

Deuxième Monitoring de l'état de santé de la population migrante en Suisse (GMM II)

Management Summary

Considérations et objectif

La confédération poursuit l'objectif d'accorder à tous les habitants les mêmes chances d'être en bonne santé, c'est-à-dire d'utiliser à plein leur potentiel de santé individuel. Plusieurs études montrent des indices que, pour certaines parties de la population étrangère, cette égalité des chances n'est pas atteinte. Le Programme national Migration et Santé (2008-2013) contient des mesures et des projets dans les domaines de la prévention, des prestations, de la formation et de la recherche. Le programme doit contribuer à atténuer les différences de santé des personnes issues de la migration et améliorer les conditions, afin qu'ils aient les mêmes chances de pouvoir développer leur potentiel de santé que les indigènes.

Dans le domaine de la recherche, l'OFSP a effectué un moniteur de la santé de la population issue de la migration en suisse (GMM) en 2004, qui a pour la première fois relevé des données sanitaires déterminantes pour des groupes de population issus de la migration. Afin d'approfondir les informations, l'OFSP a décidé de faire effectuer un second questionnaire de santé pour les personnes issues de la migration (GMM II). Ce mandat de recherche devrait couvrir *les trois questions* principales suivantes :

- Quelles sont les principales *différences de santé entre les autochtones et les personnes issues de la migration* en Suisse concernant leur état de santé, leur comportement de santé, leurs compétences en matière de santé et leur accès au système de santé ?
- Quels *groupes au sein de la population issue de la migration* en Suisse sont les plus vulnérables en termes de santé ?
- Quels sont les *déterminants principaux* des différences de santé constatées et quelle est l'ampleur de leur influence (Age, Sexe, Travail/Revenu, Formation, Intégration sociale, contexte migratoire)?

Méthode

Groupes cibles, échantillon

De même que pour le GMM I (2004), l'accent a été placé sur quatre pays d'origine concernant la population résidente étrangère et deux pays d'origine concernant les réfugiés (requérants d'asile et étrangers admis provisoirement). Il s'agit de : *Portugal, Turquie, Kosovo et Serbie* pour les résidents permanents issus de la migration et de *Sri Lanka (Tamoul) et Somalie* pour les réfugiés. En plus des groupes centrés sur le pays et donc sur la langue, deux autres sous-groupes d'intérêt ont été définis.

Le premier est constitué de personnes venant du Kosovo ou de Turquie et résidants en Suisse depuis moins de 2 ans. Le second est constitué de personnes récemment naturalisées. Le groupe de référence est constitué des citoyens suisses et provient de l'enquête suisse sur la santé de 2007.

Instrument

Le questionnaire comprend quatre thèmes: (1) Etat de santé, (2) Comportement de santé, (3) Utilisation du système de santé, (4) Moyens et Charges. Les concepts et variables issues des trois premiers groupes peuvent être considérés comme des variables d'état alors que celles du quatrième groupe sont des variables explicatives.

Exécution du questionnaire

Le questionnaire téléphonique a été intégralement effectué à l'aide de CATI (Computer Assisted Telephone Interview). La phase de terrain a débuté le 24 Septembre 2010 avec l'échantillon principal et le sous-échantillon des personnes récemment naturalisées (pour toutes les nationalités concernées). La récolte pour le deuxième sous-échantillon ainsi que pour les réfugiés a débuté le 11 Octobre 2010.

Limites méthodologiques

Les points suivants sont à relever d'un point de vue méthodologique:

- *Population issue de la migration – Récolte générale ou choix de groupes:* Il est à noter que l'enquête GMM II (de même que lors de GMM I) ne relève pas des informations concernant la population issue de la migration dans son ensemble. Mais les groupes choisis peuvent servir d'exemple pour la situation de migrantes et de migrants d'autres origines.
- *Limites dues au petit échantillon:* La taille des échantillons des sous-groupes de population de migrants limite la présentation des différences de situations. Cela conduit dans certains domaines à une baisse du pouvoir explicatif des résultats.
- *Concept de l'étude – Etat des lieux ou Analyse causale :* Le focus de GMM II a été fixé sur l'établissement d'un monitoring, mais le questionnaire a été conçu de manière à ce que des analyses soient le plus souvent également possibles.

