

SFM Studies #78

Johanna Probst, Didier Ruedin,
Patrick Bodenmann, Denise Efionayi-Mäder,
Philippe Wanner

Littératie en santé relative au covid-19 : focus sur la population migrante

Sur mandat de l'Office fédéral
de la santé publique

Mai 2021

Mandant

Office fédéral de la santé publique (OFSP)

Direction de projet

Johanna Probst, Didier Ruedin

© 2021 SFM

ISBN

2-940379-80-7

978-2-940379-80-4

Sommaire

Abréviations	5
Glossaire	6
Remerciements	8
Executive Summary (français)	9
Executive Summary (Deutsch)	15
Executive Summary (English)	21
1 Introduction	27
1.1 Contexte et mandat	27
1.2 Eclairages bibliographiques	29
1.2.1 Littérature récente sur la pandémie	29
1.2.2 Littératie en santé	30
1.2.3 Vulnérabilité sociale	32
2 Méthode et population enquêtée	35
2.1 Enquête	35
2.2 Questionnaire	36
2.3 Echantillonnage	37
2.4 Profil de la population enquêtée	38
2.5 Limites de l'étude	41
3 Vécu de la pandémie et de l'infodémie	45
3.1 Bien informés mais déstabilisés	45
3.2 Sources d'information	47
3.3 Précautions et appréciations	50
4 Difficultés face à l'information	55
4.1 Trouver et comprendre les informations	55
4.2 Résultats comparés	58
4.3 Indice de littératie en santé auto-estimée	59
4.4 Bilan intermédiaire	61
5 Littératie en santé et vulnérabilité sociale	65
5.1 Mesure étendue de la littératie en santé	65
5.2 Indice de vulnérabilité sociale	66
5.3 La littératie en santé des plus vulnérables	67
6 Conclusion	69
Bibliographie	73
Annexes	77

Abréviations

CAWI	Computer assisted web interviews
GMM	<i>Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung</i> (Monitoring de la santé de la population migrante)
HLS-EU	European Health Literacy Survey
OFS	Office fédéral de la statistique
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OMS	Organisation mondiale de la santé
SFM	Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population
SRPH	Schweizer Register der Personen und Haushalte (cadre d'échantillonnage suisse)

Glossaire

Echantillon total

Désigne l'intégralité des répondant·e·s de cette enquête (que ce soit via tirage SRPH ou via multiplicateurs).

Indice (de littératie en santé relative au covid-19) classique

Désigne l'indice calculé sur la base d'une question sur les difficultés auto-estimées à s'informer, avec la même méthode de calcul que celle utilisée par Vogt et al. (2020) et Okan et al. (2020a). Les résultats par rapport à cet indice sont donc, d'un point de vue méthodologique, comparables avec ceux des études mentionnées.

Indice (de littératie en santé relative au covid-19) étendu

Désigne une variante de l'indice classique proposée par l'équipe de recherche. Cet indice inclut deux autres variables (voir chapitre 5.1) et n'est donc pas comparable avec les résultats d'indice de Vogt et al. (2020) et Okan et al. (2020a).

Infodémie

Selon l'acception de cette étude, le terme désigne la mise en circulation, par différents acteurs et sur différents canaux de communication, d'une quantité importante d'informations sur le covid-19, informations de qualité variables allant de manifestation fausses, incertaines, non-prouvées jusqu'à scientifiquement établies. Par les technologies de communication modernes, ces informations se répandent de manière « virale », à l'image de la propagation du virus lui-même.

Littératie en santé relative au covid-19

Désigne la capacité de chaque individu à prendre au quotidien – et dans le contexte de la pandémie du covid-19 – des décisions qui ont une influence positive sur sa santé et celle des autres.

Population enquêtée

Désigne plus particulièrement les répondant·e·s de cette enquête, appartenant à la population migrante (vulnérable) comme définie ci-dessous.

Population générale

Désigne la population résidente de la Suisse de 18 ans ou plus et correspond à la population ayant fait l'objet de l'étude Vogt et al. (2020). Lorsque le terme est utilisé dans le contexte de la comparaison avec l'enquête de Vogt et al., il désigne plus précisément les répondant·e·s de cette enquête.

Population migrante (vulnérable)

Désigne la population visée par cette enquête, à savoir des personnes de 18 ans ou plus, nées à l'étranger dans l'un des pays sélectionnés (voir chapitre 2.3), n'ayant pas la nationalité suisse. Ainsi, l'enquête cible une population migrante présentant des facteurs de vulnérabilité sociale. L'adjectif « vulnérable » est mentionné lorsque l'accentuation de cet aspect est importante ou pour désigner le groupe de répondant·e·s le plus vulnérable.

Répondant·e·s via multiplicateurs

Désigne les répondant·e·s ayant été invité·e·s à participer à l'enquête par les acteurs de terrain (notamment organisations de soutien et écoles de langues) ou via les médias migrants (invitation par flyer, post en ligne ou information orale, accès ouvert au questionnaire).

Répondant·e·s via tirage SRPH

Désigne les répondant·e·s faisant partie de l'échantillon tiré du cadre d'échantillonnage (SRPH) de l'Office fédéral de la statistique et ayant participé à l'enquête via ce biais (invitation par lettre, accès personnalisé au questionnaire).

Vulnérabilité sociale

Selon la définition utilisée dans le cadre de cette étude, la vulnérabilité sociale est une situation de vie marquée par le fait d'avoir un faible niveau de formation formelle, d'être pas ou peu inséré sur le marché du travail, de disposer de ressources financières limitées, de séjourner en Suisse sans statut légal ou avec un statut précaire et de maîtriser imparfaitement la langue locale (parlée dans le lieu de vie en Suisse). Lorsqu'il est question de « personnes vulnérables socialement », nous faisons donc référence à des personnes en situation de vulnérabilité sociale à un moment précis, sachant que cette situation peut évoluer vers moins de vulnérabilité.

Remerciements

Nous tenons à remercier celles et ceux qui ont contribué à l'élaboration de cette étude, en particulier dans le contexte difficile qui a marqué l'année 2020.

Tout d'abord nous remercions l'*Office fédéral de la santé publique*, en particulier Sabina Hösli et Isabelle Villard, pour la confiance accordée à notre institut de recherche et l'excellente collaboration tout au long du projet.

Nous remercions ensuite Edlira Bytyqui-Dedja, Mohamad Al-Dourobi, Anna Paula Binggeli et Neyat Gambo Girmai, traductrices et traducteurs du COSM (Service de la cohésion multiculturelle du canton de Neuchâtel), pour avoir garanti une haute qualité des versions albanaise, arabe, portugaise et tigrinya du questionnaire, ainsi que Enayat Brumand pour la coordination. Un chaleureux merci également à Oula Abu-Amsa, Liliana Azevedo, Vijosa Gërvalla et Elisa Tanco pour leur précieuse aide lors de la mise au point des différentes versions linguistiques du questionnaire programmé.

Pour la réalisation de l'enquête en ligne, nous sommes reconnaissants envers l'institut de sondage LINK, en particulier Massimo Sardi que nous remercions pour l'excellente collaboration. Nous remercions en outre l'*Office fédéral de la statistique* pour le tirage de l'échantillon.

Nous exprimons notre gratitude aux organisations ayant diffusé l'enquête auprès de la population migrante sur le terrain. Il s'agit d'organisations et associations de soutien aux migrant·e·s, y compris sans-papiers, et d'écoles de langues offrant des cours de français, d'allemand ou d'informatique aux étrangers et étrangères récemment arrivés en Suisse. Les organisations et leurs collaborateurs·trice·s ayant joué le rôle de multiplicateurs sont trop nombreuses et nombreux pour être citées nommément ici. Nous les remercions très chaleureusement – notamment celles et ceux qui nous ont livré des informations complémentaires sur le déroulement de l'enquête et leurs observations plus générales à propos du vécu de la pandémie par la population migrante vulnérable.

Un grand merci revient également aux médias migrants – *Albinfo.ch*, *Eritreischer Medienbund Schweiz*, *Diaspora TV* et *PuntoLatino* – pour avoir diffusé l'invitation à l'enquête via leurs sites et à Bülent Kaya de migesMedia (Croix-Rouge suisse) pour avoir coordonné cette diffusion.

Pour le temps et le soin consacré à compléter le questionnaire en ligne, nous remercions très cordialement toutes les répondantes et tous les répondants de l'enquête.

Finalement, nous adressons un merci collégial à Christine Diacon et Mai Verdy, les documentalistes du SFM, pour les recherches bibliographiques, ainsi qu'à Joëlle Fehlmann pour la relecture orthographique du texte intégral.

Executive Summary (français)

Enquête auprès de la population migrante vulnérable

Mandat et questions de recherche

En juillet 2020, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) mandate le Forum Suisse pour l'étude des migrations et de la population (SFM) de l'Université de Neuchâtel pour étudier la littératie en santé relative au covid-19 de la population migrante particulièrement vulnérable. Le concept de littératie en santé (générale) a fait l'objet de différentes études et campagnes de l'OFSP dans le passé. Il renvoie à la capacité des individus à prendre au quotidien des décisions qui ont une influence positive sur leur santé. Cette étude applique le concept général à la situation pandémique due à la propagation du nouveau coronavirus : elle vise donc à étudier la littératie en santé *relative au covid-19*. Pour ceci, elle s'appuie sur un questionnaire ayant déjà été utilisé par d'autres études au début de la pandémie, auprès de la population générale en Allemagne (Okan et al. 2020) et en Suisse (Vogt et al. 2020).

La présente étude s'intéresse à la population migrante, et plus spécifiquement à celle susceptible de ne pas (encore) parfaitement comprendre la langue locale. Elle renoue ainsi avec les questionnements relatifs à l'équité en santé et à l'accès à la santé de la population migrante présentant une vulnérabilité sociale accrue. La vulnérabilité sociale est définie comme une situation de vie marquée par le fait d'avoir un faible niveau de formation formelle, d'être pas ou peu inséré sur le marché du travail, de disposer de ressources financières limitées, de séjourner en Suisse sans statut légal ou avec un statut précaire et de maîtriser imparfaitement la langue locale (parlée dans le lieu de vie en Suisse).

L'OFSP souhaite connaître la littératie en santé relative au covid-19 de la population migrante vulnérable et, plus largement, son comportement d'information dans le contexte pandémique. Au niveau analytique, il s'agit d'investiguer le lien entre littératie en santé et facteurs de vulnérabilité sociale, dont certains sont spécifiques à la situation migratoire. En effet, la littératie en santé relative au covid-19 de la population migrante vulnérable en Suisse apparaît comme un enjeu important, notamment au regard du fait que la pandémie va de pair avec une « infodémie ». Ce terme, forgé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), est ici compris comme la mise en circulation et la propagation « virale » d'une quantité importante d'informations sur le covid-19, ces informations étant cependant de qualité variable, allant de manifestation fausses, incertaines, non-prouvées jusqu'à scientifiquement établies. Dans un contexte non seulement de *pan-* mais aussi d'*infodémie*, l'OFSP tient donc à s'assurer que toutes les franges de la population soient en mesure de trouver et de comprendre les informations essentielles, d'évaluer leur fiabilité et de les appliquer dans la vie de tous les jours.

Enquête en ligne

Afin d'obtenir une image nuancée de la littératie en santé de différents groupes – plus ou moins vulnérables – de la population, la présente enquête comporte une double dimension comparative. D'un côté, et *dans la mesure du possible*, elle compare les résultats de la population migrante (répondant·e·s de cette enquête interrogées entre octobre et décembre 2020) à ceux de la population suisse générale (enquêtée par Vogt et al. au mois de mai 2020). D'un autre côté, elle recense le degré de vulnérabilité sociale des répondant·e·s (migrant·e·s) et compare, au sein même de la population migrante, les répondant·e·s les plus vulnérables à celles et ceux qui le sont moins.

Suivant les enjeux esquissés ci-dessus, cette étude visait à atteindre une population migrante présentant des facteurs de vulnérabilité sociale susceptibles d'entraver leur littératie en santé relative au covid-19, comme notamment un faible niveau d'éducation formelle, une compréhension imparfaite des langues nationales de la Suisse et un statut de séjour précaire voire inexistant. Pour ce faire, le questionnaire utilisé par l'étude Vogt et

al. (2020) a été légèrement adapté et mis à disposition en huit langues (albanais, allemand, anglais, arabe, espagnol, français, portugais et tigrinya). Les choix en termes de langue et donc aussi d'échantillonnage se sont inspirés du *Monitoring de la santé de la population migrante* (GMM). Uniquement accessible en ligne, le questionnaire a été diffusé par deux biais. Premièrement, un échantillon aléatoire a été tiré du cadre d'échantillonnage (SRPH) de l'Office fédéral de la statistique (OFS) parmi les personnes de 18 ans et plus, de nationalité étrangère (détenteur d'un permis N, F, L, B ou C) et nées à l'étranger (dans un pays correspondant aux langues de l'enquête). Ces personnes ont été invitées à l'enquête par lettre postale. Deuxièmement, l'enquête a été diffusée par des multiplicateurs (médias migrants, organisations de soutien et écoles de langue) travaillant auprès de migrant·e·s particulièrement vulnérables. Ces répondant·e·s pouvaient accéder au questionnaire via un lien ouvert.

Un échantillon total de 2354 répondant·e·s, dont 1669 via tirage SRPH et 685 via multiplicateurs a ainsi pu être généré. Par simplicité, et pour les différencier des répondant·e·s de l'enquête Vogt et al. auprès de la population générale, le groupe total de répondant·e·s de la présente enquête est désigné comme « population migrante », bien qu'il ne s'agisse en réalité que d'une part spécifique de celle-ci. Le groupe total de répondant·e·s s'avère équilibré du point de vue du sexe, affiche une moyenne d'âge de 37 ans et une durée de séjour en Suisse médiane de 7 ans. 40 % des répondant·e·s détiennent un permis C, 43 % un permis B et 10 % un permis F ; 14 % sont au chômage au moment de l'enquête et 42 % employé·e·s ; 11 % n'ont pas achevé l'école obligatoire et 31 % ont un diplôme tertiaire. En somme, différentes situations de vie et divers degrés de vulnérabilité sont représentés parmi l'ensemble des répondant·e·s, les données récoltées permettant donc des analyses détaillées en fonction de la vulnérabilité sociale de la population enquêtée.

Accès à l'information durant la pandémie

La comparaison entre la population migrante enquêtée ici et la population générale enquêtée par Vogt et al. (2020) – lorsque le questionnaire le permet – montre en somme relativement peu de différences entre ces deux groupes. Toutefois, une analyse fine en fonction du degré de vulnérabilité des répondant·e·s de la présente enquête (population migrante) fait apparaître des divergences plus saillantes.

Dans l'ensemble, 87 % des répondant·e·s de la population migrante se sentent « (très) bien informés » sur le covid-19 et 37 % ne se sentent « pas du tout déstabilisés » par toutes les informations à propos de la pandémie. En ceci, les sentiments d'être bien informé et d'être déstabilisé sont un peu plus répandus parmi la population migrante que parmi la population générale. On constate en outre qu'un faible niveau d'éducation formelle et une maîtrise imparfaite de la langue locale accentuent le sentiment d'être mal informé ainsi que celui d'être déstabilisé au sein de la population migrante.

Sources d'information

La population migrante obtient des informations sur le covid-19 et les recommandations sanitaires qui s'y rapportent en consultant différentes sources, tout d'abord la télévision (60 % des répondant·e·s s'informent par ce biais, plusieurs réponses possibles), suivi d'Internet (59 %). Le cercle familial/amical et les autorités sanitaires sont tous les deux consultés par 50 % des répondant·e·s et les médias sociaux par 45 %. Les écarts les plus notables entre les résultats de la population générale et ceux de la population migrante s'observent d'une part, à propos des médias traditionnels (télévision, radio, journaux papier) nettement plus consultés par la population générale et, d'autre part, concernant les proches (famille/ami·e·s) ainsi que les médias sociaux, nettement plus consultés par la population migrante.

Bien qu'elle les consulte, la population migrante enquêtée montre une distance critique par rapport à ces deux dernières sources, les considérant comme relativement peu fiables comparées aux sources telles que les autorités sanitaires, expert·e·s médicaux et affiches de l'OFSP qu'une immense majorité juge (très) fiables.

Les résultats sont ici quasiment identiques à ceux de la population générale. Au sein de la population migrante on constate que les personnes davantage vulnérables au niveau de leurs compétences linguistiques et de leur statut de séjour font dans l'ensemble moins confiance aux informations (toutes sources confondues), y compris à celles émanant des autorités de santé.

Précautions et mesures

En considérant la mise en pratique des précautions recommandées, il s'avère que la très grande majorité (plus de 90 %) des répondant·e·s les ont suivies. Seules trois précautions, à savoir l'utilisation de l'application de traçage SwissCovid et, dans une moindre mesure, l'(auto-)quarantaine en cas de symptômes respectivement de contact avec une personne testée positive, ont été moins souvent prises – mais ceci généralement parce que le cas de figure ne s'est pas présenté ou parce qu'il n'était « pas possible » de les prendre. Lorsqu'on considère le nombre total de précautions prises ou non par la population migrante au travers du prisme des facteurs de vulnérabilité, on constate que les personnes avec peu de moyens financiers prennent tendanciellement moins de précautions contre le covid-19, ceci indiquant que la vulnérabilité économique peut être un frein à la prise de précautions. La comparaison avec la population générale enquêtée six mois auparavant (Vogt et al. 2020) indique que la part de personnes ayant mis en œuvre les recommandations sanitaires est généralement un peu plus élevée parmi la population migrante.

Connaissances à propos du covid-19

A la différence de l'enquête de Vogt et al. (2020), la présente enquête prévoyait une question renseignant sur l'adhésion à diverses affirmations par rapport au covid-19 et à la pandémie. Certaines des affirmations proposées étaient factuellement exactes, d'autres non-prouvées scientifiquement voire manifestement fausses. Il s'avère que les affirmations pour lesquelles il existe une certitude scientifique – comme par ex. le fait qu'on puisse être porteur·euse asymptomatique du virus – sont très largement connues et acceptées comme « vraies ». Par contre, un peu plus de 15 % des répondant·e·s pensent que les antibiotiques sont efficaces pour traiter une infection ou que le thé chaud aide à s'en protéger. En somme, l'adhésion aux différentes affirmations en lien avec le coronavirus montre des variations particulièrement importantes selon le degré de vulnérabilité sociale des répondant·e·s.

Indices de littératie en santé relative au covid-19

Selon la définition et la méthode de mesure proposée par Sørensen et al. (2012), la littératie en santé se subdivise en quatre types de compétences : trouver, comprendre, évaluer et appliquer les informations de santé. Ces différents aspects sont évoqués par une série de sous-questions (items), les répondant·e·s étant invités à indiquer pour chaque item à quel point ils trouvent cet aspect facile ou difficile, sur une échelle à quatre niveaux. Il s'avère que tant la population générale que la population migrante témoignent de peu de difficultés dans l'ensemble : généralement plus de 80 % trouvent les divers aspects « (très) faciles ». Ceci est cependant moins vrai à propos de l'évaluation de la fiabilité des informations sur le covid-19 qui pose globalement le plus de difficultés, notamment lorsque ces informations proviennent des médias. Cette tendance est valable tant au sein de la population générale qu'au sein de la population migrante. Lorsqu'on analyse les réponses de cette dernière selon le degré de vulnérabilité, les écarts entre personnes vulnérables et celles qui le sont moins sont particulièrement importants à propos du fait de *trouver* et de *comprendre* les informations. Les compétences linguistiques apparaissent comme le facteur de vulnérabilité le plus déterminant, suivies du niveau d'éducation et du statut légal.

Indice classique

Pour une mesure synthétique de la littératie en santé (générale resp. relative au covid-19), les études de référence proposent un indice qui exprime la moyenne simple des valeurs attribuées aux quatre niveaux de

difficulté. La distribution des valeurs d'indice ainsi obtenues est ensuite découpée en trois catégories, attribuant donc aux répondant·e·s une littératie en santé « insuffisante », « problématique » ou « suffisante ». Sur la base de cet indice de littératie en santé – que nous appelons « classique » – la population migrante compte une part légèrement plus importante de répondant·e·s affichant une littératie « suffisante » (59 % contre 53 % pour la population générale), la part de la catégorie « insuffisante » étant moins importante (9 % contre 15 %). Dans l'interprétation de cette littératie en santé relative au covid-19 légèrement meilleure chez la population migrante enquêtée, divers éléments doivent être pris en compte, comme notamment le décalage temporel entre les deux enquêtes qui limite la comparabilité des résultats.

Indice étendu

Pour compléter la mesure exclusivement subjective, basée sur l'auto-évaluation des répondant·e·s quant à leurs difficultés/facilités avec le traitement des informations, et analyser plus en détail les liens entre vulnérabilité sociale et littératie en santé relative au covid-19, cette étude propose un indice de littératie en santé « étendu ». L'indice étendu inclut, outre la valeur de l'indice classique, deux variables supplémentaires : premièrement le sentiment d'être bien informé sur le covid-19 et, deuxièmement, l'adhésion aux affirmations (vraies ou fausses) à propos de ce dernier. Pour une mesure synthétique, nous calculons en outre un indice de vulnérabilité sociale basé sur cinq variables (statut de séjour, compétences dans la langue locale, niveau d'éducation, statut professionnel et niveau de revenus). L'indice de vulnérabilité sociale montre en effet une corrélation bien plus importante avec l'indice de littératie en santé étendu ($r = 0.29$) qu'avec l'indice classique ($r = 0.15$). L'impact de la vulnérabilité sociale devient ainsi plus saillant lorsque la littératie en santé est mesurée de manière étendue, y compris par des variables permettant d'objectiver l'auto-évaluation des difficultés alléguées.

Influence de la vulnérabilité sociale

Lorsqu'on compare le groupe particulièrement vulnérable selon l'indice de vulnérabilité (22 % du nombre total de répondant·e·s) au groupe moins vulnérable (les 78 % restants), les tendances constatées plus haut se confirment. Les personnes particulièrement vulnérables tendent à être un peu plus déstabilisées par les nombreuses informations sur la pandémie, à avoir davantage de difficultés à *trouver* et à *comprendre* les informations de santé sur le covid-19, à consulter moins de sources « officielles » (autorités de santé etc.) et à adhérer aux thèses non étayées scientifiquement, ne relevant pas de la communication officielle. Parmi les cinq dimensions composant l'indice de vulnérabilité, le niveau d'éducation, le statut de séjour et le niveau dans la langue locale – ces deux derniers éléments relevant spécifiquement de la situation migratoire – s'avèrent être les plus déterminantes pour la littératie en santé relative au covid-19.

Conclusions

En Suisse, plus de la moitié de la population – qu'elle soit migrante ou non – dispose d'une littératie en santé relative au covid-19 « suffisante » selon la mesure classique. En ajoutant à cela la grande confiance que la population accorde aux informations des autorités et expert·e·s de santé et la mise en pratique (auto-déclarée) des mesures de protection essentielles, cette étude (ainsi que celle de Vogt et al. 2020) tire un bilan assez positif. La littératie en santé légèrement meilleure observée chez la population migrante est probablement en large part attribuable au fait que la confusion et l'incertitude du début de la pandémie se soient en partie levées au fil de l'année 2020 – y compris pour la population migrante (vulnérable) visée par la présente étude. Les migrant·e·s ne comprenant pas encore bien les langues nationales ont en effet fait l'objet d'efforts de communication particuliers des autorités de santé publique (informations en différentes langues etc.) qui semblent avoir porté leurs fruits.

En lien avec l'idée d'infodémie, certaines difficultés se cristallisent cependant autour de l'évaluation de la fiabilité ou de la véracité des diverses informations en circulation. Il faut dès lors se demander dans quelle

mesure une approche de la littératie en santé basée sur l'auto-évaluation des compétences est pertinente dans ce contexte. Les résultats d'une question sur l'adhésion à différentes affirmations sur le covid-19 – question posée uniquement dans le cadre de la présente enquête – montrent qu'une certaine prudence face à la mesure subjective est indiquée.

La comparaison entre la population migrante enquêtée ici et la population générale interrogée par Vogt et al. six mois plus tôt fait apparaître quelques tendances, qui appellent à être creusées par une analyse plus détaillée des liens entre littératie en santé et vulnérabilité sociale. En effet, l'élaboration d'un indice mesurant la littératie en santé relative au covid-19 de manière plus large montre des interactions notables avec le degré de vulnérabilité sociale : les personnes avec un faible bagage scolaire, un statut de séjour précaire et une compréhension partielle de la langue locale notamment, affichent une littératie en santé moins satisfaisante que les personnes moins vulnérables. Ainsi, les facteurs de vulnérabilité ayant trait à la situation migratoire jouent un rôle important, ce qui justifie de porter une attention particulière à la dimension migratoire.

L'étude met en lumière un certain écart, en termes de littératie en santé, entre les migrant·e·s particulièrement vulnérables et celles/ceux qui le sont moins. Il faut ici se rappeler que la littératie en santé relative au covid-19, donc la capacité à s'informer et à se comporter de manière adéquate selon les informations reçues dans un contexte pandémique, ne décrit qu'une partie de la réalité. Dans une perspective plus large, une bonne littératie en santé apparaît comme une condition nécessaire mais non suffisante à un comportement permettant de préserver sa santé et celle des autres. En effet, l'étude a montré que la vulnérabilité économique (mesurée par le salaire du ménage et la capacité à couvrir une dépense imprévue) est significativement corrélée à la disposition et à la possibilité de prendre des précautions. Si l'on raisonne en termes d'équité en santé, il est ainsi particulièrement important de prendre en compte la situation de vie matérielle des individus : une personne même très bien informée sur le covid-19 et les recommandations y relatives peut être incapable de se protéger efficacement en raison de ses contraintes matérielles (télétravail impossible, (auto-)quarantaine synonyme de perte de salaire, peu de budget pour du matériel de protection ou des tests etc.). Si l'information de qualité est sans aucun doute un enjeu majeur dans un contexte pan- et infodémique, il ne faut pas pour autant négliger les enjeux matériels susceptibles d'avoir un impact au moins aussi important sur la santé que la littératie et le niveau d'information.

Executive Summary (Deutsch)

Erhebung bei der vulnerablen Migrationsbevölkerung

Mandat und Forschungsfragen

Im Juli 2020 beauftragte das Bundesamt für Gesundheit (BAG) das Schweizerische Forum für Migrations- und Bevölkerungsstudien (SFM) der Universität Neuenburg damit, die Gesundheitskompetenz der besonders vulnerablen Migrationsbevölkerung im Zusammenhang mit der Covid-19-Pandemie zu untersuchen. Das Konzept der (allgemeinen) Gesundheitskompetenz wurde bereits in verschiedenen Studien und Kampagnen des BAG untersucht. Es verweist auf die Fähigkeit jedes und jeder Einzelnen, im Alltag Entscheide zu treffen, die sich auf seine/ihre Gesundheit positiv auswirken. Die vorliegende Studie wendet dieses allgemeine Konzept auf die Coronavirus-bedingte Pandemiesituation an. Im Fokus steht die Prüfung der Gesundheitskompetenz *in Bezug auf Covid-19*. Sie wird mithilfe eines Fragebogens erfasst, der bei Ausbruch der Pandemie bereits für Erhebungen unter der Gesamtbevölkerung in Deutschland (Okan et al. 2020) und in der Schweiz (Vogt et al. 2020) verwendet wurde.

Die vorliegende Studie befasst sich mit der Migrationsbevölkerung und insbesondere denjenigen Personen, welche die Landessprache (noch) nicht vollständig verstehen. Sie knüpft somit an die Befragungen im Zusammenhang mit der gesundheitlichen Chancengleichheit und dem Zugang zum Gesundheitswesen der in sozialer Hinsicht besonders vulnerablen Migrationsbevölkerung an. Der Begriff soziale Vulnerabilität bezieht sich auf Lebensumstände, die von einem geringen formalen Bildungsgrad geprägt sind. Die betroffenen Personen sind nicht bzw. kaum in den Arbeitsmarkt integriert, verfügen über begrenzte finanzielle Ressourcen, halten sich ohne Aufenthaltsberechtigung in der Schweiz auf bzw. werden in der Schweiz geduldet und beherrschen die (an ihrem Aufenthaltsort in der Schweiz gesprochene) Landessprache nicht fließend.

Das BAG beabsichtigt, die Gesundheitskompetenz der vulnerablen Migrationsbevölkerung im Zusammenhang mit Covid-19 und das generelle Informationsverhalten dieser Bevölkerung angesichts einer Pandemie zu ermitteln. Auf analytischer Ebene soll der Zusammenhang zwischen der Gesundheitskompetenz und den sozialen Vulnerabilitätsfaktoren untersucht werden, wobei gewisse Faktoren spezifisch für Migrationssituationen sind. Tatsächlich dürfte die Gesundheitskompetenz in Bezug auf Covid-19 bei der vulnerablen Migrationsbevölkerung in der Schweiz eine grosse Herausforderung darstellen. Die Tatsache, dass die Pandemie Hand in Hand mit einer «Infodemie» geht, spielt in diesem Zusammenhang eine wesentliche Rolle. Der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) geprägte Begriff «Infodemie» bezeichnet die «virale» Verbreitung einer Vielzahl Informationen zu Covid-19, wobei diese eine ganz unterschiedliche Qualität aufweisen und von Falschmeldungen über ungesicherte oder nicht belegte bis hin zu wissenschaftlich erwiesenen Aussagen reichen. Angesichts dieser Verbindung einer *Pandemie* mit einer *Infodemie* liegt dem BAG daran, dass sämtliche Bevölkerungsgruppen in der Lage sind, die wesentlichen Informationen zu finden und zu verstehen, ihre Zuverlässigkeit zu prüfen und sie im Alltag umzusetzen.

Online-Befragung

Um ein differenziertes Bild der Gesundheitskompetenz der einzelnen – mehr oder weniger vulnerablen – Bevölkerungsgruppen zu erhalten, erfolgen in der vorliegenden Studie zwei Arten von Vergleichen. *Im Rahmen des Möglichen* vergleicht die Studie die Antworten der Migrationsbevölkerung (Umfrage zwischen Oktober und Dezember 2020) mit denjenigen der Gesamtbevölkerung der Schweiz (Befragung durch Vogt et al. im Mai 2020). Ferner wird der Grad der sozialen Vulnerabilität der Befragten (Migrantinnen und Migranten) erfasst und innerhalb der Migrationsbevölkerung an und für sich verglichen (Binnendifferenzierung). Die ausgesprochen vulnerablen teilnehmenden Migrantinnen und Migranten werden hierbei mit den weniger vulnerablen Teilnehmenden aus ihrer Bevölkerungsgruppe verglichen.

Angesichts der oben kurz umrissenen Herausforderungen war die vorliegende Studie auf die Erreichung einer Migrationsbevölkerung ausgelegt, bei der Anzeichen für eine soziale Vulnerabilität vorliegen, die ihre Gesundheitskompetenz in Bezug auf Covid-19 allenfalls einschränkt. Diese Anzeichen umfassen insbesondere einen geringen formalen Bildungsgrad, unvollständige Kenntnisse der Landessprachen der Schweiz und das Fehlen einer Aufenthaltsbewilligung bzw. die vorläufige Duldung in der Schweiz. Zu diesem Zweck wurde der Fragebogen von Vogt et al. (2020) leicht angepasst und in acht Sprachen (Albanisch, Arabisch, Deutsch, Englisch, Französisch, Portugiesisch, Spanisch und Tigrinya) zur Verfügung gestellt. Die Auswahl der Sprachen und somit auch die Stichprobenbildung beruhen auf dem *Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (GMM)*. Der ausschliesslich online zugängliche Fragebogen wurde auf zwei Wegen verbreitet: Erstens wurde im Stichprobenrahmen für Personen- und Haushaltserhebung (SRPH) des Bundesamtes für Statistik (BFS) bei den Volljährigen mit ausländischer Staatsangehörigkeit (Inhaberinnen und Inhaber einer Aufenthaltsbewilligung N, F, L, B oder C) und Geburtsort im Ausland (in einem Land mit einer der im Fragebogen aufgeführten Landessprachen) eine Stichprobenziehung vorgenommen. Diese Personen wurden schriftlich per Post zu einer Teilnahme an der Umfrage eingeladen. Zweitens wurde die Umfrage über Multiplikatoren (Migrantenmedien, Hilfsorganisationen und Sprachschulen) verbreitet, die sich an besonders vulnerable Migrantinnen und Migranten richten. Die Zielgruppen erhielten über einen offenen Link Zugang zum Fragebogen.

