissesses, mais elles ont des taux d'hospitalisation plus élevés que ceux des Suissesses pour des problèmes liés à l'accouchement, comme le montre le taux d'hospitalisation plus élevé pour les soins maternels liés au fœtus et à la cavité amniotique (voir tableau 3.21). De plus, les femmes d'Europe de l'Ouest ont un taux d'hospitalisation pour des troubles de l'humeur équivalent aux Suissesses, mais ce taux est inférieur pour les ressortissants d'Europe de l'Ouest (voir graphique B.2 et B.3 en annexe, ainsi que le tableau 3.21).

Tableau 3.21 Taux d'hospitalisation par diagnostic principal, région de provenance, et par sexe, pour 1000 habitants, 2009

Diagnostiques	Sexe	Suisse	Europe de l'Ouest
Accouchement	Femmes	11,4	9,9
Complications du travail et de l'accouchement	Femmes	7,5	7,9
Soins maternels liés au fœtus et à la cavité amniotique	Femmes	4,2	5,9
Troubles de l'humeur	Hommes	2,1	1,7
	Femmes	3,3	3,3

Source: statistique médicale des hôpitaux, OFS

© Obsan

Age : La situation concernant les problèmes liés à l'accouchement se retrouve bien évidemment si on regarde les taux hospitalisations de la classe d'âge des 20-39 ans (voir graphique B.5).

Les personnes d'Europe de l'Ouest âgées de 40 à 64 ans ont un peu plus souvent été hospitalisées que les personnes originaires de Suisses pour des problèmes de calculs rénaux (voir graphique B.6).

C'est uniquement dans la classe d'âge des 80 ans et plus que les personnes d'Europe de l'Ouest ont des taux d'hospitalisation supérieurs à la population suisse (25 hospitalisations pour 1000 ressortissants d'Europe de l'Ouest vs. 23,3 hospitalisations pour 1000 Suisses). Les diagnostics pour lesquels les personnes d'Europe de l'Ouest ont plus souvent été hospitalisées sont (voir annexe B8) la grippe et la pneumopathie: 1,3 vs. 0,8 ; les maladies cérébrovasculaires: 1,0 vs 0,7 ; les affections du cristallin: 0,4 vs. 0,3 ; les maladies des artères: 0,7 vs. 0,5 et les lésions traumatiques à la tête: 0,6 vs. 0,4.

Diagnostiques secondaires : Quant aux taux d'hospitalisations en fonction des diagnostics secondaires, les personnes d'Europe de l'Ouest sont, contrairement aux personnes originaires d'Italie, peu touchées par les problèmes de diabète sucré (3,6 vs. 6,1, vs. 3.7 pour la population suisse). Par contre, on retrouve ici aussi le fait que les problèmes liés à la grossesse et à l'accouchement touchent plutôt les ressortissantes d'Europe de l'Ouest. En outre, il se trouve une petite différence concernant les problèmes d'ordre psychique (troubles de l'humeur : 2,6 pour 1000 femmes d'Europe de l'Ouest vs. 2,4 pour 1000 Suissesses). En ce qui concerne les problèmes liés à la grossesse et à l'accouchement, c'est sans surprise qu'on les retrouve dans la classe d'âge des 20-39 ans.

4 Synthèse des résultats et discussion

Globalement les ressortissants du Proche-Orient, de l'Europe de l'Est et de l'Ouest et de l'Italie établis en Suisse ne présentent pas des taux d'hospitalisation plus élevés que les Suisses

La proportion d'étrangers et d'étrangères qui ont été hospitalisés en 2009 est inférieure à la proportion d'étrangers et d'étrangères dans la population suisse (18,1% versus 22,8%).

La statistique médicale des hôpitaux permet de connaître la région d'origine des personnes hospitalisées par grands groupes de régions et le pays d'origine pour quelques pays limitrophes. Les analyses se sont centrées sur quatre groupes de population étrangère en Suisse tels qu'ils sont groupés dans cette statistique: les personnes originaires du « Proche-Orient », dont 82,3% sont des ressortissants de Turquie et celles d'« Europe de l'Est » dont 87,7% appartiennent à un pays de l'ex-Yougoslavie ou à l'Albanie, les ressortissants d'Europe de l'Ouest dont 78,6% proviennent soit du Portugal, soit d'Espagne, et les ressortissants italiens.

Les taux d'hospitalisation des ressortissants du Proche-Orient, d'Europe de l'Ouest et de l'Est et d'Italie sont inférieurs à celui de la population suisse. Derrière ces taux plus bas se cachent des disparités selon les diagnostics. Seules les différences en défaveur des étrangers seront présentées.

Dans l'ensemble de la population étrangère, un taux d'hospitalisation plus élevé peut être observé pour le diagnostic principal de « grippe et pneumopathie » et les problèmes posés par la grossesse et l'accouchement.

Grippe et pneumopathie

Un taux d'hospitalisation plus élevé est observé chez les hommes du Proche-Orient, de l'Europe de l'Est et d'Italie ainsi que chez les mêmes personnes de 65 à 79 ans (sauf Europe de l'Ouest) et de 80 ans et plus (sauf Proche-Orient, voir en annexe 2 l'ensemble des différences par sexe et âge pour le diagnostic primaire et le diagnostic secondaire). La recherche de littérature (non exhaustive) n'a pas permis de mettre en évidence des études scientifiques sur la question du diagnostic de grippe et de pneumopathie. Certaines hypothèses peuvent tout de même être faites pour expliquer ce taux plus élevé.

Des conditions de travail difficiles (froid, poussière, agents polluants...) ou l'insalubrité du logement ainsi que la cohabitation avec d'autres personnes dans un espace restreint pourraient être des facteurs contribuant à expliquer ces taux d'hospitalisation plus élevés. Les personnes étrangères pourraient attendre plus longtemps avant de se soigner, négliger l'automédication ou tarder à contacter un médecin. Les données du GMM II font état d'utilisation des services d'urgence élevés pour certains groupes de population qui laisseraient penser à un recours tardif au système de soins. Le tabagisme, plus élevé parmi la population résidente étrangère, pourrait aussi expliquer ces taux d'hospitalisation élevés. Les données du GMM II mettent en évidence que la population résidente étrangère réalise moins d'examens préventifs que la population suisse. Les données de l'Enquête suisse sur la santé montrent que 17,2% de la population suisse a fait le vaccin contre la grippe au cours des douze derniers mois contre seulement 13,9% de la population étrangère. Ce taux plus bas de vaccination contre la grippe chez les personnes âgées étrangères pourrait constituer une des raisons à ce taux plus élevé d'hospitalisation pour « grippe et pneumopathie ».

Problèmes posés par la grossesse et l'accouchement

Ces problèmes génèrent des taux d'hospitalisation globalement plus élevés pour les femmes du Proche-Orient, de l'Europe de l'Est et de l'Ouest, et s'observent logiquement dans la classe d'âge des 20 à 39 ans. Une partie de ces taux d'hospitalisation plus élevés peut être attribuée au fait que les femmes étrangères ont en moyenne plus d'enfants que les femmes suisses (Wanner et al., 2005).

Les femmes étrangères de 20 à 39 ans ont des taux d'hospitalisation plus élevés pour la « grossesse se terminant par un avortement », et parmi les femmes étrangères, ces taux sont plus élevés pour les femmes du Proche-Orient que pour les femmes de l'Europe de l'Est. Plusieurs études réalisées en Suisse ont montré des taux plus élevés d'avortements dans la population étrangère (Addor et al., 2003), en particulier pour les ressortissantes d'ex-Yougoslavie (Berrut, 2011; Meystre-Agostoni & Spencer, 2010). La littérature a montré que ces taux plus élevés pouvaient être mis en relation avec le manque d'accès à la contraception (Bollini & Wanner, 2006). Les études citées mettent en évidence en plus de la

condition d'étrangère, l'importance de l'état civil, le fait d'être au chômage, le niveau plus faible de formation et le manque d'accès aux services de planning familial et de contraception.

Des taux plus élevés sont aussi observés pour les problèmes concernant l'accouchement. Une étude qualitative comparant la survenue de la grossesse chez des femmes turques et portugaises à celle parmi des femmes suisses a mis en évidence que les femmes étrangères doivent faire face à un nombre élevé de situations de stress et que les femmes turques avaient des lacunes importantes au niveau de l'information sur la santé reproductive (Bollini et al., 2007).

Des taux d'hospitalisation pour des problèmes de santé mentale plus élevés dans la population du Proche-Orient que parmi les personnes d'Europe de l'Est et de Suisse

Des taux d'hospitalisation plus élevés sont observés chez les personnes du Proche-Orient pour les troubles de l'humeur et le stress chez les hommes et les femmes (dans les classes d'âge de 20 à 39 et 40 à 64 ans). Pour ce type de troubles des taux plus élevés ont été observés chez les ressortissants d'Europe de l'Ouest uniquement dans la classe d'âge des 40 à 64 ans. Des taux plus élevés d'hospitalisation pour la schizophrénie ont été observés seulement chez les hommes du Proche-Orient (dans la classe d'âge des 20 à 39 ans). La population italienne ne présente pas des taux d'hospitalisation concernant la santé psychique plus élevés que la population suisse. Ces taux plus élevés pour les personnes du Proche-Orient correspondent à ce qui a déjà été révélé par deux études qui montrent que les hommes originaires de Turquie avaient des taux d'hospitalisation élevés en clinique psychiatrique, l'une dans le canton de Zurich (Lay et al., 2007) et l'autre dans le canton du Tessin (Testa-Mader et al., 2003). Dans cette dernière étude, les étrangers et les étrangères avaient aussi des taux de première admission en clinique psychiatrique nettement plus élevés pour la schizophrénie. Les auteurs avaient associés ces problèmes à de plus grandes difficultés d'intégration, à un statut précaire et à des expériences traumatiques.

Des taux d'hospitalisation pour dorsopathies plus élevés parmi les hommes du Proche-Orient dans la deuxième partie de la vie professionnelle ainsi que chez ceux de plus de 80 ans

Des taux d'hospitalisation plus élevés sont observés chez les personnes du Proche-Orient pour les dorsopathies, particulièrement chez les hommes (dans les classes d'âge de 40 à 64 ans et de 80 ans et plus). Les hommes de cette origine sont particulièrement concernés par des conditions de travail difficiles pouvant avoir pour conséquences des troubles musculo-squelettiques dont les conséquences à long terme peuvent être des hospitalisations pour dorsopathies.

Des taux d'hospitalisation pour cardiopathies ischémiques plus élevés parmi les personnes du Proche-Orient dès l'âge de 40 ans

Les personnes du Proche-Orient dès l'âge de 40 ans ont des taux d'hospitalisation plus élevés pour des cardiopathies ischémiques. Des taux plus élevés sont aussi observés parmi les ressortissants d'Europe de l'Est dans la classe d'âge des 40 à 64 ans et dans celle des 80 ans et plus. Des taux légèrement plus élevés sont observés dans la population italienne. Les maladies cardio-vasculaires sont liées à un certain nombre de facteurs de risques (hypercholestérolémie, hypertension, diabète, excès de poids) mais aussi aux conditions de travail, facteurs qui présentent leurs conséquences dans la seconde moitié de vie et dans des populations plus exposées à de telles conditions (Conne-Perréard et al., 2001)

Les migrants et les migrantes, selon le GMM II, manifestent plusieurs comportements de santé qui peuvent les exposer à un risque plus élevé de maladies cardio-vasculaires : manque d'activité physique, obésité, consommation insuffisante de fruits et légumes, tabagisme.

Des taux d'hospitalisation plus élevés ont aussi été observés pour les maladies des voies respiratoires inférieures et supérieures, pour les maladies de la vésicule biliaire et du pancréas, pour les lithiases urinaires et les autres maladies de l'appareil urinaire (voir annexe 2). La plupart de ces différences sont observées dans les classes d'âge supérieures.

Au niveau du diagnostic secondaire, les taux d'hospitalisation les plus élevés ont été observés pour le diabète

Aussi bien chez les hommes que chez les femmes, des taux d'hospitalisation nettement plus élevés avec comme diagnostic secondaire le diabète ont été observés, tant chez les ressortissants d'Europe de l'Est, du Proche-Orient, que d'Italie. Les personnes d'Europe de l'Ouest ne sont pas touchées. Ces taux plus élevés ont été observés dès l'âge de 40 ans.

Ces données corroborent celles d'études internationales (Uitewaal et al., 2004) qui ont montré que la prévalence du diabète dans la population turque était nettement plus élevée que dans la population autochtone. Les facteurs de risque sont les mêmes que pour les maladies cardio-vasculaires.

Des taux d'hospitalisation plus élevés avec comme diagnostic secondaire les maladies des voies respiratoires inférieures ont aussi été observés dans la population étrangère et chez les hommes italiens. D'autres différences de taux d'hospitalisation en fonction du diagnostic secondaire sont observées (voir annexe 2) mais ne sont pas discutées ici.

Grande pertinence de la statistique médicale des hôpitaux pour l'étude des différences de taux d'hospitalisation entre la population suisse et étrangère...

La statistique médicale des hôpitaux recense chaque année les données des hospitalisations effectuées en Suisse. Le relevé, quasi exhaustif, est effectué par chaque clinique et hôpital. Des informations sociodémographiques des patients telles que l'âge, le sexe et la nationalité ainsi que jusqu'à 30 diagnostics et autant de traitements par cas sont aussi collectées. C'est donc une base de données très riche et de très grande valeur pour l'analyse des taux et des causes d'hospitalisation en Suisse et qui apporte une connaissance complémentaire par rapport à des données d'enquête.

... mais limites importantes dans les analyses sur les migrants

Les données sociodémographiques de la statistique médicale des hôpitaux ne permettent pas de définir un "migrant". Seule la nationalité de la personne est connue et aucune information n'est collectée sur la date d'entrée en Suisse, sur le lieu de naissance, le type de permis d'établissement, etc. Les groupes de nationalités peuvent rassembler des personnes au profil très hétérogène. L'année d'arrivée en Suisse serait une indication précieuse pour pouvoir conduire des études plus précises sur les taux d'hospitalisation des migrants.

De manière générale, les critères pour constituer les différents groupes de migrants devraient être unifiés entre la statistique médicale des hôpitaux et la statistique de la population de l'Office fédéral de la statistique pour pouvoir comparer les différentes sources de données.

Pour des raisons de protection des données, la statistique médicale des hôpitaux fournit des informations sur la région mais pas sur le pays de provenance des migrants, à l'exception des pays limitrophes. Pour pouvoir réaliser des études plus précises, il conviendrait de pouvoir faire lever cette protection. Les regroupements de pays de la statistique médicale des hôpitaux diffèrent de ceux retenus par l'Office fédéral de la statistique rendant les comparaisons difficiles.

Besoins de recherche dans le domaine

Le but de ce projet était d'étudier les différences de taux d'hospitalisation entre étrangers et autochtones. Il ne couvre pas les domaines des traitements ambulatoires, l'ambulatoire des hôpitaux et les EMS. Ce projet peut être considéré comme une première étude dans le domaine. Dans ce premier travail, seules les différences selon les régions du Proche-Orient, de l'Europe de l'Est et de l'Ouest et de l'Italie ont été présentées. D'autres groupes de nationalité pourraient faire l'objet d'autres analyses. Si les problèmes de confidentialité étaient résolus, des analyses plus poussées pour certains pays deviendraient possibles. Dans le futur, pour réaliser une étude similaire, il serait important d'impliquer des médecins pour une meilleure compréhension des différences dans les taux d'hospitalisation.

5 Bibliographie

- Addor, V., F. Narring & P.A. Michaud (2003). Abortion trends 1990-1999 in a Swiss region and determinants of abortion recurrence. *Swiss Med Wkly*, 133(15-16): 219-226.
- Attias-Donfut, C. & P. Tessier (2005). Santé et vieillissement des immigrés. *Retraite et société*, 3(46): p. 89-129.
- Baleyrier, B., C. Damsa, C. Schutzbach, O. Stauffer & D. Glauser (2003). [Comparison between Swiss and foreign patients characteristics at the psychiatric emergencies department and the predictive factors of their management strategies]. *Encephale*, 29: 205-212.
- Berrut, S. (2011). Statistique des interruptions de grossesse 2010. Etat des lieux de l'interruption de grossesse en Suisse. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- Bischoff, A., M. Schneider, K. Denhaerynck & E. Battegay (2009). Health and ill health of asylum seekers in Switzerland: an epidemiological study. *Eur J Public Health*, 19(1): 59-64.
- Bollini, P., S. Fall & P. Wanner (2010). Vers un système intégré d'indicateurs de la santé maternelle et infantile auprès des collectivités d'origine étrangère en Suisse. Rapport final pour l'Office fédéral de la santé publique. Berne: Office fédéral de la santé publique.
- Bollini, P., U. Stotzer & P. Wanner (2007). Pregnancy outcomes and migration in Switzerland: results from a focus group study. *Int J Public Health*, 52(2): 78-86.
- Bollini, P. & P. Wanner (2006). Santé reproductive des collectivités migrantes. Disparités de risques et possibilités d'intervention. Neuchâtel: Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population.
- Bollini, P., P. Wanner & S. Pampallona (2011). Trends in maternal mortality in Switzerland among Swiss and foreign nationals, 1969-2006. *Int J Public Health*, 56(5): 515-521.
- Christen, L. & S. Christen (2003). Beschreibung der Basisdaten stationärer psychiatrischer Behandlungen in der Schweiz 1998 bis 2000. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé
- Conne-Perréard, E., M.-J. Glardon, J. Parrat & M. Usel (2001). Effets de conditions de travail défavorables sur la santé des travailleurs et leurs conséquences économiques. Genève: Conférence romande et tessinoise des offices cantonaux de protection des travailleurs. Office cantonal de l'inspection et des relations du travail.
- Fernandes, A., M. Carballo, J. Malheiros & J. Miguel (2007). Challenges for health in the age of migration: health and migration in the European Union. Lisbonne.
- Frick, U., R. Lengler, M. Neuenschwander, J. Rehm & C.S. Gross (2006). Inanspruchnahme stationär-psychiatrischer Versorgung durch SchweizerInnen und AusländerInnen im Kanton Zürich 1995–2002. Berne: Office fédéral de la santé publique.
- Gabadinho, A., P. Wanner & J. Dahinden (2007). La santé des populations migrantes en Suisse : une analyse des données du GMM : le rôle du profil socioéconomique, sociodémographique et migratoire sur l'état de santé, les comportements et le recours aux services de santé. Neuchâtel: Forum suisse des migrations.
- Gadd, M., S.E. Johansson, J. Sundquist & P. Wandell (2003). Morbidity in cardiovascular diseases in immigrants in Sweden. *J Intern Med*, 254(3): 236-243.
- Guggisberg, J., L. Gardiol, I. Graf, T. Oesch, K. Künzi, T. Volken et al. (2011). Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (GMM) in der Schweiz. Schlussbericht. Bern: Bundesamt für Gesundheit, Bundesamt für Migration.
- Guggisberg, J., T. Oesch & L. Gardiol (2009). Migrantinnen und Migranten in der Invalidenversicherung. Soziale Unterschichtung, gesundheitliche Lage und Invalidisierungsrisiko. Ein Vergleich der Bevölkerung schweizerischer Nationalität mit Staatsangehörigen aus dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei. Bern: Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS AG.
- Hamel, C. & M. Moisy (2010). L'expérience de la migration, santé perçue et renoncement aux soins. In: I. INED (Eds.), *Trajectoires et Origines. Enquête sur la diversité des populations en France. Premiers résultats Octobre 2010* (Vol. Document de travail 168). Paris.
- Hergenc, G., H. Schulte, G. Assmann & A. von Eckardstein (1999). Associations of obesity markers, insulin, and sex hormones with HDL-cholesterol levels in Turkish and German individuals. *Atherosclerosis*, 145(1): 147-156.
- Ipsiroglu, O.S., M. Herle, E. Spoula, D. Moslinger, B. Wimmer, P. Burgard et al. (2005). Transcultural pediatrics: compliance and outcome of phenylketonuria patients from families with an immigration background. *Wien Klin Wochenschr*, 117(15-16): 541-547.
- Jusot, F., J. Silva, P. Dourgnon & C. Sermet (2008). Etat de santé des populations immigrées en France. Paris: IRDES.