Etat des lieux – Population résidente

Etat de santé

Les résultats montrent que les populations ayant récemment migré en provenance des pays étudiés dans cette recherche sont en relativement bonne santé physique et psychique. Cela est particulièrement le cas pour les personnes en provenance de Serbie et du Kosovo, moins en ce qui concerne les personnes venant de Turquie ou du Portugal. Les migrant-e-s présents depuis plus longtemps, au contraire, présentent un état de santé majoritairement moins bon que les suisse-sse-s de même âge. Au sein de la population issue de la migration, les femmes ont un état de santé moins bon que les hommes, et plus le groupe de population est âgé, plus cette différence s'accroît. On ne constate pas, ou pratiquement pas, cet effet dans la population d'origine suisse.

Utilisation du système de santé

La part des personnes ayant consulté un médecin au moins une fois au cours de l'année écoulée n'est pas plus élevée, dans tous les groupes étudiés, que celle des suisse-sse-s. Au contraire, les femmes venant du Portugal ou du Kosovo et les hommes venant de Serbie ou du Kosovo consultent moins souvent un médecin que la population autochtone. Par contre, le taux de consultation d'un médecin de famille est plus fréquent que dans la population d'origine suisse. L'utilisation des services d'urgence et d'hospitalisation ambulatoire ou policlinique est supérieur à celle des suisse-sse-s pour

quelques groupes d'origine étrangère. Mais les différences sont de toute façon très faibles. Les personnes issues de la migration utilisent relativement moins les offres de prévention. Fondamentalement, une plus faible utilisation des mesures de prévention (Vaccination, examen préventif, conseil) ou un moindre contrôle ambulatoire et traitement des maladies chroniques peuvent générer davantage de soins stationnaires par la suite.

Comportement de santé

Les migrant-e-s consomment nettement moins d'alcool, mais mangent moins de fruits et légumes et sont nettement plus souvent physiquement inactifs que les suisse-sse-s. De plus les migrant-e-s souffrent beaucoup plus souvent de surpoids. Dans le cadre de l'encouragement à un comportement sain, un potentiel notable d'amélioration subsiste dans ce domaine. La consommation tabagique des hommes issus de la migration est clairement supérieure à celle des suisses, parmi les femmes la différence est moins marquée.

Connaissances en matière de santé

Grâce à leurs connaissances en matière de santé les personnes peuvent rester en meilleure santé et réaliser pleinement leur potentiel de santé. C'est pourquoi ces connaissances représentent une ressource qui permet d'améliorer l'égalité des chances en matière de santé et permet une meilleure participation au système. Une comparaison des connaissances en matière de santé entre les populations autochtones et issues de la migration n'est pas possible car nous ne disposons pas de cette information concernant les suisse-sse-s. C'est pourquoi cette analyse s'est concentrée en l'analyse des différences existantes entre les différents groupes de migrants. Aucune différence systématique selon les pays d'origine n'est ressortie de cette analyse. Le libre choix du médecin et la compréhension avec celui-ci ne pose relativement pas de problème aux personnes issues de la migration, par contre le regard critique des conseils donnés ou la recherche d'autres sources d'information est très rare. De plus, selon les groupes de migrants considérés, entre 15% et 45% des personnes interrogées ne parviennent pas à décrire clairement leurs problèmes avec le médecin ou ne parviennent que partiellement à comprendre les informations du médecin.