Diese Verfahren ermöglichten die Bildung einer Stichprobe mit 2354 Befragten, von denen 1669 über die SRPH-Stichprobenziehung rekrutiert wurden und 685 über Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. Zur Vereinfachung und Differenzierung von den im Rahmen der Studie von Vogt et al. Befragten aus der Gesamtbevölkerung wurde die gesamte Gruppe der Befragten als «Migrationsbevölkerung» bezeichnet, obwohl es sich effektiv nur um einen spezifischen Teil dieser Bevölkerung handelt. In der befragten Migrationsbevölkerungsgruppe war das Geschlechterverhältnis ausgewogen, das Durchschnittsalter betrug 37 Jahre und die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in der Schweiz 7 Jahre. 40 % der Befragten verfügen über eine C-Bewilligung, 43 % über eine B-Bewilligung und 10 % über eine F-Bewilligung. 14 % waren im Befragungszeitpunkt arbeitslos und 42 % angestellt; 11 % hatten die obligatorische Schule nicht abgeschlossen, während 31 % über ein Diplom auf Tertiärstufe verfügten. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Lebensumstände der Befragten divergieren, ebenso der Grad ihrer Vulnerabilität. Die erfassten Daten ermöglichen somit eingehende Analysen anhand der sozialen Vulnerabilität der befragten Bevölkerungsgruppe.

Informationszugang während der Pandemie

Der Vergleich zwischen der von uns befragten Migrationsbevölkerung und der von Vogt et al. (2020) befragten Gesamtbevölkerung zeigt – bei den durch den Fragebogen abgedeckten Themen – relativ geringe Unterschiede zwischen diesen beiden Gruppen auf. Bei einer Feinanalyse und Binnendifferenzierung des Vulnerabilitätsgrades der Befragten (Migrationsbevölkerung) zeigen sich allerdings grössere Unterschiede.

Insgesamt bezeichnen sich 87 % der Befragten der Migrationsbevölkerung in Hinblick auf Covid-19 als «(sehr) gut informiert». 37 % fühlen sich kaum oder gar nicht verunsichert durch die Flut von Informationen zur Pandemie. Das Gefühl, gut informiert und verunsichert zu sein, ist bei der Migrationsbevölkerung jeweils etwas stärker verbreitet als bei der Gesamtbevölkerung. Es zeigt sich ferner, dass eine geringe formelle Bildung und unzureichende Kenntnisse der Landessprache den Eindruck der Migrantinnen und Migranten verstärken, schlecht informiert. bzw. verunsichert zu sein.

Informationsquellen

Die Migrationsbevölkerung bezieht ihre Informationen über Covid-19 und die entsprechenden Gesundheitsempfehlungen aus verschiedenen Quellen. In erster Linie sind dies das Fernsehen (60 % der Befragten informieren sich über diesen Kanal, Mehrfachnennungen waren möglich) und das Internet (59 %). Der Familien- und Freundeskreis sowie die Gesundheitsbehörden werden von 50 % und die sozialen Medien von 45 % der Befragten beigezogen. Die grössten Abweichungen zwischen Antworten der Gesamtbevölkerung und denjenigen der Migrationsbevölkerung zeigen sich einerseits bei den traditionellen Medien (Fernsehen, Radio, Printmedien), die von der Gesamtbevölkerung viel häufiger konsultiert werden, und andererseits bei den Angehörigen (Familie/Freundinnen und Freunde) sowie den sozialen Medien, die von der Migrationsbevölkerung deutlich häufiger konsultiert werden.

Obwohl die befragte Migrationsbevölkerung diese beiden letztgenannten Quellen konsultiert, ist sie ihnen gegenüber kritisch eingestellt. Im Vergleich zu Quellen wie den Gesundheitsbehörden, den medizinischen Fachleuten und den Plakaten des BAG, welche die überwiegende Mehrheit als (sehr) zuverlässig einstuft, gelten sie bei den Befragten als nicht sehr zuverlässig. Diese Resultate decken sich weitgehend mit denjenigen aus der Gesamtbevölkerung. Innerhalb der Migrationsbevölkerung zeigt sich, dass die in Bezug auf ihre Sprachkenntnisse und ihren Aufenthaltsstatus stärker vulnerablen Personen insgesamt den Informationen (aus sämtlichen Quellen) weniger vertrauen. Dies gilt auch für Informationen seitens der Gesundheitsbehörden.

Vorsichtsmassnahmen und Vorkehrungen

Die überwiegende Mehrheit (über 90 %) der Befragten setzte die empfohlenen Vorsichtsmassnahmen auch um. Nur drei Massnahmen, nämlich die Verwendung der SwissCovid App und in geringerem Masse die Einhaltung einer (Selbst-)Quarantäne bei Symptomen oder bei Kontakt mit einer positiv getesteten Person, wurden weniger häufig umgesetzt. Dies lag aber zumeist daran, dass der betreffende Fall nicht eintrat oder die Umsetzung der Massnahmen sich als «nicht möglich» erwies. Differenziert man die gesamten Vorsichtsmassnahmen der Migrationsbevölkerung nach Vulnerabilitätsfaktoren, zeigt sich, dass Personen mit geringen finanziellen Mitteln tendenziell weniger Vorsichtsmassnahmen gegen Covid-19 ergreifen. Die wirtschaftliche Vulnerabilität kann sich somit als Hemmschwelle für Vorsichtsmassnahmen erweisen. Der Vergleich mit der sechs Monate zuvor befragten Gesamtbevölkerung (Vogt et al. 2020) zeigt, dass Umsetzungsgrad der Gesundheitsempfehlungen bei der Migrationsbevölkerung gegenüber der Gesamtbevölkerung leicht erhöht ist.

Kenntnisse in Bezug auf Covid-19

Im Unterschied zur Erhebung von Vogt et al. (2020) sah die vorliegende Erhebung eine Frage vor, welche die Zustimmung zu verschiedenen Aussagen zu Covid-19 und zur Pandemie betraf. Einige dieser Aussagen waren faktisch korrekt, andere waren wissenschaftlich nicht belegt oder eindeutig falsch. Einige wissenschaftlich belegte Fakten – beispielsweise die Tatsache, dass man ein asymptomatischer Virusträger sein kann – sind in breiten Kreisen bekannt und gelten als «wahr». Hingegen glauben leicht mehr als 15 % der Befragten, dass Antibiotika bei der Behandlung einer Infektion helfen können oder dass heisser Tee vor einer Infektion schützt. Differenziert man nach dem Vulnerabilitätsgrad der Befragten, ergeben sich besonders grosse Unterschiede beim Vertrauen auf die Zuverlässigkeit der einzelnen Aussagen zum Coronavirus.

Indexe für die Gesundheitskompetenz in Bezug auf Covid-19

Gemäss der von Sørensen et al. (2012) vorgeschlagenen Definition und Messmethodik lässt sich die Gesundheitskompetenz in vier Arten von Kompetenzen gliedern: Gesundheitsinformationen finden, verstehen, evaluieren und anwenden. Auf diese differenzierten Aspekte wird in einer Reihe von Unterfragen (*Items*) eingegangen. Bei jedem *Item* werden die Befragten aufgefordert, auf einer vierstufigen Skala den

Schwierigkeitsgrad des jeweiligen Aspekts anzugeben. Es zeigt sich, dass sowohl die Gesamt- als auch die Migrationsbevölkerung insgesamt wenig Schwierigkeiten bekunden. Über 80 % der Befragten bezeichnen die verschiedenen Aspekte im Allgemeinen als «(sehr) einfach». Weniger zutreffend ist dies für die *Evaluation der Zuverlässigkeit* von Informationen zum Thema Covid-19. Diese stellt sich insgesamt schwieriger dar, vor allem wenn die Informationen aus den Medien stammen. Dieser Trend gilt sowohl innerhalb der Gesamt- als auch der Migrationsbevölkerung. Differenziert man die Antworten der Migrationsbevölkerung nach dem Vulnerabilitätsgrad der Befragten, bestehen zwischen den vulnerablen und den weniger vulnerablen Personen besonders starke Unterschiede, wenn es darum geht, Informationen zu *finden* und zu *verstehen*. Es zeigt sich, dass die (fehlenden) Sprachkenntnisse den einflussreichsten Vulnerabilitätsfaktor darstellen, gefolgt vom Bildungsgrad und dem Aufenthaltsstatus.

Klassischer Index

Für eine synthetische Messung der (generellen bzw. auf Covid-19 bezogenen) Gesundheitskompetenz schlagen die entsprechenden Studien einen Index vor, der den einfachen Mittelwert aus den vier Schwierigkeitsgraden zugeordneten Werten darstellt. Die Streuung der ermittelten Indexwerte wird anschliessend in drei Kategorien gegliedert, nach denen sich die Gesundheitskompetenz der Befragten als «unzureichend», «problematisch» oder «ausreichend» einstufen lässt. Gemäss diesem, von uns als «klassisch» bezeichneten Gesundheitskompetenzindex weist die Migrationsbevölkerung einen leicht erhöhten Anteil an Befragten auf, die über eine «ausreichende» Gesundheitskompetenz (59 % gegenüber 53 % bei der Gesamtbevölkerung) verfügen. In der Kategorie der Personen mit «ungenügender» Gesundheitskompetenz ist die Migrationsbevölkerung weniger häufig vertreten (9 % gegenüber 15 %). Bei der Interpretation dieser leicht erhöhten Gesundheitskompetenz der zu Covid-19 befragten Migrationsbevölkerung ist eine Reihe von Elementen zu berücksichtigen, beispielsweise der zeitliche Abstand zwischen den beiden Erhebungen, der die Vergleichbarkeit der Ergebnisse einschränkt.

Erweiterter Index

Zur Ergänzung der rein subjektiven Messung, die auf der Selbstevaluation der Befragten in Bezug auf den Schwierigkeitsgrad der Verarbeitung von Informationen beruht, sowie zur eingehenderen Analyse der Zusammenhänge zwischen der sozialen Vulnerabilität und der Gesundheitskompetenz in Bezug auf Covid-19 schlägt diese Studie einen «erweiterten» Gesundheitskompetenzindex vor. Neben den klassischen Indexwerten umfasst dieser Index zwei weitere Variablen: einerseits das Gefühl, gut über Covid-19 informiert zu sein, und andererseits die Zustimmung zu den (wahren oder falschen) Aussagen in Bezug auf Covid-19. Zur synthetischen Messung berechnen wir zudem einen sozialen Vulnerabilitätsindex auf der Basis von fünf Variablen (Aufenthaltsstatus, landessprachliche Kompetenz, Bildungsgrad, beruflicher Status und Einkommensniveau). Tatsächlich weist der Vulnerabilitätsindex eine wesentlich stärker ausgeprägte Korrelation mit dem erweiterten Gesundheitskompetenzindex ($r = 0,29$) auf als mit dem klassischen Index ($r=0,15$). Die Auswirkungen der sozialen Vulnerabilität werden daher deutlicher, wenn die Gesundheitskompetenz in erweitertem Ausmass gemessen wird und Variablen einbezieht, die es ermöglichen, die Selbstevaluation der angeführten Schwierigkeiten zu objektivieren.

Einfluss der sozialen Vulnerabilität

Ein Binnenvergleich der laut Vulnerabilitätsindex besonders vulnerablen Gruppe (22 % aller Befragten) mit der weniger vulnerablen Gruppe (restliche 78 %) bestätigt die oben festgestellten Trends. Die besonders vulnerablen Personen werden durch die zahlreichen Informationen zur Pandemie etwas eher verunsichert. Sie haben grössere Schwierigkeiten, Gesundheitsinformationen zu Covid-19 zu *finden* und zu *verstehen*, sie konsultieren weniger «offizielle» Quellen (Gesundheitsbehörden usw.) und stimmen wissenschaftlich nicht

bewiesenen Thesen aus anderen Quellen als den offiziellen Verlautbarungen eher zu. Von den fünf Dimensionen, aus denen sich der Vulnerabilitätsindex zusammensetzt, erweisen sich der Bildungsgrad, der Aufenthaltsstatus und die Kenntnisse der Landessprache als die wichtigsten Einflussfaktoren für die Gesundheitskompetenz in Bezug auf Covid-19, wobei die letzteren beiden Faktoren der Tatsache geschuldet sind, dass es sich bei den Befragten um Migrantinnen und Migranten handelt.

Fazit

In der Schweiz verfügt über die Hälfte der Bevölkerung – mit oder ohne Migrationshintergrund – laut der klassischen Messung über eine «ausreichende» Gesundheitskompetenz in Bezug auf Covid-19. Zudem schenkt die Bevölkerung den Informationen der Gesundheitsbehörden und -experten grosses Vertrauen und die wesentlichen Schutzmassnahmen werden (nach eigenen Angaben) umgesetzt. Somit fällt die Bilanz dieser Studie (sowie derjenigen von Vogt et al. 2020) einigermaßen positiv aus. Die bei der Migrationsbevölkerung beobachtete leicht verbesserte Gesundheitskompetenz dürfte grösstenteils auf die Tatsache zurückgehen, dass die zu Beginn der Pandemie herrschende Verwirrung und Unsicherheit sich im Laufe des Jahres 2020 gelegt hat. Dies gilt auch für die Zielgruppe der vorliegenden Studie, die (vulnerable) Migrationsbevölkerung. Effektiv wurden Migrantinnen und Migranten ohne grosse Kenntnisse der Landessprachen von den Gesundheitsbehörden explizit angesprochen (Mitteilungen in verschiedenen Sprachen etc.), was sich als fruchtbarer Ansatz erwiesen haben dürfte.

Vor dem Hintergrund des Infodemie-Konzepts zeigt sich jedoch eine Reihe von Problemen bei der Evaluation der Zuverlässigkeit oder des Wahrheitsgehaltes umlaufender Informationen. Die Frage ist somit berechtigt, inwiefern ein Ansatz im Bereich Gesundheitskompetenz, der auf Selbsteinschätzungen beruht, in diesem Infodemie-Kontext relevant ist. Wie die Antworten auf eine – nur in der vorliegenden Erhebung gestellte – Frage zum Zustimmungsgrad bei verschiedenen Aussagen über Covid-19 zeigen, sind subjektive Messgrössen mit Vorsicht zu behandeln.

Der Vergleich der hier befragten Migrationsbevölkerung und der von Vogt et al. sechs Monate zuvor befragten Gesamtbevölkerung zeigt gewisse Trends auf, bei denen eine eingehendere Analyse der Zusammenhänge zwischen der Gesundheitskompetenz und der sozialen Vulnerabilität empfehlenswert sein dürfte. Mit der Entwicklung eines erweiterten Index zur Messung der Gesundheitskompetenz in Bezug auf Covid-19 lassen sich effektiv bemerkenswerte Wechselwirkungen zwischen dem Grad der sozialen Vulnerabilität und der Gesundheitskompetenz aufzeigen: Personen mit geringer Schulbildung, einem prekären Aufenthaltsstatus und unvollständigem Verständnis der Landessprache weisen eine weniger ausreichende Gesundheitskompetenz auf als weniger vulnerable Personen. Die mit der Migrationssituation zusammenhängenden Vulnerabilitätsfaktoren spielen somit eine wichtige Rolle, sodass es gerechtfertigt ist, diesem Aspekt besondere Aufmerksamkeit zu widmen.

Diese Studie zeigt einen gewissen Unterschied zwischen der Gesundheitskompetenz besonders vulnerabler Migrantinnen und Migranten und der Gesundheitskompetenz der weniger vulnerablen Migrantinnen und Migranten auf. Die Gesundheitskompetenz in Bezug auf Covid-19, d. h. die Fähigkeit, sich selbst zu informieren und sich anhand der erhaltenen Informationen in einem Pandemie- Kontext angemessen zu verhalten, beschreibt nur einen Teil der Realität. Aus einer erweiterten Perspektive betrachtet dürfte eine gute Gesundheitskompetenz eine notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung für ein gesundheits- und risikobewusstes Verhalten für sich selbst und andere sein. Tatsächlich hat die Studie gezeigt, dass die wirtschaftliche Vulnerabilität (gemessen am Haushaltseinkommen und der Fähigkeit, eine unvorhergesehene Ausgabe zu tragen) eine signifikante Korrelation mit der Bereitschaft zu Vorsichtsmassnahmen und der Möglichkeit, diese Massnahmen zu treffen, aufweist. Im Zusammenhang mit der gesundheitlichen

Chancengleichheit sind insbesondere die materiellen Umstände jeder und jedes Einzelnen zu berücksichtigen. Auch wenn eine Person über ausgezeichnete Informationen zu Covid-19 und die entsprechenden Empfehlungen verfügt, ist sie deswegen nicht unbedingt in der Lage, sich wirksam zu schützen: Materielle Zwänge (keine Home-Office-Möglichkeiten, Lohneinbussen bei (Selbst-)Quarantäne, geringe finanzielle Mittel für Schutzmaterial oder Tests usw.) spielen hier eine grosse Rolle. Während zuverlässige Informationen in einem pan- und infodemischen Kontext zweifellos ein wichtiges Thema sind, dürfen materielle Probleme, die einen mindestens ebenso grossen Einfluss auf die Gesundheit haben können wie die Gesundheitskompetenz und der Informationsstand, nicht vernachlässigt werden.

Executive Summary (English)

Survey of the vulnerable migrant population

Mandate and research questions

In July 2020, the Swiss Forum for Migration and Population Studies (SFM, University of Neuchâtel) was commissioned by the Federal Office of Public Health (FOPH) to study COVID-19-related health literacy in the particularly vulnerable migrant population. The concept of (general) health literacy has previously been the subject of various FOPH studies and campaigns. It refers to individuals' capacity to make decisions in their daily lives which have a positive influence on their health. The present study applies this general concept to the pandemic situation arising from the spread of the novel coronavirus: it thus aims to investigate health literacy *in relation to COVID-19*. To this end, it is based on a questionnaire already used in other studies carried out at the beginning of the pandemic among the general population in Germany (Okan et al. 2020) and in Switzerland (Vogt et al. 2020).

The present study is concerned with the migrant population, and more specifically with the population which may not (yet) fully understand the local language. It thus also addresses questions concerning health equity and access to health services for the socially vulnerable migrant population. Social vulnerability is defined as a life situation characterised by a low level of formal education, no or limited employment, limited financial resources, a precarious or non-existent residence status in Switzerland, and an imperfect command of the local language (spoken by the local Swiss community).

The FOPH wishes to explore the COVID-19-related health literacy of the vulnerable migrant population and, more broadly, its information behaviour in the pandemic context. From an analytical viewpoint, the aim is to investigate the relationship between health literacy and social vulnerability factors, some of which are specific to the migrant situation. COVID-19-related health literacy among the vulnerable migrant population in Switzerland would appear to be an important issue, especially given the fact that the pandemic has been accompanied by an “infodemic”. This term, coined by the World Health Organization (WHO), is understood here as the circulation and “viral” spread of large amounts of information on COVID-19, the quality of which, however, varies – from manifestly false, doubtful or unproven, to scientifically established information. In a context of not only a *pan-* but also an *infodemic*, the FOPH thus wishes to ensure that all sections of the population are able to access and understand essential information, to evaluate its reliability, and to apply it in their daily life.

Online survey

In order to obtain a detailed picture of the health literacy of different – more or less vulnerable – population groups, the present study involves two sets of comparisons. Firstly, and *as far as possible*, the results for the migrant population (respondents surveyed between October and December 2020) are compared with those obtained for the general Swiss population (surveyed by Vogt et al. in May 2020). Secondly, the degree of social vulnerability is determined for the (migrant) respondents and, within the migrant population, the most vulnerable respondents are compared with those who are less so.

In accordance with the issues outlined above, this study aimed to cover a migrant population with social vulnerability factors likely to impair their COVID-19-related health literacy – in particular, a low level of formal education, an imperfect comprehension of Switzerland's national languages, and a precarious (or non-existent) residence status. For this purpose, the questionnaire used in the study by Vogt et al. (2020) was slightly modified and made available in eight languages (Albanian, Arabic, English, French, German, Portuguese, Spanish and Tigrinya). The choice of languages, and thus also of the groups sampled, was inspired

by the Swiss migrant population health monitoring (GMM) programme. Accessible only online, the questionnaire was disseminated in two ways. Firstly, using the sampling frame (SRPH) of the Federal Statistical Office (FSO), a random sample was drawn of persons aged 18 or over, of foreign nationality (holding an N, F, L, B or C permit) and born abroad (in a country corresponding to the survey languages). These persons were invited by post to participate in the survey. Secondly, the survey was disseminated via channels serving particularly vulnerable migrants (migrant media, support organisations and language schools). These respondents were able to access the questionnaire via an open link.

A total sample of 2354 respondents was thus generated – 1669 from SRPH sampling and 685 via the dissemination channels. For simplicity – and to distinguish these respondents from those in the survey of the general population by Vogt et al. – the total group in the present survey is referred to as the “migrant population”, even though it actually comprises only a specific part thereof. Overall, the group of respondents is balanced by gender, with a mean age of 37 and a median residence in Switzerland of 7 years. Of the respondents, 40% hold a C permit, 43% a B permit and 10% an F permit; at the time of the survey, 14% were unemployed and 42% employed; 11% had not completed compulsory schooling and 31% had a tertiary qualification. Overall, different life situations and varying degrees of vulnerability are thus represented in the sample, with the data collected therefore allowing detailed analysis according to the social vulnerability of the population surveyed.

Access to information during the pandemic

Overall, a comparison between the migrant population surveyed here and the general population surveyed by Vogt et al. (2020) – where the questionnaire makes this possible – shows relatively few differences between these two groups. However, more striking differences are revealed by a detailed analysis according to the degree of vulnerability of respondents in the present survey (migrant population).

Altogether, 87% of respondents from the migrant population feel “(very) well informed” about COVID-19, while 37% feel “not or only a little unsettled” by the flood of information concerning the pandemic. The feelings of being well informed and of being unsettled are thus both reported slightly more frequently in the migrant population than in the general population. It is also apparent that, within the migrant population, the feelings of being poorly informed and of being confused are accentuated by a low level of formal education and an imperfect command of the local language.

Sources of information

The migrant population obtains information on COVID-19 and the relevant health recommendations by consulting various sources – primarily television (60% of respondents use this source of information; more than one response was possible), followed by online sources (59%). The circle of family/friends and the health authorities are both consulted by 50% of respondents and social media by 45%. The most notable differences between the results for the general population and those for the migrant population can be seen, firstly, with regard to traditional media (television, radio, press) – consulted considerably more frequently by the general population – and, secondly, with regard to family/friends and social media – consulted considerably more frequently by the migrant population.

While consulting these last-mentioned sources, the migrant population surveyed adopts a critical attitude towards both of them, regarding them as less reliable than sources such as the health authorities, medical experts and FOPH posters, which are rated as (very) reliable by a vast majority. Here, the results are almost exactly the same as for the general population. Within the migrant population, it is apparent that, overall, persons who are more vulnerable in terms of their linguistic skills and residence status have less confidence in information (all sources combined), including that provided by the health authorities.

Precautionary measures

As regards compliance with the precautionary measures recommended, it can be seen that the great majority (over 90%) of respondents complied. Only three measures – i.e. use of the SwissCovid contact tracing app and, to a lesser extent, (self-)quarantine in the event of symptoms, or of contact with a person who had tested positive – were less frequently taken, although this was generally because the case did not arise or because it was “not possible” to take such measures. If the number of precautionary measures taken or not taken by the migrant population is viewed through the prism of vulnerability factors, it can be seen that persons with limited financial resources tend to take fewer precautions against COVID-19, which indicates that economic vulnerability can act as a brake on precautionary measures. A comparison with the general population surveyed six months previously (Vogt et al. 2020) shows that the proportion complying with health recommendations is generally slightly higher in the migrant population.

Knowledge about COVID-19

Unlike the survey conducted by Vogt et al. (2020), the present survey included a question about whether respondents agreed with various statements concerning COVID-19 and the pandemic. Some of the statements given were factually correct, while others were not scientifically established or were even manifestly false. It was shown that the statements which are scientifically certain – e.g. the fact that people can be asymptomatic carriers of the virus – are very widely known and accepted as “true”. On the other hand, just over 15% of respondents believe that an infection can be effectively treated with antibiotics, or that hot tea helps to prevent infection. Overall, agreement with various statements concerning the coronavirus shows particularly marked variation according to the respondents’ degree of social vulnerability.

Indices of COVID-19-related health literacy

According to the definition and the measurement method proposed by Sørensen et al. (2012), health literacy comprises four types of competencies – accessing, understanding, appraising and applying health-related information. These aspects are addressed by a series of questionnaire items, with respondents being asked to indicate for each item – on a four-point scale – how easy or difficult they find it. It transpires that both the general population and the migrant population report little difficulty overall: in general, more than 80% find the various aspects “(very) easy”. However, this is less applicable with regard to *evaluating the reliability* of information on COVID-19, which poses the most difficulties overall, notably when such information is provided by the media. This tendency is observable both among the general and among the migrant population. When the responses of the latter are analysed according to the degree of vulnerability, the differences between persons who are vulnerable and those who are less so are particularly marked with regard to *accessing* and *understanding* information. Linguistic skills appear to be the most crucial vulnerability factor, followed by educational level and residence status.

Conventional index

As a global measure of (general or COVID-19-related) health literacy, reference studies propose an index simply expressing the mean of the values for the various items on the four-point scale of difficulty. The distribution of index values thus obtained is then divided into three categories, with respondents’ health literacy being classified as “inadequate”, “questionable” or “adequate”. Based on this index of health literacy – which we call “conventional” – the migrant population shows a slightly higher proportion of respondents with “adequate” literacy (59% vs 53% for the general population), with the proportion rated as “inadequate” being lower (9% vs 15%). In interpreting this finding of slightly better COVID-19-related health literacy among the migrant population surveyed, a number of points need to be taken into account – in particular, the interval between the two surveys, which limits the comparability of the results.

Extended index

In order to supplement the exclusively subjective measure – based on respondents’ self-rated difficulty/facility in handling information – and to analyse in more detail the relationship between social vulnerability and COVID-19-related health literacy, this study proposes an “extended” health literacy index. In addition to the value of the conventional index, the extended index includes two further variables – firstly, the feeling of being well informed about COVID-19 and, secondly, agreement with (true or false) statements about this disease. For a global measure, we also calculate an index of social vulnerability based on five variables (residence status, local language skills, educational level, employment status and income level). The social vulnerability index, in fact, shows a much stronger correlation with the extended index of health literacy ($r = 0.29$) than with the conventional index ($r = 0.15$). The impact of social vulnerability thus becomes more marked when health literacy is measured using an extended method, which includes variables permitting a more objective evaluation of the self-rated difficulties reported.

Influence of social vulnerability

When the group classified as particularly vulnerable according to the vulnerability index (22% of the total number of respondents) is compared with the less vulnerable group (the remaining 78%), the tendencies noted above are confirmed. Particularly vulnerable persons tend to be slightly more confused by the flood of information on the pandemic, to have more difficulty in *accessing* and *understanding* health-related information on COVID-19, to consult fewer “official” sources (health authorities, etc.), and to accept claims lacking scientific support and not forming part of official communications. Among the five dimensions making up the vulnerability index, educational level, residence status and local language skills – the last two elements being specifically related to the migrant situation – appear to be the most crucial for COVID-19-related health literacy.

Conclusions

In Switzerland, more than half of the population – migrant or otherwise – has “adequate” COVID-19-related health literacy according to the conventional measure. Combined with the high level of public confidence in information provided by health authorities and experts, and (self-reported) compliance with essential safety measures, the conclusions of this study (as well as that of Vogt et al. 2020) are fairly positive. The slightly better health literacy observed in the migrant population is probably largely attributable to the fact that the confusion and uncertainty associated with the beginning of the pandemic was partly dispelled over the course of 2020 – including for the (vulnerable) migrant population covered by the present study. Migrants still lacking a good understanding of national languages were in fact specifically targeted by public health communication efforts (multilingual information, etc.), which seem to have borne fruit.

In connection with the idea of an infodemic, however, certain difficulties attach to the evaluation of the reliability or accuracy of the various types of information in circulation. It therefore needs to be asked to what extent an approach to health literacy based on self-rating of skills is relevant in this context. The results of a question on agreement with various statements about COVID-19 – a question only included in the present survey – indicate that a degree of caution is required vis-à-vis the subjective measure.

The comparison between the migrant population surveyed here and the general population surveyed by Vogt et al. six months earlier reveals certain tendencies which should be explored in more depth by a more detailed analysis of the relationship between health literacy and social vulnerability. Indeed, the development of an index measuring COVID-19-related health literacy more broadly shows notable interactions with the degree of social vulnerability: in particular, persons with limited schooling, a precarious residence status and a limited comprehension of the local language show a less adequate health literacy than less vulnerable persons.

Vulnerability factors associated with the migrant situation thus play an important role, which means that there is good reason to pay particular attention to the migrant dimension.

The study highlights a certain gap, in terms of health literacy, between migrants who are particularly vulnerable and those who are less so. Here, it needs to be borne in mind that COVID-19-related health literacy – i.e. individuals' capacity to inform themselves and to behave in an appropriate manner in accordance with the information obtained in a pandemic context – describes only one part of reality. Taking a broader perspective, good health literacy appears to be a necessary but not a sufficient condition for behaviour allowing individuals to protect their own health and that of others. Indeed, the study showed that economic vulnerability (measured by household income and ability to cover unexpected expenses) is significantly correlated with the disposition and opportunity to take precautionary measures. In terms of health equity, it is thus particularly important to take individuals' material circumstances into account: even individuals who are very well informed about COVID-19 and the relevant recommendations may be incapable of protecting themselves effectively as a result of material constraints [homeworking impossible, (self-)quarantine associated with loss of income, limited budget for protective aids or tests, etc.]. While there is no doubt that high-quality information is of major importance in the context of a pan- and infodemic, the material factors whose impact on health is likely to be just as significant as health literacy and information levels must not be neglected.

1 Introduction

1.1 Contexte et mandat

En tant que risque global, la pandémie de covid-19 constitue un défi voire une menace globale. Néanmoins, tout le monde n'est pas touché de la même manière par la nouvelle situation ayant émergé depuis le tournant 2019/2020. Selon l'état des connaissances médicales sur le virus, certaines franges de la population courent davantage de risques que d'autres de s'infecter et de développer une forme grave de la maladie (Lamb et al. 2020). Par ailleurs, des facteurs sociaux jouent également un rôle déterminant dans l'exposition aux risques induits par le covid-19. Comme le démontrent sans équivoque les recherches en santé publique et en épidémiologie, les conditions de vie et le statut socio-économique déterminent considérablement la santé des individus. La situation générée par la pandémie de covid-19 tend à confirmer cette constante : il s'est rapidement avéré que les populations socialement vulnérables sont plus exposées au virus et plus à risque de complications en cas d'infection avec ce dernier (Papageorge 2020, Raifman et Raifman 2020).

En Suisse, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a pour mission d'œuvrer en faveur de la santé de l'ensemble de la population. Il attache une attention particulière aux populations qui bénéficient d'un accès moins aisé au système de santé. Selon l'état des connaissances et la position de l'OFSP, les ressources matérielles ne sont pas le seul facteur susceptible d'entraver cet accès : les « compétences en santé », à savoir la capacité des individus à se procurer, à comprendre et à appliquer des informations de santé fiables jouent également un rôle important. Les compétences en santé, aussi appelées « littératie en santé » (correspondant au concept de « health literacy » en anglais), font donc l'objet d'une attention particulière de la part de l'OFSP depuis une décennie. En 2016 est parue la première étude sur la littératie en santé en Suisse (Bieri et al. 2016). Il s'agit d'une réplique, sur demande de l'OFSP, du *Health Literacy Survey* européen (HLS-EU 2009-2012) pour le cas helvétique. Les résultats de la nouvelle étude sur la littératie en santé de la population adulte en Suisse, menée en coordination avec d'autres pays européens, paraîtront en automne 2021.

Une importance particulière revient au concept de littératie en santé lorsqu'on considère la santé de la population migrante, comme le fait notamment le *Monitoring de l'état de santé de la population migrante* (GMM) : des connaissances dans les langues locales sont nécessaires pour comprendre les informations sur la santé et des connaissances du fonctionnement du système de santé en facilitent l'accès. Ces connaissances et ce « savoir d'orientation dans le système de santé » ont tendance à être moins développés dans certaines catégories de la population récemment immigrée en Suisse (Guggisberg et al. 2020).

De plus, le concept de littératie en santé s'avère central dans la gestion de la pandémie de covid-19 : face à la diffusion rapide d'un nouveau virus, il est important que les rares informations confirmées dont disposent les autorités sanitaires puissent atteindre *l'ensemble* la population dans les plus brefs délais. L'information doit donc être disponible dans différentes langues et sous une forme aisément intelligible, y compris pour des personnes avec peu de bagage scolaire. Sa diffusion doit emprunter les canaux auxquels les groupes cibles ont techniquement accès et qu'ils utilisent facilement.