- Lay, B., C. Lauber, C. Nordt & W. Rossler (2006). Patterns of inpatient care for immigrants in Switzerland: a case control study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 41(3): 199-207.
- Lay, B., C. Lauber & W. Rossler (2005). Are immigrants at a disadvantage in psychiatric in-patient care? *Acta Psychiatr Scand*, 111(5): 358-366.
- Lay, B., C. Nordt & W. Rossler (2007). Mental hospital admission rates of immigrants in Switzerland. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 42(3): 229-236.
- Loutan, L., D. Bierens de Haan & L. Subilia (1997). La santé des demandeurs d'asile : du dépistage des maladies transmissibles à celui des séquelles post-traumatiques. *Bull. Soc. Path. Ex*, 90(4): 233-237.
- Marques-Vidal, P., P. Vollenweider, G. Waeber & F. Paccaud (2011). The prevalence and management of cardiovascular risk factors in immigrant groups in Switzerland. *Int J Public Health*.
- Merten, S., C. Wyss & U. Ackermann-Liebrich (2007). Caesarean sections and breastfeeding initiation among migrants in Switzerland. *Int J Public Health*, 52(4): 210-222.
- Meystre-Agustoni, G. & B. Spencer (2010). Interruptions de grossesse dans le canton de Vaud en 2009. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
- Mladovsky, P. (2007a). Migration and health in the EU health systems. *Euro Observer*, 9(4).
- Mladovsky, P. (2007b). Migration and health in the EU. Research Note. Londres: European Commission. Employment, Social Affairs and Equal Opportunities.
- Narring, F., N. Roulet, V. Addor & P.A. Michaud (2002). Abortion requests among adolescents in comparison with young adults in a Swiss region (1990-1998). *Acta Paediatr*, 91(8): 965-970.
- Office fédéral de la statistique (2011). Enquête suisse sur la population active et statistiques dérivées : l'offre de travail au 2e trimestre 2011. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- Rausa, F. & S. Reist (2008). La population étrangère en Suisse, Edition 2008. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- Razum, O., H. Zeeb, U. Meesmann, L. Schenk, M. Bredehorst, P. Brzoska et al. (2008). Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Migration und Gesundheit. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Schenk, L. (2007). [Migration and health--developing an explanatory and analytical model for epidemiological studies]. *Int J Public Health*, 52(2): 87-96.
- Spallek, J. & O. Razum (2008). Erklärungsmodelle für die gesundheitliche Situation von Migrantinnen und Migranten. In: U. Bauer, Bittlingmayer, U. H. und Richter, M. (Eds.), *Health Inequalities – Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit* (p. 271-288). Wiesbaden: VS-Verlag.
- Spycher, S., P. Detzel & J. Guggisberg (2006). Etrangers, étrangères, chômage et assurance-chômage. Berne: Seco.
- Testa-Mader, A., N. Clerici & A. Degrate (2003). La population étrangère au Tessin: malaise psychique et utilisation des services psychiatriques publics. In: Seismo (Eds.), *Les migrations et la Suisse* (p. 508-527). Zurich: Wicker HR, Fibbi R, Haug W.
- Testa-Mader, A., A. Degrate & N. Clerici (1999). [Mental disorder and the use of public psychiatric services in the foreign population in the Canton Ticino region]. *Epidemiol Psichiatri Soc*, 8(3): 209-219.
- Testa-Mader, A., A. Degrate & N. Clerici (2002). Les personnes étrangères et suisses entrées en contact avec la psychiatrie publique: une étude comparative concernant trois régions de soins en Suisse. *Schweiz Arch Neurol Psychiatr*, 3(153): 123-130.
- Uitewaal, P.J., D.R. Manna, M.A. Bruijnzeels, A.W. Hoes & S. Thomas (2004). Prevalence of type 2 diabetes mellitus, other cardiovascular risk factors, and cardiovascular disease in Turkish and Moroccan immigrants in North West Europe: a systematic review. *Prev Med*, 39(6): 1068-1076.
- Villadsen, S.F., E. Sievers, A.M. Andersen, A. Arntzen, M. Audard-Mariller, G. Martens et al. (2010). Cross-country variation in stillbirth and neonatal mortality in offspring of Turkish migrants in northern Europe. *Eur J Public Health*, 20(5): 530-535.
- Wanner, P., M. Lerch & R. Fibbi (2005). Familles migrantes et migrations. Le rôle de la famille sur les flux migratoires. Neuchâtel: Office fédéral de statistique.
- Wolff, H., M. Epiney, A.P. Lourenco, M.C. Costanza, J. Delieutraz-Marchand, N. Andreoli et al. (2008a). Undocumented migrants lack access to pregnancy care and prevention. *BMC Public Health*, 8: 93.
- Wolff, H., A. Lourenco, P. Bodenmann, M. Epiney, M. Uny, N. Andreoli et al. (2008b). Chlamydia trachomatis prevalence in undocumented migrants undergoing voluntary termination of pregnancy: a prospective cohort study. *BMC Public Health*, 8: 391.
- Wyssmüller, C. & D. Efionayi (2007). Literatur- und Datenstudie zum Thema „Migration und Invalidenversicherung“. Neuchâtel: Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population.

6 Annexes

Annexe 1 Etudes en Grande Bretagne comprenant des informations sur la santé des migrants

- La « General Household Survey », une étude annuelle transversale conduite par le National Statistics Office.
- La « British Household Panel Survey » conduite annuellement depuis 1991 par le National Statistics Office.
- La « English Longitudinal Survey of Aging » conduite tous les deux ans depuis 1998 par l'University College London, l'Institute of Fiscal Studies et le National Centre for Social Research. L'échantillon de 1999 incluait un échantillon augmenté représentatif des minorités ethniques (qui n'a pas été poursuivi pour des raisons financières).
- La "1970 British Cohort Study" conduite par le Centre for Longitudinal Studies at the Institution of Education. Les enquêtes ont été conduites à la naissance (1970), puis ensuite après 10, 16, 26 et 29 ans.
- La « Millennium Cohort Study » fondée par le ESRC conduite à la naissance (2000) et trois ans après. La méthode d'échantillonnage a permis de surréchantillonner les familles vivant dans des quartiers de pauvreté enfantine, dans des petits pays de Grande Bretagne et dans des quartiers avec des minorités ethniques en Angleterre.
- Les "Health Surveys for England and Scotland", sur base annuelle.
- Le « Census 2001 ». Des informations sur la nationalité et l'année d'entrée en Grande Bretagne devraient être ajoutées dans le recensement de 2011.

Annexe 2 Différences au niveau des taux d'hospitalisation entre ressortissants du Proche-Orient, de l'Europe de l'Est et de l'Ouest et de l'Italie par rapport aux Suisses

Diagnostic principal	Tous	Hommes	Femmes	0-19 ans	20-39 ans	40-64 ans	65-79 ans	80+ ans
Grippe et pneumopathie	E-PO-EE-I	PO-EE-I					PO-EE-I	EE-I-EO
Grossesse, accouchement	E-PO		PO-EE-EO		PO-EE			
Troubles de l'humeur+stress	PO	PO	PO		PO	PO-EO		
Schizophrénie		PO			PO			
Dorsopathies	PO	PO				PO-EE		PO
Cardiopathies ischémiques	PO-I	PO	PO			PO-EE-I	PO-I	PO-EE-I
Maladies des voies respiratoires supérieures		PO			PO	(PO)	I	I
Maladies des voies respiratoires inférieures							PO-EE	PO-EE-I
Maladies vésicule biliaire, pancréas	I	PO	PO-EE-I			PO-EE	PO	PO
Lithiases urinaires						PO-EE-EO-I		
Autres maladies de l'appareil urinaire								PO
Diagnostic secondaire								
Diabète sucré	E-PO-EE-I	PO-EE-I	PO-EE-I			PO-EE-I	PO-EE-I	PO-EE
Maladies des voies respiratoires inférieures	E	I						PO-EE
Maladies des voies respiratoires supérieures	PO							
Troubles de l'humeur+stress	PO		PO		PO-EE			
Dorsopathies	PO	PO	PO		PO-EE		PO	
Accouchement	PO-EE		PO-EE-I		PO-EE			
Cardiopathies ischémiques	PO	PO	PO-EE		PO		PO	
Maladies hypertensives			PO		EE			
Maladies intestinales infectieuses				EE				
Autres maladies de l'appareil respiratoire				PO-EE				
Affections aiguës des voies respiratoires supérieures				PO-EE				
Affections respiratoires et cardio-vasculaires				PO				
Anomalies du métabolisme				PO-EE				
Obésité						PO		
Insuffisance rénale							PO	
Agents d'infections bactériennes, virales et autres								PO

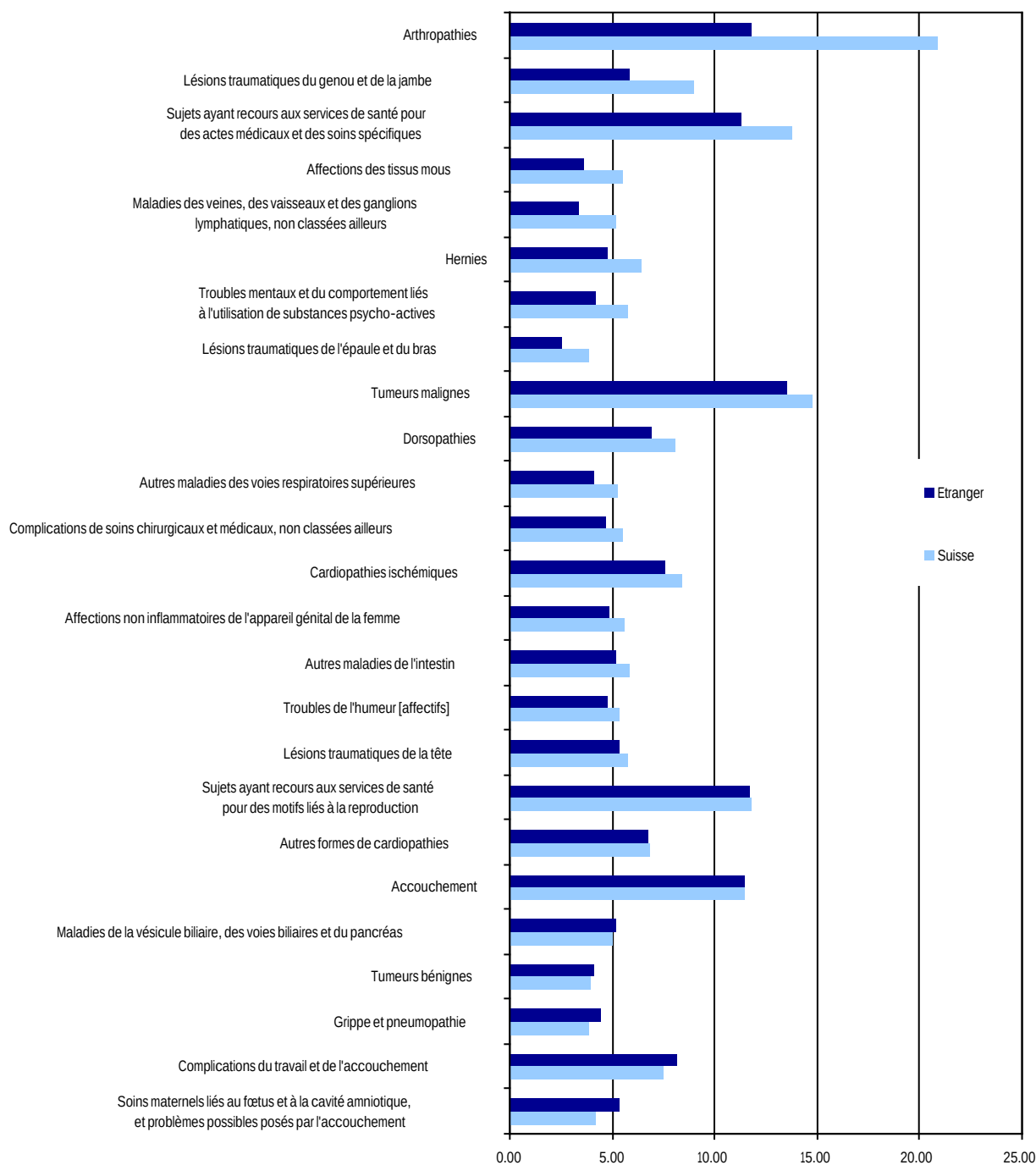
Source: statistique médicale des hôpitaux, OFS

© Obsan

Légende : E : étrangers, PO : Proche-Orient, EE : Europe de l'Est, EO : Europe de l'Ouest, I : Italie

Lecture : première cellule : Grippe et pneumopathie (E-PO-EE-I). Les étrangers, les ressortissants du Proche-Orient, d'Europe de l'Est et d'Italie ont des taux d'hospitalisation plus élevés pour la Grippe et pneumopathie que les Suisses.

Annexes A Europe de l'Est et Proche-Orient

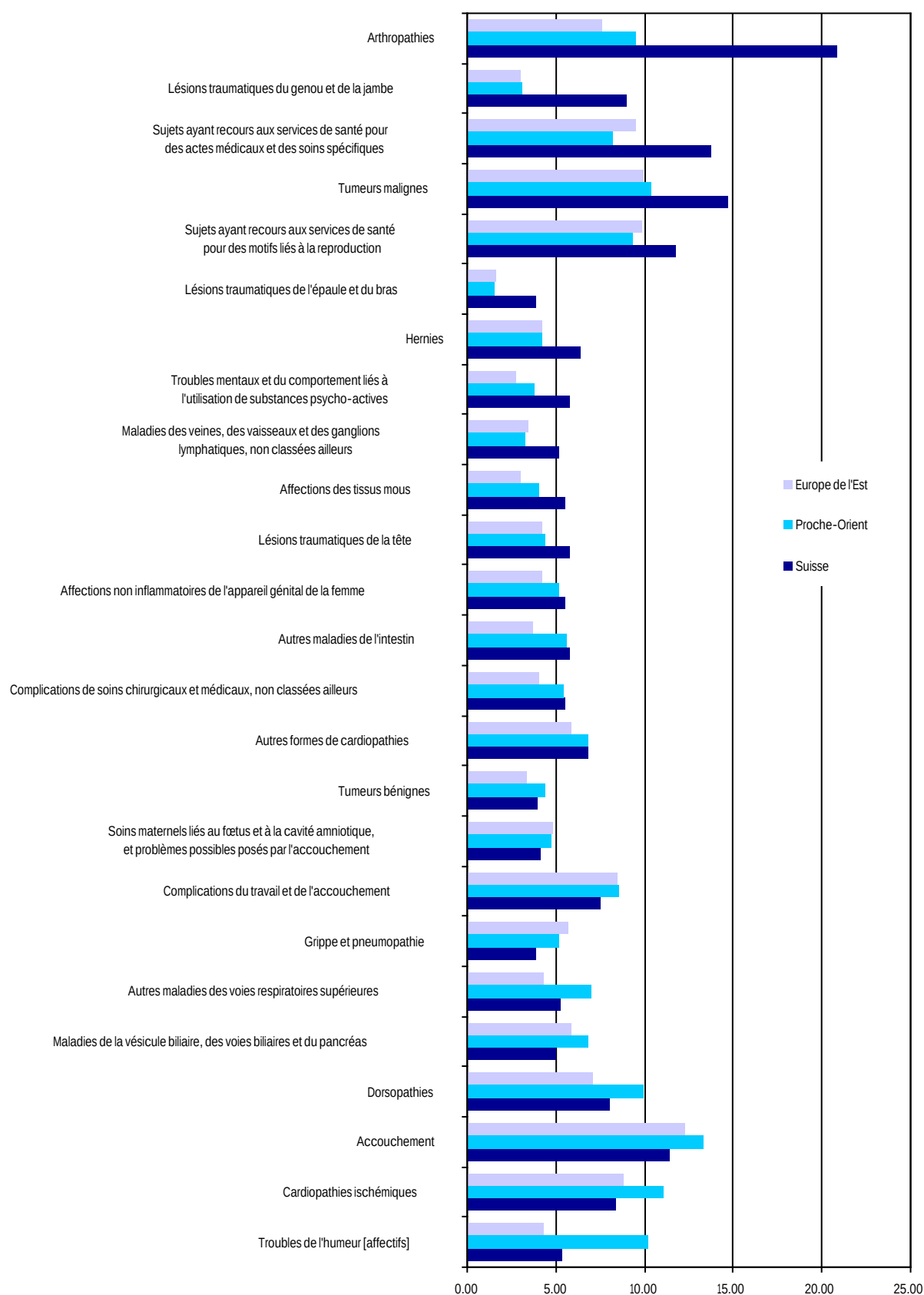
Graphique A.1 Taux d'hospitalisation pour 1000 habitants, 25 diagnostics principaux, 2009⁷

Source: statistique médicale des hôpitaux, OFS

© Obsan

⁷ Les groupes de diagnostics définis comme "autres..." ou "sujets ayant recours..." sont des catégories difficiles à cerner, car ils regroupent souvent un grand nombre de diagnostics qui sont difficiles à intégrer dans une catégorie plus précise. Ils apparaissent néanmoins dans les différents graphiques car ils sont source d'un grand nombre d'hospitalisations.

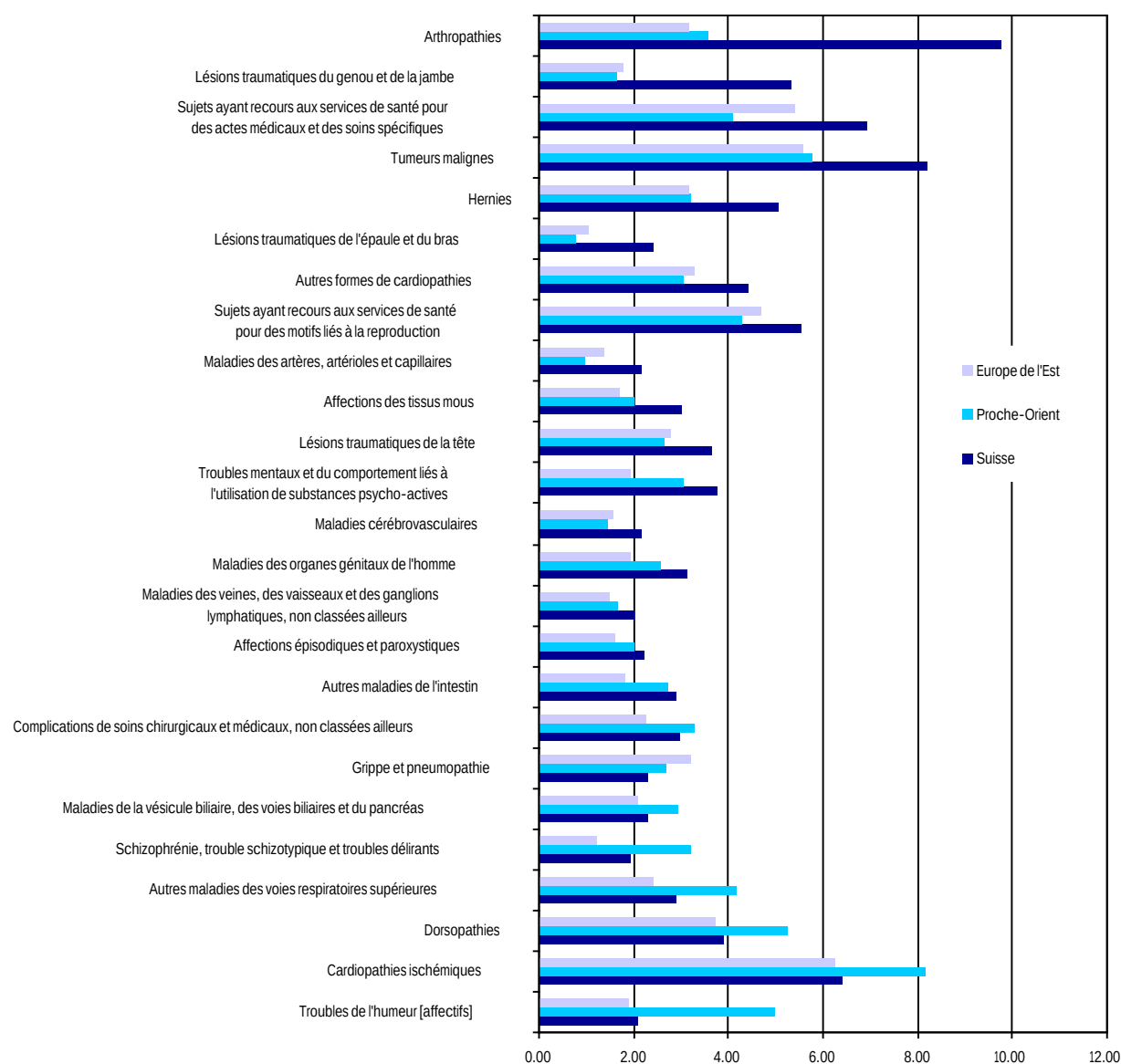
Graphique A.2 Taux d'hospitalisation pour 1000 habitants, standardisés par âge, en fonction des diagnostics principaux et de la région de provenance, 2009