Etat des lieux - Réfugiés

Etat de santé

L'état de santé subjectif a été estimé très différemment par les deux groupes de réfugiés: Les Somalien-ne-s ont un état de santé proche de celui des suisse-sse-s, alors que les tamoul-e-s présentent un état de santé subjectif nettement inférieur. De même, les personnes venant de Somalie suivent nettement moins souvent un traitement médical pour des problèmes physiques ou psychiques que celles venant du Sri Lanka.

Utilisation du système de santé

La différence de comportement par rapport aux autochtones est présente avant tout en ce qui concerne la consultation de médecins de famille, en ce sens que les réfugiés les consultent plus souvent. Les suisse-sse-s font des séjours hospitaliers tendanciellement plus longs que les réfugiés, bien que cet effet ne soit significatif que par rapport aux personnes venant du Sri Lanka. Concernant les urgences, l'ambulatoire hospitalier et les polycliniques, les comportements sont différents. Bien que la proportion de personnes y ayant eu recours soit pratiquement identique, lorsque c'est le cas, le nombre de consultations est significativement plus élevé pour les réfugiés que pour les autochtones.

Comportement de 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 suisse-sse-s. De plus, les tamoul-e-s 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 suisse-sse-s. Les réfugiés consomment nettement moins d'alcool que la population suisse. La part des abstinent est particulièrement élevée : Chez les somalien-ne-s 99% et parmi les personnes du Sri Lanka environ deux-tiers. Les tamoul-e-s consomment moins de tabac que les suisse-sse-s ou les somalien-ne-s.

Connaissances en matière de santé

Les connaissances de santé des réfugiés est généralement inférieure à celle des autres migrants. En particulier concernant l'évaluation des symptômes et la communication dans le système de santé. Les réfugiés parviennent mal, en comparaison aux autres groupes de migrants, à déterminer s'il est nécessaire de consulter un médecin en fonction des symptômes observés. En ce qui concerne la prise en compte de symptôme physique, cela peut provenir d'un manque d'information, mais les symptômes psychiques sont clairement sous-estimés : Une consultation médicale n'est que très rarement considérée comme nécessaire en présence de symptômes psychiques, bien que d'un point de vue médical une consultation soit conseillée. La communication entre le patient et le médecin constitue un problème majeur: Seulement un tiers des Somalien-ne-s et un quart des personnes venant du Sri Lanka parviennent à se faire suffisamment bien comprendre. Le reste de la population de réfugiés n'y parvient pas du tout ou seulement parfois. Un problème similaire se pose lorsqu'il s'agit de comprendre les consignes ou les questions du médecin.

Analyse approfondie de l'état de santé

L'état des lieux a montré que les jeunes migrant-e-s immigrés de fraîche date en Suisse sont plutôt en meilleure santé que les suisse-sse-s, alors que les migrant-e-s plus âgés et depuis plus longtemps en Suisse sont au contraire en moins bonne santé que les suisse-sse-s. Au sein de la population issue de la migration, les femmes présentent un état de santé inférieur à celui des hommes. Du fait que cette étude est transversale, il n'est pas possible d'en tirer des conclusions concernant l'évolution de l'état de santé à partir de l'entrée en Suisse. Il n'est pas possible de déterminer si les résultats obtenus résultent d'un effet de sélection ou de cohorte, ou s'ils reflètent une évolution différente de l'état de santé des femmes et des hommes en Suisse. La question de savoir si les migrants de longue date étaient déjà en mauvaise santé lors de leur arrivée ou si ils sont arrivés en bonne santé mais que leur état de santé s'est plus rapidement détérioré que celui des suisse-sse-s ne peut donc pas être tranchée.