Dans une déclaration conjointe, l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les Nations Unies et d'autres organisations internationales constatent que la pandémie de covid-19 est « la première pandémie de l'histoire dans laquelle la technologie et les réseaux sociaux sont utilisés à grande échelle pour permettre aux individus d'être en sécurité, informés, productifs et connectés ». Si les moyens techniques pour diffuser l'information ne manquent pas, le défi semble aujourd'hui plutôt résider dans le contrôle des contenus qui se répandent sur ces réseaux. Dans cette perspective, il faut tenir compte du fait que la population n'a pas un accès égal à ces sources, tant du point de vue technique que de celui des compétences requises pour les manipuler. Pour

maîtriser la pandémie, les autorités sanitaires doivent donc également maîtriser l'« infodémie », terme forgé notamment par l'OMS :

Une infodémie est une surabondance d'informations, tant en ligne que hors ligne. Elle se caractérise par des tentatives délibérées de diffuser des informations erronées afin de saper la riposte de la santé publique et de promouvoir les objectifs différents de certains groupes ou individus. Les informations fausses et trompeuses ainsi diffusées peuvent nuire à la santé physique et mentale des individus, accroître la stigmatisation, menacer de précieux acquis en matière de santé et conduire à un non-respect des mesures de santé publique, réduisant par là-même leur efficacité et compromettant la capacité des pays à enrayer la pandémie^{1, 2}.

C'est dans ce contexte que l'OFSP mandate le SFM, en juillet 2020, pour conduire une étude sur les compétences en santé relatives au covid-19 de la population migrante en Suisse. Depuis le début de la pandémie, l'OFSP, les cantons et d'autres acteurs ont pris des mesures afin d'informer spécifiquement la population migrante en Suisse. La présente étude vise à faire le point sur le comportement en matière d'information et les compétences en santé relatives au covid-19 de la population migrante, notamment celle présentant des facteurs de vulnérabilité sociale tels qu'un faible niveau d'éducation formelle, un statut de séjour précaire ou une maîtrise imparfaite des langues nationales. Ceci est notamment le cas des personnes issues de l'asile (migrant·e·s forcés) et des sans-papiers récemment arrivés. Il s'agit donc d'analyser l'influence de divers facteurs de vulnérabilité, généraux et spécifiques à la migration, sur la littératie en santé relative au covid-19.

L'étude mandatée par l'OFSP s'inscrit dans une filiation d'études réalisées *ad hoc* en Europe depuis le début de la pandémie. En Suisse, une enquête similaire a été conduite au printemps 2020 par la Fondation *Careum* sur mandat de l'OFSP auprès de la population générale (Vogt et al. 2020). Elle répliquait une recherche élaborée peu de temps auparavant en Allemagne (Okan et al. 2020a). L'étude allemande se base sur une enquête représentative conduite par le *Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung* (IZGK) de l'Université de Bielefeld³. Ce dernier a élaboré le questionnaire original ayant ensuite été adapté au contexte Suisse par Vogt et al. Le SFM a, à son tour, adapté le questionnaire de Vogt et al. aux fins d'une enquête auprès de la population migrante (voir chapitre 2.2 et Figure 1).

Ainsi, l'OFSP souhaite, entre autres, comparer la littératie en santé relative au covid-19 de la population migrante vivant en Suisse à celle de l'ensemble de la population suisse, voire même de celle de pays voisins. Le but de l'étude est de vérifier si l'ensemble de la population vivant en Suisse dispose des informations les plus essentielles sur le virus, la maladie, la protection contre l'infection et d'autres mesures préventives. De plus, il s'agit de creuser les liens entre vulnérabilité et littératie en santé, respectivement le vécu de la pandémie au sens plus large. Les résultats permettront à l'OFSP, si besoin, d'améliorer sa politique de communication afin de garantir un accès équitable de toute la population à l'information sur le covid-19.

¹ Déclaration conjointe de l'OMS, des Nations Unies, de l'UNICEF, du PNUD, de l'UNESCO, de l'ONUSIDA, de l'UIT, de l'initiative Global Pulse et de la FICR, 23 septembre 2020, « Gestion de l'infodémie sur la COVID-19 : Promouvoir des comportements sains et atténuer les effets néfastes de la diffusion d'informations fausses et trompeuses ».

² Alors que cette définition insiste sur l'aspect intentionnel (« tentatives délibérées »), nous proposons, dans le cadre de la présente étude, une acception plus large du concept d'infodémie qui ne se prononce pas sur les intentions liées à la diffusion de certaines informations (voir Glossaire).

³ Étaient également impliqués dans cette recherche allemande le *Department of Public Health and Education* de la Hertie School of Governance à Berlin et le *Institut für Demoskopie Allensbach*.

1.2 Eclairages bibliographiques

1.2.1 Littérature récente sur la pandémie

Depuis l'émergence du covid-19 à la fin de l'année 2019, les projecteurs sont braqués sur les virologues, épidémiologistes et médecins. Ces spécialistes étudient le virus, sa diffusion et ses conséquences sur la santé, tout en prenant en compte les déterminants socio-économiques et environnementaux. Non pas le virus en lui-même mais la gestion de la pandémie par les pouvoirs politiques a rapidement appelé d'autres scientifiques à s'intéresser aux conséquences – notamment démographiques, économiques, sociales et psychologiques – de la pandémie de covid-19. L'objet et le questionnement de la présente recherche se situent au croisement de ces différentes problématiques : le concept de littératie en santé relie les réalités cognitives et socio-économiques à la question de la santé (publique). Il révèle ainsi un caractère intrinsèquement pluridisciplinaire. Les apports des sciences sociales (Gamba et al. 2020) sont notamment instructifs lorsqu'on s'intéresse à la littératie en santé de groupes présentant des facteurs de vulnérabilité sociale, comme c'est le cas pour certaines catégories de la population migrante ciblées par la présente étude. Ce focus appelle donc une vaste littérature sur la migration, les inégalités sociales et l'intégration de personnes issues de la migration.

Dans le contexte actuel, tant les risques cliniques liés au virus en lui-même (voir par ex. Gayle et al. 2020) que les risques socio-économiques découlant de la situation de pandémie affectent la population de manière inégale et continueront à le faire probablement encore longtemps après la pandémie. Les deux aspects se rejoignent : vivre dans peu d'espace avec de nombreuses autres personnes ou occuper un emploi qui ne peut être fait à distance sont des situations qui s'appliquent notamment aux milieux sociaux défavorisés et qui augmentent l'exposition au virus. De plus, les conséquences économiques des mesures de confinement touchent avant tout les populations précaires, indépendamment de leur vulnérabilité biologique au virus. A ce propos, il convient de considérer brièvement une littérature – par définition récente – sur les déterminants sociaux et les conséquences socio-économiques de la pandémie.

On trouve d'abord des écrits qui abordent les effets de la pandémie sur la pauvreté mondiale ou nationale (voir par exemple Buheji et al. 2020, Von Braun et al. 2020). Une série de publications attire l'attention sur des situations extrêmes comme celle de réfugié·e·s retenus dans des camps où règnent des conditions sanitaires catastrophiques, ou encore celle de personnes sans statut légal et avec un accès limité au système de santé (Edmonds et Flahault 2021, Bhopal 2020, Hargreaves et al. 2020, Mesa Vieira et al. 2020). La situation particulière des travailleurs et travailleuses (migrants) des secteurs les plus fortement affectés par la pandémie – dans le sens d'une plus forte exposition au virus ou d'une perte de revenus – fait également l'objet de nombreux écrits publiés depuis le début de la pandémie (Gelatt 2020, Moroz et al. 2020, Paché 2020). Comme il est apparu lors d'un colloque organisé à l'Université de Neuchâtel en décembre 2020⁴, la situation des migrant·e·s (en partie sans-papiers) travaillant dans l'économie domestique est particulièrement difficile en Suisse, principalement en raison de la perte de leur emploi sans aucune compensation. L'interaction entre vulnérabilités socio-économiques et exposition aux risques médicaux liés au Covid-19 est en outre thématisée par les écrits récents de Brüningk et al. (2021), De Ridder et al. (2021), Riou et al. (2021) et Horton (2020).

Ces différentes études s'intéressent avant tout aux problèmes économiques et matériels rencontrés par les populations vulnérables durant la pandémie. Tout en gardant ces éléments à l'esprit, la présente étude met le focus sur les défis en termes d'accès à l'information (fiable) et, par là-même, aux compétences permettant de préserver sa santé. Ces compétences dépendent en effet à leur tour du statut socio-économique des individus,

⁴ « L'impact de la crise du COVID-19 sur les droits fondamentaux des travailleuses et travailleurs migrants », 11 décembre 2020, colloque organisé par le Centre suisse de compétence pour les droits humains (CSDH), <https://www.skmr.ch/frz/domaines/migration/nouvelles/colloque-covid-19-travailleuses-migrantes.html?zur=2> (consulté le 03.02.2021).

notamment du niveau de formation. Les interdépendances entre facteurs (dé-)favorisant la santé des individus relèvent en somme de la problématique de l'*équité en santé*. En Suisse, cette question a été traitée extensivement dans un rapport de base récemment publié par Promotion Santé Suisse, l'OFSP et la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de santé (Weber 2020). Cette publication souligne la différence entre inégalités et iniquités en santé : « Tandis que les inégalités en santé reposent notamment sur des différences biologiques, les iniquités en santé résultent d'inégalités sociales et de facteurs externes liés aux conditions de vie, raison pour laquelle elles sont considérées comme évitables et injustes. » (Weber 2020 : 21). Les iniquités appellent, au-delà d'une stratégie basée sur un message général, des approches spécifiques, permettant de prendre en compte les différences sociales, pour éviter qu'elles ne se creusent face à la pandémie.

Depuis bien avant la pandémie, Patrick Bodenmann et son équipe attirent l'attention sur les risques accrus d'iniquités en santé que courent certaines populations vulnérables. Ces risques sont actuellement exacerbés par la situation pandémique. Ainsi, Morisod et Bodenmann (2020) discutent les enjeux de groupes tels que les migrant·e·s forcés qui, selon eux, cumulent les facteurs susceptibles de les rendre victimes d'une prise en charge médicale de moindre qualité (précarité socio-économique, barrières d'accès aux soins et d'application des recommandations sanitaires, stigmatisation/discrimination), créant ainsi une situation d'iniquité en santé. La question de l'équité dans l'accès aux soins se pose aussi de manière cruciale par rapport à la campagne de vaccination contre le covid-19, qui doit juguler non seulement les vulnérabilités biologiques (personnes âgées ou malades), mais aussi celles liées aux conditions de vie ou de travail (soignant·e·s, personnes en logement collectif, etc.) au niveau global et national (Gayle et al. 2020).

Cette recherche vise ainsi à discerner les risques d'iniquité en santé induits par un faible niveau de littératie en santé chez certaines catégories particulièrement vulnérables de la population migrante. Il s'agira dès lors de considérer l'impact de la vulnérabilité sociale sur la littératie en santé relative au covid-19 – deux concepts qui seront présentés et discutés dans les chapitres suivants.

1.2.2 Littératie en santé

Cette étude s'intéresse aux compétences en santé, aussi appelées « littératie en santé ». Prenant appui sur ce concept général bien établi dans la littérature, la présente étude a un focus plus étroit : elle analyse la littératie en santé *relative à la pandémie de covid-19* de la population migrante⁵.

La littératie en santé générale a d'abord été conceptualisée par Nutbeam (2000) comme la capacité cognitive d'un individu à prendre au quotidien des décisions favorisant la santé. En se détournant d'une approche plutôt statique et focalisée sur les capacités cognitives, la littératie en santé a par la suite davantage été conceptualisée comme des connaissances et compétences que l'individu peut acquérir et utiliser dans la vie quotidienne. Les travaux de Kickbusch et Maag (2008) puis de Sørensen et al. (2012) s'inscrivent dans cette perspective. Selon ces derniers, « la littératie en santé (...) englobe les connaissances, la motivation et les compétences des individus pour accéder à, comprendre, évaluer et appliquer des informations sur la santé, afin de pouvoir prendre au quotidien des décisions dans des domaines liés à la santé. » (Sørensen et al. 2012 : 80, traduction par les auteur·e·s).

Au fil de son évolution, le concept de littératie en santé a été progressivement « extrait du contexte spécifique des soins (médicaux) pour l'appréhender davantage comme une compétence ou une capacité d'agir de la vie quotidienne » (Bittlingmayer et al. 2020 : 31). Ce changement d'approche se reflète aussi dans la manière de

⁵ Dans ce rapport nous utiliserons les termes « compétences en santé » et « littératie en santé » de manière synonyme, en privilégiant cependant le second. Dans les chapitres empiriques portant sur la littératie en santé relative au covid-19, nous ne mentionnerons pas systématiquement ce dernier ajout pour ne pas alourdir le texte. La précision « relative au covid-19 » sera cependant mentionnée lors de mises en perspective avec le concept général.

mesurer la littératie en santé : les instruments de mesure développés dans un contexte clinique et médical et axés sur les capacités de lecture sont progressivement remplacés par une mesure indirecte par auto-évaluation de sa propre littératie en santé (voir aussi Pelikan et al. 2012). Soulignons néanmoins que la littératie en santé se distingue d'une littératie générale et « quotidienne » : elle concerne bien la capacité à traiter les informations *relatives à la santé*. Le fait d'évaluer ses propres compétences dans ce domaine peut être entravé par un faible niveau de littératie général (difficultés avec le langage écrit). La mesure indirecte par auto-évaluation doit donc être utilisée avec une certaine prudence lorsqu'on s'intéresse à une population avec peu de bagage scolaire.

L'OFSP s'appuie sur la définition de Sørensen et al. (2012) en qualifiant les compétences en santé comme « la capacité de chaque individu à prendre au quotidien des décisions qui ont une influence positive sur sa santé » – que ce soit au domicile, au travail, dans le système de santé ou au sein de la société en général (Weber 2020 : 39)⁶. La présente étude se réfère à cette définition, tout en y apportant une précision découlant de son focus spécifique pour la littératie en santé *relative au covid-19*. Dans le contexte de la pandémie du covid-19, la santé apparaît en effet plus que jamais comme une affaire *publique*. La dimension individuelle – chacun·e prend soin de sa propre santé – tend à céder du terrain à la responsabilité collective pour le ralentissement des contaminations, donc pour la santé de tous. A présent, cette dimension collective devient encore plus saillante à propos de la vaccination contre le covid-19. Pour adapter la définition originale de la littératie en santé à un contexte d'épidémie ou de pandémie et ainsi définir plus particulièrement la littératie en santé relative au covid-19, nous proposons d'ajouter la mention de la santé « *des autres* » : la littératie en santé relative au covid-19 est, selon cette étude, la capacité de chaque individu à prendre au quotidien des décisions qui ont une influence positive sur sa santé et celle des autres.

Au sein du concept de littératie en santé, Sørensen et al. (2012) opèrent différentes subdivisions qui sont largement reprises dans l'étude de référence suisse (Bieri et al. 2016). D'un côté, Sørensen et al. distinguent trois domaines de la littératie en santé, à savoir les compétences en matière de promotion de la santé, de prévention des maladies et de gestion de la maladie. D'un autre côté, les auteur·e·s différencient quatre types de compétences, à savoir le fait d'accéder à l'information, de la comprendre, de l'évaluer et de l'appliquer. Ces diverses distinctions sont également pertinentes dans le contexte pandémique qui nous intéresse ici.

Tableau 1 : Domaines de la littératie en santé

Types	Domaines
<i>Trouver</i> des informations sur...	...la <i>gestion</i> de la maladie
<i>Comprendre</i> les informations sur...	...la <i>prévention</i> de la maladie
<i>Evaluer</i> les informations sur...	...la <i>promotion</i> de la santé
<i>Appliquer</i> les informations sur...	

Source : illustration élaborée par les auteur·e·s, sur la base de Sørensen et al. (2012). Note : chaque type de compétence peut être combiné avec chaque domaine de littératie en santé.

A propos des domaines de la littératie en santé, la *prévention* a une signification particulière dans le contexte pandémique, puisqu'il s'agit surtout de ne pas s'infecter avec le germe et de ne pas le transmettre. L'essentiel de la communication des autorités sanitaires porte sur cet aspect. Actuellement, cet aspect est notamment

⁶ Au-delà du niveau individuel de la littératie en santé, visée par cette définition, il convient de rappeler l'existence d'une composante systémique et organisationnelle renvoyant au contexte dans lequel évolue l'individu : ce dernier (système de santé, personnes expertes etc.) co-déterminent la littératie en santé des individus.

incarné par la campagne de vaccination. La *promotion de la santé* est un domaine de compétences plus général qui s'inscrit davantage dans le long terme. Il occupe en ce sens une place moins centrale dans un contexte d'urgence sanitaire, bien que l'incitation à favoriser sa santé générale par un mode de vie sain est bien évidemment tout aussi valable dans cette situation exceptionnelle (cf. par ex. campagnes faisant la promotion d'une activité physique pendant le confinement). Les compétences relatives à la *gestion de la maladie*, lorsqu'elle survient, concernent surtout les personnes qui contractent le virus, leur proche entourage familial et social ainsi que, bien sûr, les professionnel·le·s de la santé. Dans ce domaine, il y a encore de nombreuses incertitudes en l'état actuel des connaissances, de sorte que les recommandations aux personnes infectées visent principalement la non-transmission du virus à d'autres.

En considérant les quatre types de compétences à la lumière de la pandémie de covid-19 et sur la base des expériences faites depuis ses débuts, il apparaît que le point critique se situe probablement au niveau de l'évaluation et de l'application des informations. Puisque la pandémie va de pair, selon l'OMS et d'autres institutions internationales, avec une « infodémie », on peut supposer que c'est moins l'accès à l'information que son évaluation en termes de fiabilité et d'exactitude qui pose problème. Or, lorsqu'on considère la situation particulière de la population migrante allophone, les deux étapes en amont, à savoir le fait de trouver et de comprendre les informations, sont susceptibles d'être davantage problématiques.

Dès lors, on s'aperçoit que la littératie en santé constitue un aspect central de la gestion de la crise déclenchée par le covid-19. Abel et McQueen (2020 : 1613) notent à ce propos : « La littératie en santé critique, comprise comme la capacité d'un individu à réfléchir sur des questions de santé complexes et à consulter l'information disponible avec un regard critique, peut être un outil pour promouvoir, augmenter et encourager des comportements qui sont (plus) adéquats durant des crises comme celle du covid-19 »⁷. Dans cette perspective, les groupes désavantagés méritent une attention particulière. La recherche sur la littératie en santé montre comment celle-ci varie en fonction de déterminants socio-économiques comme notamment le niveau d'éducation formelle et la situation économique (Bieri et al. 2016, Pelikan et al. 2012). La présente étude entend considérer ce lien entre vulnérabilité et littératie en santé *relative au covid-19*. Ainsi, elle focalise son attention sur des franges particulièrement vulnérables de la population (migrante) vivant en Suisse durant la pandémie.

1.2.3 Vulnérabilité sociale

Le terme de vulnérabilité connaît d'un côté une définition clinique, et, de l'autre, une définition issue des sciences sociales. C'est la seconde qui guidera la présente recherche. Cette étude vise en effet à considérer la littératie en santé de groupes (potentiellement) vulnérables d'un point de vue socio-économique, notamment ceux dont la vulnérabilité sociale découle en partie du fait de vivre en Suisse en tant que migrant·e et sans posséder la nationalité de ce pays. Jusqu'à présent, les recherches sur la littératie en santé – y compris celle relative au covid-19 – observent un impact modéré voire négligeable du statut migratoire sur cette littératie (pour le contexte suisse Vogt et al. 2020 et Bieri et al. 2016). Or, ces études portent sur la population générale et n'abordent pas spécifiquement les aspects de vulnérabilité liés à la migration. Elles ne parviennent donc pas à mettre en lumière les enjeux particuliers de ces situations. Pour considérer l'impact de la migration, elles se réfèrent généralement à une population migrante extrêmement hétérogène, présentant des niveaux de vulnérabilité très disparates. En Suisse notamment, la population issue de la migration ainsi que la population étrangère (selon les définitions de l'OFS) comprennent une importante part de migrant·e·s issus de pays européens voisins, de langue maternelle allemande, française ou italienne, disposant d'un niveau de formation

⁷ Citation originale en anglais : « Critical health literacy understood as individuals' ability to reflect on complex health issues and critically assess the information available, can be a piece in the puzzle on how to promote, enhance and encourage behaviours that are (more) adequate during a crisis such the current COVID-19 crisis » (Abel et McQueen 2020 : 1613).

et de revenu élevés – comme cela est typiquement le cas des « expatrié·e·s », peu nombreux mais hautement qualifiés. Ces personnes présentent peu de facteurs de vulnérabilité sociale susceptibles d’avoir un impact négatif sur leur littératie en santé.

En mandatant la présente étude, l’OFSP souhaite savoir si la population migrante socialement vulnérable dispose d’un niveau de littératie en santé relative au covid-19 plus faible que la population générale et quels facteurs de vulnérabilité sont particulièrement importants dans ce contexte. Ce questionnement se fonde sur l’hypothèse qu’une immigration relativement récente d’un pays hors-européen va souvent de pair avec une compréhension imparfaite des langues nationales, un statut de séjour instable et un faible niveau de formation formelle, autant de facteurs susceptibles d’entraver les compétences en santé (relatives au covid-19). En effet, les différentes dimensions de vulnérabilité ont tendance à se chevaucher et à se conditionner mutuellement. Dans ce contexte, la présente étude entend apporter une analyse détaillée et considérer l’impact de la vulnérabilité à la fois de manière différenciée et globale.

Le concept de vulnérabilité sociale ne fait pas l’objet d’une définition précise et consensuelle (voir Katz et al. 2020). Dans une perspective générale, il est par exemple employé dans la littérature à propos des catastrophes naturelles et du développement durable pour désigner des situations de vie rendant une personne sujette à la perte, la rupture ou la déchéance (Wisner 2020, Thomas 2008). Selon la définition de Hurst (2008), la vulnérabilité est une « probabilité visiblement accrue de subir des torts supplémentaires ou augmentés »⁸. Les termes de fragilité, de précarité (absence de sécurité) ou de désavantage sont souvent employés pour renvoyer à une réalité similaire. Le concept de vulnérabilité englobe une multitude d’aspects de la situation d’un individu ou d’un groupe. Au-delà de son emploi à l’égard de groupes particuliers – comme par exemple les enfants, les personnes âgées, les personnes présentant des handicaps physiques ou psychiques, les personnes pauvres, les femmes, les personnes requérantes d’asile ou réfugiées, les personnes victimes de discriminations etc. Estes (2014 : 1655) retient que « sont globalement désignées comme vulnérables les personnes dont on ne peut pas attendre une pleine participation à la vie sociale, politique et économique d’une société ».

Lorsque le concept est opérationnalisé dans des enquêtes de sciences sociales, la déprivation matérielle (peu de ressources financières) et le faible niveau d’éducation formelle font généralement au minimum partie des facteurs de vulnérabilité sociale. Les études s’intéressant à la population migrante notamment prennent également en compte la stabilité du statut de séjour, le degré d’intégration, la présence d’un vécu migratoire traumatisant ou l’appartenance à un groupe social stigmatisé ou désavantagé du fait de comportements discriminatoires à son égard. La vulnérabilité recouvre donc plusieurs dimensions de la situation d’un individu, notamment celles légale, économique, sociale et psychologique. De toute évidence, ces différents aspects interagissent entre eux et se conditionnent mutuellement.

Une littérature abondante met en évidence la superposition des diverses dimensions de vulnérabilité, en montrant notamment comment la vulnérabilité biologique dépend de certains déterminants sociaux, économiques et environnementaux (Bodenmann et al. 2015). Cette relation est particulièrement prégnante lorsqu’on s’intéresse à la population migrante. De nombreux aspects de la vulnérabilité sociale sont typiques de la situation rencontrée par des groupes défavorisés de la population migrante, en particulier ceux qui ne relèvent pas d’une migration économique qualifiée. L’arrivée (récente), en particulier d’un pays d’origine tiers à faibles revenus, le fait de séjourner dans le pays d’accueil avec un statut légal non-permanent (voire même sans statut légal) et la maîtrise imparfaite de la langue locale sont des facteurs associés à la précarité socio-économique (voir par ex. Efionayi-Mäder et Wyssmüller 2008). De nombreuses études soulignent que l’état de santé de la population migrante a tendance à se péjorer plus rapidement que celui de la population non-

⁸ Traduction de l’anglais, formulation originale : « an identifiably increased likelihood of incurring additional or greater wrong ».

migrante au fil de la vie, la population migrante présentant ainsi en moyenne un état de santé physique et psychique nettement moins bon que la population non-migrante (voir par ex. Guggisberg et al. 2020, Simona et al. 2014, Rommel et al. 2006).

Les aspects cliniques (santé psychique et physique) sont importants dans une approche globale de la vulnérabilité. Ils révèlent en outre une signification particulière dans le contexte pandémique. L'interaction entre diverses dimensions de vulnérabilité – durant la pandémie – a été thématisée par Morisod et al. (2020) ainsi que par Morisod et Bodenmann (2020). Pour Morisod et al. (2020 : 1264), il est cependant fondamental d'opérer une distinction conceptuelle entre vulnérabilité biologique et vulnérabilité socio-économique. Cela permet de prendre en considération les « risques associés au sein d'une population » à chacun de ces types de vulnérabilité et ainsi de « garantir des mesures de prise en charge et de santé publique équitables » (voir aussi Bodenmann et al. 2015).

Dans cette perspective, la présente étude vise à isoler – sur le plan théorique – les aspects légaux, économiques et sociaux des aspects relevant de la santé psychique et physique. Elle entend ainsi se focaliser sur les premiers pour considérer spécifiquement leur influence sur la littératie en santé de la population migrante. Les aspects liés à la vulnérabilité biologique (état de santé physique et/ou psychique) ne sont pas étudiés ici puisque l'étude se concentre sur la vulnérabilité *sociale*. Pour qualifier et mesurer cette vulnérabilité sociale de la population migrante, nous retenons les cinq dimensions suivantes :

- le niveau d'éducation,
- le niveau de revenu,
- le statut professionnel,
- le statut de séjour en Suisse et
- les compétences dans la langue locale.

Seules les deux dernières dimensions sont spécifiques à la population migrante, les trois premières étant quant à elles « générales » et s'appliquant tant à la population migrante qu'à celle non-migrante. Ces cinq dimensions servent de base théorique pour la construction d'un indice (statistique) de vulnérabilité, décrit en détail au chapitre 5.2.

2 Méthode et population enquêtée

2.1 Enquête

Cette étude a pour but de documenter la littératie en santé relative au covid-19 de la population migrante, de comparer celle-ci à la population générale dans la mesure du possible et d'analyser les liens entre littératie en santé et différentes dimensions de vulnérabilité (de la situation) d'une personne. Elle a procédé à la récolte des données nécessaires par une enquête en ligne auprès de la population cible. Pour rendre possible une comparaison (partielle) des résultats de la population migrante avec ceux de la population globale, voire même avec d'autres études menées à l'étranger et/ou sur la littératie en santé générale, cette enquête s'est inspirée d'un questionnaire existant en l'adaptant à sa problématique de recherche précise. Ce questionnaire a été traduit en huit langues de manière à couvrir les langues parlées dans les pays de naissance de la population enquêtée. L'enquête s'est déroulée entièrement en ligne (CAWI⁹), une participation par téléphone n'étant proposée que très exceptionnellement. La programmation du questionnaire en ligne et la récolte des données ont été réalisés par l'institut de sondage LINK.

Afin d'obtenir un échantillon représentatif de la population migrante tout en assurant une participation des groupes les plus vulnérables au sein de cette population – étant, à priori, moins enclins à participer à ce type d'enquêtes – la stratégie d'enquête prévoyait une double entrée. Premièrement, un échantillon stratifié a été fourni par l'Office fédéral de la statistique (OFS) à partir du SRPH¹⁰ et invité par courrier postal à participer à l'enquête¹¹. Nous avons supposé que l'échantillon tiré du SRPH ne comporterait qu'une petite part de personnes avec une forte vulnérabilité sociale et que ces personnes, confrontées à diverses difficultés, seraient moins enclines à répondre à l'enquête. C'est pourquoi il nous a paru important d'assurer la participation de personnes particulièrement vulnérables en offrant un second accès au questionnaire. L'enquête a donc aussi été diffusée par le biais d'acteurs de terrain au contact de la population migrante (« multiplicateurs ») ainsi que par certains médias migrants¹² (voir par ex. Kühne et Zindel 2020, Reichel et Morales 2017, Bonevski et al. 2014). Les deux entrées menaient au même questionnaire (à une exception près, voir chapitre 2.2). Afin de les distinguer, nous parlerons des répondant·e·s *via tirage SRPH* d'un côté et des répondant·e·s *via multiplicateurs* de l'autre.

Tous les répondant·e·s pouvaient obtenir de l'assistance technique et des renseignements complémentaires à propos de l'enquête par e-mail ou téléphone. C'est l'équipe de recherche (et non l'institut de sondage) qui répondait aux demandes, ce qui a permis de connaître les réactions à la démarche et d'obtenir un certain nombre d'informations pertinentes pour l'interprétation des résultats.

Au sein de l'échantillon global ainsi généré, seul le profil socio-démographique des répondant·e·s issus de l'échantillon aléatoire du SRPH est « maîtrisé ». Le sous-échantillon des répondant·e·s ayant accédé au questionnaire via multiplicateurs est le fruit d'une sélection sur laquelle l'équipe de recherche n'avait qu'une emprise partielle. Préablement à l'analyse, une série de vérifications à propos de la composition de

⁹ Computer assisted web interviews.

¹⁰ Cadre d'échantillonnage de l'OFS, à savoir «Schweizer Register der Personen und Haushalte».

¹¹ Les personnes tirées au sort ont d'abord reçu une lettre d'invitation contenant les codes d'accès personnalisés au questionnaire en ligne. Trois semaines plus tard, un rappel a été adressé à celles n'ayant pas encore répondu. Le texte des lettres était bilingue, avec au recto l'invitation dans la langue du pays de naissance et au verso la traduction dans la langue de la commune de résidence en Suisse.

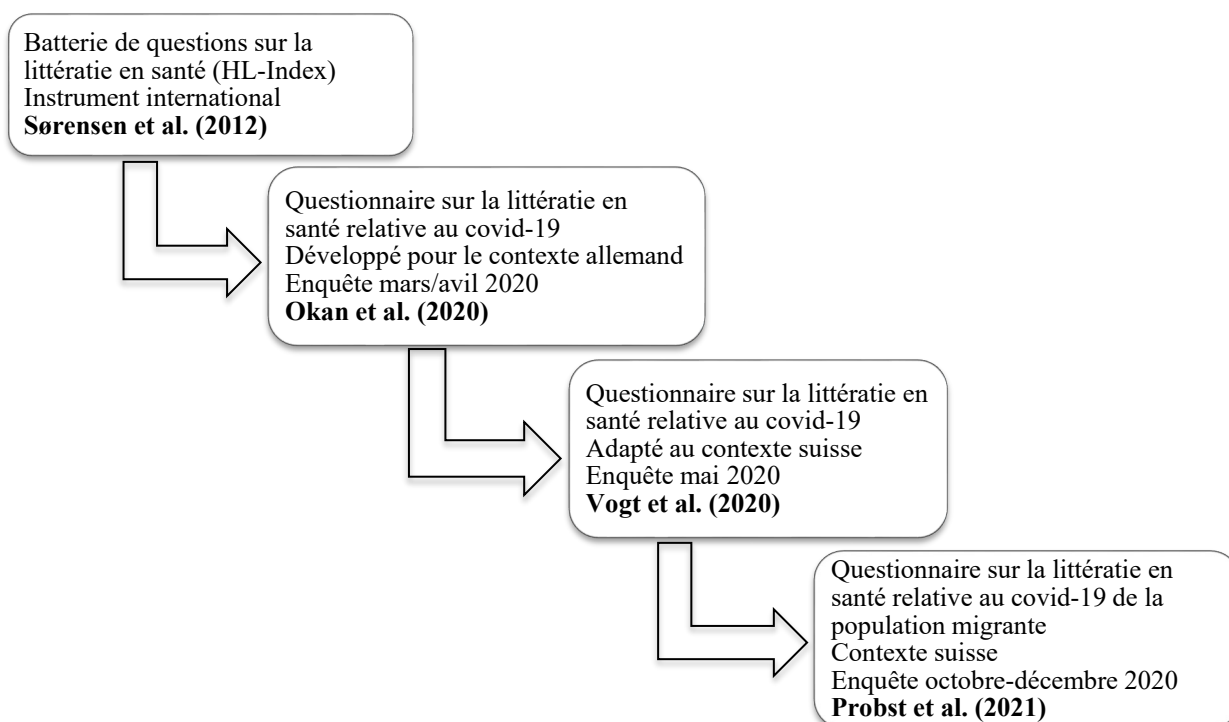
¹² L'enquête a notamment été diffusée à l'aide de flyers par des organisations de soutien aux migrant·e·s précarisés, y compris sans-papiers, ainsi que des écoles de langues dispensant des cours de français et d'allemand aux personnes issues de l'asile. Ces acteurs de terrain étaient en mesure d'assister les répondant·e·s en cas de difficulté. De plus, l'enquête a été diffusée par des posts sur les sites Facebook de quatre médias migrants – *Albinfo.ch*, *Eritreischer Medienbund Schweiz*, *Diaspora TV* et *PuntoLatino* – qui invitaient la population cible à participer à l'enquête à l'aide d'un lien ouvert, accessible sans mot de passe.

l'échantillon total (voir chapitre 2.4) s'est donc imposée. Les données récoltées par les deux voies d'accès à l'enquête ont ensuite été analysées conjointement par le logiciel *R Studio*.