Source: statistique médicale des hôpitaux, OFS

© Obsan

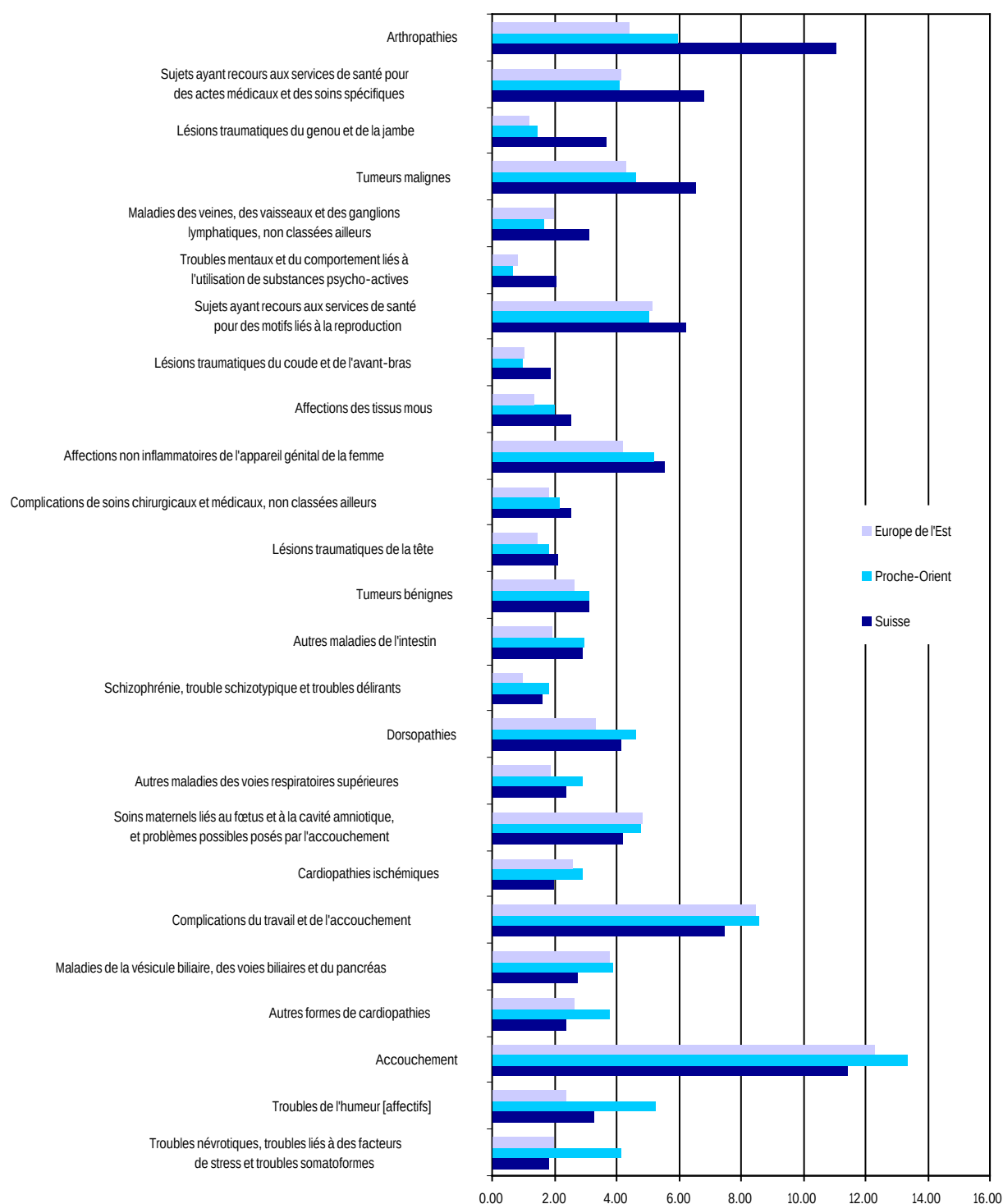
Graphique A.3 Taux d'hospitalisation pour 1000 habitants, par diagnostic principal et région de provenance, sexe=homme, 2009



Source: statistique médicale des hôpitaux, OFS

© Obsan

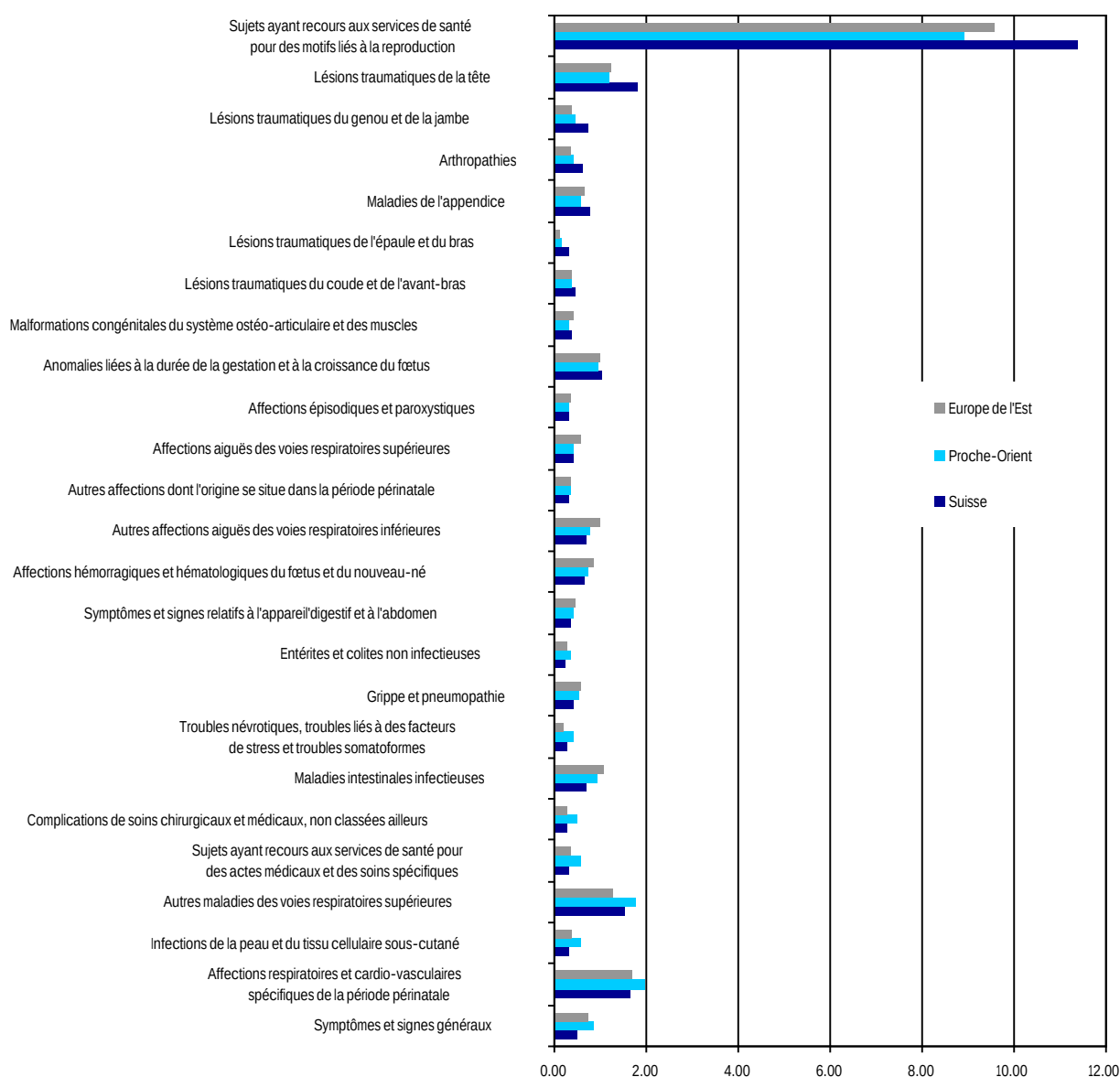
Graphique A.4 Taux d'hospitalisation pour 1000 habitants, par diagnostic principal et région de provenance, sexe=femme, 2009



Source: statistique médicale des hôpitaux, OFS

© Obsan

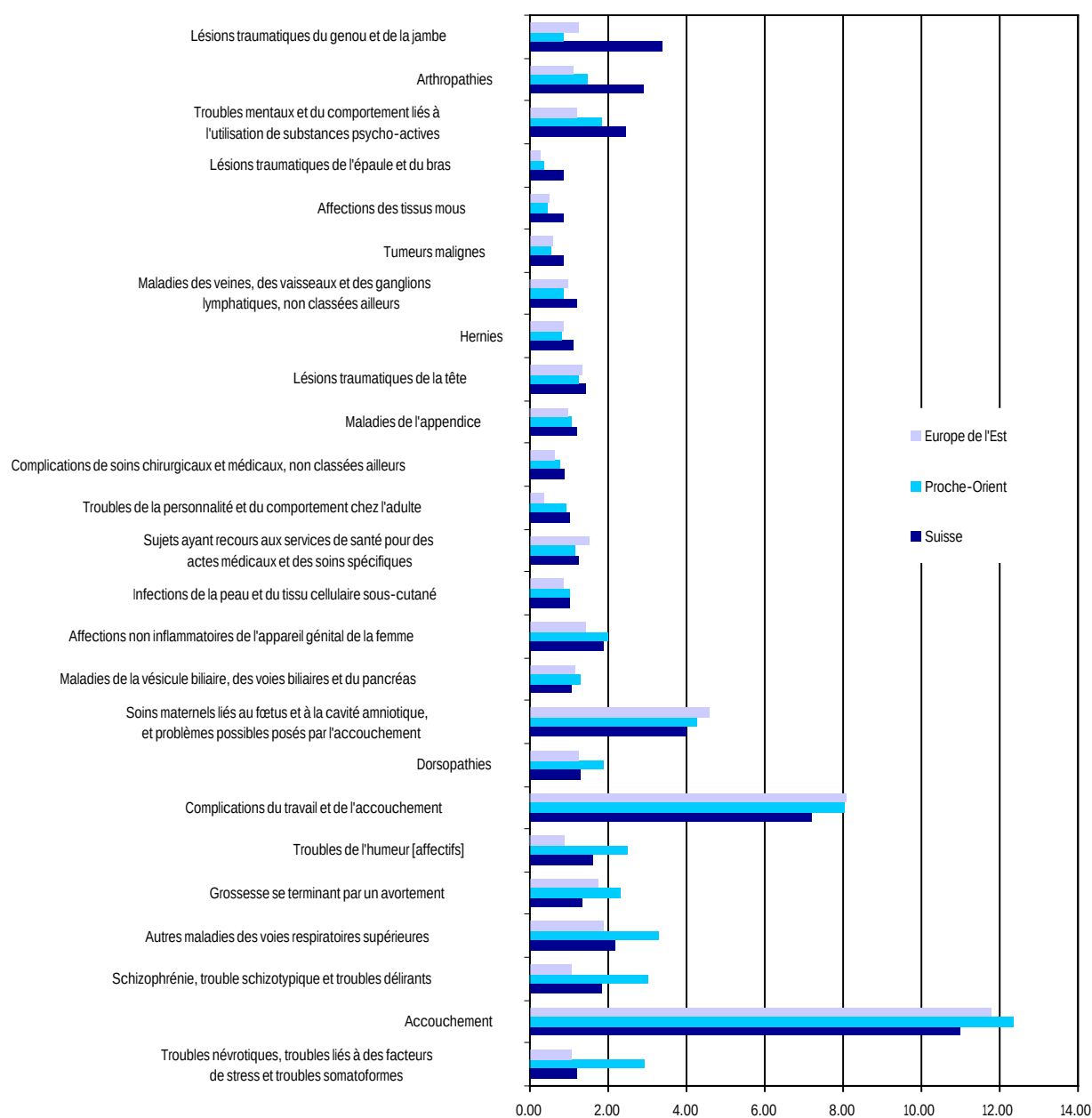
Graphique A.5 Taux d'hospitalisation pour 1000 habitants, par diagnostic principal et région de provenance, classe d'âge=0-19 ans, 2009



Source: statistique médicale des hôpitaux, OFS

© Obsan

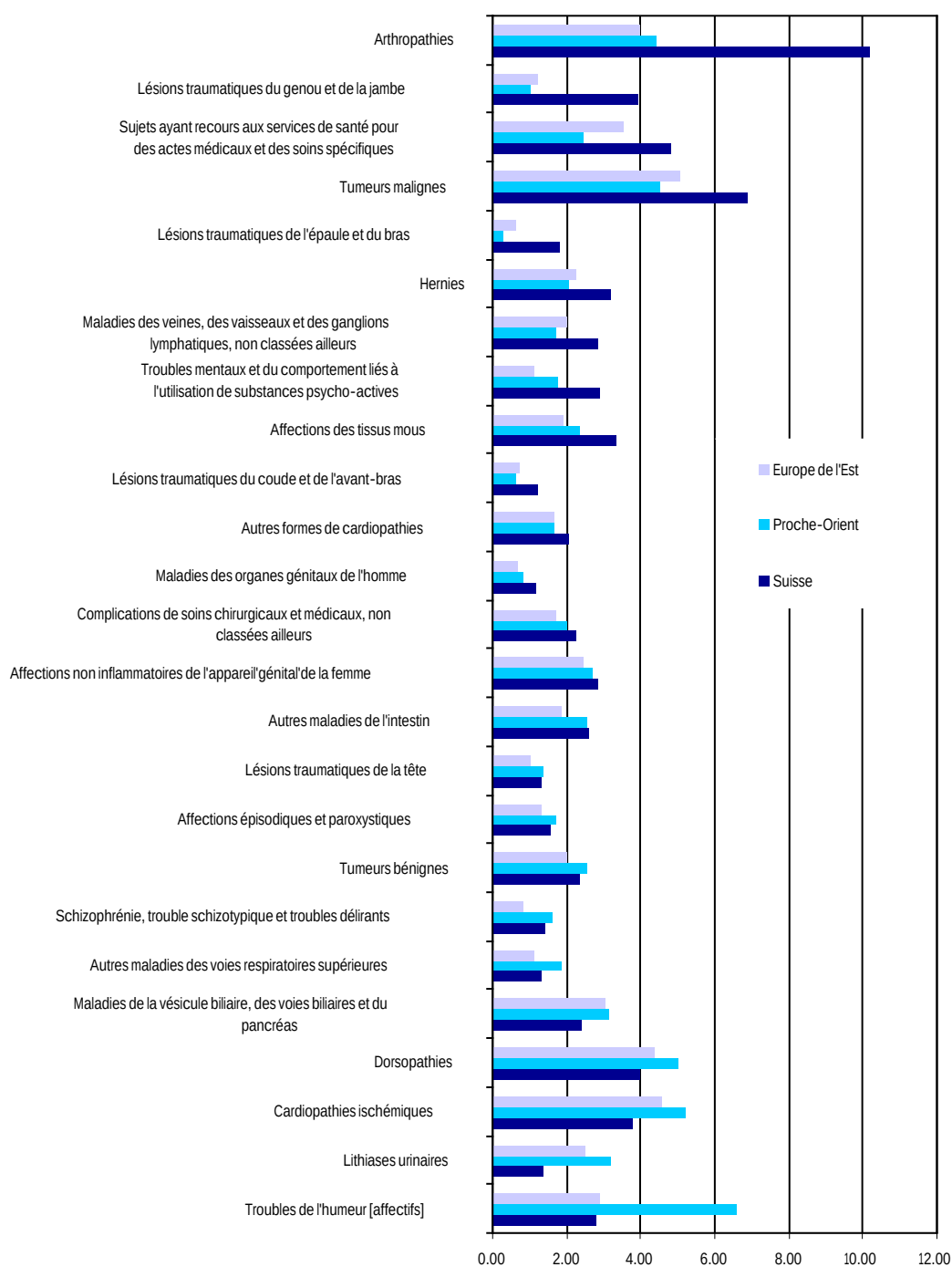
Graphique A.6 Taux d'hospitalisation pour 1000 habitants, par diagnostic principal et région de provenance, classe d'âge=20-39 ans, 2009



Source: statistique médicale des hôpitaux, OFS

© Obsan

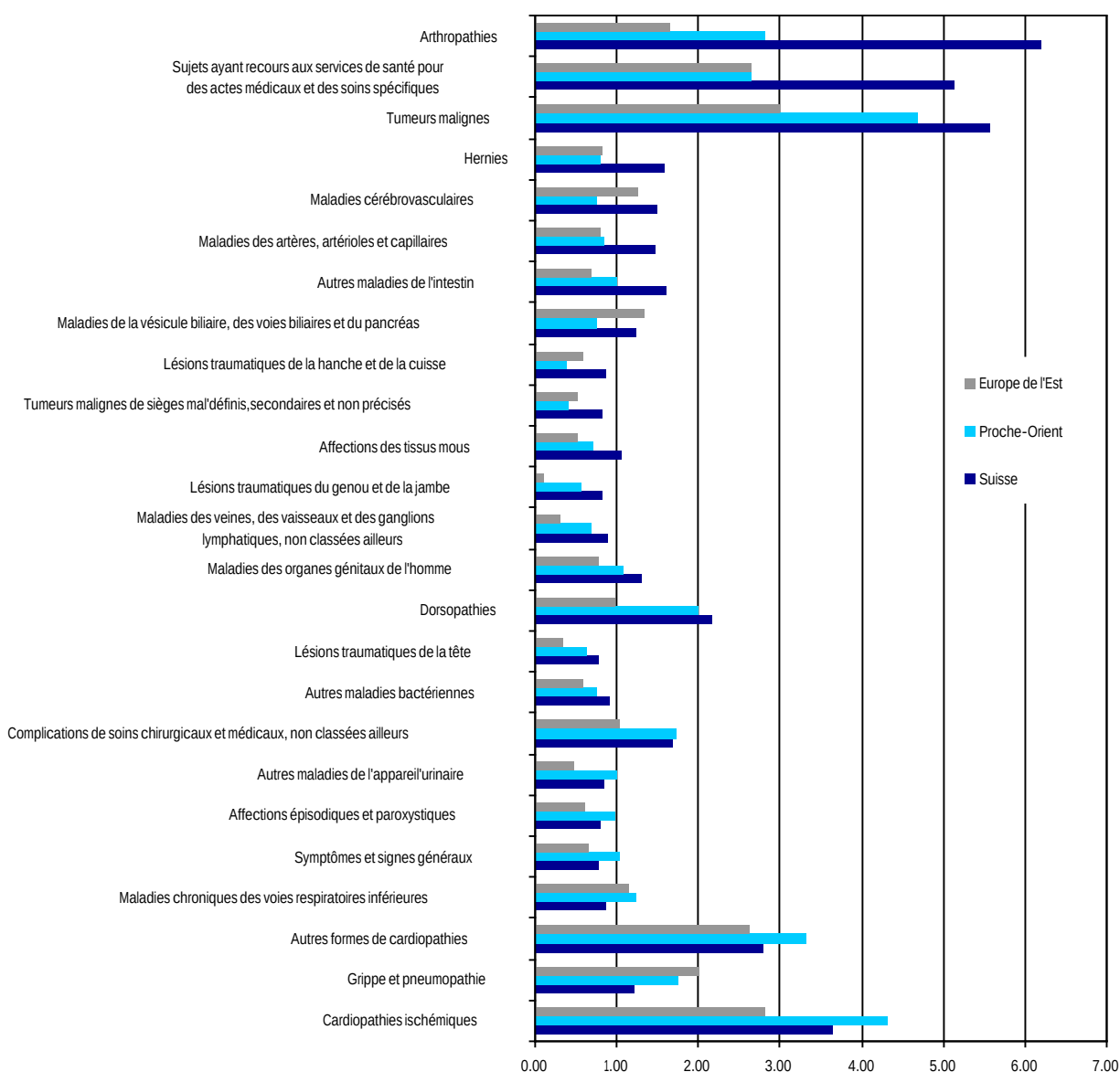
Graphique A.7 Taux d'hospitalisation pour 1000 habitants, par diagnostic principal et région de provenance, classe d'âge=40-64 ans, 2009