Nous avons cherché les facteurs expliquant les différences d'état de santé entre les autochtones et les migrants dans les analyses approfondies. Une part des différences peut s'expliquer par le niveau de formation inférieur, les connaissances insuffisantes de la langue, la discrimination et l'expérience de violences politiques subies dans le pays d'origine. Chez les migrants de longue date d'autres facteurs peuvent entrer en jeu, qui ont pu jouer un rôle avant la migration ou durant le séjour en Suisse. D'autres études (par exemple : Spycher, Detzel, Guggisberg 2006) ont montré que lors de difficultés économiques, les travailleurs étrangers perdent plus rapidement leur emplois et ont ensuite plus de difficultés à retrouver un nouvel emploi que les suisse-sse-s. La population issue de la migration est plus fréquemment sujette aux charges multiples (Famille, Travail, Intégration). De plus, les populations issues de la migration reçoivent moins d'aide de la part des générations précédentes et sont plus souvent soumis à des conflits avec les générations suivantes. Il est possible que les

migrants jeunes et en bonne santé retournent dans leur pays d'origine après un certain temps, alors que ceux souffrant de problèmes de santé restent en Suisse pour bénéficier du meilleur système de santé.

Pistes pour des recherches futures

Il n'est pas du ressort des auteur-e-s de ce rapport d'élaborer des recommandations pour le futur. Cette étape devra être effectuée par les fonctionnaires de l'OFSP et de l'ODM, ainsi que d'autres acteurs de la pratique. Les pistes indiquées ici ne concernent donc que des travaux de recherche en lien avec cette enquête.

La récolte des données (en particulier le recrutement des répondants, les traductions, etc.) a constitué la majeure partie du travail de cette seconde enquête GMM. De ce fait, il serait bon de considérer si l'inclusion des enquêtes concernant les populations issues de la migration dans le cadre des enquêtes suisses sur la santé (ESS) ne reviendrait pas moins cher, et permettrait une parfaite cohérence temporelle et thématique. Cette inclusion pourrait prendre par exemple la forme de modules supplémentaire ou de sous-échantillons. La valeur de cette enquête ne pourra être déterminée qu'une fois qu'elle aura été utilisée dans de nombreuses recherches utilisant cette très riche source d'information, à ce moment-là seulement il sera possible de comparer cette valeur au coût de la récolte des données. Les analyses effectuées dans ce rapport montrent quelques questions qui pourraient faire l'objet de recherches futures, y compris dans le cadre de futures enquêtes GMM :

- *L'observation/Evolution de l'état* de santé des personnes issues de la migration dans le temps devrait être un thème central pour les futures enquêtes GMM. Dans ce sens il serait judicieux d'inclure dans les échantillons futurs au moins une partie des personnes déjà interrogées. Ceci permettrait d'effectuer des analyses longitudinales et ainsi étudier les différences d'évolution de l'état de santé.
- Le point central des futurs GMM devrait rester *le monitoring* de l'état de santé, mais les facteurs déterminants de l'état de santé (Ressources, facteurs de risques) devraient également être pris en compte.
- *Utilisation, qualité des soins* : Les résultats montrent des différences faibles et hétérogènes dans l'utilisation du système de santé entre les suisse-sse-s et les personnes issues de la migration. La tendance qui se dessine est une utilisation plus importante des médecins de famille et légèrement plus importante du service des urgences dans certains groupes de personnes issues de la migration. Une analyse plus approfondie des données GMM sur ce thème, en particulier en regard de l'état de santé subjectif, serait nécessaire. La question de la sous-utilisation devrait être abordée à l'aide d'une récolte de données ciblée. La question de la qualité des soins, du point de vue des patients, est également à considérer lors des futures récoltes de données.
- *Comportement face à la santé* : Les résultats montrent des potentiels d'amélioration dans les domaines de l'alimentation et de l'activité physique auprès des personnes issues de la migration, ainsi qu'auprès du relativement grand nombre de personnes souffrant de surpoids. Les analyses complémentaires, et éventuellement des récoltes de données dans ce domaine devraient être considérées comme prioritaires.
- *Genre* : L'état de santé des femmes semble moins bon que celui des hommes au sein de la population issue de la migration, il faudrait étudier quels facteurs permettent d'expliquer cette différence.