2.2 Questionnaire

Le questionnaire utilisé pour l'enquête en ligne se base sur un instrument élaboré en Allemagne au début de la pandémie, puis adapté au contexte suisse par Vogt et al. (2020, voir chapitre 1.1). Le questionnaire original allemand reprend à son tour un schéma de questionnement utilisé pour mesurer la littératie en santé générale (Sørensen et al. 2012) et l'adapte pour mesurer celle relative au covid-19. La Figure 1 illustre les étapes et le processus ayant mené à l'élaboration du questionnaire utilisé pour la présente étude.

Figure 1 : Filiation des études sur la littératie en santé (relative au covid-19)



Source : graphique conçu par les auteur·e·s.

Afin de garantir une comparabilité aussi large que possible entre les résultats de l'enquête Vogt et al. (2020) et de la présente étude, certaines (batteries de) questions ont dû être conservées telles quelles. Ceci vaut notamment pour les questions sur lesquelles se base la construction de l'indice de littératie en santé selon la méthode de Okan et al. (2020a) et Vogt et al. (2020, voir chapitre 4.2 et annexe 4). Au-delà, le questionnaire utilisé par l'étude Vogt et al. (2020) auprès de la population générale a été modifié à plusieurs égards. Certaines questions ou items de réponse ont nécessité une adaptation au regard de changements intervenus dans la situation pandémique, et certains autres ont dû être adaptés pour correspondre à la population-cible (migrante). De plus, le questionnaire a été complété par de nouvelles questions visant à documenter la situation des répondant·e·s au-delà des variables socio-démographiques standards – et ceci afin de pouvoir mesurer avec précision leur vulnérabilité sociale. D'abord, une série de nouvelles questions liées à la situation migratoire (statut de séjour, durée de séjour en Suisse, etc.) a été introduite. Plusieurs questions ont également été ajoutées au questionnaire : deux questions sur les compétences dans les langues locales, deux à propos de la santé

psychique et deux à propos de la situation économique. Finalement, le questionnaire a été enrichi par une question sur les idées et appréciations des répondant·e·s par rapport au covid-19 et à la pandémie.

Les deux accès à l'enquête menaient au même questionnaire, à une exception près : après consultation des acteurs de terrain (multiplicateurs) une version écourtée de cinq questions a été proposée aux répondant·e·s accédant à l'enquête par le lien ouvert. Le but était de rendre l'enquête plus compacte pour cette population et ainsi de réduire les abandons potentiels. Cinq variables ne sont donc disponibles que pour les répondant·e·s via tirage SRPH¹³.

Les versions française, allemande et anglaise du questionnaire ont pu être élaborées par l'équipe de recherche elle-même. Pour la traduction en arabe, albanais, espagnol, portugais et tigrinya, l'équipe de recherche a fait appel à des prestataires externes. Toutes les traductions réalisées par le traducteur initial ont été vérifiées par deux autres traducteurs professionnels afin de garantir une comparabilité entre les différentes versions langues.

2.3 Echantillonnage

Selon le mandat de l'OFSP, l'enquête devait être menée auprès de la population migrante résidant en Suisse, âgée de 18 ans et plus, toutes autorisations de séjour confondues, y compris les requérant·e·s d'asile qui résident en Suisse. Il s'agissait d'atteindre « en particulier, des personnes qui ne parlent aucune des langues nationales, ont peu de compétences dans une langue nationale ou qui lisent avec difficulté ».

Pour répondre à ces exigences, nous avons d'abord fait le choix de ne pas nous référer à la population issue de la migration dans sa globalité. En effet, selon la définition de l'OFS cette dernière comprend les personnes de la première et de la deuxième génération de migration, et par conséquent nées en Suisse. Puisqu'il s'agissait de viser une population migrante avec peu de connaissances dans les langues locales, il nous a paru pertinent de se référer seulement à la première génération d'immigration et donc aux personnes nées à l'étranger. Afin de cibler précisément les personnes présentes depuis peu de temps et ayant probablement de moins bonnes connaissances dans les langues locales et un statut de séjour moins stable (facteurs de vulnérabilité), nous avons choisi de limiter l'échantillon aux personnes de nationalité étrangère, en excluant les naturalisé·e·s.

L'OFSP souhaitait mettre à disposition le questionnaire en huit langues. Ont d'abord été retenues deux langues locales, à savoir l'allemand et le français, entre-autres pour rendre possible un remplissage en langue locale pour ceux et celles qui la maîtrisent suffisamment. Le français constitue en outre une langue parlée dans des pays africains. L'italien a été exclu pour la simple raison qu'il couvre une faible proportion de locuteur·trice·s en Suisse et qu'il n'est pas parlé dans les pays d'origine hors-européens sélectionnés (à l'exception de quelques locuteurs et locutrices en Erythrée).

Ensuite, le choix des langues s'est orienté sur la stratégie du GMM II qui consistait à inclure au moins deux langues parlées dans des pays d'origine importants dans le contexte de l'asile. Nous avons choisi l'arabe et le tigrinya, étant conscients d'exclure de l'enquête bon nombre de réfugié·e·s (au sens large) parlant par exemple dari, farsi, kurde, tamoul ou tibétain. Puis, outre certaines langues « de l'asile », il s'agissait de couvrir une population migrante établie en Suisse de plus longue date, présentant un profil différent. Ont ainsi été retenus l'albanais et le portugais. Finalement, l'espagnol a été ajouté comme langue supplémentaire pour rendre l'enquête accessible à une population sans-papiers en provenance de pays hispanophones d'Amérique latine, actuellement nombreuse selon les organisations de soutien. Comme langue « universelle » (mais aussi comme

¹³ Question invitant les répondant·e·s à indiquer leur accord ou désaccord avec une série d'affirmations sur le coronavirus, question à propos de la confiance attribuée aux diverses sources d'information, question sur la formation dans le secteur de la santé, question sur le revenu net du ménage, question sur la santé psychique.

langue parlée dans certains pays d'origine africains), nous avons ajouté l'anglais. Les pays de naissance dans lesquels une de ces langues – albanais, allemand, anglais, arabe, français, portugais et tigrinya – est une langue nationale ont été retenus pour l'échantillonnage¹⁴, après exclusion des pays européens anglophones, germanophones et francophones¹⁵.

Le tirage de l'échantillon du SRPH permettait de ne sélectionner que des personnes correspondant précisément à différents critères : être âgé de 18 ans et plus au 30 juin 2020, de nationalité étrangère, être né à l'étranger dans l'un des pays sélectionnés, et détenir un permis N, F, L, B ou C¹⁶. Pour l'échantillon spontanément généré grâce à la diffusion de l'enquête via multiplicateurs, nous n'avons pas la certitude que ces critères seraient applicables. Toutefois, afin de cibler cette population, les critères d'éligibilité figuraient dans les documents invitant à l'enquête et le questionnaire en ligne évinçait les personnes indiquant avoir la nationalité suisse depuis la naissance (par un message de non-éligibilité à la participation à l'enquête).

Différents effets ayant impacté la participation à l'enquête et donc la composition de l'échantillon final sont discutés aux chapitres 2.4 et 2.5.

2.4 Profil de la population enquêtée

Constituer un échantillon représentatif de la population née à l'étranger et/ou de nationalité étrangère vivant en Suisse n'était pas un objectif central de cette enquête. Il s'agissait plutôt d'atteindre des groupes parmi la population migrante présentant des facteurs de vulnérabilité sociale. Ainsi, les résultats présentés dans ce rapport ne sont pas formellement représentatifs de la population étrangère et/ou née à l'étranger dans son ensemble, mais indiquent des tendances très probablement valables à plus grande échelle. Par différents modèles de régression, nous nous sommes assurés que les tendances observées ne soient pas le fruit de distorsions dans l'échantillon enquêté.

La population enquêtée est de 2354 personnes, dont 1669 ont participé à l'enquête via l'échantillon tiré du SRPH (invitation par lettre, accès personnalisé) et 685 via multiplicateurs (invitation par flyer, accès ouvert).¹⁷ En tout, 7039 lettres d'invitation ont été envoyées, ce qui signifie un taux de réponse de 23.7 % au sein de l'échantillon SRPH. Ce taux de réponse est normal pour une telle enquête. La durée médiane de réponse au questionnaire s'élève à 25 minutes. Les questionnaires ont été remplis entre début octobre et fin décembre 2020.

L'échantillon généré par l'approche décrite ci-dessus est composé de 51 % de femmes et 49 % d'hommes. En ceci, il est plus féminin que la population de référence du tirage, et aussi que la population étrangère totale née à l'étranger vivant en Suisse (tous pays de naissance confondus) : dans ces deux populations, les hommes sont en léger surnombre (53 %). L'échantillon total de l'enquête s'avère en outre être plus jeune que la population de référence, ceci s'expliquant en grande partie par le seul accès en ligne à l'enquête (qui a tendance à décourager la participation de personnes plus âgées). Avec une moyenne d'âge de 34.3 ans, les répondant·e·s

¹⁴ L'espagnol n'a pas été pris en compte dans la sélection des pays de naissance. Cette langue a été ajoutée ultérieurement afin de mieux couvrir les sans-papiers, sur conseil des acteurs de terrain expert·e·s de cette population.

¹⁵ Pays de naissance retenus pour le tirage : Macédoine du Nord, Kosovo, Portugal, Brésil, Algérie, Maroc, Tunisie, Égypte, Syrie, Éthiopie, Angola, Cameroun, Congo (Kinshasa), Érythrée.

¹⁶ Une personne de nationalité suisse pourrait se trouver dans l'échantillon tiré du SRPH seulement dans le cas d'une naturalisation intervenue entre le 1^{er} janvier et le 30 juin 2020.

¹⁷ L'enquête a ainsi dépassé les objectifs initialement visés, à savoir 1500 répondant·e·s via tirage SRPH et 200 répondant·e·s via multiplicateurs.

via multiplicateurs sont encore plus jeunes que ceux via tirage SRPH (âge moyen de 40 ans). La majorité des répondant·e·s (61 %) sont mariés, 24 % sont célibataires¹⁸.

Tableau 2 : Profil des répondant·e·s selon accès à l'enquête

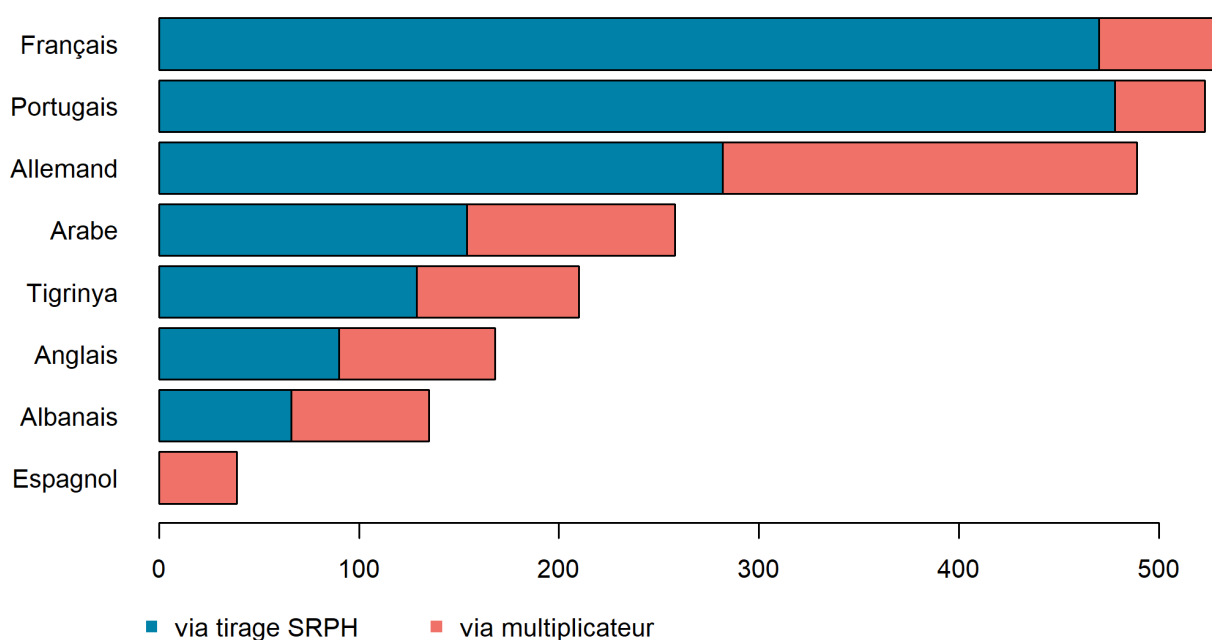
		Total	Via multiplicateurs	Via tirage SRPH
Total (valeurs absolues)		2354	685	1669
Sexe (en %)	Hommes	49.1	45.5	50.6
	Femmes	50.9	54.5	49.4
Age	Moyenne	37	34.3	40
	Médiane	38.4	33	38
Education (en %)	Sans école obligatoire	10.6	14.9	8.9
	Ecole obligatoire	27.4	23.9	28.8
	Secondaire II	30.8	26.5	32.4
	Tertiaire	31.2	34.6	29.9
Statut professionnel (en %)	Employé·e*	42.2	24	49.6
	Indépendant	8.1	9.9	7.4
	Chômage, AI	13.9	18.1	12.3
	Retraité·e	3.1	0.9	4.1
	En formation	10.3	21.2	5.8
	Au foyer	8.5	8.3	8.5
Durée du séjour en CH	Moyenne	10.9	8	12
	Médiane	7	4	9
Statut de séjour (en %)	Suisse (par naturalisation)	2.7	7.4	0.7
	Permis C	39.5	16.8	48.8
	Permis B	43.5	43.4	43.6
	Permis L	0.6	0.1	0.8
	Permis F	9.1	17.2	5.7
	Permis N	2.3	7.6	0.1
	Sans statut légal	1.8	6	0.1

Source : enquête SFM (n=2354), Suisse, oct.-déc. 2020. Note : * Y compris service militaire, service civil, protection civile.

La grande majorité des répondant·e·s sont en Suisse depuis moins de 10 ans, la durée de séjour médiane s'élevant à 7 ans (4 parmi les répondant·e·s via multiplicateurs et 9 parmi ceux via tirage SRPH). L'échantillon total comprend néanmoins aussi 125 personnes présentes en Suisse depuis plus de 30 ans. Les bénéficiaires d'un permis B (43 %) et C (39 %) constituent la vaste majorité des répondant·e·s, suivi par les bénéficiaires d'un permis F (9 %). Les personnes aux statuts de séjour précaires et celles séjournant sans statut légal sont sur-représentées parmi les répondant·e·s via multiplicateurs : parmi ces derniers, 6 % sont sans-papiers, 7 % ont un permis N et 17 % un permis F. L'échantillon via multiplicateurs inclut quelques personnes naturalisées (7 %) – cette catégorie étant absente parmi les répondant·e·s via tirage SRPH selon le plan d'échantillonnage. Ainsi, l'échantillon récolté via multiplicateurs permet, conformément à l'objectif visé, d'augmenter la représentation des permis de séjour précaires au sein de l'échantillon total.

¹⁸ Pour beaucoup de variables (comme le niveau de formation), une comparaison de l'échantillon enquêté par rapport aux populations de référence n'est pas possible pour cause d'indisponibilité des données. Un tableau comparant les différentes populations selon les données disponibles se trouve en annexe 3.

Figure 2 : Langues de remplissage du questionnaire



Source : enquête SFM (n=2354), Suisse, oct.-déc. 2020. Notes : en valeurs absolues ; pour les répondant·e·s via SRPH la version espagnole du questionnaire n'était pas disponible.

Du point de vue de la langue utilisée pour remplir le questionnaire, l'échantillon total est assez équilibré : après le français, le portugais et l'allemand (à chaque fois environ 20 % des répondant·e·s), les langues sont, en ordre décroissant, l'arabe, le tigrinya, l'anglais, l'albanais et l'espagnol. Le sous-échantillon récolté via multiplicateurs contribue avant tout à étoffer le volume des questionnaires remplis en allemand, arabe, tigrinya, albanais et anglais (ainsi qu'en espagnol, cette langue ayant été disponible uniquement dans l'enquête via multiplicateurs). Plus de 35 pays de naissance différents sont représentés dans l'échantillon, les plus fréquents étant (en ordre décroissant, plus de 100 répondant·e·s) le Brésil, le Portugal, l'Erythrée, la Syrie, le Kosovo, la Macédoine du Nord et le Maroc.

La comparaison avec les populations de référence (tirage SRPH et population étrangère née à l'étranger) à propos des permis et de la durée du séjour en Suisse montre une certaine distorsion. Tout d'abord, la population de référence du tirage a une durée de séjour moyenne de quasiment 14 ans contre 11 ans pour les répondant·e·s.¹⁹

Si l'on considère à présent le profil socioéconomique des répondant·e·s, les deux sous-échantillons s'avèrent complémentaires à propos de la formation et de la participation au marché du travail, celui récolté via multiplicateurs permettant d'inclure une population avec une insertion professionnelle plus fragile. Les personnes n'ayant pas achevé l'école obligatoire représentent 14.9 % des répondant·e·s via multiplicateurs et 8.9 % des répondant·e·s via tirage SRPH. Quant aux personnes avec une formation tertiaire (31 % parmi l'ensemble des répondant·e·s), elles sont aussi légèrement surreprésentées parmi les répondant·e·s via multiplicateurs. Les différences entre les deux groupes sont plus marquées à propos du statut professionnel : alors que les employé·e·s constituent 50 % des répondant·e·s via tirage SRPH, ils ne représentent que 24 % au sein des répondant·e·s via multiplicateurs (42 % dans l'échantillon total). Sont surreprésentés parmi les répondant·e·s via multiplicateurs les personnes en formation, au chômage ainsi que les indépendant·e·s. La

¹⁹ Lié à la durée de séjour, on observe que les répondant·e·s titulaires d'un permis B, généralement détenu par des personnes plus récemment arrivées, sont légèrement surreprésentés par rapport au permis C (voir annexe 3).

question à propos du revenu du ménage n'a été posée qu'à l'échantillon issu du tirage SRPH au sein duquel 35 % des personnes disposent d'un revenu de moins de 4'000 CHF par mois. La question à propos de la difficulté à couvrir une dépense inattendue montre cependant clairement que la situation économique des répondant·e·s via multiplicateurs est en moyenne davantage précaire : une facture inattendue de 50 CHF pose problème à 24 % des répondant·e·s via multiplicateurs contre 17 % des répondant·e·s via tirage SRPH.

Les répondant·e·s disposent dans l'ensemble de bonnes connaissances dans la langue locale respective du lieu de vie en Suisse : seul 12 % déclarent comprendre la langue locale plutôt mal ou mal (28 % la comprennent moyennement bien et 58 % plutôt bien ou bien). La proportion des répondant·e·s n'étant pas à l'aise pour remplir un formulaire administratif dans la langue locale est inférieure à 25 % dans l'ensemble. En comparant les deux sous-échantillons, on observe un niveau de langue sensiblement inférieur au sein des répondant·e·s via multiplicateurs. Ce résultat est cohérent par rapport à la durée moyenne de séjour plus courte et à la plus forte représentation de statuts de séjour précaires dans ce groupe (via multiplicateurs).

2.5 Limites de l'étude

Toute étude a des limites et la meilleure manière de faire face à cette réalité est de discuter des possibles biais et limites de manière transparente.

Cette étude a misé sur une enquête entièrement en ligne (CAWI), notamment pour des raisons d'économie de la recherche (ressources temporelles et budgétaires). Le choix du *online-only* rend difficile voire impossible la participation à l'enquête des personnes n'ayant pas accès au dispositif technique nécessaire (ordinateur, smartphone, connexion Internet) ou ayant de la peine à manipuler les outils informatiques. Naturellement ceci s'applique notamment aux personnes plus âgées, n'ayant pas grandi dans la société numérique, ainsi qu'aux personnes non-informatisées voire illettrées. Nous avons cherché à diminuer ces effets, premièrement en travaillant avec des multiplicateurs sur le terrain (organisations de soutien et écoles de langue) qui mettaient à disposition des ordinateurs connectés pour le remplissage du questionnaire et, au besoin, accompagnaient les répondant·e·s. De manière spontanée, nous avons pu proposer un remplissage par téléphone à certains répondant·e·s qui nous faisaient part, sur la hotline, de leur impossibilité à participer en ligne. La moyenne d'âge nettement inférieure des répondant·e·s par rapport à l'échantillon indique cependant que le CAWI a découragé les personnes plus âgées. L'analyse par modèles de régression a permis de maîtriser ce biais. Dans l'ensemble, le chapitre 2.4 montre que nous avons réussi à composer un échantillon total recouvrant un large éventail de situations, notamment en termes de vulnérabilité sociale.

Outre l'absence de ressources informatiques, un autre facteur ayant potentiellement découragé la participation de personnes au statut socio-économique précaire et avec un faible niveau d'éducation formelle est la longueur et la complexité du questionnaire. L'élaboration de ce dernier a en effet nécessité une pesée des intérêts entre l'objectif de mener l'enquête auprès d'une population migrante vulnérable, peu habituée à la lecture, et l'objectif de la comparabilité avec l'étude Vogt et al. (2020) exigeant d'apporter le moins de modifications possibles au questionnaire utilisé. Les questions sur la littératie en santé utilisées par l'étude Vogt et al. présentaient un niveau de complexité élevé. Or, c'est à propos de ces mêmes questions que la comparabilité importait particulièrement à l'OFSP. Pour marier ces deux objectifs contradictoires, certains compromis ont donc été nécessaires. Malgré plusieurs retouches effectuées pour rendre le questionnaire plus abordable, les retours des acteurs de terrain ont montré que répondre aux questions sur la littératie en santé présupposait de disposer d'une certaine littératie générale. L'analyse du comportement de réponse met en évidence que la longue question sur la littératie en santé (23 items de réponse) a suscité passablement d'abandons. Il faut donc garder en tête que les personnes les plus vulnérables, notamment illettrées, sont très peu représentées dans l'enquête.

Il convient désormais de discuter l'impact d'un éventuel biais de désirabilité sociale, difficulté méthodologique à laquelle est confrontée toute enquête en sciences sociales et qui est quasiment impossible à éviter. La situation se présente différemment selon le mode d'invitation à l'enquête, dans la mesure où les répondant·e·s via tirage SPRH ont reçu une ou plusieurs courriers postaux (rappel) portant le logo de la Confédération (OFSP) et celui du SFM/Université de Neuchâtel (voir annexe 1). Les appels reçus sur la hotline de l'enquête indiquent que nombre de personnes s'interrogeaient sur le caractère obligatoire de l'enquête et semblaient craindre des sanctions ou conséquences négatives en cas de non-réponse. Le logo de la Confédération semble avoir eu un effet d'autorité sur certaines personnes – effet d'autorité qui est susceptible d'avoir favorisé un comportement de réponse orienté par rapport à ce que les répondant·e·s estiment être la réponse désirable aux yeux de l'OFSP ou de la Confédération (par exemple indiquer que les informations diffusées par l'OFSP sont facilement compréhensibles et que l'on prend les différentes précautions sanitaires).

L'effet du « logo » devrait moins affecter les répondant·e·s ayant été invité·e·s à l'enquête via les acteurs de terrain : le flyer invitant à l'enquête et indiquant le lien pour y accéder ne comportait, à dessein, que le logo du SFM et de l'Université de Neuchâtel (voir annexe 2). Sur la base d'une consultation préalable des expert·e·s de terrain, l'équipe de recherche avait estimé que le logo de la Confédération pourrait susciter de la méfiance et avoir ainsi un effet négatif sur la participation. Néanmoins, le texte du flyer mentionnait l'OFSP comme mandant de l'étude. Bon nombre de questionnaires ont été remplis durant des séances de cours de langue dispensés dans le cadre du programme pilote *Encouragement précoce à la langue* (EPL), qui s'adresse aux personnes issues de l'asile. On ne peut exclure que la présence d'un·e enseignant·e lors du remplissage du questionnaire par les participant·e·s du cours ait un effet biaisant sur les réponses fournies. Et ce, même si les enseignant·e·s ont été instruits pour bien indiquer aux répondant·e·s qu'il s'agissait d'une enquête et non d'un test et qu'il fallait répondre fidèlement en fonction des expériences et opinions personnelles.

Les biais potentiels discutés ci-dessus (notamment enquête par CAWI uniquement, mandant OFSP) ne devraient pas affecter la comparabilité de nos résultats avec ceux de l'étude Vogt et al. (2020) puisqu'ils s'appliquent également à cette dernière. Cette comparabilité est en revanche entravée par le décalage temporel entre les deux enquêtes. Alors que Vogt et al. ont mené leur enquête en mai 2020, vers la fin de la première vague de la pandémie en Suisse, la présente enquête a eu lieu entre octobre et décembre 2020, au début de la seconde vague. Les nombreux changements intervenus (situation épidémiologique, mesures de protection préconisées, état des connaissances scientifiques, etc.) et le volume important d'informations diffusées entre les moments des deux enquêtes limitent la comparabilité des résultats.

Il convient finalement d'évoquer certains retours de la part des répondant·e·s et de partenaires ayant diffusé et accompagné l'enquête sur le terrain (organisations de soutien, écoles de langue). Les critiques concernaient principalement le questionnaire, considéré comme trop long et trop complexe (pour la clientèle visée). Le temps de remplissage réel outrepassait souvent assez largement celui estimé par l'équipe de recherche, ce qui indique aussi un remplissage sérieux et soigneux. Les acteurs de terrain ont en outre fait remarquer l'absence de certaines langues parlées par une importante part de leur clientèle. De plus, certaines lacunes au niveau de la traduction, notamment dans les versions tigrinya, arabe et albanais ont été signalées. Ces imperfections persistant malgré la double vérification de la traduction s'expliquent en partie par des variantes ou dialectes régionaux de ces langues. Selon les retours reçus, ces lacunes n'ont cependant pas eu d'impact problématique sur la compréhension des questions.

Les nombreux appels sur la hotline et les commentaires libres laissés à la fin du questionnaire donnent des indications sur la manière dont l'enquête a été perçue par les répondant·e·s de l'échantillon SRPH. Hormis les problèmes techniques d'accès à l'enquête, la question la plus fréquente était celle du caractère obligatoire de l'enquête (apparaissant surtout suite à la lettre de rappel). Bon nombre d'interrogations concernaient en outre

les langues utilisées dans la lettre (recto : langue du pays de naissance, verso : langue de la commune de résidence en Suisse). Alors que certains répondant·e·s étaient enchantés de recevoir une lettre de la Confédération dans leur première langue, d'autres – notamment des personnes présentes en Suisse depuis longtemps et maîtrisant parfaitement la langue locale – s'en étonnaient voire s'en offusquaient. De manière similaire, certains répondant·e·s appréciaient le fait qu'on s'intéresse à leur vécu spécifiquement en tant que personne de nationalité étrangère, d'autres ne s'identifiaient pas ou peu avec la « population migrante » et n'étaient pas à l'aise avec cette attribution. Finalement, certains répondant·e·s ont signalé des inadéquations entre la langue de la lettre et leur première langue. Ceci était par exemple le cas pour les répondant·e·s nés en Macédoine du Nord et qui avaient reçu une lettre en albanais alors que leur langue maternelle était le macédonien. Il s'agit là d'erreurs d'appréciation liées à la méthode d'échantillonnage. Pour finir, il faut mentionner les quelques répondant·e·s qui se sont adressés à la hotline de l'enquête avec des questions à propos du covid-19, des règles sanitaires ou des possibilités d'indemnisation.

3 Vécu de la pandémie et de l'infodémie

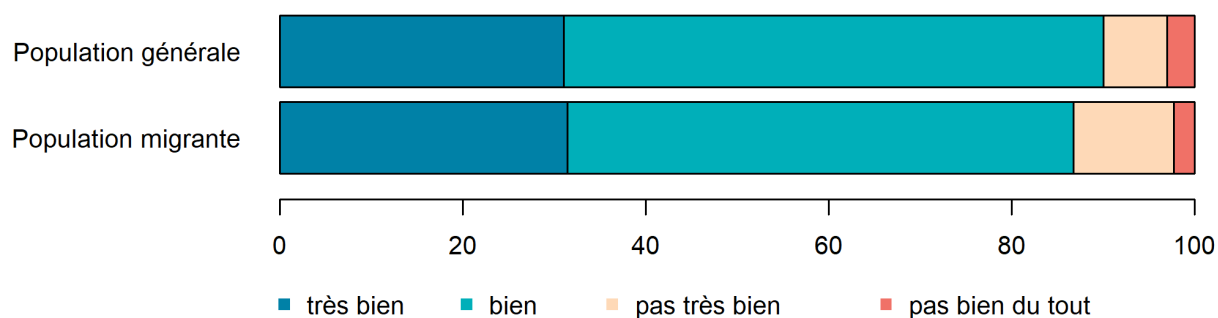
Est-ce que la population migrante se sent bien informée sur le coronavirus et la pandémie ? Quelles sources consulte-t-elle et auxquelles fait-elle le plus confiance ? Quelles précautions prend-elle pour se protéger ? Et : la population migrante ressemble-t-elle, sur ces différents points, à la population générale ? Les sous-chapitres suivants répondent à ces questions. Ils présentent les résultats relatifs au vécu de la pandémie et au comportement d'information. Lorsque c'est possible, les résultats de notre enquête sont comparés à ceux de l'enquête sur la population générale (Vogt et al. 2020).

Pour l'ensemble des aspects abordés, nous avons vérifié d'éventuelles interactions avec l'âge et le sexe des répondant·e·s. Généralement, il s'avère que le vécu de la pandémie et la littératie en santé dépendent assez peu de l'âge et du sexe, toutes choses égales par ailleurs. Nous analysons en outre plus en détail les liens avec diverses variables décrivant le degré de vulnérabilité des répondant·e·s. Ces analyses recourent à des modèles de régression linéaires qui contrôlent (neutralisent) les éventuelles inférences de l'âge, du sexe ainsi que du fait de disposer d'une formation dans le secteur médical. Ce dernier facteur est susceptible d'avoir un impact fort sur le vécu de la pandémie et la littératie en santé. En d'autres termes, il s'agit de comparer deux personnes (fictives) ayant les mêmes caractéristiques à propos de ces variables générales (par exemple un homme âgé de 37 ans sans formation dans le secteur de la santé) mais des caractéristiques différentes à propos d'une variable donnée décrivant la vulnérabilité. Nous comparons alors les réponses de la personne vulnérable avec celles de la personne peu vulnérable par rapport aux diverses variables dépendantes.

3.1 Bien informés mais déstabilisés

La population migrante se sent dans l'ensemble bien informée sur le coronavirus et la pandémie, mais partiellement déstabilisée par les nombreuses informations en circulation. Elle ressemble en ceci à la population générale interrogée par l'enquête Vogt et al. (2020). On constate néanmoins de subtils écarts : la part des répondant·e·s se disant « pas très bien » ou « pas du tout bien » informés est légèrement supérieure parmi la population migrante (selon l'échantillon de cette enquête) comparativement à la population générale (13 % contre 10 %).

Figure 3 : Sentiment d'être bien informé sur le covid-19



Source : enquête Vogt et al. (mai 2020, n=1500) et enquête SFM (oct.-déc. 2020, n=2354), Suisse. Notes : en pourcent, formulation de la question : « Dans quelle mesure vous sentez-vous globalement bien informé sur le coronavirus et la pandémie ? ».