Source: statistique médicale des hôpitaux, OFS

© Obsan

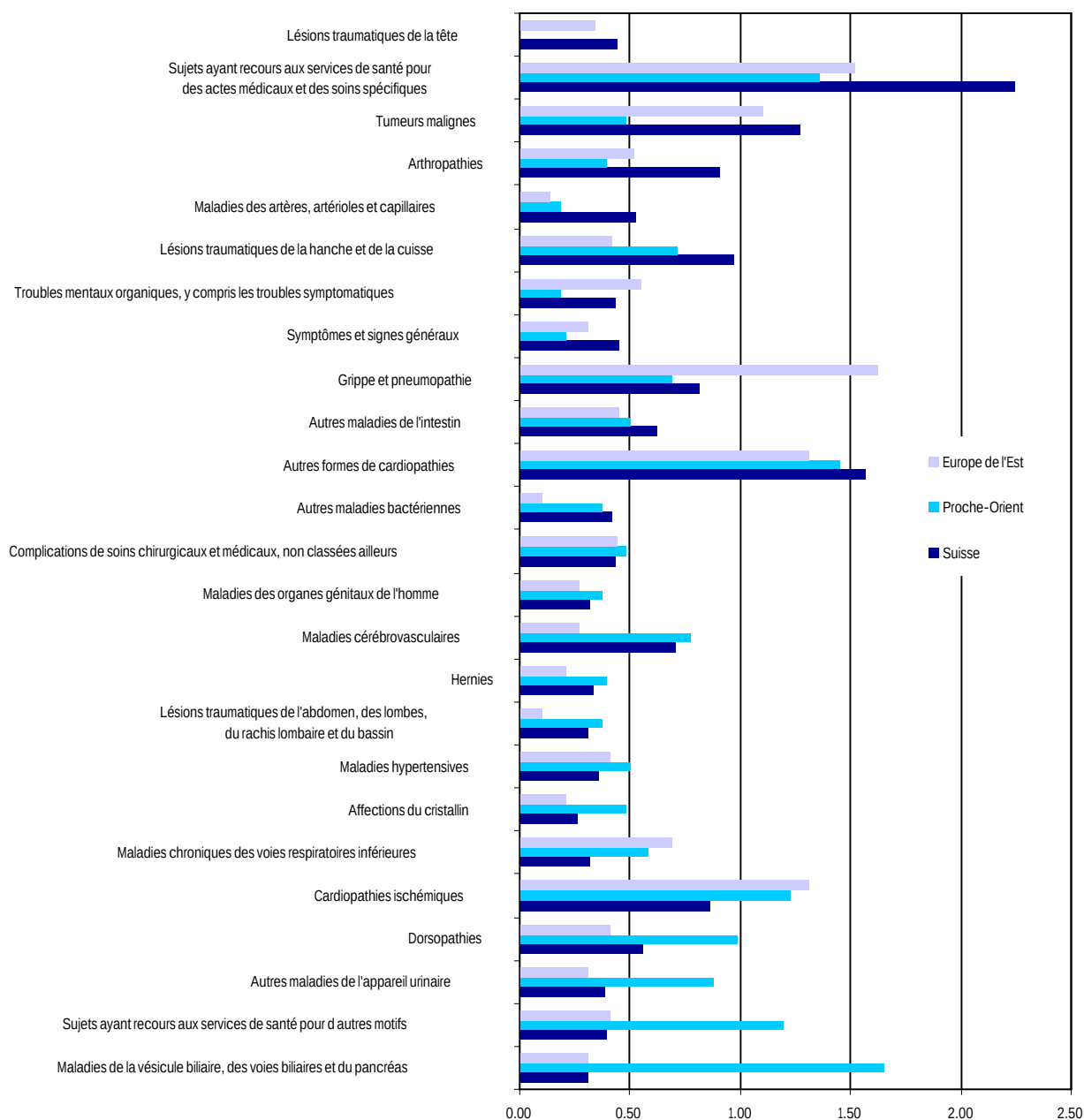
Graphique A.8 Taux d'hospitalisation pour 1000 personnes, par diagnostic principal et région de provenance, classe d'âge=65-79 ans, 2009



Source: statistique médicale des hôpitaux, OFS

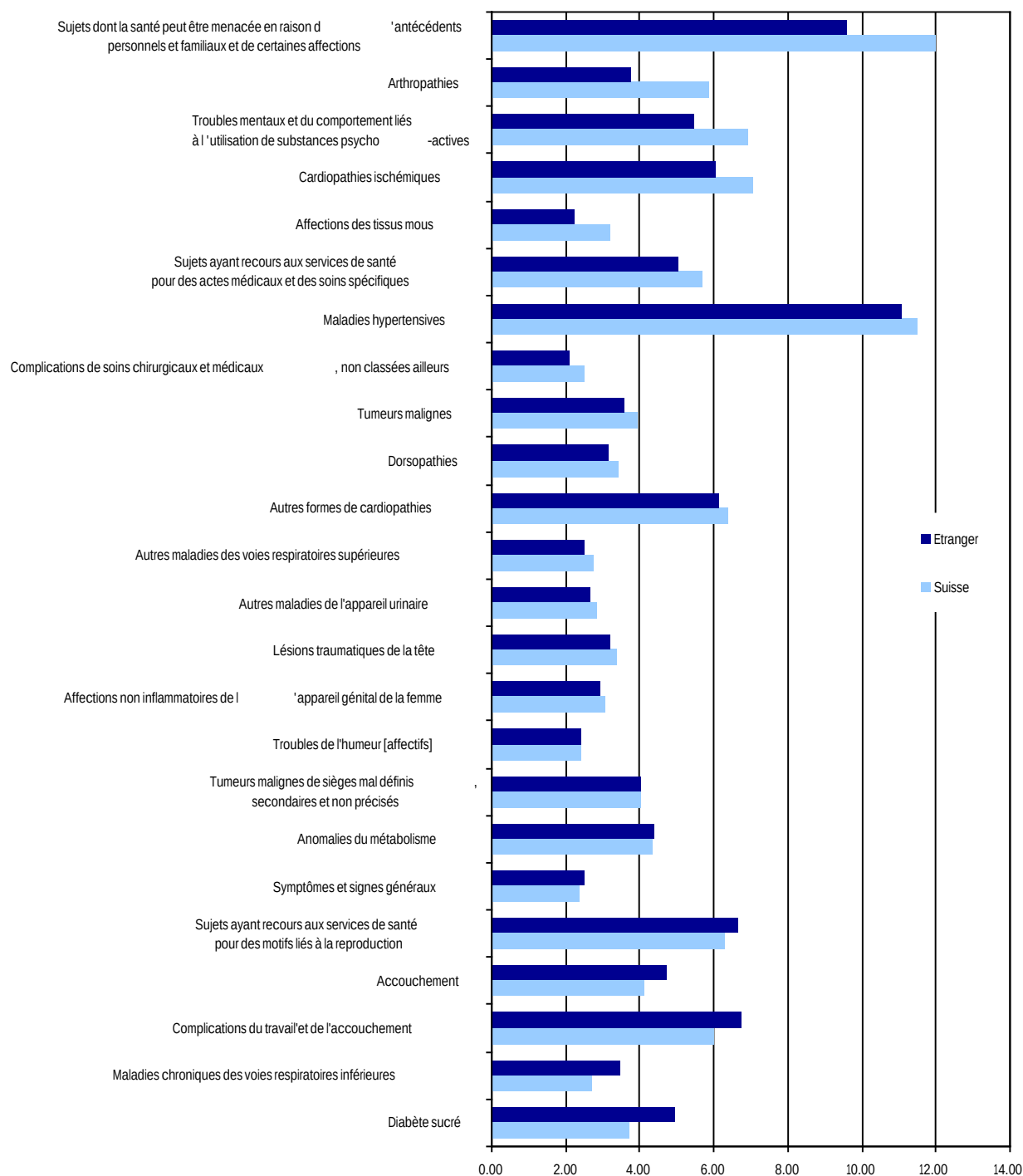
© Obsan

Graphique A.9 Taux d'hospitalisation pour 1000 personnes, par diagnostic principal et region de provenance, classe d'âge=80 ans et plus, 2009



Source: statistique médicale des hôpitaux, OFS

© Obsan

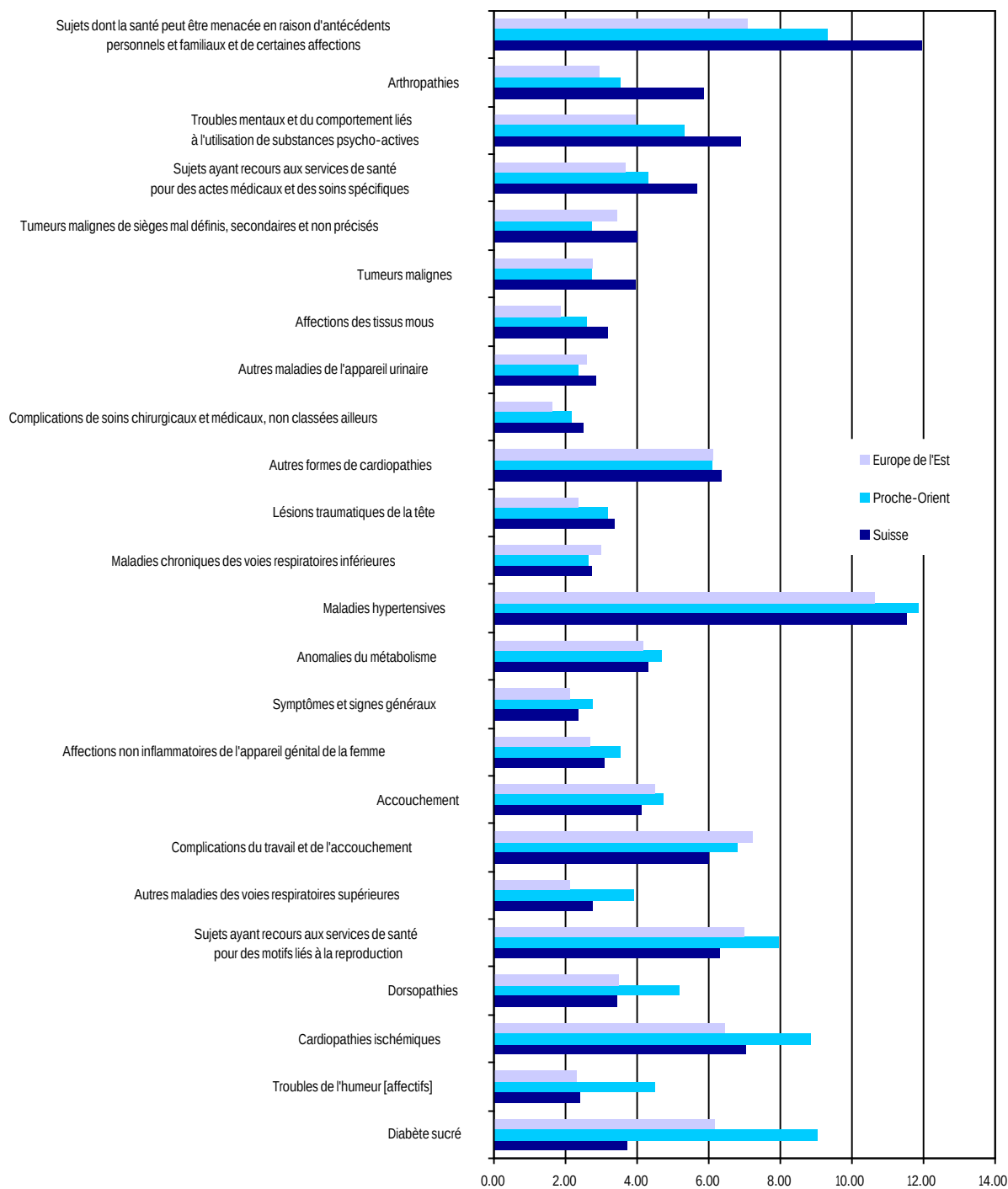
Graphique A.10 Taux d'hospitalisation pour 1000 personnes, 25 diagnostics secondaires, 2009⁸

Source: statistique médicale des hôpitaux, OFS

© Obsan

⁸ Dans ce graphique, les étrangers comprennent également les pays limitrophes de la Suisse, à savoir la France, l'Allemagne, l'Italie et l'Autriche notamment. Ainsi, il est difficile de tirer des conclusions sur les taux d'hospitalisation, puisque ces différentes nationalités représentent des communautés importantes en Suisse.

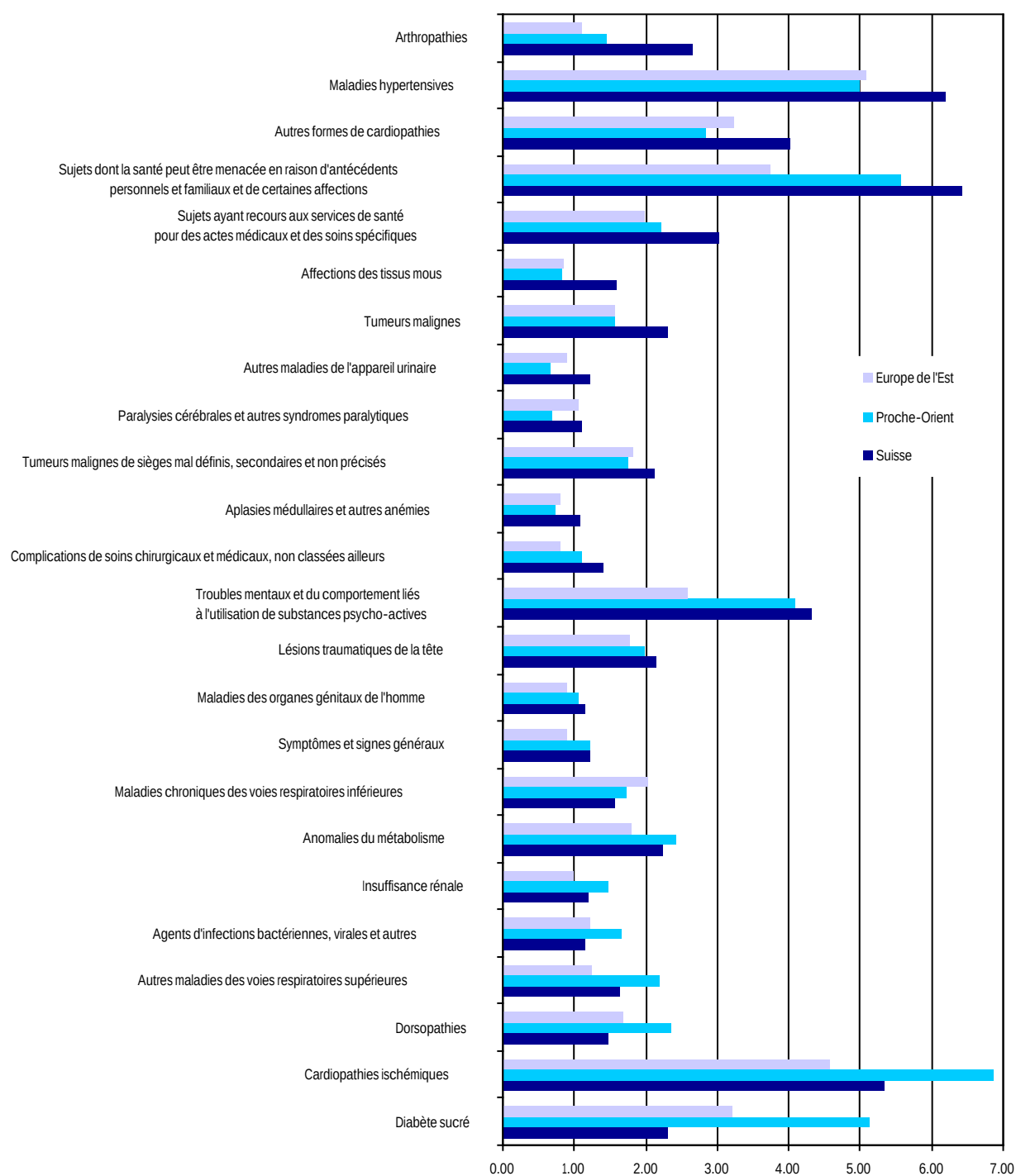
Graphique A.11 Taux d'hospitalisation pour 1000 habitants, standardisés par âge, par diagnostics secondaires et région de provenance, 2009



Source: statistique médicale des hôpitaux, OFS

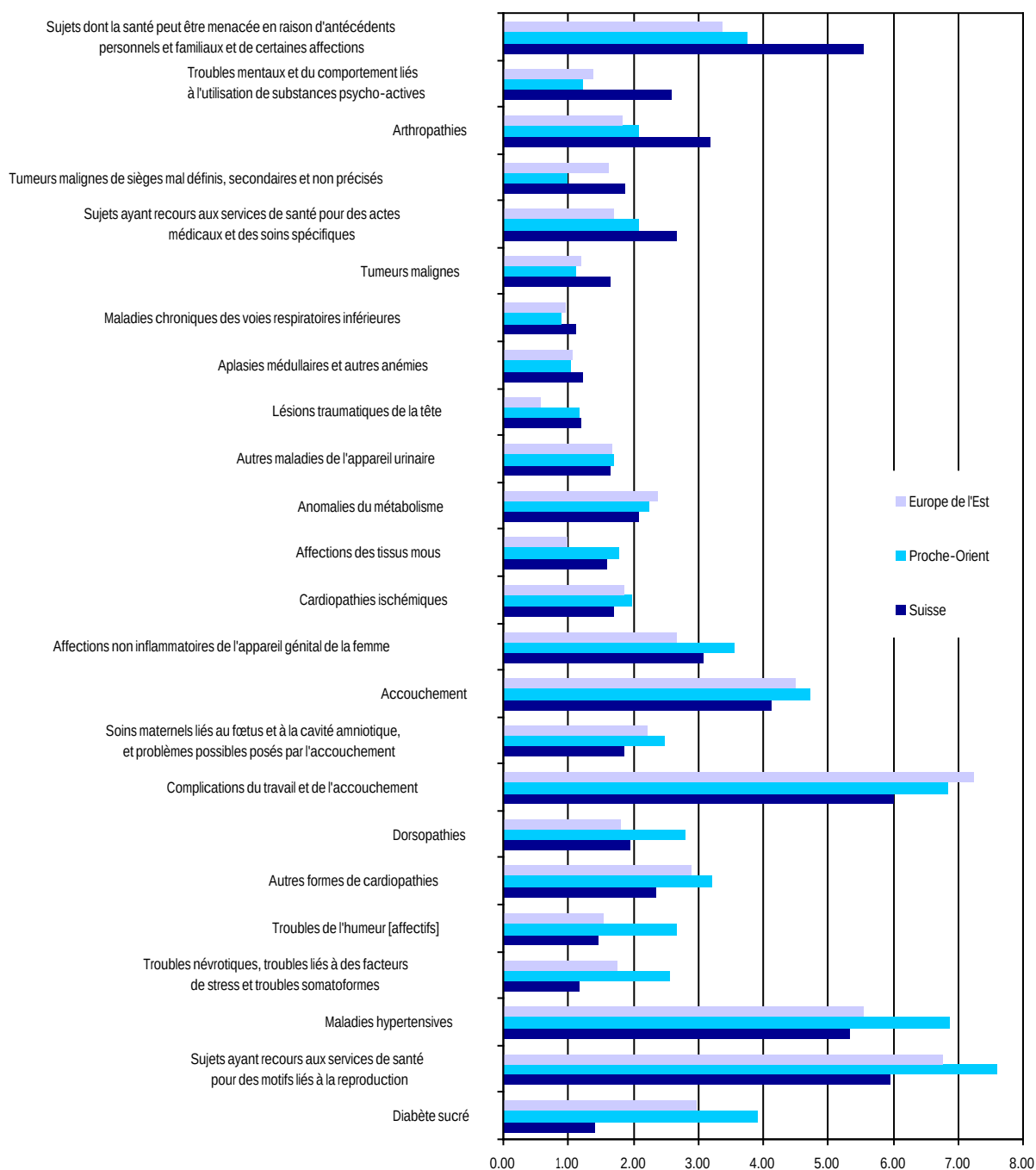
© Obsan

Graphique A.12 Taux d'hospitalisation pour 1000 personnes, par diagnostic secondaire et région de provenance, sexe=homme, 2009



Source: statistique médicale des hôpitaux, OFS

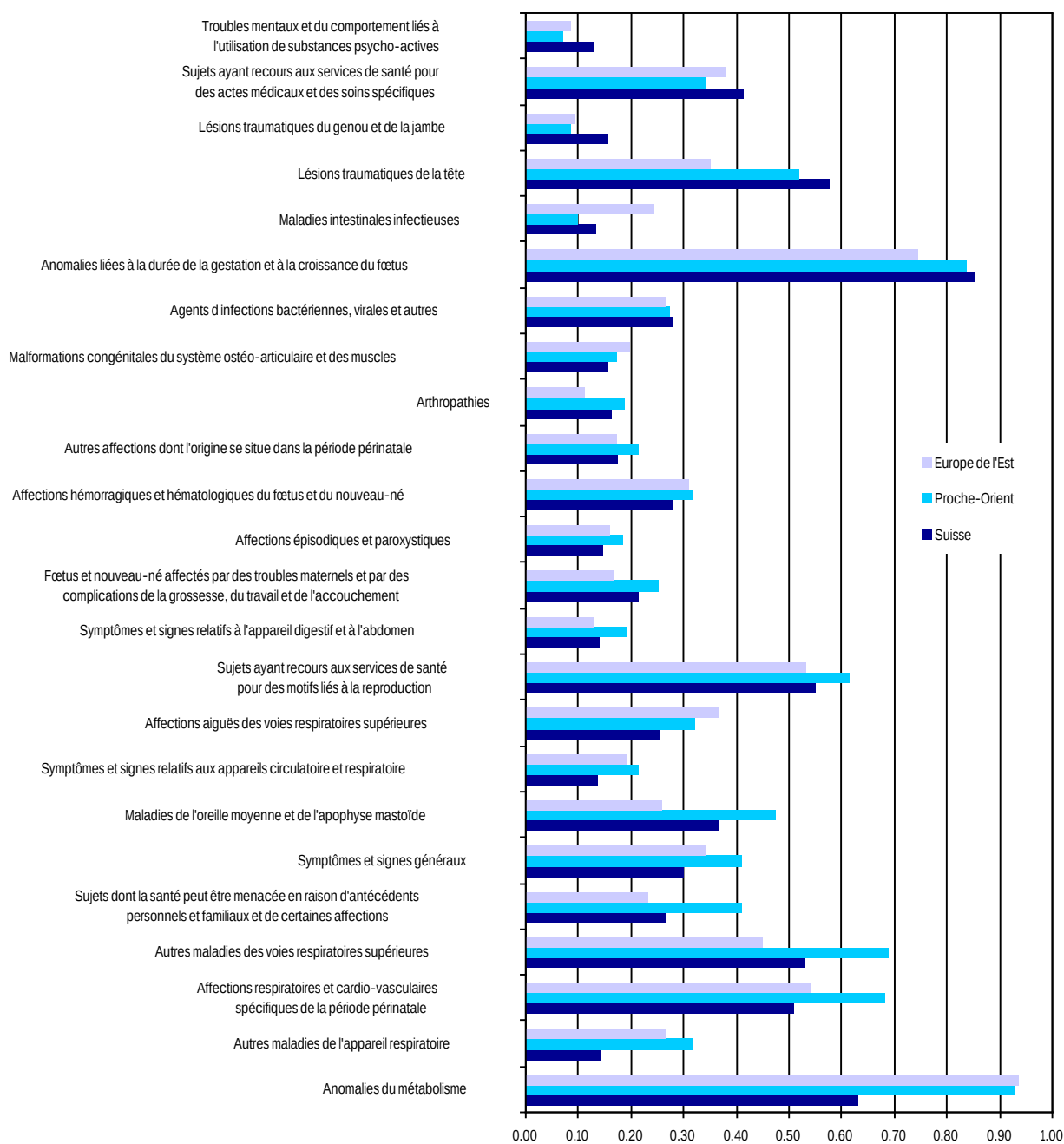
© Obsan

Graphique A.13 Taux d'hospitalisation pour 1000 personnes, par diagnostic secondaire et région de provenance, sexe=femme, 2009

Source: statistique médicale des hôpitaux, OFS

© Obsan

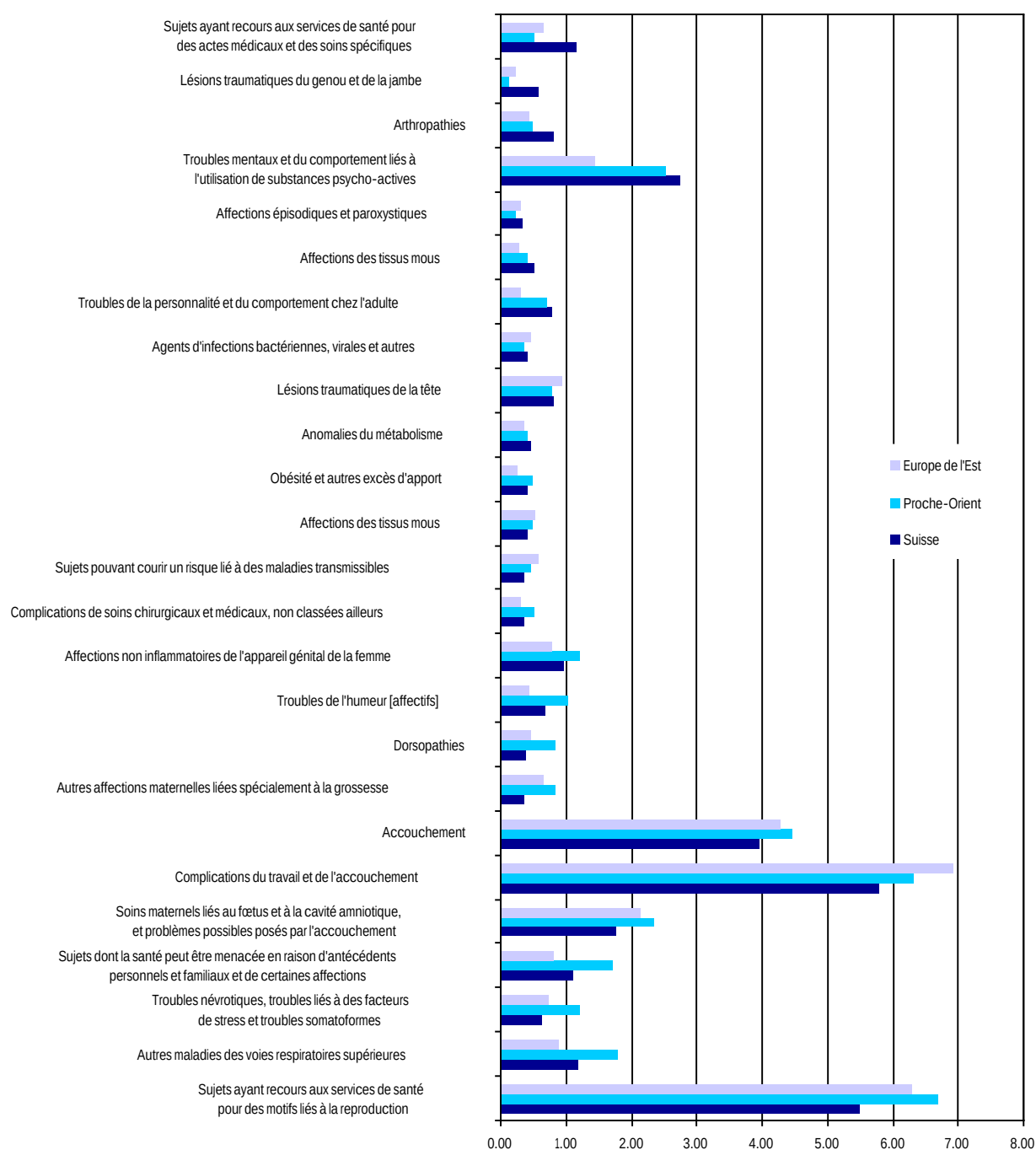
Graphique A.14 Taux d'hospitalisation pour 1000 personnes, par diagnostic secondaire et région de provenance, classe d'âge=0-19 ans, 2009



Source: statistique médicale des hôpitaux, OFS

© Obsan

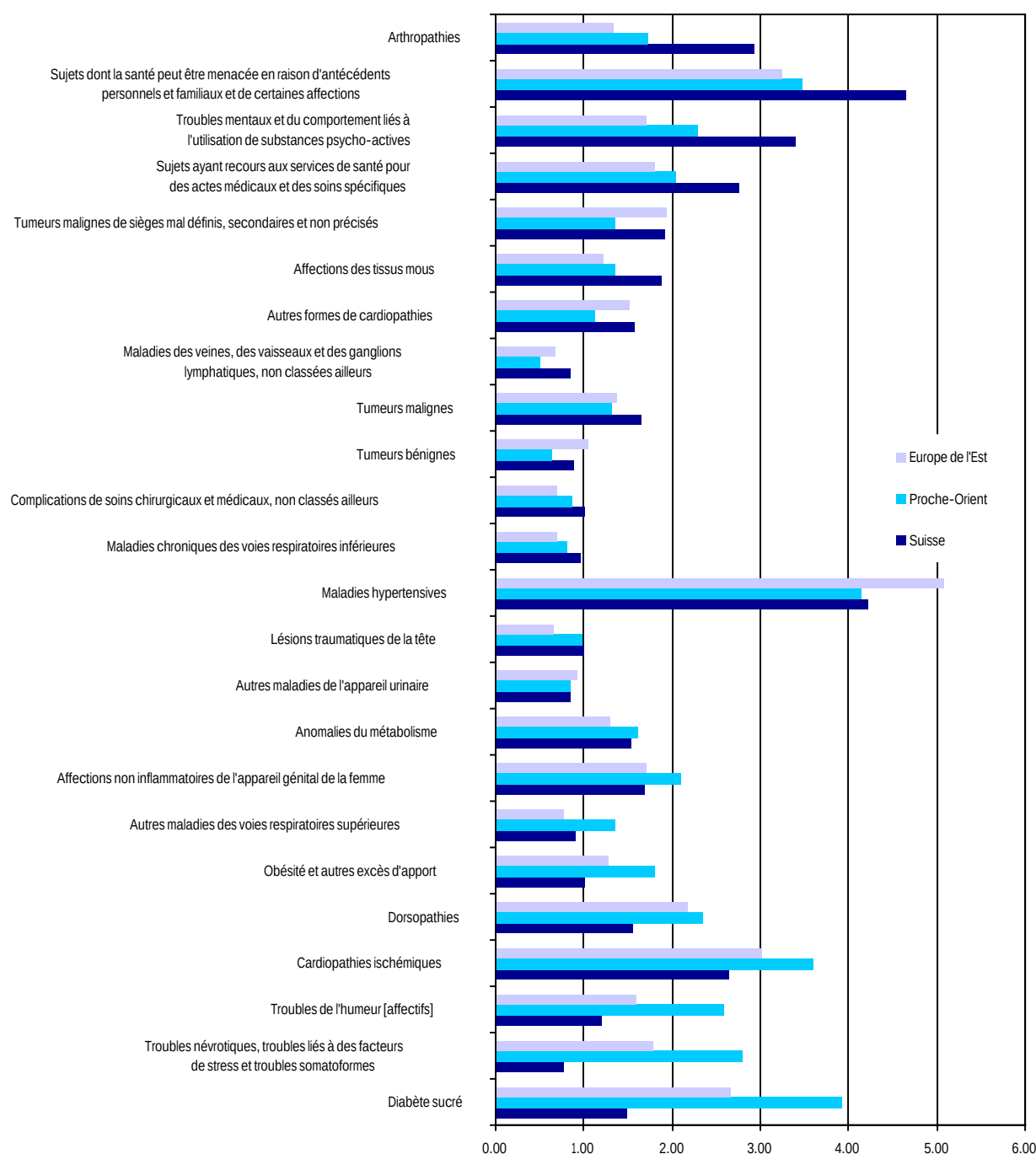
Graphique A.15 Taux d'hospitalisation pour 1000 personnes, par diagnostic secondaire et région de provenance, classe d'âge=20-39 ans, 2009



Source: statistique médicale des hôpitaux, OFS

© Obsan

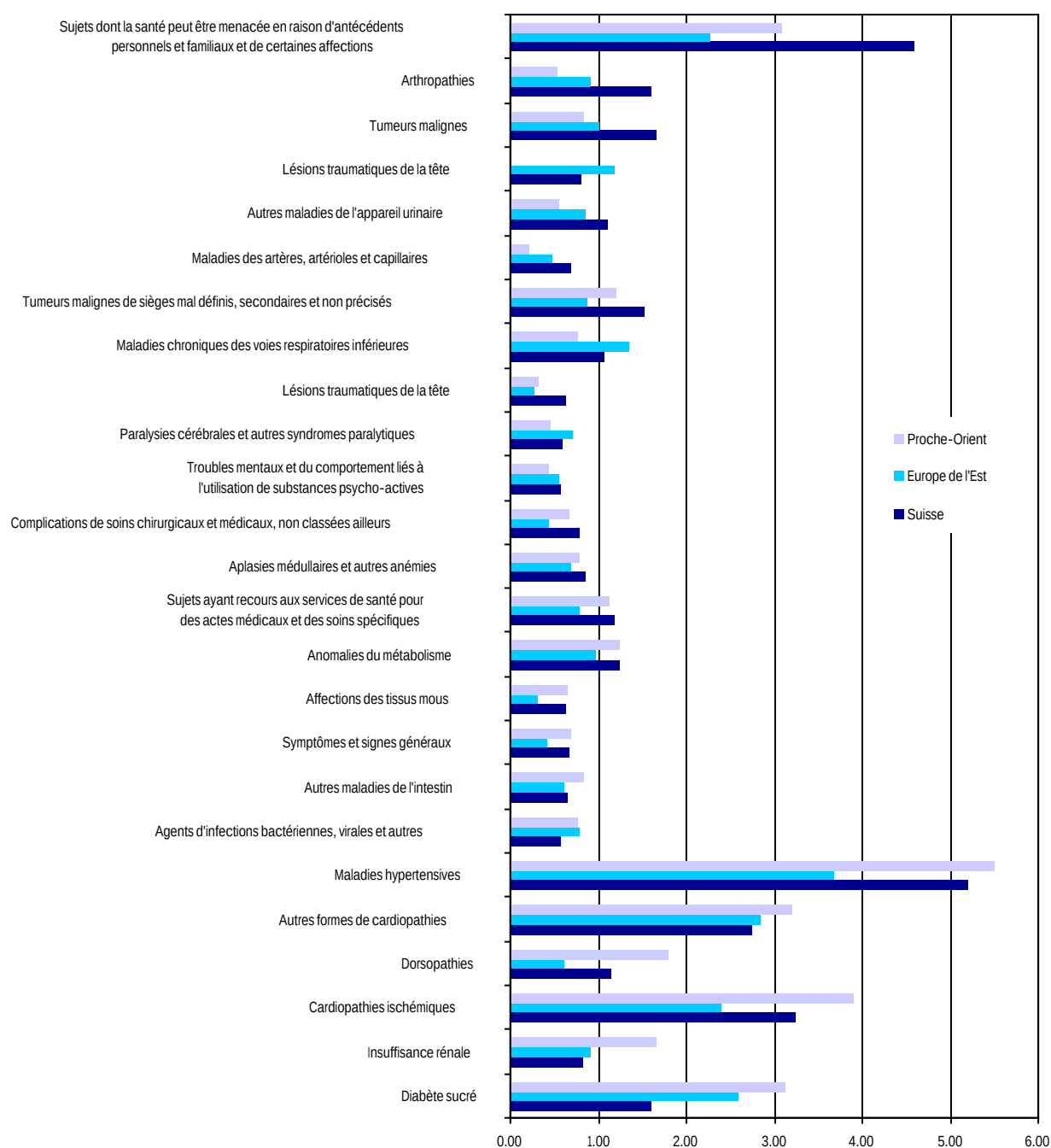
Graphique A.16 Taux d'hospitalisation pour 1000 personnes, par diagnostic secondaire et région de provenance, classe d'âge=40-64 ans, 2009



Source: statistique médicale des hôpitaux, OFS

© Obsan

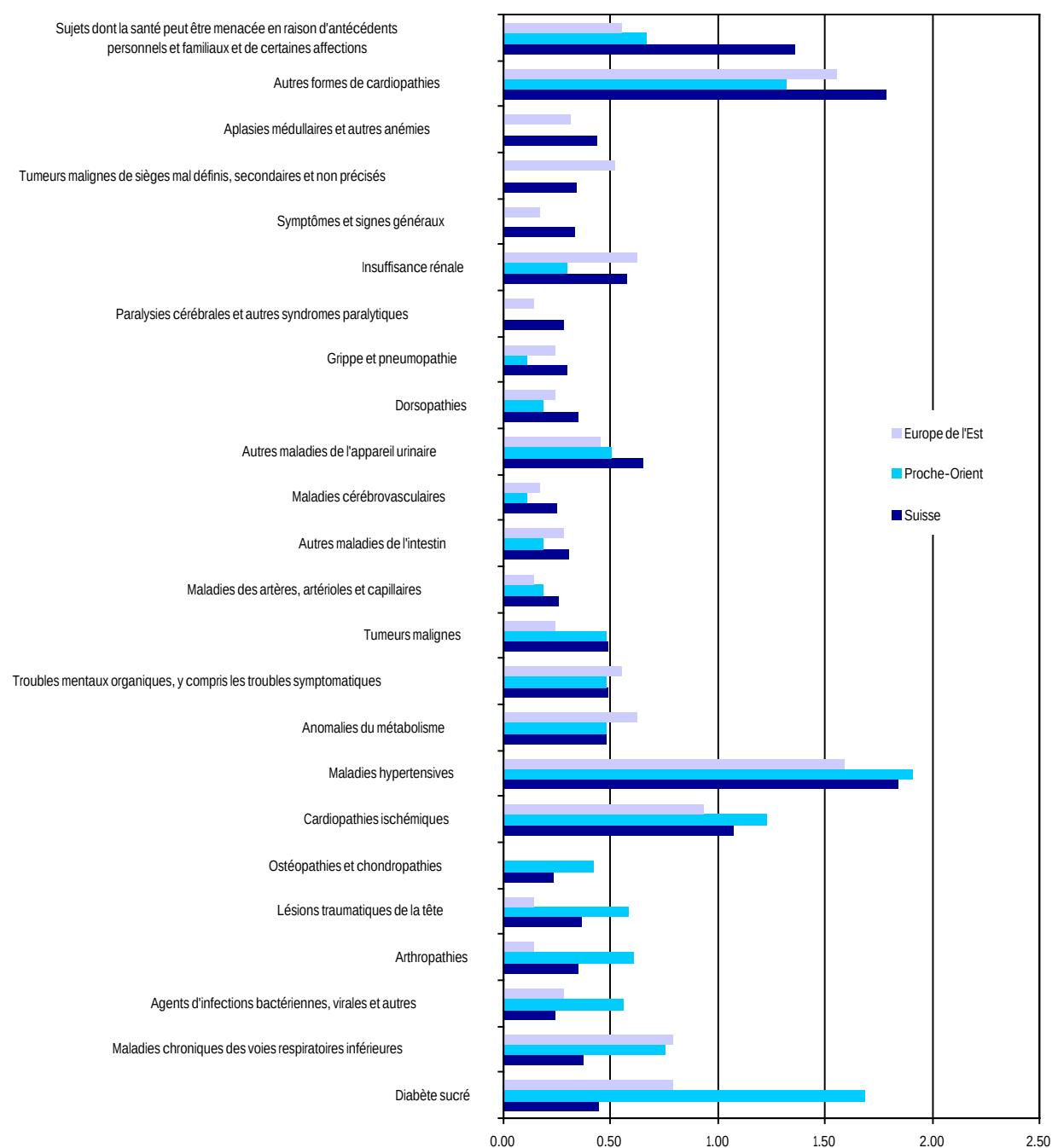
Graphique A.17 Taux d'hospitalisation pour 1000 personnes, par diagnostic secondaire et région de provenance, classe d'âge=65-79 ans, 2009



Source: statistique médicale des hôpitaux, OFS

© Obsan

Graphique A.18 Taux d'hospitalisation pour 1000 personnes, par diagnostic secondaire et région de provenance, classe d'âge=80 ans et plus, 2009