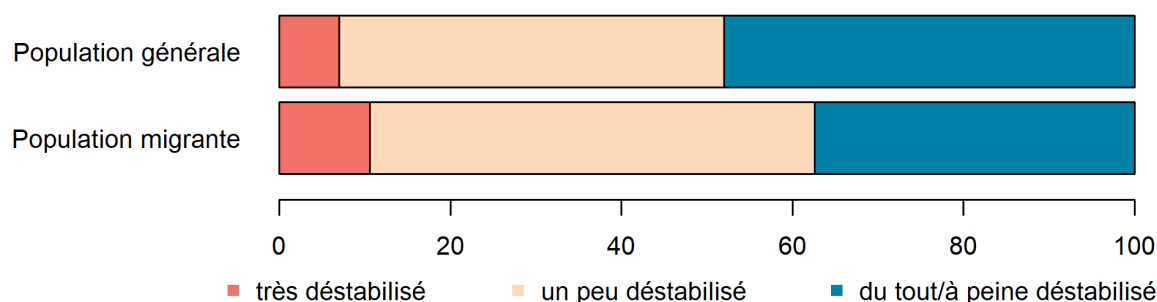
Les hommes se sentent un peu mieux informés que les femmes. Le sentiment d'être bien informé est par ailleurs nettement plus répandu parmi les personnes avec un haut niveau de formation²⁰. Un lien moins fort

²⁰ Exprimé en termes de probabilités prédictives, cela signifie : entre une personne X n'ayant pas achevé l'école obligatoire et une personne Y ayant un diplôme tertiaire (les deux étant d'âge et de sexe identique), la personne X a une valeur de 2.96 et la personne Y de 3.22 sur une échelle de 1 (se sentir pas du tout bien informé) à 4 (très bien informé). Il ne s'agit pas d'un écart très important mais statistiquement significatif.

mais significatif s'observe en outre avec les compétences dans la langue locale et selon le statut de séjour, une plus grande vulnérabilité à propos de ces aspects allant de pair avec le fait de se sentir mal informé sur le covid-19.

Si l'on considère la prévalence du sentiment d'être déstabilisé et de ne plus savoir à quelles informations se fier parmi les répondant·e·s, ce sentiment apparaît comme étant plus répandu parmi la population migrante que parmi la population générale (11 % contre 7 %). La part de répondant·e·s ne se déclarant pas du tout déstabilisée est supérieure de plus de 10 points de pourcentage parmi la population générale comparativement à la population migrante (48 % contre 37 %), ce qui est considérable.

Figure 4 : Sentiment d'être déstabilisé par les informations



Source : enquête Vogt et al. (mai 2020, n=1500) et enquête SFM (oct.-déc. 2020, n=2354), Suisse. Notes : en pourcent, formulation de la question : « Certaines personnes se sentent déstabilisées par toutes les informations sur le coronavirus et la pandémie et ne savent pas exactement à quelles informations se fier. Comment vous sentez-vous : êtes-vous déstabilisé par toutes ces informations ? ».

Le sentiment d'être déstabilisé dépend avant tout du statut de séjour des répondant·e·s : plus le statut de séjour est précaire, plus les personnes se sentent déstabilisées. Ceci s'explique sûrement par l'incertitude et l'instabilité qui sont généralement – aussi hors contexte pandémique – caractéristiques de la situation des personnes séjournant en Suisse avec un statut de séjour non-permanent. Au-delà, on note qu'un faible niveau d'éducation formelle et une maîtrise imparfaite de la langue locale accentue le sentiment d'être déstabilisé.

En considérant les résultats généraux, il s'avère que le sentiment d'être bien informé sur le covid-19 et celui d'être déstabilisé par les nombreuses informations sont tous les deux très répandus et coexistent. Ce constat vaut aussi pour la population générale (Vogt et al. 2020), mais il est plus prégnant dans la population migrante : celle-ci se sent à la fois un peu moins bien informée et nettement plus déstabilisée par les nombreuses informations. S'il y a bien un lien statistique entre les deux variables – une personne se sentant mal informée a plus de chances d'être déstabilisée – il n'est pas très fort. Les deux sentiments ne sont donc pas « antagonistes » et peuvent tout à fait coexister.

Seule la population migrante enquêtée via l'échantillon issu du tirage SRPH a été interrogée en détail sur son attitude générale face à la pandémie²¹. On lit dans les réponses avant tout un fort sentiment de responsabilité (de ralentir la propagation du virus) et une importante inquiétude pour les personnes à risque, l'adhésion à ces deux affirmations étant en moyenne plus forte que pour les autres affirmations proposées²². Les réponses confirment en outre que la population migrante tend à « rester calme » face à la pandémie et s'estime dans l'ensemble assez résiliente moralement pour faire face à cette crise. Néanmoins, le coronavirus est pris au

²¹ Cette même question a également été posée dans une étude réalisée en Suisse au printemps 2020 par les instituts Sotomo et DemoSCOPE AG (Hermann 2020). Il s'avère que les réponses récoltées dans cette dernière étude publiée en mars 2020 et celles récoltées par la présente étude en fin d'année 2020 mènent à des résultats largement similaires (voir Hermann 2020 : 17).

²² Formulation de la question : « Dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec les déclarations suivantes concernant le nouveau coronavirus ? » (voir annexe 4).

sérieux : il y a une importante adhésion aux affirmations telles que « le nouveau coronavirus est très dangereux » ou « la situation actuelle est très inquiétante ». Moins de 20 % des répondant·e·s ne se disent pas du tout préoccupés par le coronavirus et environ un tiers trouve la couverture médiatique plutôt exagérée.

3.2 Sources d'information

La population migrante obtient des informations sur le coronavirus et les recommandations sanitaires qui s'y rapportent en consultant différentes sources. On observe ici quelques différences notables par rapport aux réponses de la population générale (enquête Vogt et al. 2020). Il convient de noter que les sources énumérées dans le questionnaire ne sont pas toujours clairement délimitables les unes par rapport aux autres. Pour ne citer que deux exemples, certaines autorités de santé ont une page Facebook sur laquelle elles publient des informations, et les expert·e·s de santé interviennent parfois sur des plateaux télévisés – dans ces deux cas, la source d'information n'est pas clairement attribuable (respectivement autorités sanitaires/médias sociaux et médecins ou autres expert·e·s/télévision).

En gardant cette limite en tête, on observe quelques tendances claires. La source la plus fréquemment consultée par la population migrante est la télévision puisque c'est le cas pour 60 % des répondant·e·s. Parmi la population générale, cette part dépasse les 70 %. La source télévisuelle est immédiatement suivie de l'Internet²³ (59 %). La moitié des répondant·e·s (50 %) affirme consulter des membres de leur famille, des ami·e·s, collègues de travail ou connaissances pour obtenir des informations sur le coronavirus. Cette tendance est aussi constatée par Kaya (2018) et est connue de longue date y compris dans d'autres contextes thématiques (Moret et Dahinden 2009). A cet égard, on constate un net écart avec la population générale au sein de laquelle seuls 35 % des répondant·e·s affirment consulter cette source (elle ne se classe qu'en septième position de la liste décroissante). La part de la population migrante qui consulte les informations émanant des autorités sanitaires (OFSP ou autorités cantonales) s'élève également à 50 %, alors qu'elle est sensiblement plus faible parmi la population générale (42 %). Quelque 42 % de la population migrante s'informe en outre par le biais des posters de l'OFSP (item de réponse non proposé dans l'enquête Vogt et al. 2020).

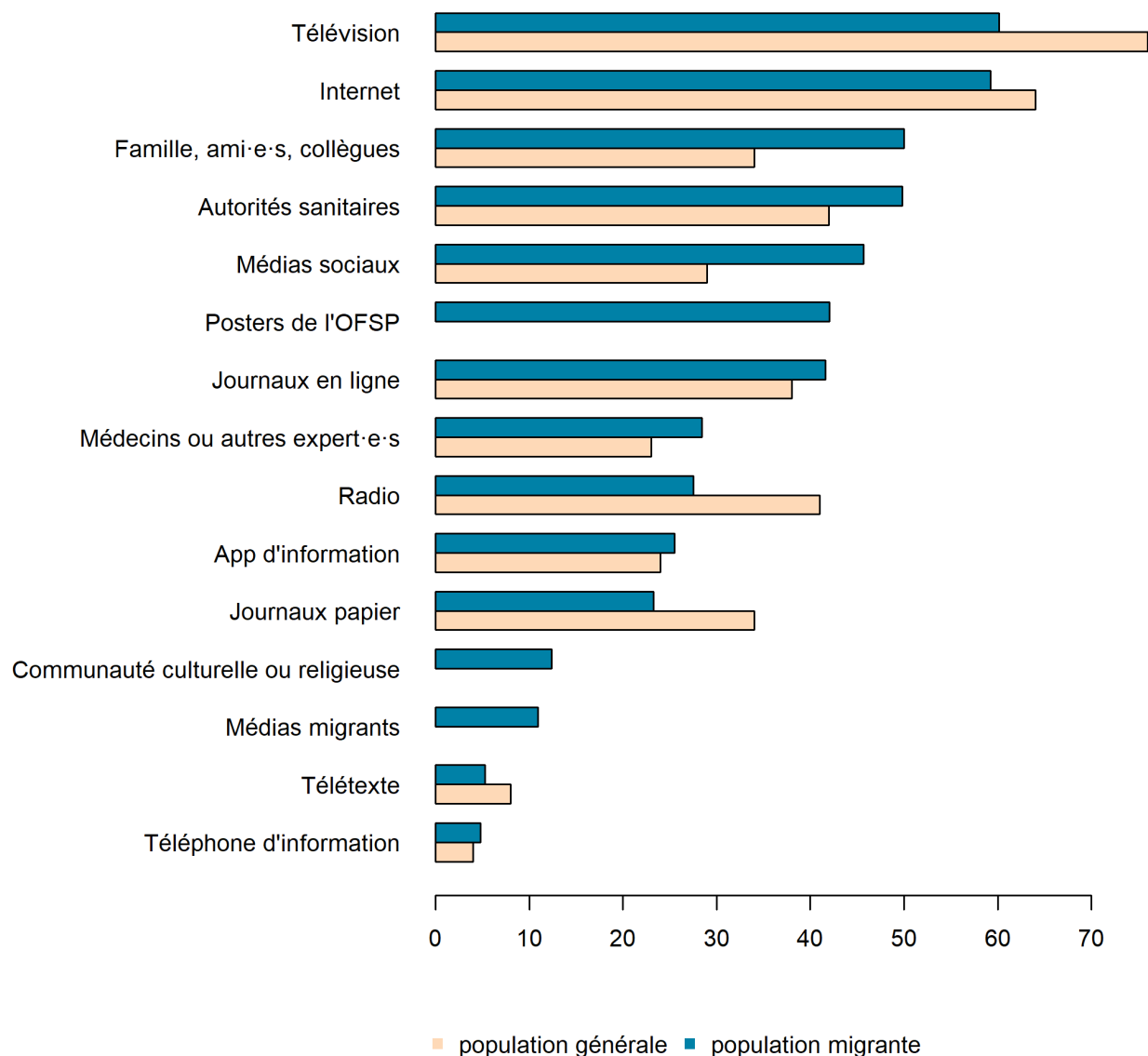
Les médias sociaux, consultés par 29 % de la population générale, constituent une source bien plus souvent utilisée par la population migrante (45 %). La population générale a en revanche tendance à consulter plus souvent la radio (41 %) et les journaux et magazines imprimés (34 %, contre respectivement 27 % et 23 % pour la population migrante). Un petit tiers de la population migrante s'informe auprès de médecins ou d'autres expert·e·s de la santé, ce qui est moins souvent le cas pour la population générale. La part de celles et ceux qui se tournent vers des personnes de leur communauté culturelle ou religieuse ou vers les médias migrants est assez faible (respectivement 12 % et 11 %, ces catégories n'étaient pas proposées chez Vogt et al.). Finalement, la part des personnes consultant le télétexte ou un téléphone d'information (comme la hotline d'information sur le covid-19) est très faible, tant parmi la population migrante que parmi la population générale (moins de 8 %).

La population migrante utilise donc une diversité de sources pour s'informer (voir aussi Kaya 2018). En moyenne, chaque répondant·e indique avoir consulté presque cinq sources différentes. Dans les schémas de réponses, on distingue premièrement un certain écart entre la « génération numérique », plutôt jeune, qui a tendance à consulter des sources en ligne et une population légèrement plus âgée qui privilégie les médias plus classiques comme la télévision, la radio et les journaux imprimés. En différenciant les diverses sources selon leur caractère officiel ou inofficiel, on observe d'un côté une tendance forte à consulter les sources officielles (les autorités sanitaires, les expert·e·s médicaux et les posters de l'OFSP). De l'autre, il existe une tendance –

²³ Dans le questionnaire, cette option était accompagnée de la mention « par exemple sur les sites d'information sur la santé ».

moins dominante – à s’informer plutôt auprès de son réseau personnel (médias sociaux, famille et ami·e·s, personnes de sa propre communauté culturelle ou religieuse). On verra par la suite que ces informations sont cependant appréciées avec une certaine distance critique.

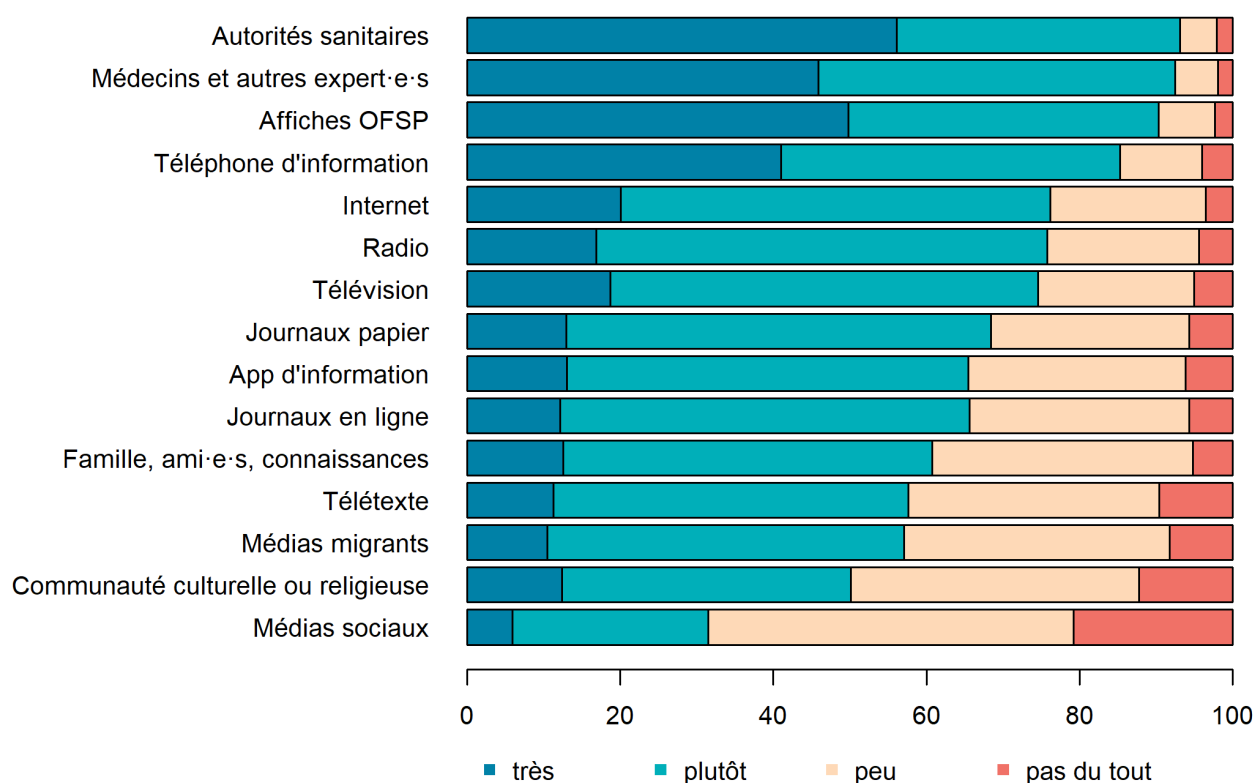
Figure 5 : Sources d’information consultées



Source : enquête SFM (oct.-déc. 2020, n=2354, barre bleue) et enquête Vogt et al. (mai 2020, n=1500, barre blanche), Suisse. Notes : en pourcent, plusieurs réponses possibles, en ordre décroissant par rapport aux réponses de la population migrante, formulation de la question : « Où avez-vous jusqu'à présent obtenu des informations sur le coronavirus et les recommandations sanitaires qui s'y rapportent ? », les catégories avec seulement une barre bleue n'étaient pas incluses dans l'enquête Vogt et al.

Les personnes vulnérables, notamment en vertu d'un statut de séjour instable, mais aussi d'une moindre maîtrise de la langue locale et d'un faible niveau d'éducation, ont tendance à consulter davantage de sources personnelles (« informelles »). Ce lien est significatif, mais pas très fort. C'est notamment au niveau de la consultation d'informations émanant des autorités sanitaires que l'on observe des variations en fonction de la vulnérabilité, les personnes vulnérables les consultant tendanciellement moins souvent. Le fait de se tourner vers des sources personnelles apparaît comme intuitif, notamment lorsqu'on a des difficultés à comprendre les informations diffusées dans la langue locale par les autorités ou les médias traditionnels.

Figure 6 : Evaluation de la fiabilité des sources d'information



Source : enquête SFM (n=2354), Suisse, oct.-déc. 2020. Notes : en pourcent, en ordre décroissant par rapport au pourcentage cumulé des réponses « très » et « plutôt », formulation de la question : « Dans quelle mesure les informations relatives au coronavirus provenant des sources suivantes sont-elles fiables pour vous ? ».

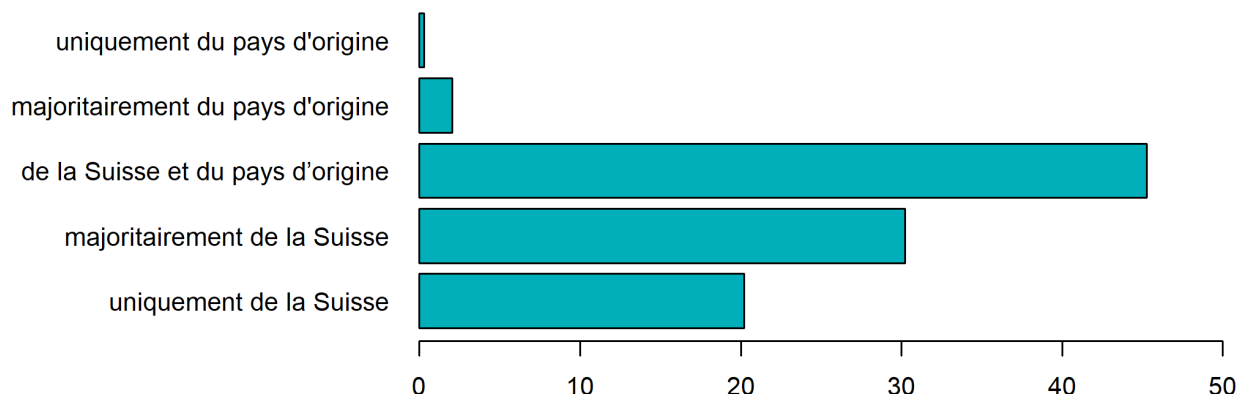
Considérons désormais la confiance que la population migrante attribue aux différentes sources. Il s'avère tout d'abord que les sources officielles sont considérées comme étant les plus fiables, à savoir en ordre décroissant les autorités sanitaires, les posters de l'OFSP, les expert·e·s médicaux et des hotlines (« téléphone d'information » selon la formulation dans le questionnaire). La part de ceux et celles qui évaluent ces sources comme très ou plutôt fiables se situe entre 85 % et 90 %. La fiabilité des deux sources les plus souvent consultées, à savoir Internet et la télévision, est dans l'ensemble jugée inférieure à celle des sources officielles précitées, bien que toujours élevée : près de 75 % jugent ces sources très ou plutôt fiables et les placent au même niveau de fiabilité que la radio.

La population migrante fait aussi largement confiance aux journaux imprimés ou en ligne et aux apps d'information (environ 65 % les jugent très ou plutôt fiables). Les sources précédemment qualifiées comme « personnelles » sont dans l'ensemble jugées les moins fiables (61 % des répondant·e·s font confiance à leur famille et à leur cercle amical, 50 % aux personnes de leur communauté culturelle ou religieuse), ce qui témoigne d'un certain esprit critique par rapport aux sources consultées. Une fiabilité équivalente est attribuée aux médias migrants et au télétexte. Finalement, les médias sociaux sont considérés comme étant de loin la source la moins fiable (seuls 31 % les jugent très ou plutôt fiables).

Cette hiérarchisation des sources en fonction de leur fiabilité estimée par la population migrante ressemble beaucoup à celle que l'on observe parmi la population générale. Les écarts ne sont souvent que de quelques points de pourcentage, généralement dans le sens d'une moindre confiance attribuée par la population migrante. Cette dernière a notamment tendance à juger le télétexte, la radio et les médias sociaux moins fiables que ce n'est le cas pour la population générale. Au sein de la population migrante on constate en outre que les

personnes davantage vulnérables au niveau de leurs compétences linguistiques et de leur statut de séjour font dans l'ensemble moins confiance aux informations (toutes sources confondues), y compris et spécifiquement à celles émanant des sources officielles telles que les autorités de santé.

Figure 7 : Provenance des informations



Source : enquête SFM (n=2354), Suisse, oct.-déc. 2020. Notes : en pourcent, formulation de la question : « Vos informations sur le coronavirus proviennent... ».

Finalement, les résultats de l'enquête montrent qu'une majorité des répondant·e·s (population migrante) consulte à la fois des informations provenant de la Suisse et de leurs pays d'origine respectifs²⁴ : 45 % indiquent consulter *autant* des informations provenant de Suisse que de leur pays d'origine, 30 % consultent majoritairement des informations suisses et 20 % des répondant·e·s indiquent consulter exclusivement des informations provenant de sources suisses. Seuls 2 % déclarent que la plupart ou l'intégralité des informations consultées proviennent du pays d'origine. De manière peu surprenante, la tendance à consulter des informations issues du pays d'origine est légèrement plus forte chez les personnes maîtrisant peu la langue locale.

3.3 Précautions et appréciations

Deux questions de l'enquête permettent d'estimer dans quelle mesure les informations relatives au covid-19 se traduisent dans un comportement préventif adéquat et dans quelle mesure des idées ou appréciations ne relevant pas de la communication officielle à propos du covid-19 sont répandues.

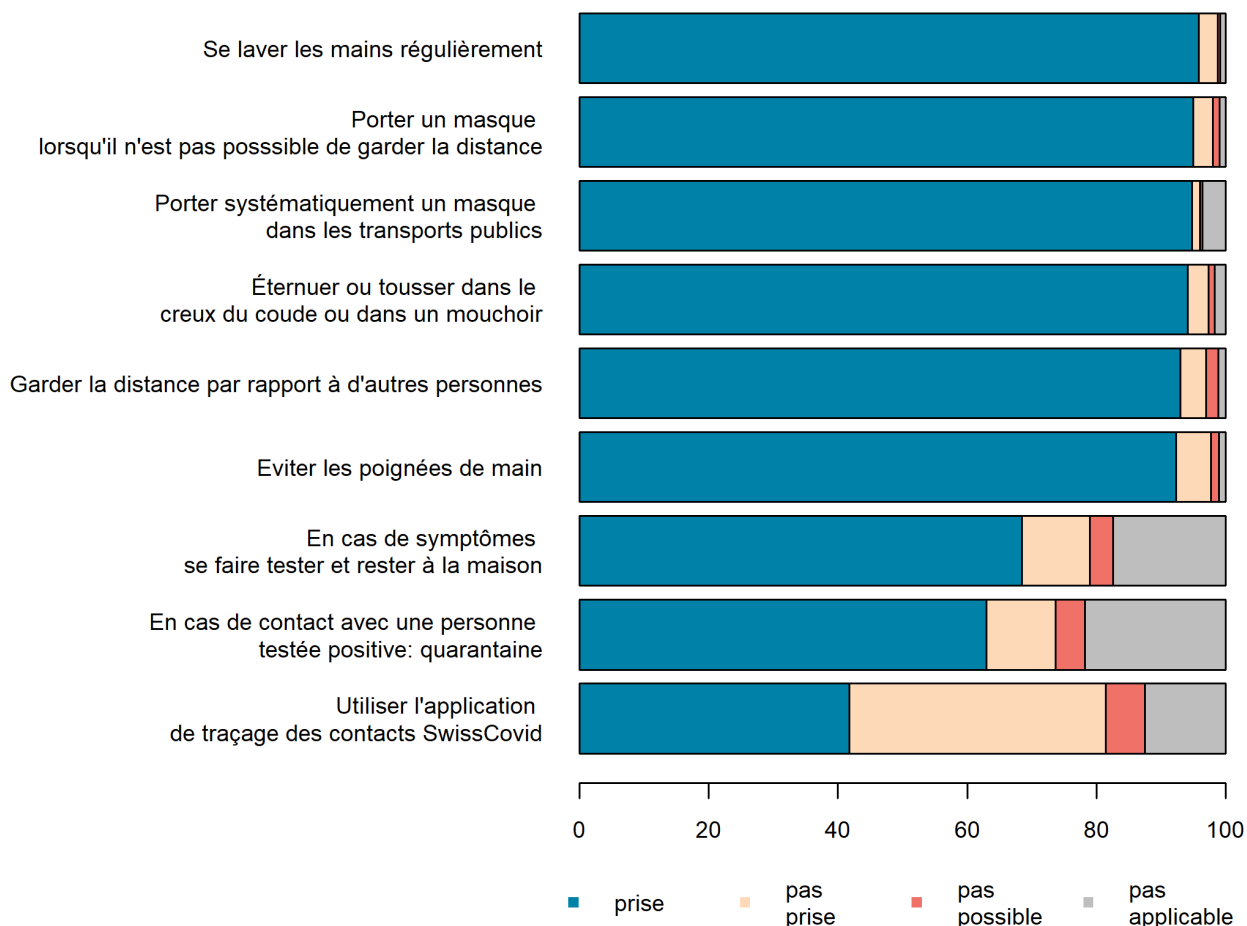
Tout d'abord, la très grande majorité des personnes ont indiqué avoir suivi les principales recommandations des autorités sanitaires. Eviter les poignées de main, se laver régulièrement les mains, éternuer ou tousser dans le creux du coude ou dans un mouchoir, garder la distance avec d'autres personnes, porter un masque si la distanciation n'est pas possible et porter systématiquement un masque dans les transports en commun – toutes ces précautions ont été suivies par plus de 90 % des répondant·e·s. Seuls 42 % déclarent utiliser l'application de traçage « SwissCovid », ce qui constitue ainsi la précaution la moins mise en œuvre²⁵. Parmi les 58 % restants, 6 % de personnes indiquent ne pas avoir la possibilité de l'utiliser. Se mettre en quarantaine en cas de

²⁴ Cette question ne faisait pas partie de l'enquête Vogt et al. (2020).

²⁵ Cette proportion paraît cependant élevée par rapport aux données publiées par l'OFS sur l'utilisation de l'application. Selon cette source, environ 2'000'000 d'applications SwissCovid ont été quotidiennement actives en janvier 2021, ce qui indiquerait un taux de pénétration de l'application aux alentours de 20 %. Cet écart n'est pas particulièrement surprenant pour plusieurs raisons, comme notamment le fait que les personnes qui disent « utiliser l'application » ne l'activent peut-être pas tous les jours (Bluetooth éteint). Voir : <https://www.experimental.bfs.admin.ch/expstat/fr/home/innovative-methoden/swisscovid-app-monitoring.html> (consulté le 03.02.2021).

contact avec une personne infectée et se faire tester en cas de symptômes sont des précautions qui ne s'appliquent pas à tout le monde et qui ont, le cas échéant, été prises par respectivement 63 % et 68 % des répondant·e·s. Environ 10 % indiquent n'avoir délibérément pas pris ces précautions lorsque le cas se présentait. Entre 3 % et 4 % des répondant·e·s déclarent ne pas avoir eu la possibilité de se mettre en quarantaine ou de se faire tester en cas de symptômes ou de contact.

Figure 8 : Précautions prises



Source : enquête SFM (n=2354), Suisse, oct.-déc. 2020. Notes : en pourcent, en ordre décroissant par rapport à la réponse « prise », formulation de la question : « Le cas échéant, quelles sont les précautions que vous avez prises pour vous protéger et/ou protéger les autres contre le coronavirus ? Veuillez indiquer pour chaque précaution dans quelle mesure vous l'avez prise ou s'il ne vous était pas possible de la prendre. ».

Lorsqu'on considère le nombre total de précautions prises ou non au travers du prisme des facteurs de vulnérabilité, on constate de manière intéressante que ce sont les personnes avec peu de moyens financiers qui ont le plus tendance à prendre peu de précautions contre le covid-19. Alors que la vulnérabilité économique (ici mesurée par le salaire mensuel du ménage et la capacité à couvrir une dépense inattendue d'un certain montant) est relativement peu explicative des autres aspects traités dans ce chapitre, elle s'avère significativement corrélée à la disposition et à la *possibilité* de prendre des précautions. Ainsi, une auto-quarantaine peut signifier une perte de revenus avec des conséquences existentielles pour des personnes travaillant dans des emplois précaires. Le niveau d'éducation a lui aussi un impact, mais plus modéré. Cette observation corrobore une hypothèse formulée en introduction : en dehors des capacités linguistiques et cognitives, les contraintes matérielles (budget disponible pour le matériel de protection, possibilité de travailler

à distance, de s'isoler au sein de son foyer etc.) sont un facteur important, notamment lorsqu'il s'agit de traduire les informations de santé dans un comportement sanitaire adéquat au quotidien.

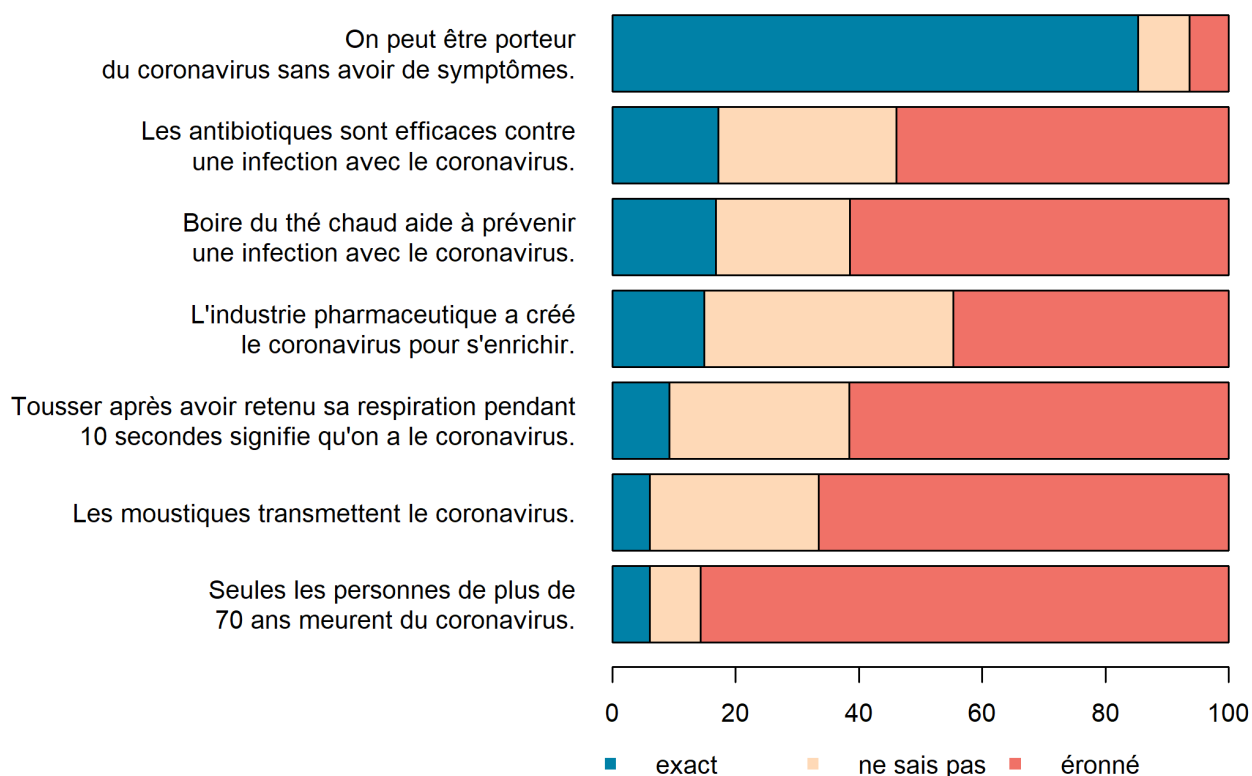
La question sur les précautions prises existait dans une forme similaire dans l'enquête de Vogt et al. (2020). Plusieurs aspects ont cependant dû être adaptés en raison des changements intervenus entretemps. La comparabilité avec l'enquête mentionnée est donc limitée. Dans l'ensemble, on constate néanmoins que, comparé à l'enquête sur la population générale menée au mois de mai 2020, une majorité encore plus large de personnes déclare adopter les mesures préventives dans la présente enquête. Le lavage régulier et soigneux des mains est la précaution la plus fréquemment prise dans les deux enquêtes : 85 % de la population générale et même 96 % de la population migrante disent avoir mis en pratique cette précaution relativement peu contraignante. A propos du respect de la distance interpersonnelle, on constate un écart similaire.