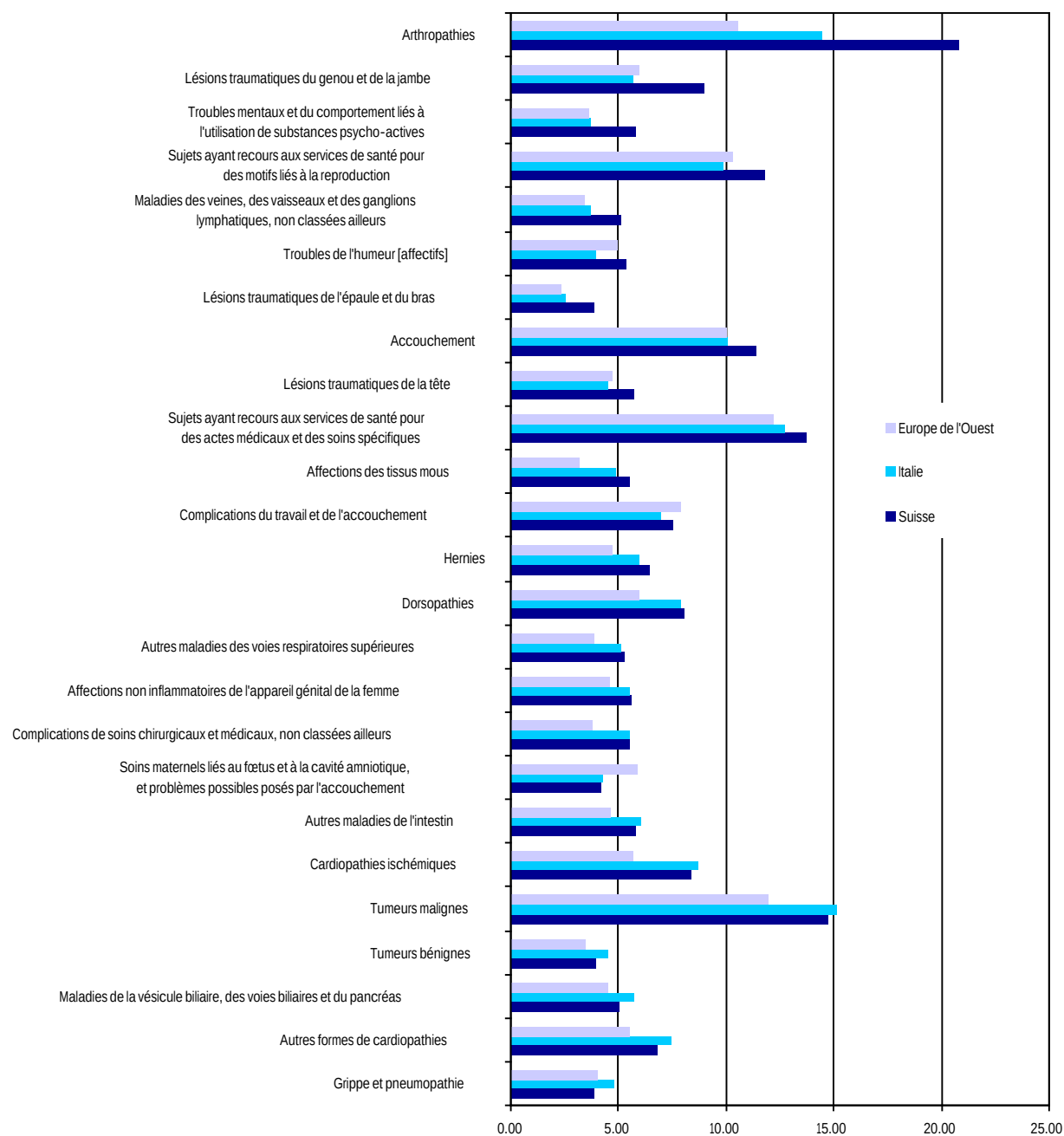


Source: statistique médicale des hôpitaux, OFS

© Obsan

Annexes B Europe de l'Ouest et Italie

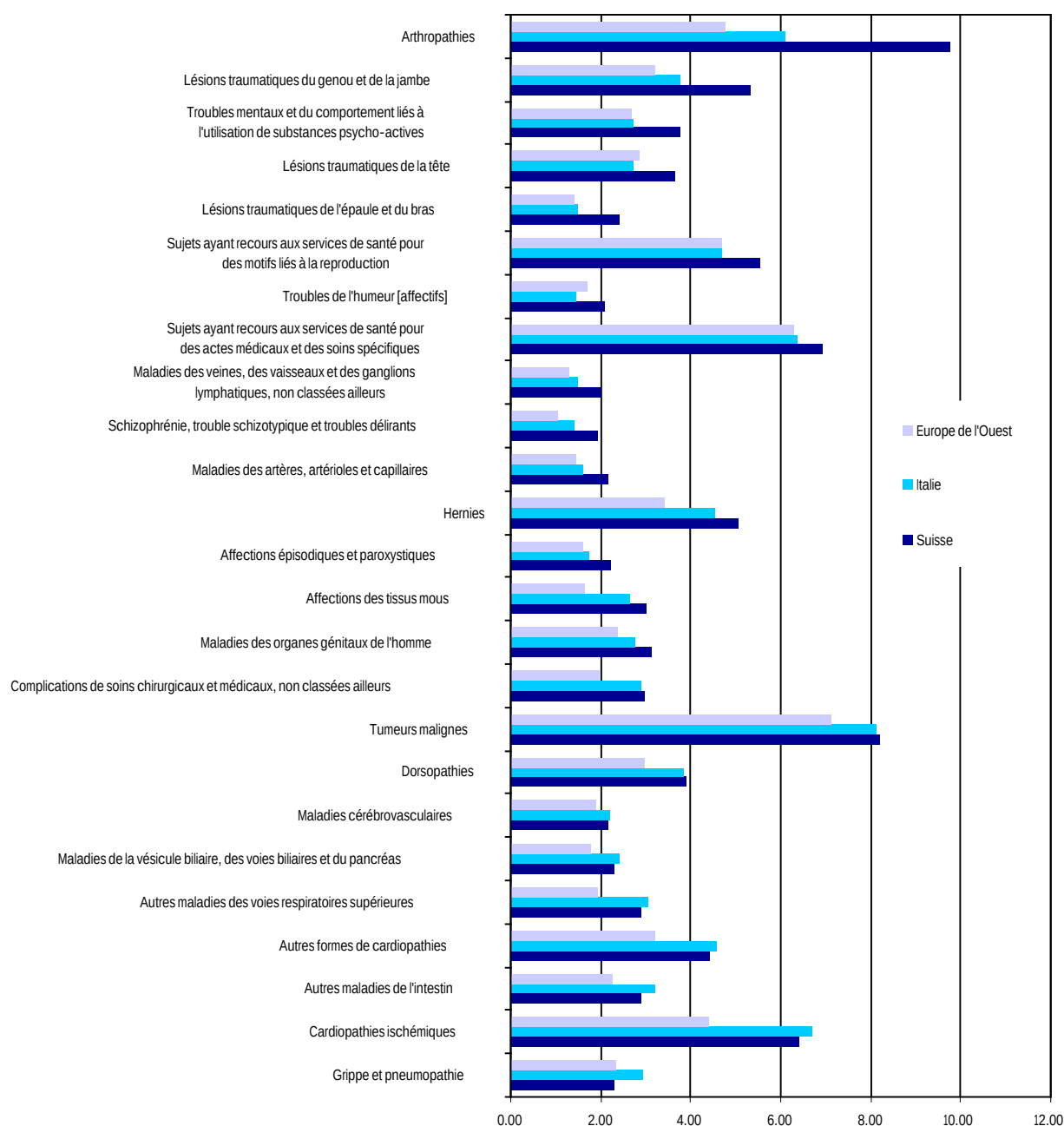
Graphique B 1 Taux d'hospitalisation, standardisés par âge, en fonction des 25 diagnostics principaux et de la région de provenance, 2009



Source: statistique médicale des hôpitaux, OFS

© Obsan

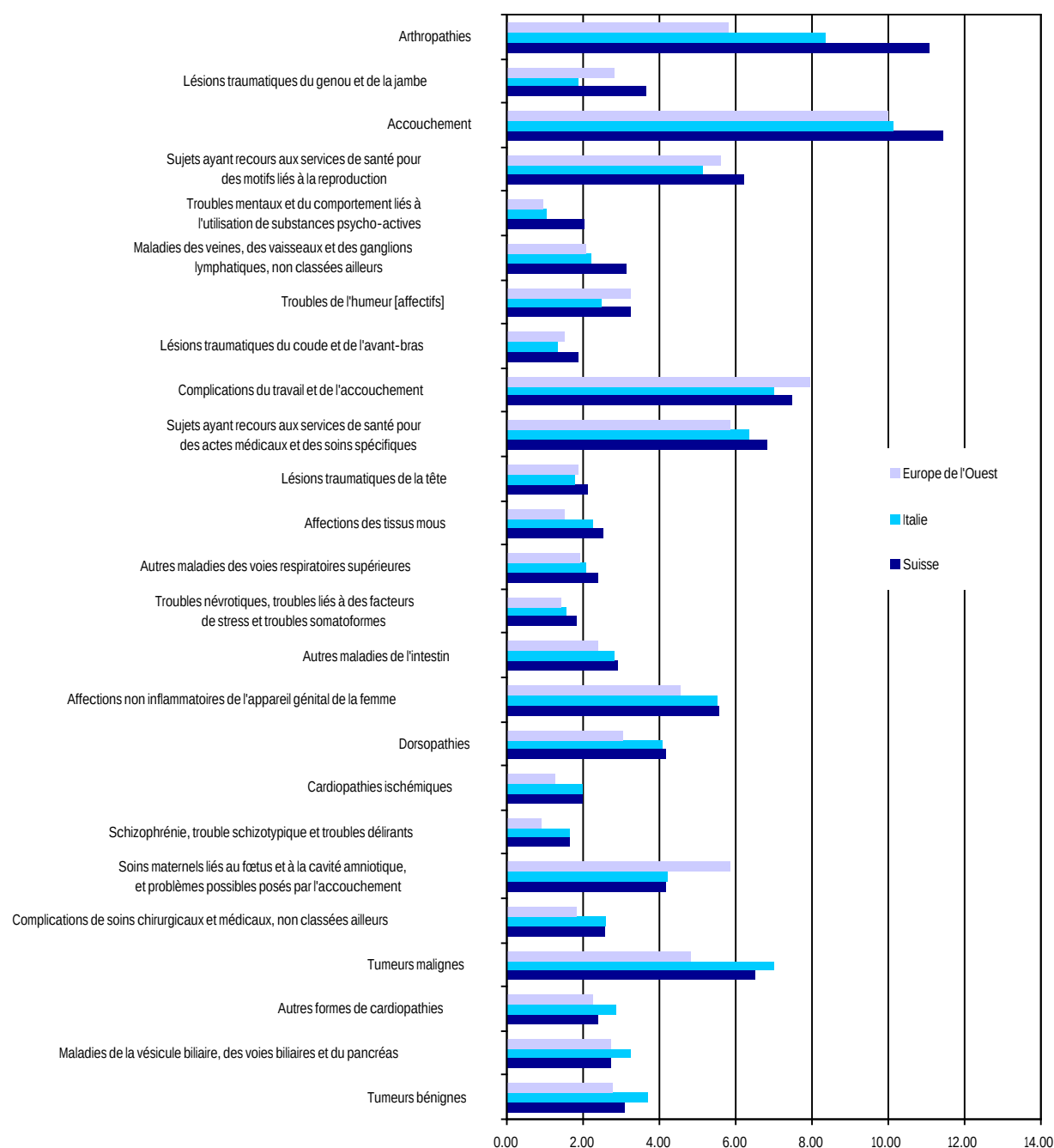
Graphique B 2 Taux d'hospitalisation pour 1000 habitants, par diagnostic principal et région de provenance, sexe=homme, 2009



Source: statistique médicale des hôpitaux, OFS

© Obsan

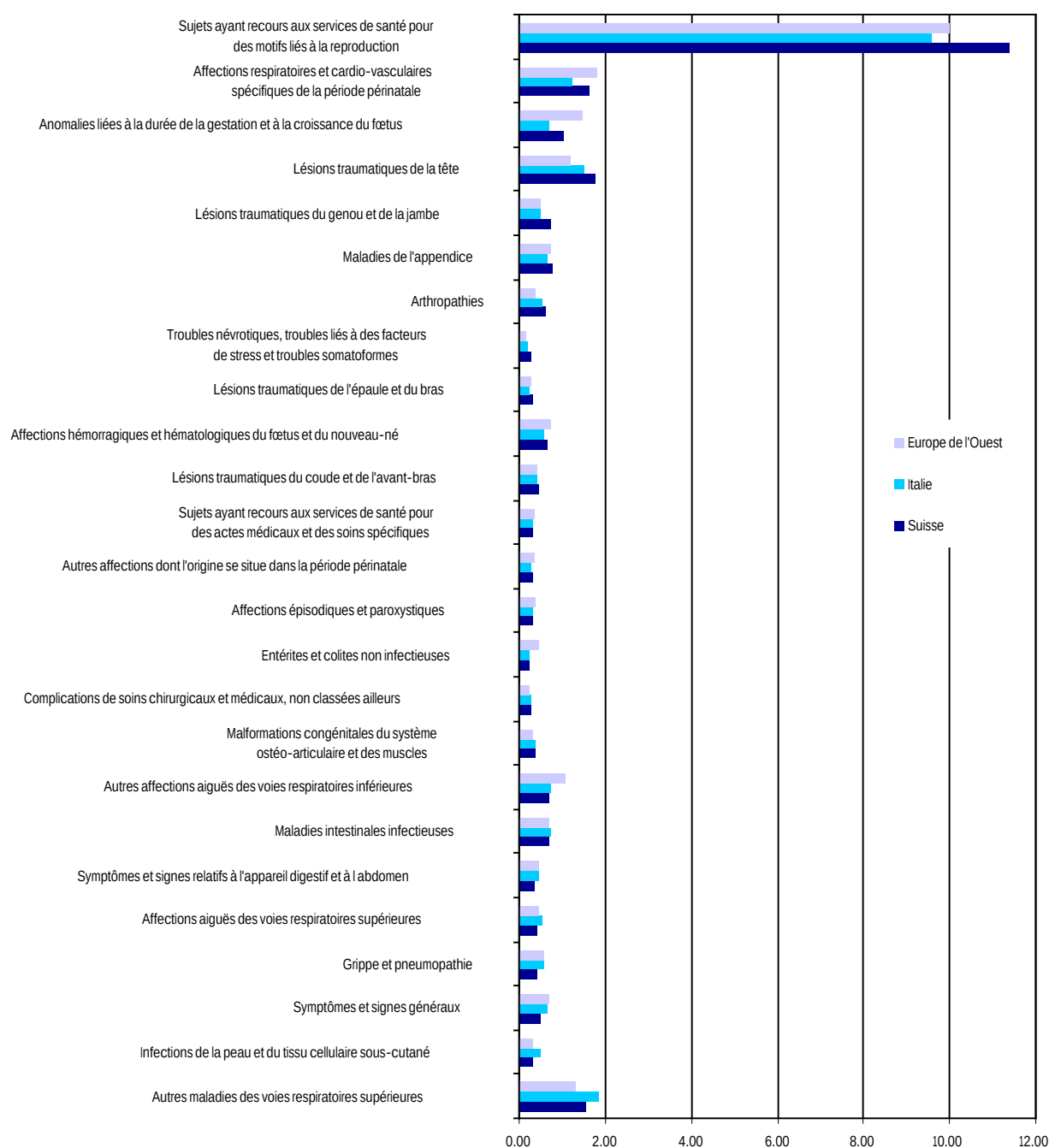
Graphique B 3 Taux d'hospitalisation pour 1000 habitants, par diagnostic principal et région de provenance, sexe=femme, 2009



Source: statistique médicale des hôpitaux, OFS

© Obsan

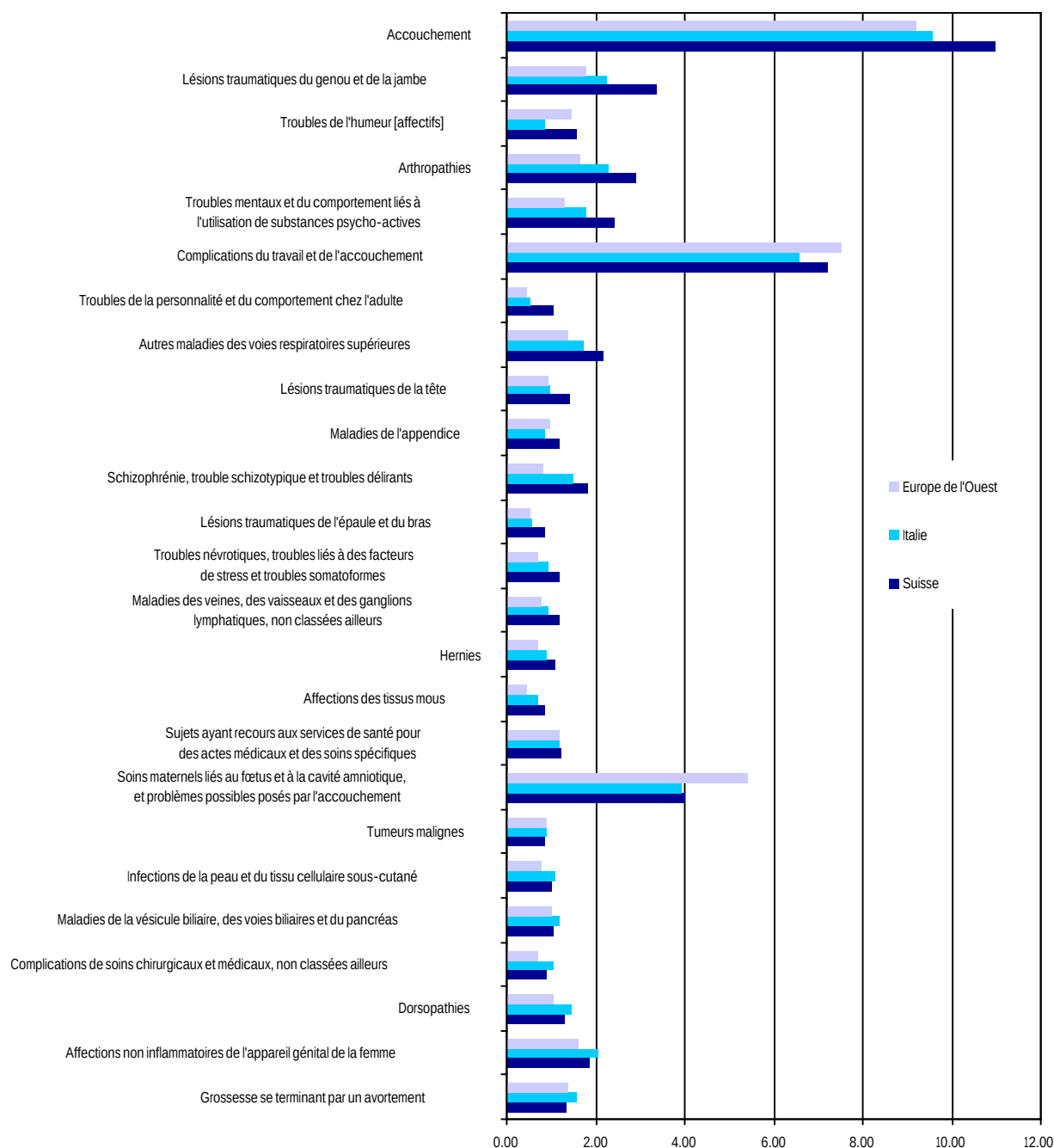
Graphique B 4 Taux d'hospitalisation pour 1000 habitants, par diagnostic principal et région de provenance, classe d'âge=0-19 ans, 2009



Source: statistique médicale des hôpitaux, OFS

© Obsan

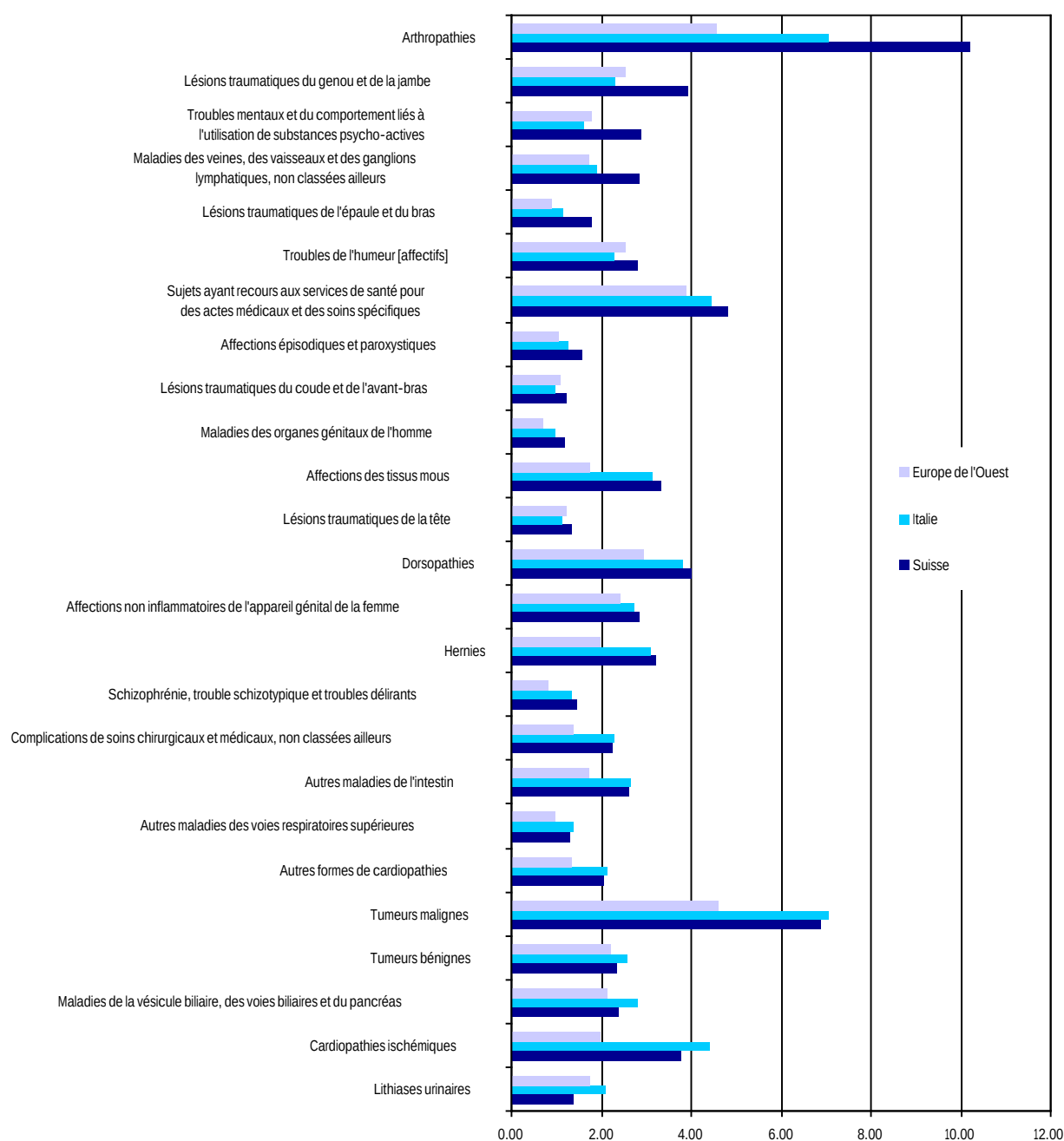
Graphique B 5 Taux d'hospitalisation pour 1000 habitants, par diagnostic principal et région de provenance, classe d'âge=20-39 ans, 2009



Source: statistique médicale des hôpitaux, OFS

© Obsan

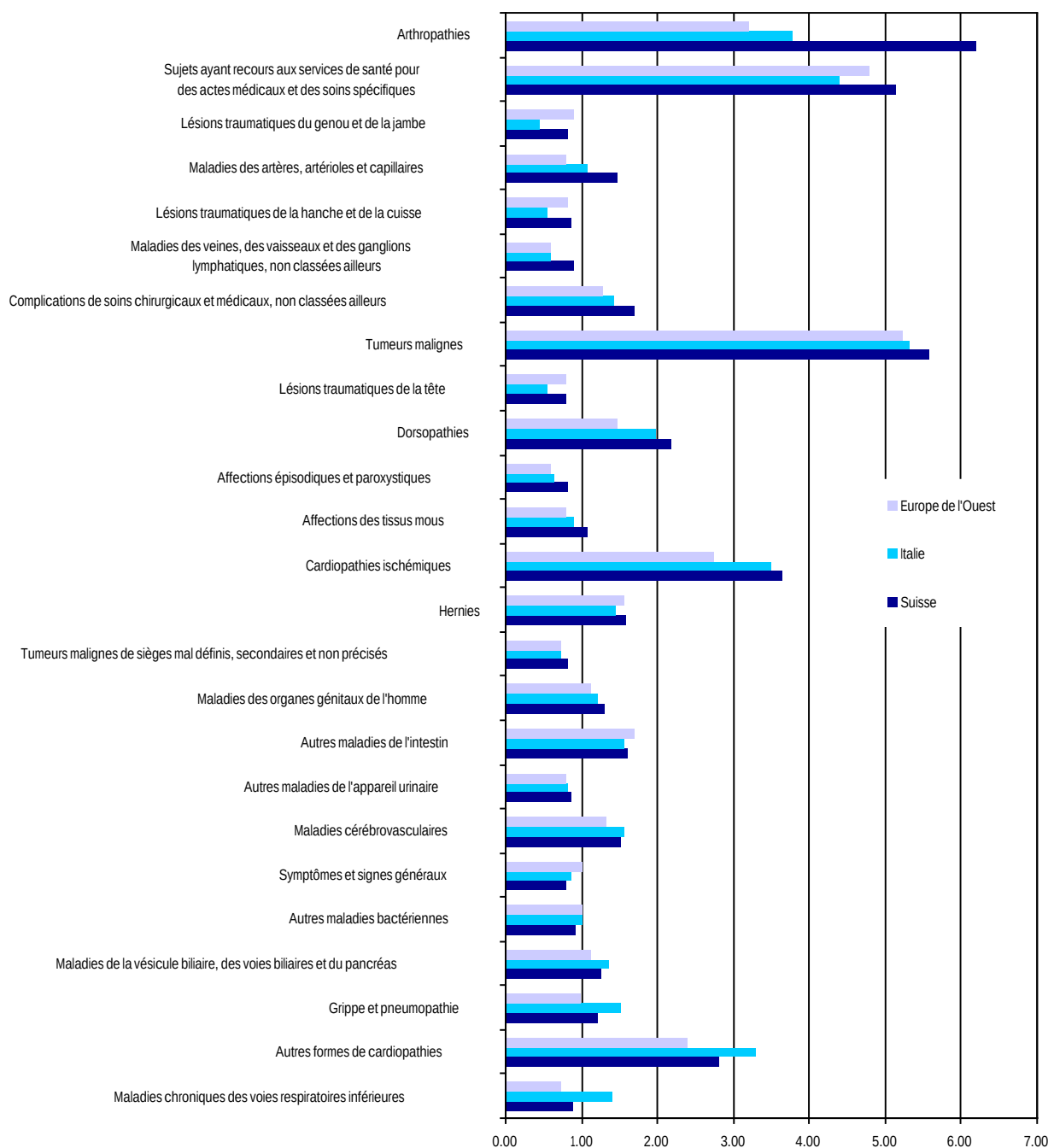
Graphique B 6 Taux d'hospitalisation pour 1000 habitants, par diagnostic principal et région de provenance, classe d'âge=40-64 ans, 2009



Source: statistique médicale des hôpitaux, OFS

© Obsan

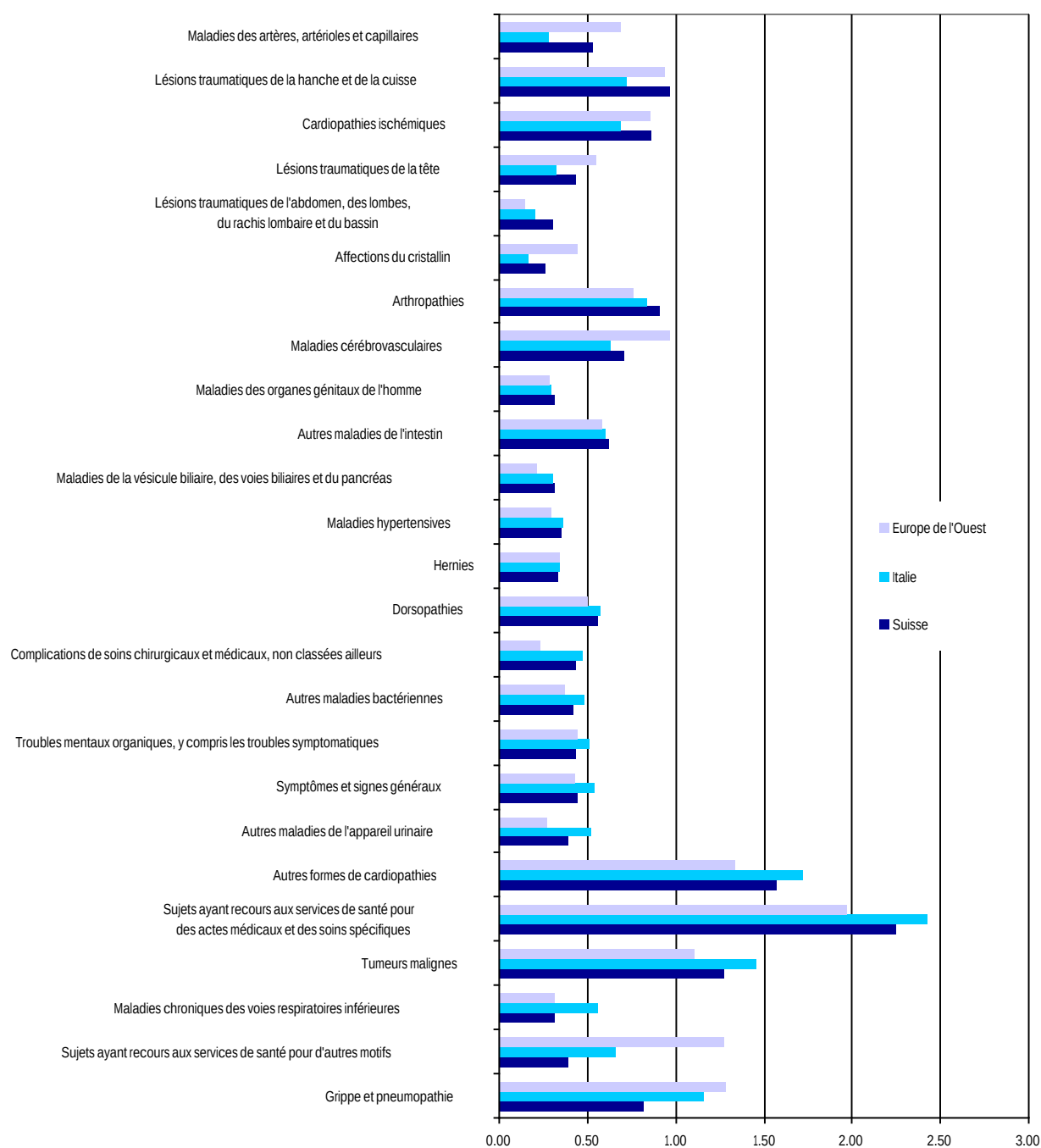
Graphique B 7 Taux d'hospitalisation pour 1000 habitants, par diagnostic principal et région de provenance, classe d'âge=65-79 ans, 2009



Source: statistique médicale des hôpitaux, OFS

© Obsan

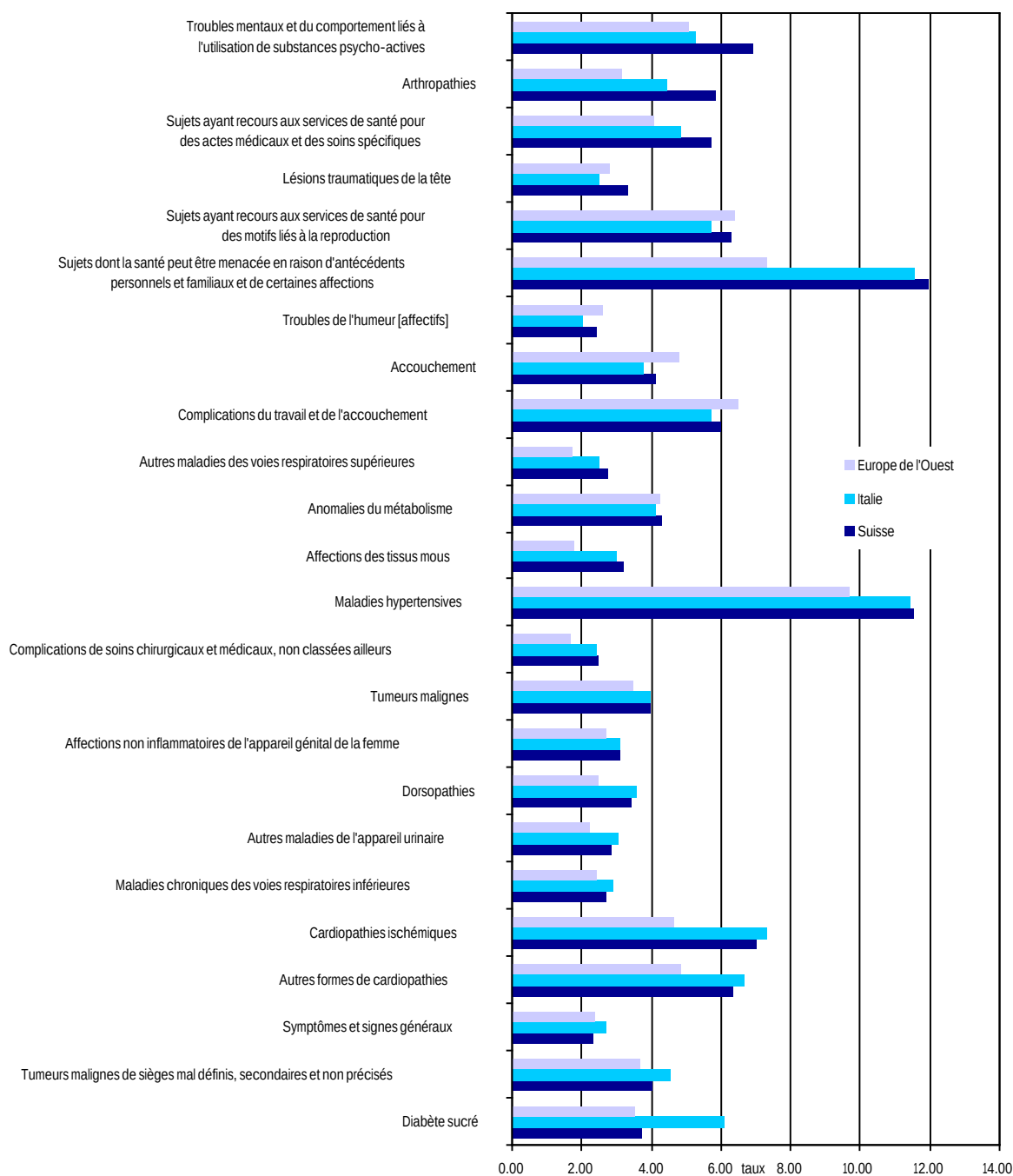
Graphique B 8 Taux d'hospitalisation pour 1000 habitants, par diagnostic principal et région de provenance, classe d'âge=80 ans et plus, 2009



Source: statistique médicale des hôpitaux, OFS

© Obsan

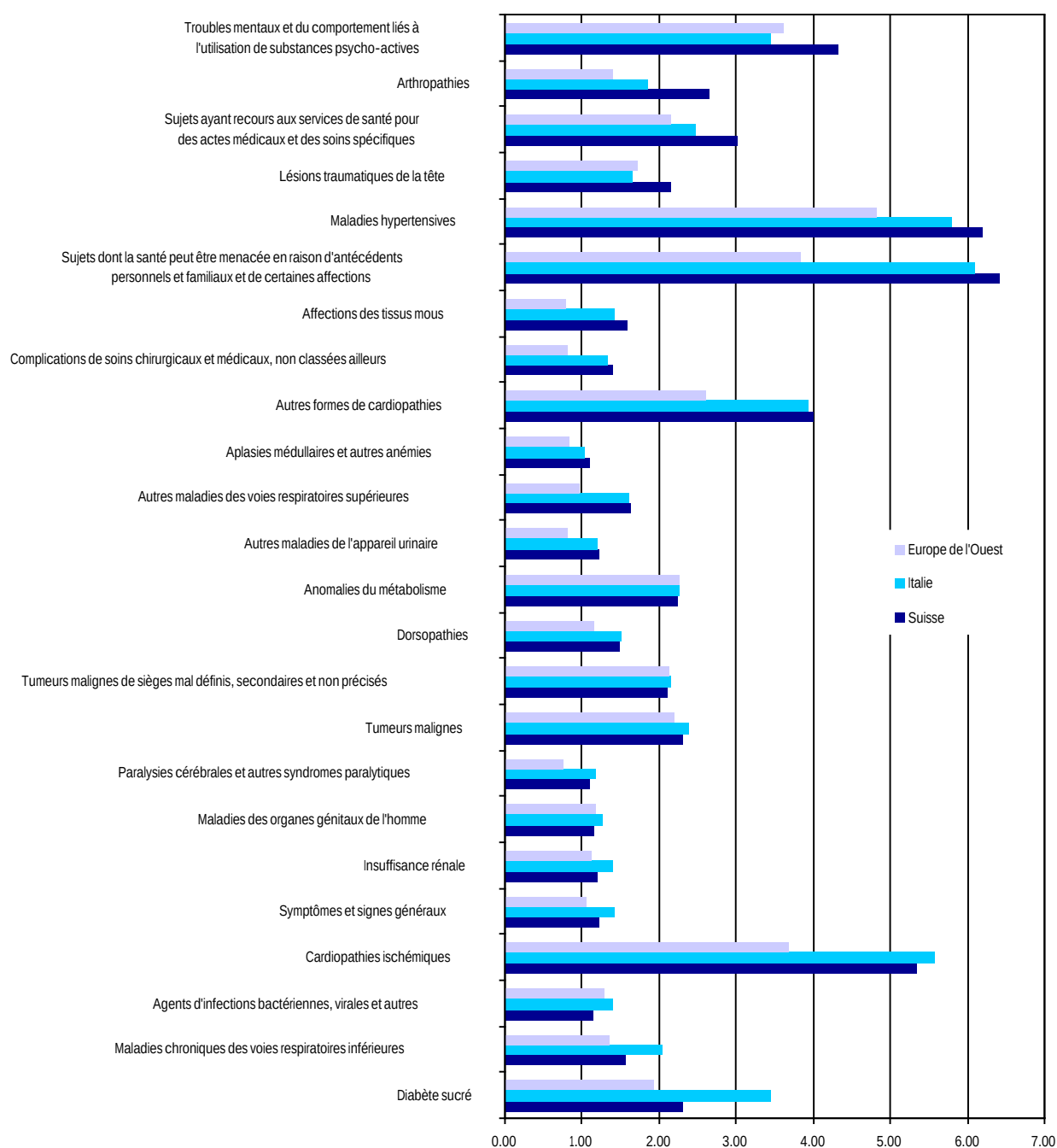
Graphique B 9 Taux d'hospitalisation pour 1000 personnes, standardisés par âge, en fonction des diagnostics secondaires et de la région de provenance, 2009



Source: statistique médicale des hôpitaux, OFS

© Obsan

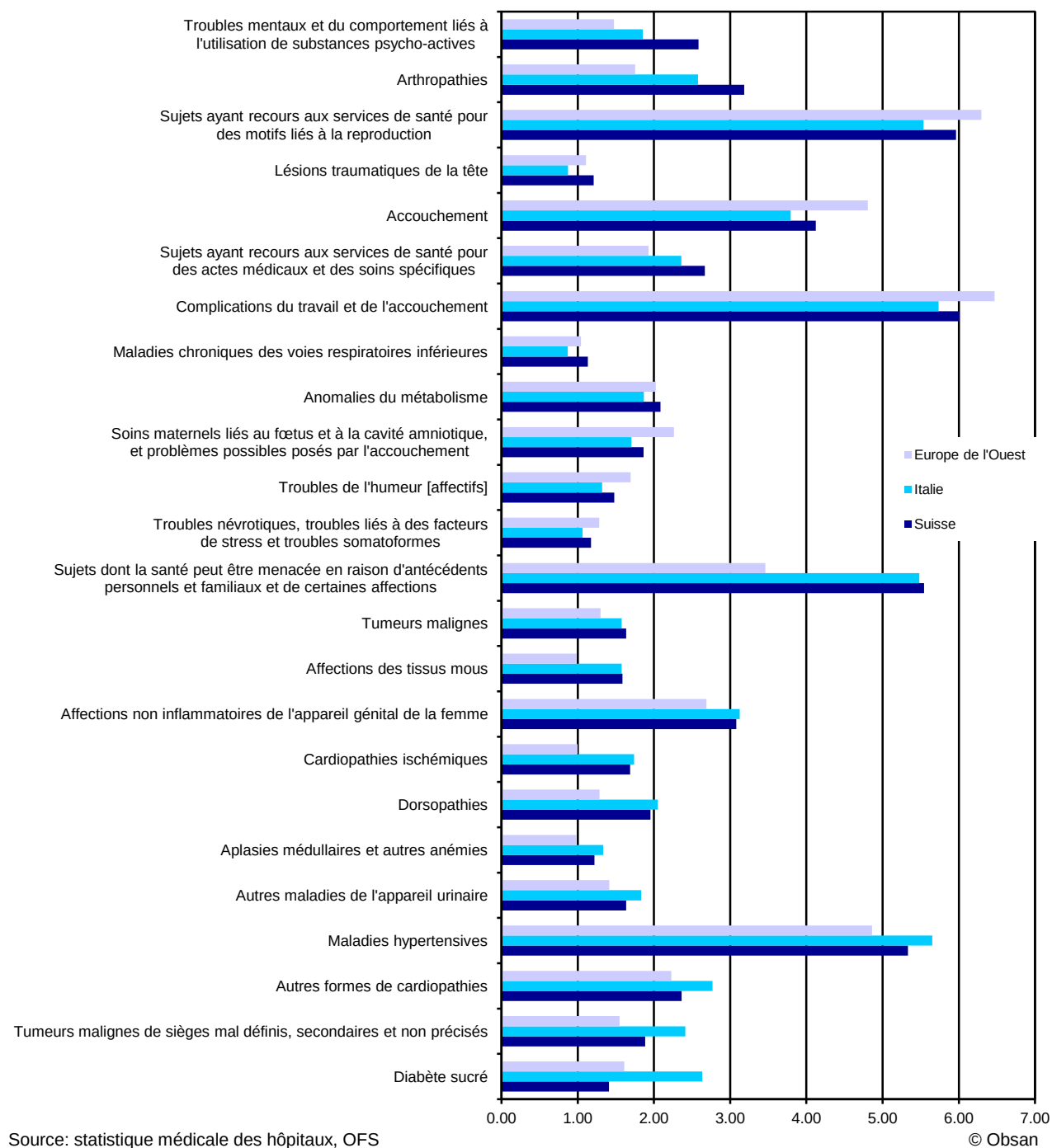
Graphique B 10 Taux d'hospitalisation pour 1000 habitants, par diagnostic secondaire et région de provenance, sexe=homme, 2009