Il est probable que ces écarts soient dus au décalage temporel de plus de six mois entre les deux enquêtes. Dans l'intervalle, de nombreux messages ont été diffusés à propos de – nouvelles – mesures préventives à adopter, comme le port du masque par exemple. Rappelons toutefois que l'on se réfère aux seules déclarations des répondant·e·s, et qu'un certain biais de désirabilité sociale des réponses ne peut pas être exclu (voir chapitre 2.5).

Afin de compléter l'image de la littératie en santé par une dimension plus objective, nous avons introduit dans notre enquête une question invitant les répondant·e·s à évaluer la véracité de différentes affirmations à propos du covid-19 et de la pandémie. La Figure 9 représente la part de répondant·e·s ayant choisi la réponse juste, respectivement fausse, selon l'interprétation officielle de l'état actuel des connaissances (décembre 2020) ²⁶. Il s'avère que les faits à propos desquels il existe une certitude scientifique sont assez largement connus : plus de 90 % des répondant·e·s confirment qu'il y a des porteurs asymptomatiques et réfutent le fait que la maladie du covid-19 puisse être létale uniquement pour les personnes de plus de 70 ans. Une part comparativement élevée de répondant·e·s adhère à des affirmations non-validées scientifiquement à propos de remèdes contre le virus. Ceci vaut aussi pour l'affirmation à propos de l'apparition du virus : 15 % y voient une intentionnalité de la part de l'industrie pharmaceutique et presque autant disent « ne pas savoir ». L'adhésion aux affirmations non-prouvées ou – selon l'état des connaissances scientifiques – erronées est plus forte parmi les personnes vulnérables, notamment celles avec un statut de séjour instable et un faible niveau d'éducation.

²⁶ Voir par exemple le site *Mythbusters* de l'OMS : <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/myth-busters> (consulté le 03.02.2021).

Figure 9 : Adhésion aux affirmations à propos du covid-19



Source : enquête SFM (n=2354), Suisse, oct.-déc. 2020. Note : en pourcent, en ordre décroissant par rapport à la réponse « exact », formulation de la question : « Selon vous, les informations suivantes sur le coronavirus sont-elles exactes ou erronées ? ».

On peut donc conclure que les informations essentielles semblent globalement être connues de la population migrante, bien qu'il existe chez une minorité de répondant·e·s une incertitude, voire une désinformation à propos du mode de transmission du virus, ainsi qu'à propos de l'efficacité des remèdes « maison » pour se protéger contre ou traiter une infection.

4 Difficultés face à l'information

Après avoir analysé l'attitude générale de la population migrante face à la pandémie et la mobilisation des diverses sources pour obtenir des informations, considérons à présent les difficultés que la population migrante rencontre pour trouver, comprendre, évaluer et appliquer les informations. Il s'agit là des quatre éléments constitutifs de la littératie en santé selon le concept proposé par Sørensen et al. (2012). La mesure de la littératie en santé (sous la forme d'un indice, voir chapitre 4.2) se base sur une question qui invite les répondant·e·s à indiquer leur degré de difficulté par rapport à une série d'actions relatives à ces quatre types de compétences (trouver, comprendre, évaluer et appliquer les informations). Outre ces quatre types, les auteur·e·s distinguent trois domaines thématiques de la littératie en santé, à savoir la *promotion de la santé*, la *prévention* et la *gestion de la maladie* (voir chapitre 1.2.2) ²⁷.

Parmi ces trois domaines, la prévention apparaît comme particulièrement importante à propos de la littératie en santé relative au covid-19 (voir chapitre 1.2.3). L'essentiel des recommandations sanitaires concerne cet aspect. C'est pourquoi la plupart des questions utilisées par Vogt et al. (2020) et par la présente étude pour mesurer la littératie en santé relative au covid-19 ont trait à la prévention. Certaines questions abordent toutefois la gestion de la maladie (ou le comportement face à d'éventuels symptômes) alors que le troisième aspect, à savoir la promotion de la santé, est quasiment absent du questionnaire.

En mettant en perspective les résultats de la présente enquête à propos de la *prévention* et de la *gestion* de la maladie, le second aspect apparaît comme plus problématique. La part de celles et ceux qui éprouvent de la difficulté est généralement plus importante lorsqu'il s'agit du comportement à adopter en cas d'infection ou de soupçon d'infection au covid-19. Les sources peuvent exacerber cette tendance : la difficulté est accrue lorsqu'il s'agit d'informations provenant des médias et atténuée lorsqu'il s'agit de sources officielles comme les autorités ou les expert·e·s. La moindre difficulté éprouvée à propos de la prévention de la maladie peut en effet s'expliquer par le fait que l'essentiel des messages sanitaires dans le contexte de la pandémie de covid-19 se rapporte à la prévention, que celle-ci « concerne » tout le monde alors que seule une petite partie de la population présente des symptômes ou souffre de la maladie.

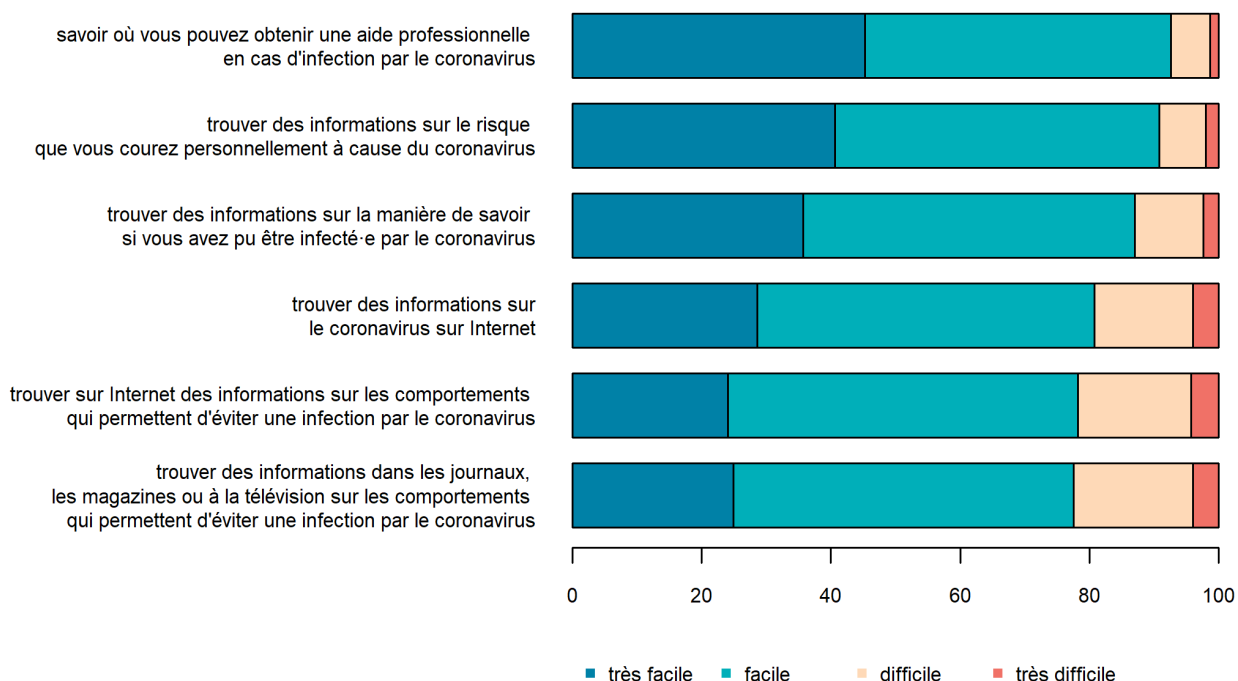
Dans l'ensemble, la difficulté exprimée varie cependant avant tout en fonction des *types de compétences*, à savoir le fait de trouver, comprendre, évaluer et appliquer les informations, aspects que nous aborderons plus en détails dans les deux sous-chapitres suivants.

4.1 Trouver et comprendre les informations

Le fait de *trouver* et de *comprendre* des informations de santé est jugé facile par la grande majorité de la population migrante. Toutes sources confondues, moins de 20 % des répondant·e·s disent avoir des difficultés à trouver ou comprendre des informations sur le covid-19. Une difficulté légèrement plus importante est éprouvée par rapport au fait de trouver des informations permettant de savoir si l'on est infecté avec le virus, ainsi que par rapport à l'évaluation de ses propres risques face au virus. En revanche, trouver des informations sur Internet ou dans les médias est jugé particulièrement facile.

²⁷ Ces différents domaines et types de compétences se retrouvent dans les enquêtes nationales et internationales sur la littératie en santé. Ainsi, les résultats exposés dans ce chapitre peuvent non seulement être mis en parallèle avec ceux de l'enquête Vogt et al. (2020), mais aussi en partie avec celle de Bieri et al. (2016) sur la littératie en santé générale de la population suisse.

Figure 10 : Difficulté à trouver les informations



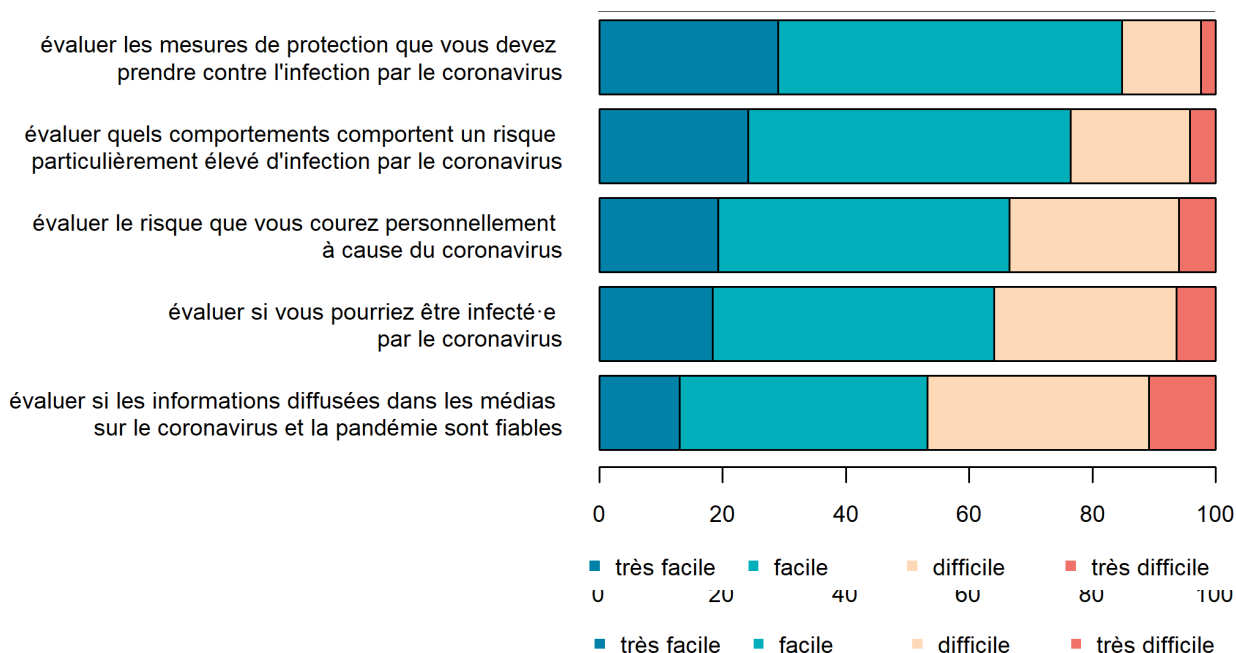
Source : enquête SFM (n=2354), Suisse, oct.-déc. 2020. Note : en pourcent, en ordre décroissant par rapport à la part cumulée des réponses « très facile » et « facile », formulation de la question : « Il n'est pas toujours facile de se renseigner sur les questions liées au coronavirus et à la pandémie et d'en tirer les bonnes conclusions pour soi-même. Veuillez cocher ci-dessous les points qui vous paraissent faciles ou difficiles. ».

L'analyse montre que *trouver* les informations est significativement plus difficile pour les personnes qui ont un statut de séjour précaire et un faible bagage en termes d'éducation²⁸. Dans une moindre mesure, ceci est également vrai à propos de la maîtrise de la langue locale, alors que la différence observée est faible et à peine significative à propos de la situation financière et du statut professionnel.²⁹ Si l'on se penche en particulier sur la *compréhension* des informations, les compétences linguistiques s'avèrent être la dimension de vulnérabilité la plus déterminante, suivie du niveau d'éducation et du statut légal.

²⁸ Exprimé en termes de probabilités prédictives, cela signifie : entre une personne X sans statut de séjour et une personne Y détentrice d'un permis d'établissement (mais d'âge et de sexe identique), la personne X affiche une valeur de 2.08 et la personne Y une valeur de 1.83 sur une échelle de 1 (juger très facile de trouver des informations) à 4 (juger cela comme très difficile). Un écart similaire s'observe lorsque la personne X n'a pas achevé l'école obligatoire et la personne Y détient un diplôme tertiaire.

²⁹ A propos des liens avec les divers facteurs de vulnérabilité, nous ne mentionnons par la suite que les liens relativement prononcés et significatifs. Lorsqu'un facteur de vulnérabilité n'est pas mentionné, cela veut donc dire qu'il n'y a pas de lien assuré entre ce facteur et l'aspect de la littératie en santé considéré.

Figure 11 : Difficulté à comprendre les informations



Source : enquête SFM (n=2354), Suisse, oct.-déc. 2020. Note : en pourcent, en ordre décroissant par rapport à la part cumulée des réponses « très facile » et « facile », formulation de la question : « Il n'est pas toujours facile de se renseigner sur les questions liées au coronavirus et à la pandémie et d'en tirer les bonnes conclusions pour soi-même. Veuillez cocher ci-dessous les points qui vous paraissent faciles ou difficiles. ».

Lorsqu'on considère la dimension de la *compréhension*, on constate que les informations issues de journaux, de magazines, de la télévision et d'Internet sont, selon les répondant·e·s, un peu plus difficiles à comprendre. La compréhension des informations de l'OFSP et des expert·e·s médicaux est, quant à elle, décrite comme particulièrement facile (seuls 9 % des répondant·e·s considèrent ces informations comme difficiles ou très difficiles à comprendre). Dans l'ensemble, le degré de vulnérabilité des répondant·e·s a avant tout un impact sur la difficulté à trouver et à comprendre les informations (plus que sur le fait de les évaluer et de les appliquer dans la vie quotidienne comme discuté ci-après). C'est donc au niveau de l'accès et de la compréhension que s'observent les écarts les plus importants entre personnes vulnérables et personnes peu vulnérables au sein de la population migrante.

Figure 12 : Difficulté à évaluer la fiabilité des informations

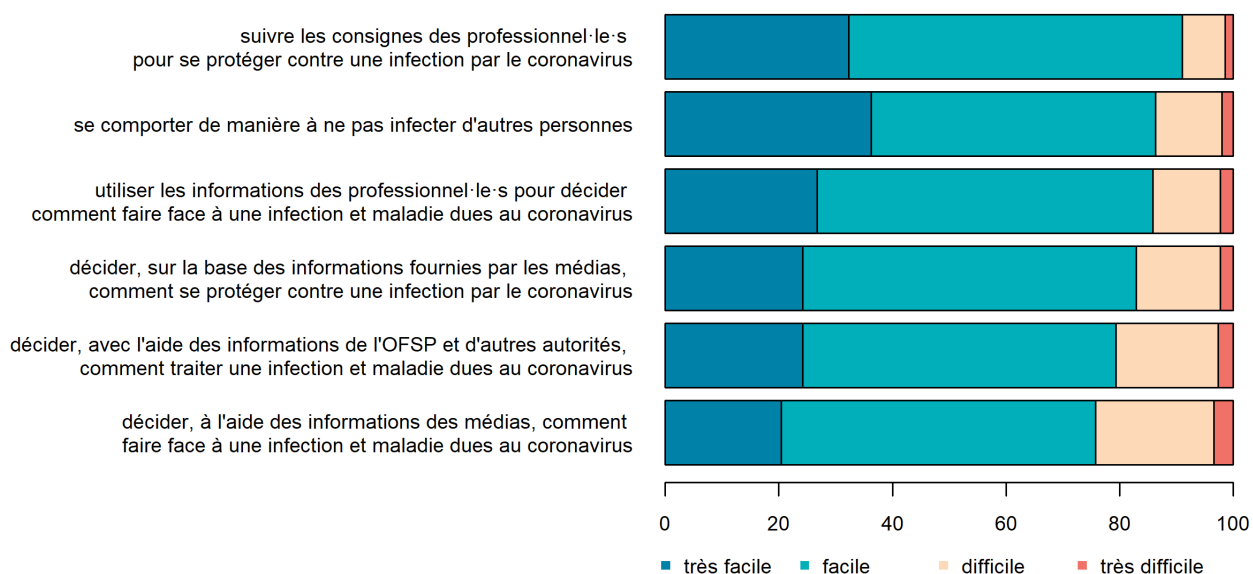
Source : enquête SFM (n=2354), Suisse, oct.-déc. 2020. Note : en pourcent, en ordre décroissant par rapport à la part cumulée des réponses « très facile » et « facile », formulation de la question : « Il n'est pas toujours facile de se renseigner sur les questions liées au coronavirus et à la pandémie et d'en tirer les bonnes conclusions pour soi-même. Veuillez cocher ci-dessous les points qui vous paraissent faciles ou difficiles. ».

Le niveau global de difficulté (dont témoignent les répondant·e·s dans leur ensemble) est cependant plus élevé à propos du fait d'*évaluer la fiabilité* et d'*appliquer* les informations de santé, c'est-à-dire de les traduire dans un comportement adéquat dans la vie quotidienne. Les défis les plus importants ont trait à l'*évaluation* des informations. Celles diffusées par les divers médias notamment, sont décrites comme « (très) difficiles » à évaluer par 47 % des répondant·e·s (voir Figure 12). Il est comparativement plus facile pour les répondant·e·s d'évaluer ce qu'il faut faire pour éviter une infection par le coronavirus, donc comment suivre une recommandation (seuls 15 % trouvent cela difficile ou très difficile).

Evaluer la fiabilité des informations apparaît, dans l'ensemble (échantillon total), comme l'aspect le plus difficile. On note encore un niveau de difficulté légèrement supérieur pour les personnes maîtrisant peu la langue locale et ayant un faible niveau d'éducation. Mais les corrélations sont somme toute assez modestes.

L'*application* des informations, c'est-à-dire le fait de prendre des décisions sur leur base, est jugé sensiblement moins difficile. A nouveau, les informations issues des médias apparaissent plus problématiques : 24 % trouvent « (très) difficile » de décider, sur la base des informations fournies par les médias, comment se protéger contre une infection.

Figure 13 : Difficulté à appliquer les informations



Source : enquête SFM (n=2354), Suisse, oct.-déc. 2020. Notes : en pourcent, en ordre décroissant par rapport à la part cumulée des réponses « très facile » et « facile », formulation de la question : « Il n'est pas toujours facile de se renseigner sur les questions liées au coronavirus et à la pandémie et d'en tirer les bonnes conclusions pour soi-même. Veuillez cocher ci-dessous les points qui vous paraissent faciles ou difficiles. ».

Par ailleurs, on s'aperçoit que les répondant·e·s trouvent notamment difficile de savoir comment faire face à la maladie. Ainsi, 21 % des répondant·e·s éprouvent de la difficulté à décider, sur la base des informations de l'OFSP (pourtant jugées faciles à comprendre), comment traiter une éventuelle infection au covid-19. Ceci témoigne donc de la difficulté générale éprouvée à l'égard de l'application des informations relatives à la gestion de la maladie, difficulté qui demeure même lorsque les informations proviennent d'une source jugée accessible et fiable. La maîtrise de la langue locale et, dans une moindre mesure, le niveau d'éducation, s'avèrent influencer la capacité à appliquer les informations, les personnes comprenant mal la langue locale éprouvant en somme un peu plus de difficultés. Or, ces effets sont assez faibles, et notamment plus faibles qu'à propos de la difficulté de trouver ou de comprendre les informations.

4.2 Résultats comparés

Tous les résultats relatifs à la population migrante exposés ci-dessus sont largement congruents avec ceux de l'enquête Vogt et al. (2020) concernant la population générale vivant en Suisse : dans les deux enquêtes, on constate les mêmes écarts et tendances par rapport aux différentes dimensions de la littératie en santé. Toutes proportions gardées, la population générale déclare cependant des niveaux de difficultés légèrement supérieurs à ceux de la population migrante par rapport aux différents aspects. Nous reviendrons sur ce résultat par la suite.

Lorsqu'on considère la littératie en santé relative au covid-19, l'aspect de l'évaluation des informations de santé apparaît donc comme nettement plus problématique que celui de l'accès, de la compréhension et, dans une moindre mesure, de l'application. Ceci vaut tant pour la population migrante que pour la population générale (Vogt et al. 2020). Les résultats d'une enquête réalisée auprès de la population (générale) en Allemagne³⁰ font, eux aussi, apparaître ces tendances : sont avant tout perçus comme difficiles l'évaluation critique des informations diffusées par les médias, ainsi que le fait d'évaluer si l'on est infecté par le coronavirus ou pas (Okan et al. 2020a : 7).

Il est intéressant de confronter ces résultats (suisses et allemands) à ceux d'études sur la littératie en santé générale, hors contexte pandémique. En effet, la littératie en santé englobe tous types de compétences relatives à la conservation de la santé et se réfère donc aussi et notamment aux compétences visant à éviter les pathologies liées aux maladies non-transmissibles (Okan et al. 2020a : 8, Nutbeam 2017). Selon les résultats de l'étude de référence suisse sur la littératie en santé générale (Bieri et al. 2016), le domaine de la *prévention* apparaît comme particulièrement problématique en Suisse : comparée à celle d'autres pays européens, la population suisse a un niveau de littératie en santé plutôt faible à propos de la prévention des maladies alors qu'elle fait preuve de relativement bonnes compétences en matière de promotion de la santé et de gestion de la maladie. Or, selon nos résultats et ceux de Vogt et al. (2020), le thème de la prévention – particulièrement prédominant dans le contexte de la pandémie – pose tendanciellement moins de difficultés que celui de la gestion de la maladie.

Bieri et al. (2016) constatent en outre que la population suisse trouve particulièrement difficile d'évaluer la fiabilité des informations diffusées dans les médias. Ce résultat correspond à ce que nous observons actuellement à propos de la littératie en santé relative au covid-19 qui fait apparaître cet aspect comme le plus difficile de tous : 47 % de la population migrante et 55 % de la population générale trouvent cela « (très) difficile ». Hors contexte pandémique l'évaluation des informations liées à la santé est jugée (très) difficile par environ 40 % de la population (Bieri et al. 2016 : 26-27).

En conclusion, il apparaît que c'est précisément la *profusion* d'informations, caractéristique d'une « infodémie », qui s'avère être l'aspect le plus problématique de la littératie en santé relative au covid-19. Au regard du volume important d'informations en circulation sur les nombreux canaux, il n'est pas étonnant que ce ne soit ni l'accès à, ni la compréhension de l'information qui soient perçus comme difficiles. Au contraire, c'est précisément le tri de ces informations qui pose problème, tri permettant finalement de ne retenir que les informations qui devraient guider son comportement, celles sur lesquelles il convient de fonder ses décisions quotidiennes en matière de santé.

4.3 Indice de littératie en santé auto-estimée

Après avoir considéré la littératie en santé selon ses différents aspects et domaines (chapitre 4.1 et 4.2), nous en proposons désormais une analyse synthétique. A cet effet, nous avons formé un indice de littératie en santé. Celui-ci se base sur les 23 items de la question relative aux difficultés de trouver, comprendre, évaluer et appliquer les informations à propos du covid-19. Les répondant·e·s étant invités à estimer à quel point les différents aspects sont difficiles pour eux et pour elles, il s'agit donc d'une mesure subjective de la littératie en santé (auto-évaluation). Elle a été élaborée par Sørensen et al. (2012) et s'est ensuite généralisée notamment par son emploi dans le HLS-EU. D'autres mesures développées et utilisées dans le contexte clinique prennent la forme de tests vérifiant, par exemple, la compréhension écrite de mots du champ lexical médical (voir Bittlingmayer et al. 2020 : chapitre 2.2).

³⁰ Cette étude utilisait la même question que l'étude de Vogt et al. et pour apprécier la littératie en santé relative au covid-19.

Pour le calcul de l'indice « classique »³¹, nous utilisons la même méthode que Okan et al. (2020b : 4) ainsi que Vogt et al. (2020 : 7, 15), par souci de comparabilité. L'indice constitue la moyenne simple des valeurs des divers items³², de sorte qu'une valeur d'indice élevée signifie une bonne littératie en santé. Les valeurs d'indice varient entre 1 et 4. Okan et al. choisissent un découpage en trois catégories³³ :

Moyenne ≤ 2.5 = littératie en santé insuffisante

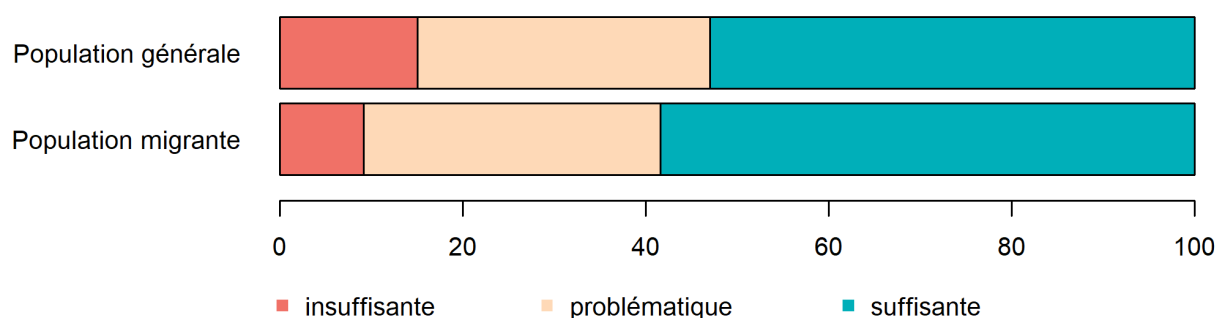
Moyenne $> 2.5 \leq 3.0$ = littératie en santé problématique

Moyenne > 3.0 = littératie en santé suffisante

Selon nos résultats, la majorité de la population migrante enquêtée (59 %) a une littératie en santé relative au covid-19 suffisante, alors qu'elle est problématique pour un tiers (32 %) de cette population. Seuls 9 % ont une littératie en santé insuffisante selon la mesure proposée.

Lorsqu'on compare ces résultats à ceux de Vogt et al. (2020), la littératie en santé (relative au covid-19) de la population migrante s'avère légèrement meilleure que celle de la population générale. Pour cette dernière, la part de répondant·e·s affichant une littératie en santé *insuffisante* est de 6 points de pourcentage supérieure à celle de la population migrante enquêtée. Cet écart se retrouve dans un surplus de répondant·e·s avec une littératie en santé *suffisante* dans la population migrante, la part de répondant·e·s avec une littératie *problématique* étant identique.

Figure 14 : Littératie en santé selon la population enquêtée (indice classique)



Source : enquête Vogt et al. (mai 2020, n=1500) et enquête SFM (oct.-déc. 2020, n=2354), Suisse. Note : en pourcent.

On aurait pu s'attendre à ce que la population migrante ait une littératie en santé plus faible, notamment du fait d'une moins bonne maîtrise des langues locales (en moyenne). En effet, la maîtrise de la langue locale est la dimension de vulnérabilité la plus fortement corrélée avec l'indice (classique) de littératie en santé, ce qui

³¹ L'indice calculé selon la méthode décrite ici sera par la suite appelé « indice classique », par opposition à l'« indice étendu » que nous allons proposer dans les chapitres suivants (voir notamment chapitre 5.1).

³² Pour chaque item de la question sur les difficultés (chapitre 3.3), 1 = « très difficile », 2 = « difficile », 3 = « facile », 4 = « très facile ». Seuls les cas pour lesquels au moins 80 % des items ont obtenu une réponse effective (autre que « ne sais pas ») sont retenus pour le calcul de l'indice. En appliquant ce procédé, 403 répondant·e·s ne sont pas pris en compte pour le calcul de l'indice et n'apparaissent donc pas dans les analyses de l'indice classique. En effet, ces répondant·e·s non pris en compte sont plus vulnérables et moins compétents dans la langue locale que les 1951 répondant·e·s pris en compte (plus de 80 % de réponses effectives). Il est ainsi probable que ce procédé tend à biaiser les résultats à propos de la littératie en santé dans le sens d'un niveau plus élevé.

³³ Pour la classification des valeurs d'indice, Okan et al. (2020b) dévient du découpage en quatre niveaux préconisé par Sørensen et al. (2012) en proposant un découpage en trois niveaux par la fusion des deux niveaux les plus élevés de littératie en santé (« satisfaisante » et « excellente »). Les termes choisis pour désigner les trois catégories sont également repris de Okan et al. (2020) et traduits en français.

confirme qu'un faible niveau dans la langue locale a bien un impact limitatif sur la littératie en santé relative au covid-19. Or, la corrélation s'avère très modeste ($r = 0.14$).

Les études sur la littératie en santé générale ne fournissent pas de résultats très probants par rapport à l'hypothèse d'un niveau de littératie en santé différent chez la population issue de la migration. Dans de nombreux autres pays d'Europe, le statut migratoire n'a pas d'effet significatif sur la littératie en santé (Bieri et al. 2016 : 41, HLS-EU). Bieri et al. (2016 : 40/41) montrent un effet significatif négatif mais très faible du statut migratoire, variable qui, chez ces auteur·e·s, concerne cependant une population bien moins vulnérable que celle ciblée dans notre étude³⁴. L'analyse de Vogt et al. (2020 : 15) n'évoque pas non plus de corrélation significative entre la littératie en santé relative au covid-19 et le statut migratoire. Chez Bieri et al., la déprivation financière et le niveau d'éducation s'avèrent les plus déterminants. Le niveau d'éducation affiche des effets notables aussi dans le cadre de la présente étude, mais plutôt sur les variables relatives au vécu de la pandémie (chapitre 3) que sur la littératie en santé à proprement parler (et telle que mesurée par l'indice classique).

La comparaison entre la littératie en santé (selon la mesure présentée ici) de la population générale et celle de la population migrante enquêtée ne fait pas apparaître de différences majeures. Les résultats légèrement « meilleurs » de la population migrante doivent être interprétés avec précaution, notamment au regard du décalage temporel entre les deux enquêtes (voir chapitre 2.5).

4.4 Bilan intermédiaire

Pour apprécier dans quelle mesure la littératie en santé relative au covid-19 de la population générale et celle de la population migrante apparaissent acceptables, selon les résultats d'enquête, il convient de chercher des points de comparaison.

Ainsi, nous pouvons mettre nos résultats liés à la littératie en santé relative au covid-19 en perspective avec ceux liés à la littératie en santé générale, hors contexte pandémique. Malgré une comparabilité limitée des deux mesures (elles utilisent les mêmes options de réponse mais des items différents), on peut constater avec précaution que la littératie en santé relative au covid-19 semble moins problématique que la littératie en santé générale : en Suisse, la part des personnes disposant d'une littératie en santé *générale* problématique ou insuffisante était de 54 % en 2016 (selon Bieri et al.). Selon les études suisses sur la littératie en santé relative au covid-19 cette part s'élève à 41 % parmi la population migrante (présente étude) et à 47 % parmi la population générale (Vogt et al. 2020). Les résultats de recherches récentes sur la situation en Allemagne indiquent un décalage similaire : selon Schaeffer et al. (2021), 59 % de la population générale ont une littératie en santé générale problématique ou inadéquate alors que cette part ne s'élève qu'à 50 % à propos de la littératie en santé relative au covid-19 (Okan et al. 2020a).

Si la littératie en santé relative au covid-19 n'est pas moins bonne que la littératie en santé générale, il n'en reste pas moins qu'elle est, selon la classification en vigueur, insatisfaisante ou problématique pour une part considérable de la population. Selon cette mesure de littératie en santé (voir chapitre 4.4), la population migrante enquêtée affiche des compétences en santé similaires à, voire légèrement « meilleures » que la population générale enquêtée par Vogt et al. (2020). Ces résultats appellent différents commentaires.

³⁴ Bieri et al. (2016) s'en tiennent à la définition suggérée par le document « Variables clés pour le relevé de la composante migratoire dans les enquêtes suisses sur la santé » de l'OFSP et retiennent pour leur étude des personnes dont au minimum un parent est né à l'étranger. Ceci englobe donc des personnes de la deuxième génération d'immigration ainsi que l'immigration européenne dans le cadre de la libre circulation.