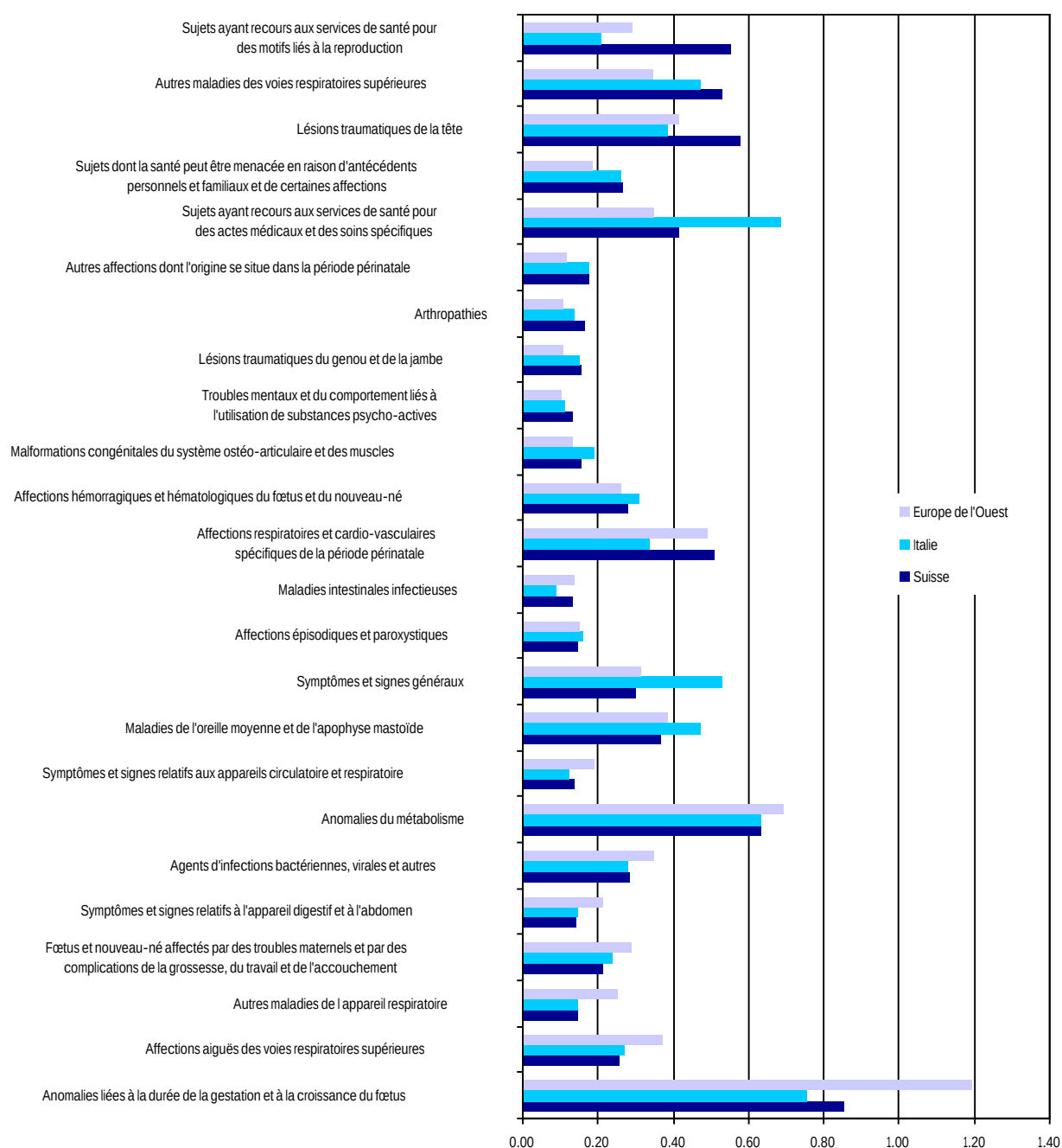
Source: statistique médicale des hôpitaux, OFS

© Obsan

Graphique B 11 Taux d'hospitalisation pour 1000 habitants, par diagnostic secondaire et région de provenance, sexe=femme, 2009



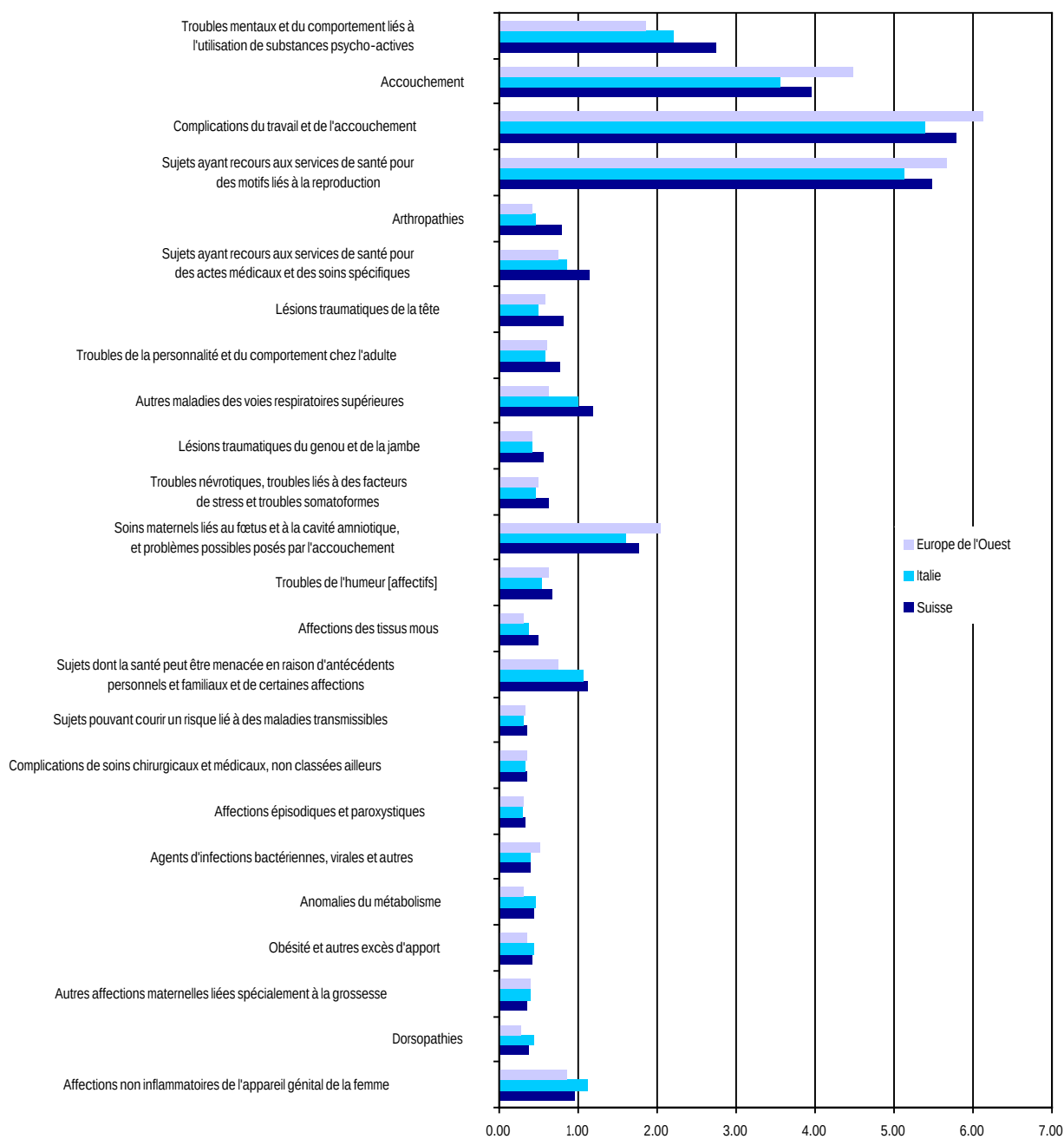
Graphique B 12 Taux d'hospitalisation pour 1000 habitants, par diagnostic secondaire et région de provenance, classe d'âge=0-19 ans, 2009



Source: statistique médicale des hôpitaux, OFS

© Obsan

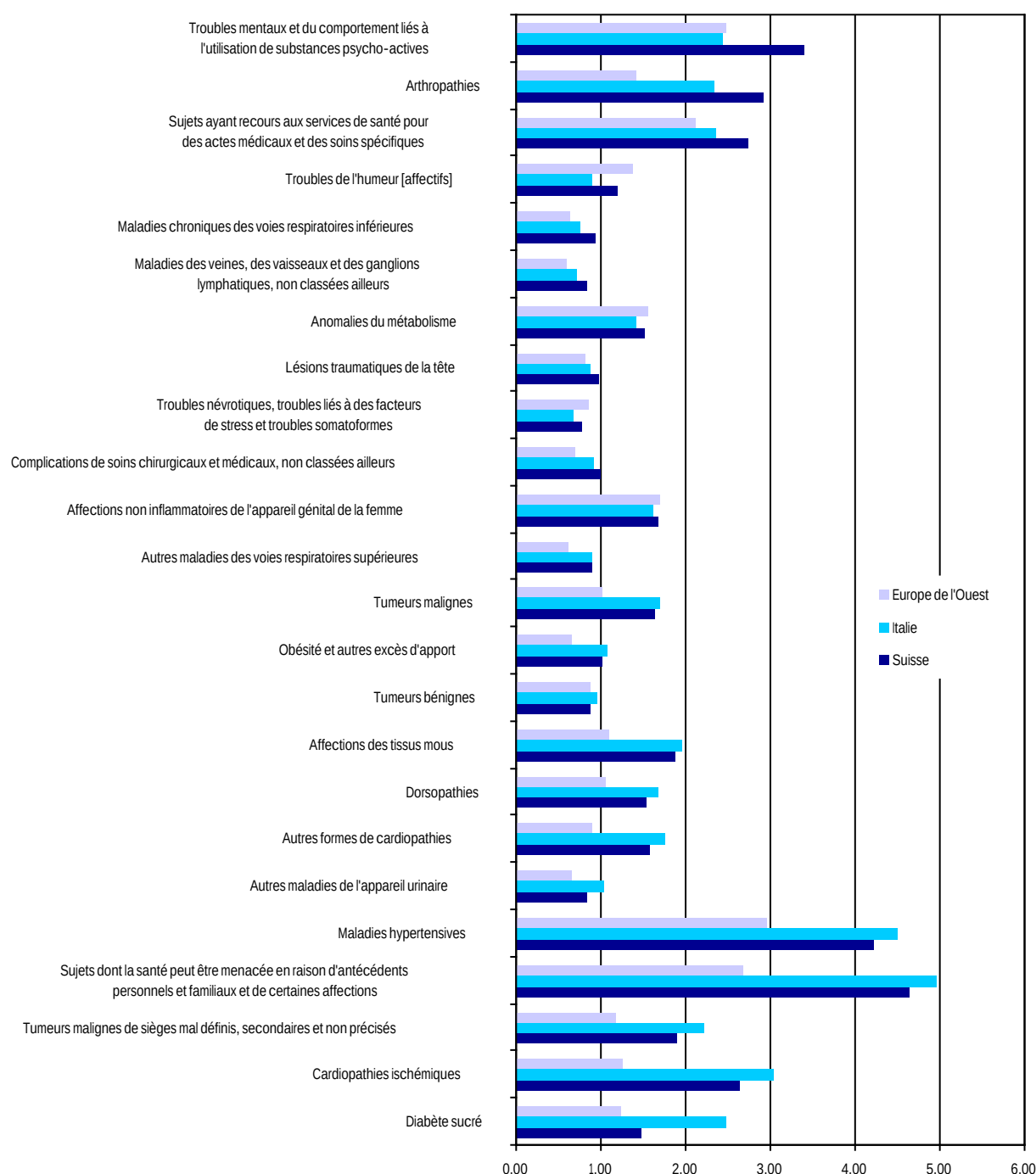
Graphique B 13 Taux d'hospitalisation pour 1000 habitants, par diagnostic secondaire et région de provenance, classe d'âge=20-39 ans, 2009



Source: statistique médicale des hôpitaux, OFS

© Obsan

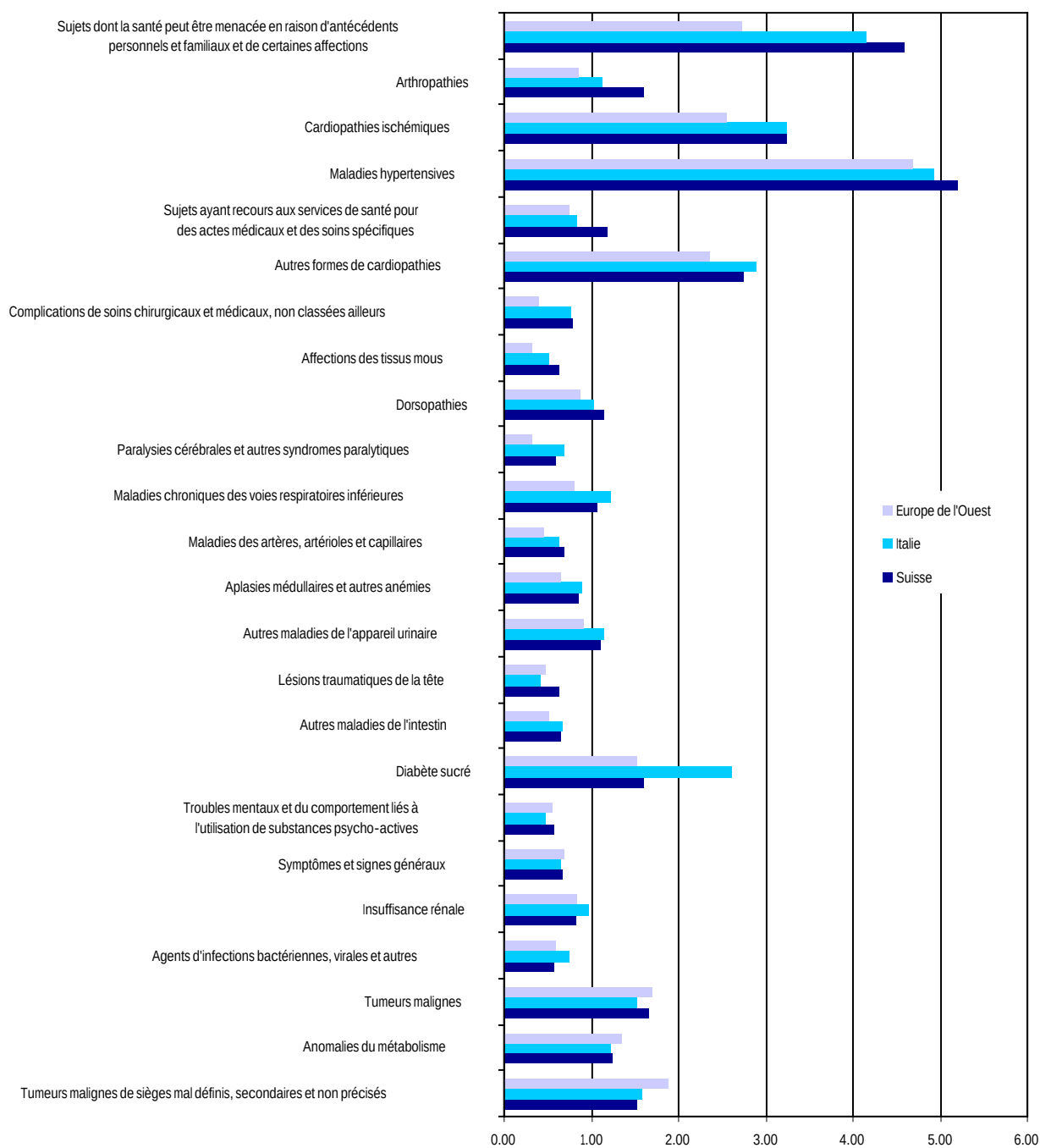
Graphique B 14 Taux d'hospitalisation pour 1000 habitants, par diagnostic secondaire et région de provenance, classe d'âge=40-64 ans, 2009



Source: statistique médicale des hôpitaux, OFS

© Obsan

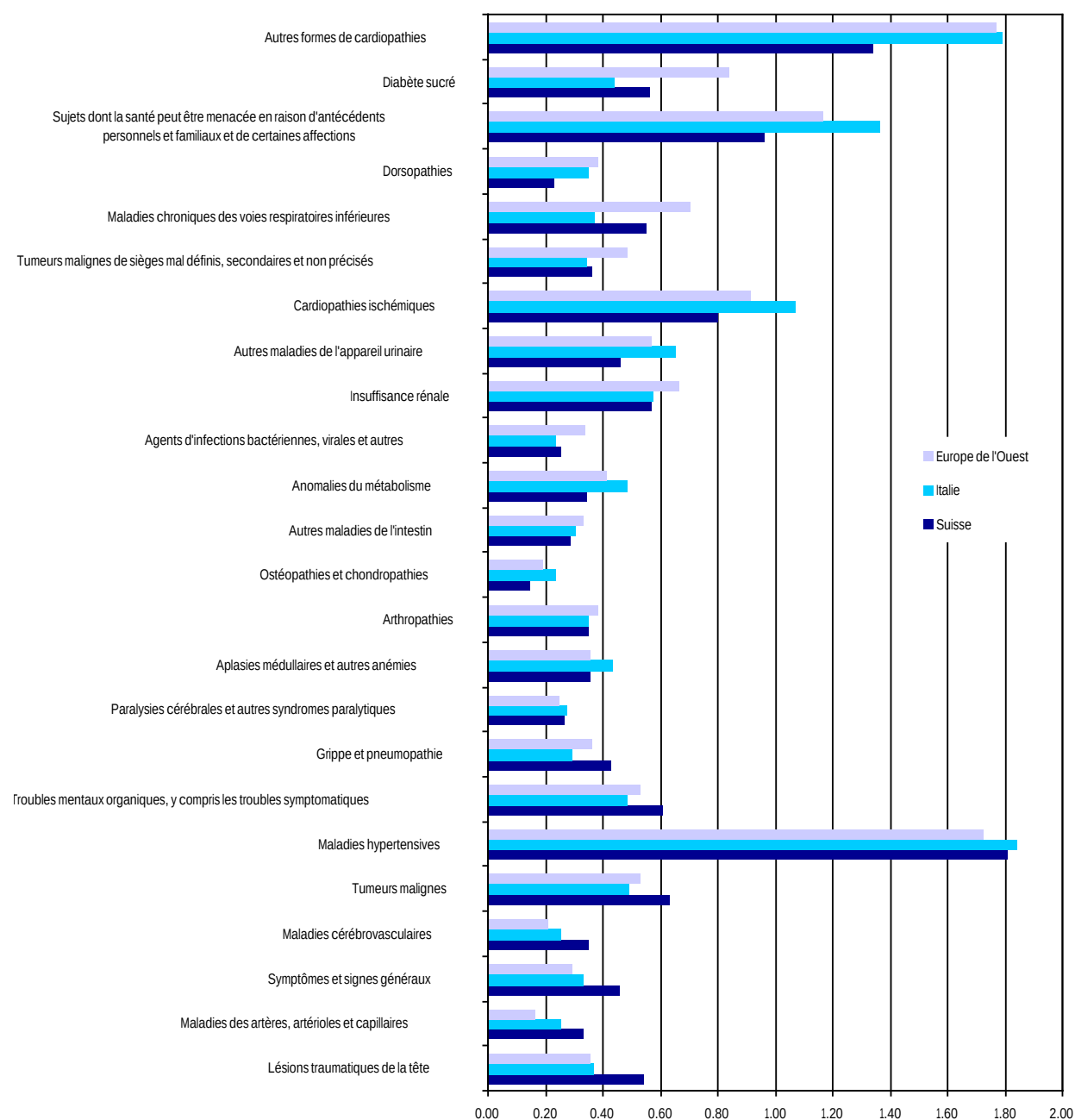
Graphique B 15 Taux d'hospitalisation pour 1000 habitants, par diagnostic secondaire et région de provenance, classe d'âge=65-79 ans, 2009



Source: statistique médicale des hôpitaux, OFS

© Obsan

Graphique B 16 Taux d'hospitalisation pour 1000 habitants, par diagnostic secondaire et région de provenance, classe d'âge=80 ans et plus, 2009



Source: statistique médicale des hôpitaux, OFS

© Obsan