Tout d'abord, il faut prendre en compte le décalage dans le temps entre l'étude de Vogt et al. (2020) et la présente étude. Beaucoup d'informations ont été diffusées entretemps, y compris dans les langues étrangères les plus courantes parmi la population migrante. Une enquête réalisée à intervalles réguliers en Allemagne depuis le début de la pandémie (Covid-19 Snapshot monitoring COSMO) montre que la fréquence de la prise d'informations à propos du covid-19 tend à s'accroître continuellement et que deux tiers de la population considèrent leurs connaissances sur le covid-19 comme amples, voire expertes (Betsch et al. 2020)³⁵. Sans pouvoir tracer l'évolution dans le temps, Hermann (2020) observe ponctuellement, au printemps 2020, un niveau d'information très élevé à propos du covid-19 et des messages de prévention y relatifs au sein de la population suisse. La comparaison entre littératie en santé générale et littératie en santé relative au covid-19 (voir ci-dessus) pointe dans le même sens : le volume et la densité des informations diffusées à propos du covid-19 a l'effet escompté, à savoir rendre la population « compétente » dans ce domaine de santé spécifique à ce moment précis. La simple exposition plus longue (de 6 mois) à l'information constitue donc une première piste explicative pour le fait qu'une population maîtrisant, en moyenne, moins bien les langues locales se sente aussi bien informée et n'éprouve pas davantage de difficultés à s'informer que la population générale.

Le résultat susmentionné peut ensuite être interprété comme reflétant une plus grande propension et faculté de la population migrante à s'informer sur les thèmes de santé et à confronter différentes sources d'information. L'expérience de vie, notamment celle dans un pays où la prise en charge de la santé est plus précaire, peut en effet induire une plus grande autonomie à ce propos et donc possiblement favoriser la littératie en santé. Cette hypothèse apparaît comme plus ou moins plausible selon les divers groupes de migrant·e·s, mais est en tout cas à prendre en considération.

Il convient ensuite de rappeler que l'étude de référence suisse à propos de la littératie en santé générale (Bieri et al. 2016) ne trouve pas de lien statistiquement significatif entre la littératie en santé générale et le fait d'être issu de la migration – ce que les résultats de notre étude semblent, à première vue, confirmer. Or, la population issue de la migration à laquelle se réfèrent Bieri et al. englobe des parts importantes de migrant·e·s peu vulnérables (voir note en bas de page 34), ce qui est moins le cas de la population migrante enquêtée dans le cadre de la présente étude. En ciblant une population migrante vulnérable, la présente étude entendait justement creuser le lien entre vulnérabilité sociale (spécifique à la situation migratoire) et littératie en santé.

A ce propos, les analyses présentées dans ce chapitre livrent des résultats concluants. En considérant l'ensemble des répondant·e·s, on constate qu'ils·elles se sentent généralement bien informés à propos du covid-19. Toutefois, une large part des personnes se décrit comme un peu ou très déstabilisée par le flux continu d'informations. Le sentiment d'être bien informé est moindre parmi les personnes avec un faible niveau d'éducation formelle et celui d'être déstabilisé est particulièrement prononcé parmi les personnes au statut de séjour précaire. Si la plupart des répondant·e·s estiment en outre avoir pu accéder facilement à l'information et la comprendre, c'est sensiblement moins le cas pour les franges les plus vulnérables de la population enquêtée. L'évaluation de la fiabilité des informations relatives au covid-19 et leur traduction en des décisions de santé dans la vie courante posent globalement davantage de difficultés aux répondant·e·s.

Dans l'ensemble, certains facteurs de vulnérabilité apparaissent comme particulièrement déterminants du vécu de la pandémie du covid-19 et de la littératie en santé y relative : le niveau d'éducation, le statut de séjour et les compétences dans la langue locale. Contrairement au premier, les deux derniers facteurs sont spécifiques à la situation de vie des personnes migrantes. Cette observation permet de nuancer le résultat d'une faible influence du statut migratoire sur la littératie en santé vers laquelle pointent d'autres études : si ce n'est

³⁵ Dans le cadre de la présente étude, nous avons effectué des analyses exploratoires sur la base de la variable indiquant la date de remplissage (le sondage s'étalait sur trois mois). Celles-ci ne livrent aucun résultat probant indiquant une augmentation ou une diminution de la littératie en santé au fil du temps.

certainement pas la migration en elle-même – qui recouvre en effet des réalités fort diverses – c’est cependant bien une vulnérabilité sociale spécifique à la situation des migrant·e·s récemment arrivés, séjournant sous un statut légal précaire (voire inexistant) et maîtrisant encore peu la langue locale qui produit des effets limitatifs sur la littératie en santé (relative au covid-19).

Il faut finalement rappeler que l’indice de littératie en santé utilisé par Vogt et al. (2020) mesure cette dernière sur une base entièrement déclarative et n’inclut aucune variable permettant d’objectiver l’appréciation des répondant·e·s à propos de leurs compétences en santé. Nous observons que les difficultés éprouvées par rapport au fait de trouver et de comprendre les informations relatives au covid-19 varient plus fortement en fonction des variables mesurant la vulnérabilité que les difficultés à propos de l’évaluation et de l’application des informations. Autrement dit, les répondant·e·s plus vulnérables s’estiment moins aptes à trouver et à comprendre les informations, mais tout aussi aptes (ou presque) que les répondant·e·s peu vulnérables à en évaluer la fiabilité et à les appliquer dans la vie courante. L’adhésion plus fréquente des répondant·e·s vulnérables aux informations non-établies (voir chapitre 3.3) interroge cependant la réelle faculté à évaluer la véracité des informations. Parallèlement, le fait que le nombre de précautions prises tende à diminuer à mesure que croît la vulnérabilité soulève aussi des questions par rapport à la capacité et à la possibilité matérielle des répondant·e·s vulnérables à traduire les informations dans un comportement adéquat.

En somme, il est possible que le grand volume d’informations circulant sur les divers canaux donne à la population l’*impression* de disposer de bonnes connaissances et compétences à propos du covid-19, ceci étant valable tant pour les personnes migrantes que pour celles non-migrantes. Okan et al. (2020a : 11) avancent une interprétation similaire en écrivant que les citoyen·ne·s pourraient, « en raison de la présence médiatique et sociale permanente d’informations relatives au covid-19, se sentir tellement sûrs qu’ils évaluent leurs compétences à traiter ces informations comme meilleures [qu’elles ne sont en réalité] ». Dans cette perspective, les répondant·e·s surestimeraient donc leurs compétences ou, autrement dit, sous-estimeraient leurs difficultés à s’informer et à se comporter de manière adéquate. En effet, l’OMS alerte sur le risque que l’infodémie donne la fausse impression d’être bien informé alors qu’elle transporte, en réalité, bon nombre d’informations incorrectes ou non-prouvées, induisant la population en erreur.

Malgré la confusion induite par cette infodémie, les résultats soulignent que les informations diffusées par l’OFSP (et d’autres autorités de santé) tout au long de la pandémie semblent constituer un point de repère solide pour la population : elles ont été consultées et évaluées comme fiables par la quasi-totalité des répondant·e·s. Il est probable que cette appréciation positive se réfère notamment aux affiches de l’OFSP, à la fois omniprésentes et facilement compréhensibles pour l’ensemble de la population.

5 Littératie en santé et vulnérabilité sociale

Ce dernier chapitre approfondit l'analyse des liens entre vulnérabilité sociale (variable indépendante) et littératie en santé relative au covid-19 (variable dépendante). Il s'agit d'un côté de proposer un indice de littératie en santé alternatif et étendu, qui comprend des variables supplémentaires permettant d'objectiver un tant soit peu la mesure. De l'autre, il convient de considérer la vulnérabilité sociale de manière globale et synthétique, en agrégeant ses différentes dimensions dans un indice. Cet indice de vulnérabilité sociale nous permet finalement de vérifier dans quelle mesure le vécu de la pandémie, le comportement d'information et la littératie en santé varient en fonction du degré de vulnérabilité d'une personne. Les résultats de ces analyses complémentaires confirment et affinent les tendances observées jusqu'à présent.

5.1 Mesure étendue de la littératie en santé

La mesure de la littératie en santé exposée dans les chapitres précédents se base sur les déclarations des répondant·e·s à propos de leurs difficultés (auto-estimées) à trouver, comprendre, évaluer et appliquer les informations de santé. La majorité de la population migrante a, selon cette approche, une littératie en santé suffisante. Comme nous l'avons vu, l'infodémie semble avant tout affecter la capacité des individus à évaluer la fiabilité des informations. Elle pourrait donc, par là-même, aussi entraver la validité d'une auto-estimation de sa propre capacité à évaluer le caractère plus ou moins fiable des informations. En outre, la présente étude est confrontée à un potentiel biais de désirabilité sociale – c'est-à-dire, dans le cas d'espèce, de donner une image compétente de soi-même – difficile à maîtriser. Ces considérations ont amené l'équipe de recherche à réfléchir à une mesure alternative de la littératie en santé relative au covid-19, incluant davantage de variables, et notamment une permettant d'objectiver les compétences alléguées.

Après avoir vérifié les corrélations entre un ensemble de variables relatives à la littératie en santé au sens large (notamment les variables discutées aux chapitres 3 et 4), nous en avons retenu deux pour compléter l'indice de littératie en santé. Nous avons conservé l'indice classique (moyenne entre toutes les réponses à la question sur la difficulté face à l'information sur le covid-19) et y avons ajouté la variable décrivant le sentiment d'être bien informé sur le covid-19 ainsi que celle décrivant les appréciations à propos de diverses affirmations sur le covid-19³⁶. En effet, cette seconde variable est susceptible d'introduire une dimension plus objective dans la mesure de la littératie en santé puisqu'elle capte l'adhésion aux informations ne faisant pas partie de la communication « officielle » des autorités de santé. Des affirmations telles que « boire du thé chaud aide à prévenir une infection avec le coronavirus » ne peuvent être déclarées ni fausses ni vraies sur la base de l'état actuel des connaissances. « Les moustiques transmettent le coronavirus » est une affirmation dont le caractère erroné est plus évident. Selon notre approche, adhérer à l'une ou à l'autre de ces affirmations témoigne d'un plus faible niveau de littératie en santé dans la mesure où l'efficacité de ce type de boisson n'est pas prouvée, respectivement que cette voie de transmission ne correspond pas aux caractéristiques de ce virus.

Afin de distinguer les deux indices de littératie en santé relative au covid-19, nous désignerons comme indice « classique » celui qui se base exclusivement sur les réponses à la question sur la difficulté face à l'information et comme indice « étendu » celui, discuté ici, qui enrichit l'indice classique avec des variables supplémentaires. La valeur moyenne des deux indices est quasiment identique (3.1 pour l'indice classique et 3.0 pour l'indice étendu) mais la distribution de l'indice étendu est plus harmonieuse et plus plate, avec moins de cas cumulés autour de la moyenne. Ceci signifie que la littératie en santé de la population enquêtée n'est, en moyenne, ni meilleure ni moins bonne selon l'un ou l'autre indice. Or, l'indice étendu permet de mieux capter les

³⁶ L'échelle des réponses à ces deux questions est normée entre 1 et 4 comme celle de l'indice de base de littératie en santé. Nous avons ensuite calculé une moyenne simple (non-pondérée) entre ces trois variables, chacune ayant désormais le même poids. Le nouvel indice varie donc également entre 1 (faible niveau de littératie en santé) et 4 (bonne littératie en santé).

différences en matière de littératie en santé existantes au sein de cette population et de mettre en lumière cette diversité.

Au regard de la problématique de cette étude, l'indice étendu semble plus parlant dans la mesure où il montre une corrélation plus forte avec la plupart des variables indépendantes mesurant la vulnérabilité des répondant·e·s. En effet, les mêmes variables indépendantes parviennent à expliquer bien plus de variance au niveau de la littératie en santé lorsqu'on la mesure par l'indice étendu que lorsqu'on la mesure par l'indice classique. Les tendances sont néanmoins les mêmes dans les grandes lignes : la littératie en santé relative au covid-19 dépend avant tout du niveau d'éducation, toutes choses égales par ailleurs. Ensuite, le statut de séjour et les compétences dans la langue locale, deux éléments étroitement liés à la migration, ont une influence sensible sur la littératie en santé relative au covid-19. En raison de ses liens plus forts avec les diverses dimensions de vulnérabilité, nous retenons l'indice de littératie en santé étendu comme variable dépendante des analyses suivantes.

5.2 Indice de vulnérabilité sociale

Les chapitres précédents ont mis en évidence comment les différentes dimensions de vulnérabilité sociale affectent le vécu de la pandémie et la littératie en santé. Pour obtenir une vision synthétique de la vulnérabilité sociale d'une personne, nous avons formé un indice sur la base des considérations théoriques évoquées au chapitre 1.2.2. Les cinq dimensions retenues se réfèrent au statut socio-économique et au statut migratoire de la personne. En excluant de cet indice toute dimension clinique (état de santé psychique et physique auto-évalué, présence de maladies chroniques, etc.), nous avons cherché à nous concentrer sur les déterminants *sociaux* (de façon à ranger les aspects médicaux du côté des variables dépendantes).

Nous avons normé les variables (présélectionnées) décrivant la vulnérabilité sociale entre 0 et 1 et vérifié qu'elles étaient corrélées positivement entre elles. Nous avons ensuite retenu les dimensions suivantes, reposant pour certaines d'entre-elles sur plusieurs variables :

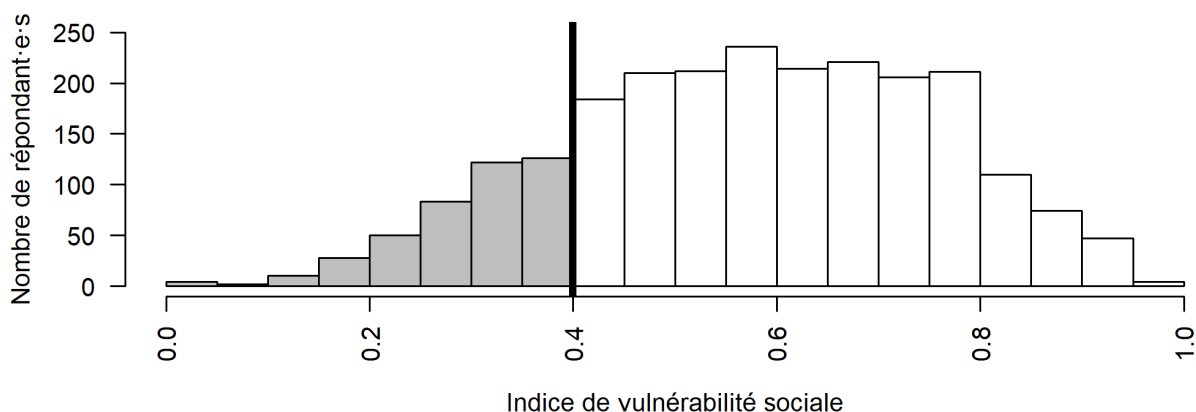
- Statut légal (permis de séjour détenu au moment de la réponse à l'enquête) ;
- Compétences dans la langue locale (niveau de compréhension de la langue du lieu de résidence ; aisance dans le remplissage de formulaires administratifs, langue nationale comme langue principale) ;
- Niveau d'éducation (plus haut niveau de formation atteint) ;
- Statut professionnel (variable en trois niveaux : employé·e, activité indépendante, sans activité génératrice de revenus) ;
- Niveau de revenu (revenu mensuel du ménage³⁷ et montant maximal d'une dépense imprévue que le ménage peut couvrir)³⁸.

Alors que les deux premières dimensions sont spécifiques à la population migrante, les autres ne le sont pas à priori – bien qu'elles interagissent avec la situation de migration, notamment dans le cas de travailleur·euse·s migrants peu qualifiés ou de réfugié·e·s.

³⁷ Cette question n'a été posée qu'aux répondant·e·s via tirage SRPH.

³⁸ Pour celles, parmi ces cinq dimensions, qui reposent sur plusieurs variables, nous avons d'abord calculé une moyenne simple des valeurs normées entre 0 et 1. Nous avons ensuite formé l'indice de vulnérabilité en calculant la moyenne entre les valeurs de chaque dimension. Ainsi, chacune des dimensions a le même poids. Les valeurs proches de zéro signifient une vulnérabilité importante.

Figure 15 : Distribution de l'indice de vulnérabilité sociale



Source : enquête SFM (n=2354), Suisse, oct.-déc. 2020. Note : 0 = fortement vulnérable, 1 = peu vulnérable ; la ligne noire indique la coupure choisie pour distinguer le groupe vulnérable du groupe peu vulnérable.

L'indice de vulnérabilité ainsi formé montre une distribution quasi-normale, plus abrupte du côté des valeurs proches de 1 que de celui des valeurs proches de 0. Pour distinguer le groupe des personnes les plus vulnérables au sein de notre échantillon, nous avons arbitrairement coupé la distribution à la valeur de 0.4, les personnes ayant un indice de vulnérabilité sociale inférieur à 0.4 étant désormais considérées comme appartenant à ce groupe. Il s'agit donc des répondant·e·s du côté gauche de la ligne en gras dans la Figure 15. Avec cette coupure, le groupe vulnérable est constitué de 424 personnes, représentant 22 % de la population enquêtée totale.

Ce procédé permet d'effectuer des comparaisons entre le groupe vulnérable et le groupe (relativement) peu vulnérable à propos des diverses variables dépendantes relevant de la littératie en santé relative au covid-19 (voir prochain chapitre 5.3). A propos des caractéristiques socio-démographiques non comprises dans l'indice, le groupe vulnérable s'avère être légèrement plus jeune et plus féminin que le groupe peu vulnérable. Il affiche en outre une durée moyenne de séjour moins élevée (7 ans contre 12 ans parmi le groupe peu vulnérable)³⁹. De plus, le groupe vulnérable dispose d'une santé psychique et physique nettement moins bonne.

5.3 La littératie en santé des plus vulnérables

Certaines interactions entre vulnérabilité sociale (spécifique au contexte migratoire) et littératie en santé ont déjà été esquissées dans les chapitres 3 et 4. Dans le présent chapitre, nous proposons de vérifier ces liens. Pour ceci, nous avons confronté la mesure synthétique de la vulnérabilité sociale sous forme d'indice aux diverses variables dépendantes décrivant le vécu de la pandémie, le comportement d'information à propos du covid-19 et la littératie en santé relative au covid-19.

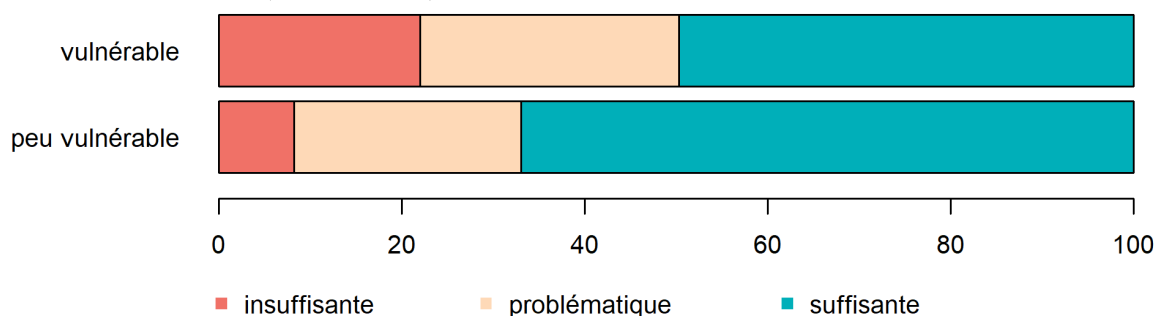
L'analyse confirme tout d'abord que les personnes socialement vulnérables présentent une littératie en santé plus problématique. Ce lien est plus fort lorsqu'on considère l'indice de littératie étendu ($r = 0.29$) que lorsqu'on considère l'indice classique ($r = 0.15$). L'écart entre les deux groupes est substantiel, le groupe vulnérable affichant un indice étendu moyen de 2.81 et celui peu vulnérable de 3.04.

³⁹ Ceci n'est guère surprenant dans la mesure où la durée du séjour est liée au statut légal, variable comprise dans l'indice de vulnérabilité sociale.

Considérons le lien entre vulnérabilité et littératie en santé plus en détail, en prenant en compte les autres variables pertinentes. En confrontant le groupe vulnérable à celui peu vulnérable par des comparaisons de moyennes (T-tests), on constate que le groupe vulnérable :

- se sent un peu moins bien informé sur le coronavirus et la pandémie (faible différence) ;
- est un peu plus déstabilisé par les nombreuses informations ;
- a davantage de difficultés auto-déclarées à *trouver* des informations et à les *comprendre*⁴⁰ ;
- consulte nettement moins de sources « officielles » et, dans l'ensemble, une moins grande diversité de sources sur le coronavirus ;
- fait un peu *plus* confiance aux informations provenant des réseaux sociaux, des médias migrants, de la communauté culturelle et/ou religieuse, du cercle familial ou amical mais un peu *moins* aux affiches de l'OFSP ;
- fait un peu moins confiance aux informations provenant de la radio, des journaux en ligne ou papier ;
- adhère nettement plus aux thèses non-prouvées, ne relevant pas de la communication officielle ;
- prend au total un peu moins de précautions sanitaires (tels que garder la distance, utiliser les masques etc.) et affirme un peu plus souvent ne pas avoir eu la possibilité d'utiliser l'application de traçage SwissCovid.

Figure 16 : Littératie en santé (indice étendu) selon vulnérabilité sociale



Source : enquête SFM (n=2354), Suisse, oct.-déc. 2020. Note : en pourcent.

Il ne fait aucun doute que la littératie en santé relative au covid-19 suit le gradient de la vulnérabilité sociale. Les variations de la littératie en santé en fonction de la vulnérabilité, et donc l'écart entre le groupe vulnérable et celui peu vulnérable, sont manifestes et significatives. La Figure 16 illustre ces écarts en comparant les deux groupes par rapport à leur distribution dans les catégories définies par Sørensen et al. (2012).⁴¹ La corrélation entre l'indice de vulnérabilité et l'indice de littératie en santé étendu ($r = 0.3$) met en exergue le fait que les deux variables interagissent entre elles : les personnes fortement vulnérables sont plus à risque d'avoir une littératie en santé faiblement développée.

Le groupe vulnérable, tel que défini dans cette étude, représente les 20 % de répondant·e·s les plus vulnérables parmi la population enquêtée. Il convient ici de rappeler la composition cette population enquêtée. Par ses choix en termes d'échantillonnage, la présente étude en exclut les migrant·e·s *très peu* vulnérables (issus des pays voisins, naturalisés etc.). De l'autre côté, et du fait de son mode d'enquête, elle ne parvient cependant pas à atteindre les migrant·e·s les plus vulnérables (très isolés, illettrés etc.). Il convient en outre de noter que le lien entre vulnérabilité sociale et littératie en santé aurait certainement pu être détecté au sein des répondant·e·s de l'étude Vogt et al. (2020) si les mêmes analyses avaient été effectuées sur cet échantillon.

⁴⁰ Les différences avec le groupe peu vulnérable sont moins importantes à propos de l'évaluation et de l'application des informations.

⁴¹ Les écarts affichés sont déterminés par la coupure arbitraire de la distribution de l'indice de vulnérabilité à 0.4, séparant le groupe vulnérable du groupe peu vulnérable. Avec une autre coupure, le graphique ferait apparaître des écarts différents. Une comparaison des répondant·e·s les plus vulnérables avec les répondant·e·s les moins vulnérables, donc celles/ceux ayant une valeur d'indice de vulnérabilité de plus de 0.75, fait par exemple apparaître un écart bien plus important : parmi ces derniers, presque 77 % affichent une littératie en santé suffisante.

6 Conclusion

Rarement un principe inscrit dans le préambule de la Constitution fédérale ne s'est révélé aussi vrai que celui-ci pendant la période actuelle marquée par la pandémie de covid-19 : « la force d'une communauté se mesure au bien-être des plus faibles de ses membres ». Dans ce sens, l'équité en santé revêt un intérêt tout particulier, qui a incité les autorités sanitaires (OFSP), dès mars/avril 2020 – en plus des mesures d'information spécifiques – à initier différentes études, notamment consacrées à la littératie en santé. Après une première étude réalisée auprès de l'ensemble de la population résidente (Vogt et al. 2020), la présente étude s'est focalisée sur les franges vulnérables de la population migrante. La littératie en santé joue en effet un rôle médiateur crucial en matière d'iniquités en santé. Elle peut plus directement être influencée par des mesures ciblées que d'autres déterminants. Si au printemps 2020 certains messages simples étaient transmis sans différenciation en fonction des destinataires, des informations et interventions préventives ajustées aux besoins de chacun·e s'avèrent de plus en plus nécessaires, au regard de la persistance de la pandémie, pour briser les chaînes d'infection et susciter l'adhésion d'une population inégalement affectée par la pandémie.

Littératie relativement favorable

A cet égard, un premier résultat global de notre étude rassure : la littératie en santé relative au covid-19, mesurée auprès de la population migrante, se rapproche largement de celle de l'ensemble des habitant·e·s (cf. Vogt et al. 2020) et présente globalement des tendances ou écarts assez similaires en matière d'accès à l'information, de compréhension, d'évaluation et d'application de ces informations. Selon un indice synthétique⁴², ces compétences peuvent être considérées comme suffisantes pour 59 % des répondant·e·s, problématiques pour 32 % et insuffisantes pour 9 % ; elles dépassent même légèrement celles de l'ensemble de la population, interrogée quelques mois plus tôt. On est tenté d'objecter que la situation s'avère au minimum problématique pour une assez large part des répondant·e·s (41 %), mais ce constat vaut davantage encore (45 %) pour la littératie en santé *générale* en Suisse (Bieri et al. 2016)⁴³. Un écart similaire a été constaté en Allemagne (Okan et al. 2020).

Ce résultat est sans doute aussi dû aux efforts conséquents déployés par les différents acteurs, tant au niveau fédéral que cantonal ou local, et à une certaine solidarité face à l'adversité. Il permet de penser que les premières mesures prises ou les informations plurilingues produites et diffusées par les canaux de communication⁴⁴ ont bien été relayées. Des contacts avec des multiplicateurs et ONG dans les cantons témoignent d'une large mobilisation, ayant favorisé la circulation des messages de prévention.

Défis en matière d'appréciation

Si l'accès à l'information, de même que le niveau de compréhension semblent poser relativement peu de problèmes, l'effet « infodémique » se fait particulièrement sentir lorsqu'il s'agit d'évaluer les messages reçus et de les traduire dans l'action : ces défis s'expliquent aussi par le fait que les connaissances scientifiques du virus et de la maladie de covid-19 restent encore très lacunaires, tout en progressant de jour en jour. En outre, des communications erronées et parfois manipulées se sont également propagées comme cela a été observé dans toutes les périodes de grande insécurité et de menaces. Cela contribue à expliquer, au moins en partie, pourquoi la population répondante se disant majoritairement (très) bien informée sur la pandémie (87 % pour la population migrante resp. 90 % pour celle générale), se sent simultanément déstabilisée (63 %) face aux

⁴² L'indice de littératie en santé se base sur 23 items au sujet des difficultés ou facilités de trouver, comprendre, évaluer et appliquer les informations à propos du covid-19, qui concernent principalement la prévention et la gestion de la maladie.

⁴³ A cet égard, notons que les résultats de la Suisse se situent en dessous de la moyenne de certains pays européens (Pays Bas, Pologne, Irlande, Grèce, Allemagne), mais devant d'autres (Autriche, Bulgarie, Espagne).

⁴⁴ Mis en place depuis des années ou tout récemment, entre autres par la section *Egalité de chances et santé* de l'OFSP.

informations, ne sachant pas exactement auxquelles se fier, ce sentiment étant plus répandu parmi la population migrante que parmi l'ensemble des résident·e·s (52 %).

La population migrante s'informe auprès de sources très diverses (télévision, Internet, journaux), parmi lesquelles les autorités sanitaires occupent une place de choix, plus importante que pour la population générale (50 % resp. 42 % des répondant·e·s), et jouissent également d'une grande confiance en leur fiabilité (93 %), suivie de près par les médecins et autres expert·e·s. Par ailleurs, la population migrante fait appel à des canaux similaires, même si elle consulte davantage les cercles familiaux, amicaux, professionnels et les réseaux sociaux, ce qui s'explique en partie par son profil sociodémographique (notamment son plus jeune âge moyen). En outre, la grande majorité des personnes enquêtées (plus de 90 %) disent suivre les recommandations – port du masque, lavage des mains, distance sociale, etc. – des autorités sanitaires. Mais lorsqu'on considère le nombre total de précautions prises, on constate que les personnes disposant de peu de moyens financiers prennent en moyenne moins de précautions contre le covid-19, sans doute aussi par manque de ressources.

Variété des profils et situations parmi la population migrante

Ces constats posés, rappelons que, tout comme la population générale, la population issue de la migration ne forme pas un bloc homogène, et ce d'autant moins que l'immigration en Suisse s'est davantage diversifiée du point de vue socioéconomique, des origines et des trajectoires ces 20 dernières années (Furrer et al. 2020). Il n'est donc pas surprenant que plusieurs études consultées n'établissent pas ou peu de différences en termes de littératie en santé – générale ou relative à la pandémie – selon le statut migratoire, qui peut être synonyme autant de ressources spécifiques que de déficits. En revanche, les liens étroits entre santé (au sens large) et statut socio-économique, ainsi qu'entre littératie générale, littératie en santé et état ou comportements de santé ne sont plus à démontrer. C'est la raison pour laquelle le public désigné dans le cadre de l'échantillonnage était formé par des couches potentiellement vulnérables, car défavorisées du point de vue socioéconomique et migratoire (origine essentiellement hors UE, statut administratif précaire, maîtrise limitée de la langue locale, etc.).

Or, il s'est avéré que le plan de recherche, basé nécessairement sur un questionnaire à remplir en ligne, a selon toute vraisemblance favorisé la participation de migrant·e·s maniant le langage écrit et les moyens informatiques avec aisance. Les retours reçus par le biais de la *hotline* ou des multiplicateurs, qui indiquent que la participation à l'enquête présupposait de disposer d'une relativement bonne littératie générale et numérique, le confirment⁴⁵. Cet enjeu, qui n'est pas propre à notre étude, a pu avoir pour effet que des personnes, dépassées par les difficultés de l'enquête, ont renoncé à participer ou ont été écartées durant l'analyse, car répondant de façon incomplète à la batterie complexe d'items qui forme précisément la base de l'indice de littératie en santé⁴⁶. Pour contrecarrer une distorsion de l'échantillon via le tirage SRPH, l'équipe de recherche a fait appel à des ONG susceptibles d'encourager la participation, voire même d'assister des personnes moins à l'aise dans la démarche lors du remplissage du questionnaire.

Il s'avère en somme que l'échantillon comporte bon nombre de répondant·e·s avec des bonnes compétences linguistiques/numériques et un niveau de formation plutôt élevé – un tiers indiquant un niveau tertiaire –, tout en comprenant une part plus restreinte de personnes qui cumulent différents facteurs de précarité. L'analyse à l'aide d'un indice synthétique de vulnérabilité sociale, prenant en compte la formation, le travail, le revenu, la maîtrise de la langue et le statut légal, permet d'identifier les 22 % de répondant·e·s les plus vulnérables. Pour

⁴⁵ En témoigne également le fait que les répondant·e·s indiquent en majorité disposer d'assez bonnes connaissances de la langue locale du lieu de vie en Suisse. Rappelons néanmoins qu'il était aussi possible de répondre dans la langue première, opportunité que la plupart des répondant·e·s ont saisie.

⁴⁶ Seuls les cas pour lesquels au moins 80 % des 23 items ont obtenu une réponse effective (autre que « ne sais pas ») sont retenus pour le calcul de l'indice.

mieux capter les effets différenciés de la vulnérabilité sociale sur la littératie en santé, l'équipe de recherche a aussi adapté l'indice « classique » de littératie, en le complétant par un élément objectif, basé sur des affirmations factuelles, et le sentiment général d'être bien informé sur le virus et la maladie (« indice étendu »).

Lien manifeste entre degré de vulnérabilité et littératie en santé

En considérant les résultats globaux de plus près, on constate des effets différenciés patents sur la littératie en santé et le vécu de la pandémie en fonction du degré de précarité sociale. Le groupe de personnes particulièrement vulnérables présente un risque plus de deux fois plus élevé d'avoir une littératie insuffisante (c'est le cas pour 20 % des personnes particulièrement vulnérables et pour 8 % des personnes du groupe de comparaison composé de l'ensemble des autres répondant·e·s). Les personnes particulièrement vulnérables sont légèrement plus jeunes, plus souvent des femmes et présentes en Suisse depuis moins longtemps que le groupe de comparaison. Elles disposent d'une santé psychique et physique nettement moins bonne, éprouvent davantage de difficultés à trouver des informations et à les comprendre. Pour les moins vulnérables, tout comme pour la population générale, l'obstacle réside principalement dans l'évaluation et, dans une moindre mesure, l'application du savoir. On ne sera pas surpris de constater que les compétences linguistiques, suivis du niveau général de formation, sont cruciales à cet égard, ce qui souligne l'importance de la mise à disposition de traductions facilement accessibles, notamment pour des personnes récemment arrivées.

Ce point est d'autant plus important que les mêmes répondant·e·s indiquent nettement moins souvent recourir et faire confiance à des sources officielles comme les autorités de santé notamment. Lorsque des personnes vulnérables se tournent vers les réseaux sociaux ou des cercles communautaires et, ce qui peut être plus problématique, souscrivent significativement plus souvent à des affirmations non-prouvées, cela ne relève pas nécessairement d'un choix délibéré. Par ailleurs, les analyses montrent qu'elles prennent moins de précautions sanitaires, une tendance qui est liée à leurs moyens financiers, c'est-à-dire au revenu et à la possibilité de faire face à une dépense imprévue.

Ce dernier aspect, évoqué dans plusieurs entretiens avec des multiplicateurs, met en exergue à quel point, l'accès à des masques hygiéniques, du gel désinfectant ou des tests (PCR), représente un défi pour des personnes en situation précaire. Bien entendu, certaines aides publiques ou privées existent, mais elles ne sont de loin pas toujours connues et faciles d'accès, comme en témoignent les acteurs de terrains consultés⁴⁷. Selon divers témoignages, les conditions de travail et les contraintes de logement (collectifs ou suroccupés) qui interdisent aux personnes vulnérables d'opter pour des mesures sanitaires préconisées jouent également un rôle important. Ces observations sont corroborées par la littérature (Singer et Ryalto 2020) et notamment l'analyse de Bieri et al. (2016), qui place la déprivation financière avec le niveau de formation au premier rang des déterminants de la littératie en santé générale. Si les difficultés socioéconomiques évoquées sont susceptibles d'influencer le vécu pandémique de l'ensemble des couches défavorisées de la société, un statut migratoire (précaire) peut encore renforcer le sentiment de déstabilisation.

De la littératie en santé individuelle aux perspectives sociétales

Bien qu'un tiers de tous les participant·e·s de l'enquête trouve la couverture médiatique du coronavirus plutôt exagérée, la grande majorité se dit préoccupée par la situation et soucieuse de suivre les consignes de prévention, comme le confirment les acteurs de terrain consultés. Nos résultats permettent donc de conclure que pour une bonne partie des migrant·e·s enquêtés, la littératie en santé joue en effet ce rôle de médiateur indispensable pour enrayer collectivement la propagation du virus.

⁴⁷ L'accessibilité ne se limite pas à une possibilité formelle d'accéder à une prestation et comprend aussi la disponibilité (spatiale), l'accès à l'information, l'acceptabilité, les formalités de remboursement, etc. (cf. Ambruso et al. 2017 : 9).

Simultanément, l'étude livre divers indices montrant que, loin d'affecter toute la population de la même manière, la pandémie actuelle révèle, et parfois même renforce, des vulnérabilités liées aux conditions de travail, de séjour et de logement, qui ne peuvent être ignorées. Des recherches américaines et britanniques signalent que certaines minorités ethniques, locales ou issues de la migration présentent une morbidité et mortalité liée au covid-19 considérablement accrues. Singer et Rylko-Bauer (2020) insistent sur le caractère syndémique de la pandémie, qui souligne l'imbrication étroite entre déterminants sociaux et environnementaux de la santé, interactions entre maladies non-transmissibles (hypertension, diabète, obésité, etc.) et covid-19, sans oublier l'impact des politiques (de restructuration) sanitaires.

Si la plupart des résultats sont difficilement transposables au contexte suisse, certains mécanismes sous-jacents aux iniquités de santé révélées méritent d'être examinés de plus près. Ainsi au printemps dernier, le manque de reconnaissance dont jouissent depuis longtemps nombre de travailleuses et travailleurs « essentiels » – souvent migrant·e·s en situation précaire – de la logistique, du nettoyage, de la vente, du *care* et bien entendu de la santé a suscité un réel intérêt, quelque peu retombé depuis. Ces questions dépassent bien sûr largement les compétences des autorités sanitaires et des professionnel·le·s de la santé qui restent surtout en première ligne pour informer et pour orienter les actions futures à promouvoir dans une approche multisectorielle, faisant aussi appel à des initiatives citoyennes. Ou pour paraphraser un commentaire de l'éditeur en chef du journal *The Lancet*, une approche du covid-19 en tant que syndémie invite à une vision nécessaire plus large des enjeux, comprenant la formation, le travail, le logement et l'environnement (Horton 2020).

Bibliographie

- Abel, Thomas et David McQueen (2020). « The COVID-19 pandemic calls for spatial distancing and social closeness: not for social distancing! ». *International Journal of Public Health*, 65(3): 231-231. doi:10.1007/s00038-020-01366-7
- Ambruso, Martina, Denise Efionayi-Mäder et Didier Ruedin (2017). Accès aux prestations municipales de proximité: collectivités migrantes dans les quartiers de la Ville de Genève. Neuchâtel: Institut SFM. Consulté à l'adresse: http://www.unine.ch/files/live/sites/sfm/files/listes_publicationsSFM/Etudes%20du%20SFM/SFM%20-%20Studies%2066.pdf
- Betsch, Cornelia et al. (2020). « Germany COVID-19 Snapshot MONitoring (COSMO Germany): Monitoring knowledge, risk perceptions, preventive behaviours, and public trust in the current coronavirus outbreak in Germany ». *PsychArchives* doi:10.23668/psycharchives.2776. Peut également être consulté à l'adresse : <http://www.corona-monitor.de/>
- Bhopal, Raj S. (2020). « COVID-19: Immense necessity and challenges in meeting the needs of minorities, especially asylum seekers and undocumented migrants ». *Public Health*, 182: 161-162. doi:10.1016/j.puhe.2020.04.010
- Bieri, Urs et al. (2016). *Bevölkerungsbefragung «Erhebung Gesundheitskompetenz 2015»: Schlussbericht*. Bern: gfs.bern. Consulté à l'adresse : <https://www.allianz-gesundheitskompetenz.ch/download/pictures/28/pvz2m54p8phq0e21ussm4ivyum3qz6/2015-erhebung-gesundheitskompetenz-schweiz.pdf>
- Bittlingmayer, Uwe H. et al. (2020). *Health Literacy aus gesundheitsethnologischer Perspektive : eine Analyse alltäglicher Gesundheitspraktiken von migrantischen Jugendlichen und Familien*. Wiesbaden: Springer VS
- Bodenmann, Patrick et al. (2015). « Characterizing the vulnerability of frequent emergency department users by applying a conceptual framework: a controlled, cross-sectional study ». *International Journal for Equity in Health*, 14(1): 146. doi:10.1186/s12939-015-0277-5
- Bonevski, Billie et al. (2014). « Reaching the hard-to-reach: a systematic review of strategies for improving health and medical research with socially disadvantaged groups ». *BMC Medical Research Methodology*, 14(1): 42. doi:10.1186/1471-2288-14-42
- Brünink, Sarah C. et al. (2021). « Determinants of SARS-CoV-2 transmission to guide vaccination strategy in an urban area ». *medRxiv (preprint)*, Version 3 (04.03.2021) doi:10.1101/2020.12.15.20248130
- Buheji, Mohamed et al. (2020). « The Extent of COVID-19 Pandemic Socio-Economic Impact on Global Poverty. A Global Integrative Multidisciplinary Review ». *American Journal of Economics*, 10(4): 213-224. doi:10.5923/j.economics.20201004.02
- Moret, Joëlle et Janine Dahinden (2009). *Vers une meilleure communication : Coopération avec les réseaux de migrants*. Berne : Commission fédérale pour les questions de migration CFM. Consulté à l'adresse : https://doc.rero.ch/record/12743/files/Dahinden_Janine_-_Vers_une_meilleure_communication_20091015.pdf
- De Ridder, David et al. (2021). « Socioeconomically Disadvantaged Neighborhoods Face Increased Persistence of SARS-CoV-2 Clusters ». *Frontiers in Public Health*, 8(626090): 1-5. doi:10.3389/fpubh.2020.626090
- Edmonds, Jennifer et Antoine Flahault (2021). « Refugees in Canada during the First Wave of the COVID-19 Pandemic ». *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(3): 947. doi:10.3390/ijerph18030947
- Efionayi-Mäder, Denise et Chantal Wyssmüller (2008). « Migration et santé », in *La santé en Suisse. Rapport national sur la santé 2008*. Chêne-Bourg : Médecine & Hygiène. pp. 88-105

- Estes, Richard J. (2014). « Disadvantaged Populations », in Michalos, Alex C. (éd.), *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research*. Dordrecht: Springer Netherlands. pp. 1654-1658.
- Furrer, Jürg et al. (2020). Panorama de la société suisse 2020. Migration - Intégration - Participation. Neuchâtel : Office fédéral de la statistique. Consulté à l'adresse : <https://www.bfs.admin.ch/bfsstatic/dam/assets/13927580/master>
- Gamba, Fiorenza et al. (éd.) (2020). *COVID-19 : le regard des sciences sociales*. Zürich: Seismo
- Gayle, Helene et al. (éd.) (2020). *Framework for Equitable Allocation of COVID-19 Vaccine*. Washington DC: The National Academies Press
- Gelatt, Julia (2020). *Immigrant Workers Vital to the U.S. : COVID-19 Response, Disproportionately Vulnerable*. Washington: Migration Policy Institute (MPI). Consulté à l'adresse : https://cdn.givingcompass.org/wp-content/uploads/2020/03/30140005/COVID-19-EssentialWorkers-FS_Final.pdf
- Guggisberg, Jürg et al. (2020). *Gesundheit der Migrationsbevölkerung – Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2017: Schlussbericht*. Bern: Büro für Arbeits- und sozialpolitische Studien BASS. Consulté à l'adresse : <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitsstrategien/nat-programm-migration-und-gesundheit/forschung-migration-und-gesundheit/gesundheitsmonitoring-der-migrationsbevoelkerung/bericht-gesundheit-der-migrationsbevölkerung-2017.pdf>
- Hargreaves, Sally et al. (2020). « Targeting COVID-19 interventions towards migrants in humanitarian settings ». *The Lancet Infectious Diseases*, 20(6): 645-646. doi:10.1016/S1473-3099(20)30292-9
- Hermann, Michael (2020). *Wirkungsanalyse der Präventionsarbeit des Bundesamts für Gesundheit BAG in Bezug auf das neue Coronavirus*. Bern: Bundesamt für Gesundheit BAG. Consulté à l'adresse : <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/mt/k-und-i/aktuelle-ausbrueche-pandemien/2019-nCoV/bevoelkerungsbefragung-maerz-2020.pdf>
- Horton, Richard (2020). « Offline: COVID-19 is not a pandemic ». *The Lancet*, 396(10255): 874. doi:10.1016/S0140-6736(20)32000-6
- Hurst, Samia A. (2008). « Vulnerability in Research and Health Care; Describing the Elephant in the Room? ». *Bioethics*, 22(4): 191-202. doi:10.1111/j.1467-8519.2008.00631.x
- Katz, Amy S. et al. (2020). « Vagueness, power and public health: use of 'vulnerable' in public health literature ». *Critical Public Health*, 30(5): 601-611. doi:10.1080/09581596.2019.1656800
- Kaya, Bülent (2018). *Compétences en matière de santé. Relation patient - professionnel de santé et accès à l'information relative à la santé*. Berne: Croix-Rouge suisse. Consulté à l'adresse : <https://www.migesplus.ch/fr/publications/competences-en-matiere-de-sante-fr>
- Kickbusch, Ilona et Daniela Maag (2008). « Health Literacy », in Heggenhougen, Kris et Stella R. Quah (éd.), *International encyclopedia of public health*. Amsterdam; Boston: Elsevier. pp. 204-211
- Kühne, Simon et Zaza Zindel (2020). « Using Facebook and Instagram to Recruit Web Survey Participants: A Step-by-Step Guide and Application ». *Survey Methods: Insights from the Field (SMIF), Special issue: 'Advancements in Online and Mobile Survey Methods'* doi:10.13094/SMIF-2020-00017

- Lamb, Matthew R., Sasikiran Kandula et Jeffrey Shaman (2020). « Differential COVID-19 case positivity in New York City neighborhoods: Socioeconomic factors and mobility ». *Influenza and Other Respiratory Viruses*, 0(0) doi:10.1111/irv.12816
- Mesa Vieira, Cristina et al. (2020). « COVID-19: The forgotten priorities of the pandemic ». *Maturitas*, 136: 38-41. doi:10.1016/j.maturitas.2020.04.004
- Morisod, Kevin et Patrick Bodenmann (2020). « COVID-19 et médecine ambulatoire - Migrations forcées : enjeux d'équité en santé ». *Revue Medicale Suisse*, 16(701): 1446-1447
- Morisod, Kevin et al. (2020). « Vous avez dit populations vulnérables ? ». *Revue Médicale Suisse*, 16(698): 1262-1264
- Moroz, Harry, Maheshwor Shrestha et Mauro Testaverde (2020). *Potential Responses to the COVID-19 Outbreak in Support of Migrant Workers*. Washington, DC: World Bank. Consulté à l'adresse : <https://doi.org/10.1596/33625>
- Nutbeam, Don (2017). *Discussion paper on promoting, measuring and implementing health literacy: Implications for policy and practice in non-communicable disease prevention and control*. Geneva: WHO. Consulté à l'adresse : <https://www.who.int/global-coordination-mechanism/working-groups/background.pdf>
- Nutbeam, Don (2000). « Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century ». *Health Promotion International*, 15(3): 259-267. doi:10.1093/heapro/15.3.259
- Okan, Orkan et al. (2020a). *Gesundheitskompetenz der Bevölkerung im Umgang mit der Coronavirus-Pandemie*. Bielefeld: Universität Bielefeld. Consulté à l'adresse : https://www.uni-bielefeld.de/erziehungswissenschaft/izgk/downloads/Ergebnisbericht_GK_Corona_IZGK_2020.pdf
- Okan, Orkan et al. (2020b). « Coronavirus-Related Health Literacy: A Cross-Sectional Study in Adults during the COVID-19 Infodemic in Germany ». *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(15): 5503. doi:10.3390/ijerph17155503
- Paché, Gilles (2020). « Covid-19: une logistique (enfin) acclamée ». *Management & Data Science*, 4(2) doi:10.36863/mds.a.12600
- Papageorge, Nicholas W. et al. (2020). *Socio-Demographic Factors Associated with Self-Protecting Behavior during the Covid-19 Pandemic* (NBER Working Paper 27378). Cambridge MA: National Bureau of Economic Research. Consulté à l'adresse : <https://www.nber.org/papers/w27378>
- Pelikan, Jürgen, Florian Röthlin et Kristin Ganahl (2012). *Comparative report of health literacy in eight EU member states : the European Health Literacy Survey HLS-EU*. Luxembourg: Executive Agency for Health and Consumers (EAHC). Consulté à l'adresse : http://cpme.dyndns.org:591/adopted/2015/Comparative_report_on_health_literacy_in_eight_EU_member_states.pdf
- Raifman, Matthew A. et Julia R. Raifman (2020). « Disparities in the Population at Risk of Severe Illness From COVID-19 by Race/Ethnicity and Income ». *American Journal of Preventive Medicine*, 59(1): 137-139. doi:10.1016/j.amepre.2020.04.003

- Reichel, David et Laura Morales (2017). « Surveying immigrants without sampling frames – evaluating the success of alternative field methods ». *Comparative Migration Studies*, 5(1) doi:10.1186/s40878-016-0044-9
- Riou, Julien et al. (2021). *From Testing to Mortality: COVID-19 and the Inverse Care Law in Switzerland*. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI) 2021, Virtual, March 6-10 2021.
- Rommel, A., C. Weilandt et J. Eckert (2006). *Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung: Endbericht*. Bonn: Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands gem. e.V. Consulté à l'adresse : <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitsstrategien/nat-programm-migration-und-gesundheit/forschung-migration-und-gesundheit/gesundheitsmonitoring-der-migrationsbevoelkerung/gmm-1/schlussbericht/schlussbericht-gmm-i.pdf.download.pdf/Schlussbericht-GMM-I.pdf>
- Schaeffer, Doris et al. (2021). *Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland vor und während der Corona Pandemie: Ergebnisse des HLS-GER 2*. Bielefeld: Universität Bielefeld. Consulté à l'adresse : https://pub.uni-bielefeld.de/download/2950305/2950403/HLS-GER%202_Ergebnisbericht.pdf
- Simona, Jehane, Marco Pecoraro et Didier Ruedin. (2014). *The Gender Gap in Mental Health: Immigrants in Switzerland*. Post-print. Consulté à l'adresse : https://libra.unine.ch/export/DL/Marco_Pecoraro/29229.pdf
- Singer, Merrill et Barbara Rylko-Bauer (2021). « The Syndemics and Structural Violence of the COVID Pandemic: Anthropological Insights on a Crisis ». *Open Anthropological Research*, 1(1): 7-32. doi:10.1515/opan-2020-0100
- Sørensen, Kristine et al. (2012). « Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models ». *BMC Public Health*, 12(1): 80. doi:10.1186/1471-2458-12-80
- Thomas, Hélène (2008). « Vulnérabilité, fragilité, précarité, résilience, etc. De l'usage et de la traduction de notions éponges en sciences de l'homme et de la vie ». *Recueil Alexandries, Collections Esquisses* (13)
- Vogt, Dominique, Saskia Gehrig et Jonas Kocher (2020). *Corona-bezogene Gesundheitskompetenz. Zusatzerhebungim Rahmen des «Schweizer Health Literacy Survey 2019-2021»*. Zürich: Careum. Consulté à l'adresse : https://www.careum.ch/documents/20181/406365/Corona-bezogene_Gesundheitskompetenz.pdf
- von Braun, Joachim, Stefano Zamagni et Marcelo Sánchez Sorondo (2020). « The moment to see the poor ». *Science*, 368(6488): 214-214. doi:10.1126/science.abc2255
- Weber, Dominik (2020). *Égalité des chances dans la promotion de la santé et la prévention en Suisse. Définitions, introduction théorique, recommandations pratiques. Rapport de base*. Berne: PSCH, OFSP, CDS. Consulté à l'adresse : https://promotionsante.ch/assets/public/documents/fr/5-grundlagen/publikationen/diverse-themen/berichte/Rapport_de_base_Egalite_des_chances_dans_la_promotion_de_la_sante_et_la_prevention_en_Suisse.pdf
- Wilkinson, Richard G. et M. G. Marmot (2003). *Social determinants of health: the solid facts* (2nd ed.). Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe
- Wisner, Ben (2020). « Vulnerability », in Kobayashi, Audrey (éd.), *International Encyclopedia of Human Geography* (2nd ed.). Oxford: Elsevier. pp. 197-205

Annexes

Annexe 1 : Lettre d'invitation à l'enquête (répondant·e·s via tirage SRPH)



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI

Bundesamt für Gesundheit BAG



Swiss Forum for Migration
and Population Studies



[Adresse]

Notre réf. : GCG

Bern [Date]

Enquête sur l'expérience de la population migrante durant la pandémie de coronavirus en Suisse – votre participation est importante !

[Formule de politesse, civilité, nom]

Le coronavirus constitue un défi de taille. Ainsi, il est important que tout le monde puisse accéder aux informations nécessaires à ce sujet. Il y a de nombreuses informations sur le nouveau coronavirus, mais aussi beaucoup d'incertitude quant à savoir si elles sont vraiment fiables. Malgré toutes ces informations, il n'est donc pas toujours facile de savoir comment se comporter dans la vie de tous les jours. Nous aimerions que vous nous fassiez part de vos expériences : Comment vous informez-vous ? Connaissiez-vous les recommandations en matière de comportement et pouvez-vous les suivre dans votre vie quotidienne ?

L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a confié à l'Université de Neuchâtel le mandat d'étudier la situation particulière des personnes vivant en Suisse sans passeport suisse durant la crise du coronavirus. Vous avez été sélectionné(e) de manière aléatoire dans le registre d'échantillonnage de l'Office fédéral de la statistique (OFS) dont la base légale est l'article 13 c al. 2 de l'ordonnance sur les relevés statistiques (RS 431.012.1). Vous êtes ainsi invité(e) à participer à ce sondage national.

Vous pouvez accéder au sondage par un PC, une tablette ou un smartphone :

- en ouvrant ce lien : www.survey.link.ch/corona-survey
- en scannant ce code QR :



Veuillez ensuite saisir vos identifiants personnels :

Nom d'utilisateur : [...]

Mot de passe : [...]

Le questionnaire dure environ 20 minutes. La protection des données est bien sûr garantie, votre nom ne sera pas associé à vos réponses et vos données ne seront utilisées qu'à des fins scientifiques dans le cadre de cette étude.

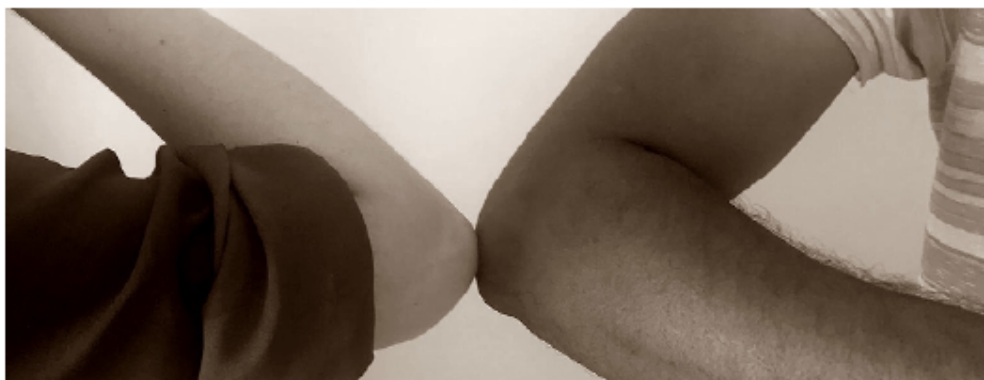
Si vous avez des difficultés à accéder au questionnaire en ligne ou des questions techniques, vous pouvez nous envoyer un e-mail avec votre nom d'utilisateur personnel à 8 chiffres à survey.health@unine.ch ou nous contacter par téléphone au numéro 032 718 39 57 (lu-ve de 8h30 à 12h00 et de 13h30 à 15h00). Un grand merci d'avance pour votre précieuse collaboration !

Avec nos meilleures salutations

Dr. Salome von Greyerz
Responsable de la division Stratégies de la santé OFSP

Bundesamt für Gesundheit
Schwarzenburgstrasse 157, 3003 Bern
www.bag.admin.ch

Annexe 2 : Flyer d'invitation à l'enquête (répondant·e·s via multiplicateurs)



Comment est-ce que les personnes sans passeport suisse vivent la pandémie de coronavirus ?

En ces temps de crise du coronavirus, il y a beaucoup d'informations sur le virus mais aussi beaucoup d'incertitude quant à savoir si elles sont vraiment fiables. En outre, il n'est pas toujours facile de suivre les recommandations des autorités sanitaires et de se comporter de manière à protéger sa propre santé et celle des autres.

Le Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population (SFM) de l'université de Neuchâtel a été mandaté par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) pour étudier la situation particulière des personnes de nationalité étrangère vivant en Suisse durant la pandémie de coronavirus.

Pour obtenir des résultats solides, il est important qu'un grand nombre de personnes sans passeport suisse participent à cette étude. C'est pourquoi nous vous invitons cordialement à remplir le questionnaire sur un smartphone, ordinateur ou tablette :

- ouvrez ce lien : www.survey.link.ch/corona-survey2
- ou scannez ce QR :

Si vous avez des questions à propos de cette étude ou besoin d'aide, nous sommes disponibles par mail (survey.health@unine.ch) ou téléphone (032 718 39 57).



Merci beaucoup de nous offrir quelques minutes de votre temps en participant au sondage !

Annexe 3 : Caractéristiques des populations enquêtées et de référence

		Répondant·e·s des enquêtes				Populations de référence (données OFS)	
		Population générale (enquête Vogt et al.)	Population migrante (enquête SFM)				
			Totale	Via multiplicateurs	Via tirage SRPH	Population de référence du tirage SRPH	Population étrangère née à l'étranger totale
Total		1500	2354	685	1669	386'974	1'594'826
Sexe (en %)							
	Hommes	49	49.1	45.5	50.6	52.8	52.7
	Femmes	51	50.9	54.5	49.4	47.2	47.3
Age							
	Moyenne	47	37	34.3	40	41.9	44.3
	Médiane	47	38.4	33	38	41	42
Lieu de naissance (en %)							
	Né en Suisse	80.3	0	0	0	0	0
	Né à l'étranger	17.8	100	100	100	100	100
Education (en %)*							
	Ecole obligatoire	14.5	38	38.8	37.7	-	-
	Secondaire II	48.6	30.8	26.5	32.4	-	-
	Tertiaire	36.9	31.2	34.6	29.9	-	-
Statut professionnel (en %)							
	Employé**	57.2	42.2	24	49.6	-	-
	Indépendant	8.4	8.1	9.9	7.4	-	-
	Chômage, AI	5.2	13.9	18.1	12.3	-	-
	Retraité	22	3.1	0.9	4.1	-	-
	En formation	4.3	10.3	21.2	5.8	-	-
	Au foyer	2.9	8.5	8.3	8.5	-	-
Revenu du ménage (en %)***							
	< CHF 4000	22.8	-	-	35	-	-
	4000 – 6000	23	-	-	22.2	-	-
	6000 – 10'000	23.9	-	-	18.3	-	-
	> 10'000	11.2	-	-	8.4	-	-
Durée du séjour en Suisse							
	Moyenne	-	10.9	8	12	13.9	-
	Médiane	-	7	4	9	12	-
Statut de séjour (en %)							
	Suisse (par nat.)	-	2.7	7.4	0.7	0	-
	Permis C	-	39.5	16.8	48.8	63.8	59.9
	Permis B	-	43.5	43.4	43.6	32	36.5

Etude SFM #78 : Littératie en santé relative au covid-19 : focus sur la population migrante

	Permis L	-	0.6	0.1	0.8	1.1	1.3
	Permis F	-	9.1	17.2	5.7	3.1	2.0
	Permis N	-	2.3	7.6	0.1	0.1	0.4
	Sans statut légal	-	1.8	6	0.1	0	-

Notes : Les pourcentages se réfèrent au total chaque de (sous-) population. Les non-réponses ne sont pas représentées et les chiffres sont arrondies, ce pourquoi les pourcentages ne s'additionnent pas toujours à 100. Un trait (-) signifie que ces données ne sont pas disponibles, resp. n'ont pas été récoltées. * Classification selon les catégories utilisées par Vogt et al. (non-identiques à celles de cette étude), comparabilité limitée. Pour la population migrante, la catégorie « Ecole obligatoire » comprend les personnes n'ayant pas achevé l'école obligatoire, dont les parts sont indiqués dans le Tableau 2 du présent rapport. ** Y. c. service militaire, service civil, protection civile. *** Cette question n'a pas été posée aux participants via multiplicateurs.

Annexe 4: Questionnaire (version française)

Nous vous souhaitons la bienvenue à l'enquête sur les informations de santé et le coronavirus. Vous pouvez saisir vos réponses en cliquant dans le champ respectif de chaque réponse. Si vous cliquez une deuxième fois, l'information sera supprimée. Pour naviguer entre les questions, veuillez utiliser les caractères «>» pour avancer et «<» pour reculer. Vous éviterez ainsi de sortir du questionnaire par inadvertance. Toutes les réponses que vous inscrirez seront automatiquement sauvegardées et en aucun cas perdues. La participation est volontaire et vous pouvez annuler à tout moment votre participation à l'enquête. Toutes les réponses resteront strictement confidentielles et seront utilisées exclusivement par l'équipe de recherche à des fins scientifiques. Elles ne seront jamais analysées ni présentées individuellement. Aucun lien ne sera fait entre vos données personnelles et les réponses enregistrées. Si vous avez des questions techniques concernant l'enquête, veuillez contacter l'assistance téléphonique en composant le 032 718 39 57. Pour obtenir plus d'informations sur le projet, veuillez nous contacter par courrier électronique à l'adresse : survey.health@unine.ch. Nous vous remercions pour votre intérêt et votre participation !
Pour commencer, nous aimerions vous poser quelques questions sur votre personne.
Êtes-vous une femme ou un homme ?
SINGLE ANSWER
Homme
Femme
Autre
Quel âge avez-vous ?
DROPDOWN NUMBERS <18 - >99
Dans quel pays êtes-vous né ?
SINGLE ANSWER
Algérie
Angola
Brésil
Cameroun
Congo (Kinshasa)
Égypte
Érythrée
Éthiopie
Kosovo
Macédoine du Nord
Maroc
Portugal
Suisse
Syrie
Tunisie
Autre pays
IF Q3 = 16
Dans quel autre pays êtes-vous né ?
TEXT
Quel est votre statut de séjour en Suisse ?
SINGLE ANSWER
Nationalité suisse (depuis la naissance)
Nationalité suisse (par naturalisation)
Permis C
Permis B
Permis L

Permis F
Permis N
Sans statut de séjour
Ne sais pas
IF Q4 = 8 => SCREENOUT / END INTERVIEW WITH TEXT: En tant que citoyen / citoyenne suisse depuis la naissance, vous n'êtes pas concerné par ce sondage. Merci ne nous avoir accordé de votre temps!
Les prochaines questions concernent la situation de pandémie.
Dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec les déclarations suivantes concernant le nouveau coronavirus ?
ONE ANSWER PER LINE
1 pas du tout d'accord
2
3
4
5
6
7
8
9
10 entièrement d'accord
Ne sais pas
Le nouveau coronavirus ne me préoccupe pas.
La couverture médiatique sur le nouveau coronavirus est exagérée.
Le nouveau coronavirus me fait peur.
Je considère que la situation actuelle est très inquiétante.
Le nouveau coronavirus me préoccupe/m'inquiète.
Je m'inquiète pour les personnes qui présentent un risque accru de contracter le nouveau coronavirus.
J'ai la responsabilité de ralentir la propagation du nouveau coronavirus.
Je reste calme et confiant malgré les circonstances difficiles.
En termes de résilience mentale, je me sens suffisamment résistant.
Le nouveau coronavirus est très dangereux.
La probabilité que je sois infecté par le nouveau coronavirus est élevée.
Dans quelle mesure vous sentez-vous globalement bien informé sur le coronavirus et la pandémie ?
SINGLE ANSWER
Très bien
Bien
Pas très bien
Pas bien du tout
Ne sais pas
Certaines personnes se sentent déstabilisées par toutes les informations sur le coronavirus et la pandémie et ne savent pas exactement à quelles informations se fier. Comment vous sentez-vous : êtes-vous déstabilisé par toutes ces informations ?
SINGLE ANSWER
Oui, très déstabilisé
Oui, un peu déstabilisé
Non, à peine / pas du tout déstabilisé
Ne sais pas
Il n'est pas toujours facile de se renseigner sur les questions liées au coronavirus et à la pandémie et d'en tirer les bonnes conclusions pour soi-même. Veuillez cocher ci-dessous les points qui vous paraissent faciles ou difficiles.
ONE ANSWER PER LINE

Très facile
Facile
Difficile
Très difficile
Pas pertinent
Ne sais pas
PAGE with Randomized Items 8.1 TO 8.6
Trouver des informations
trouver des informations sur le coronavirus sur Internet ?
trouver sur Internet des informations sur les comportements qui permettent d'éviter une infection par le coronavirus ?
trouver des informations dans les journaux, les magazines ou à la télévision sur les comportements qui permettent d'éviter une infection par le coronavirus ?
trouver des informations sur la manière de savoir si vous avez pu être infecté par le coronavirus ?
savoir où vous pouvez obtenir une aide professionnelle en cas d'infection par le coronavirus ?
trouver des informations sur le risque que vous courez personnellement à cause du coronavirus ?
PAGE with Randomized Items 8.7 TO 8.12
Comprendre les informations
comprendre les consignes des professionnels (par exemple, médecins, pharmaciens, personnel infirmier) sur les mesures de protection contre le coronavirus ?
comprendre les consignes en matière de comportement et d'hygiène liées au coronavirus données par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) ?
comprendre les conseils des membres de la famille ou des amis sur les mesures de protection contre le coronavirus ?
comprendre les informations diffusées dans les médias sur la manière de se protéger contre une infection par le coronavirus ?
comprendre ce que vous trouvez sur Internet concernant les risques du coronavirus ?
comprendre ce que vous trouvez dans les journaux, les magazines ou à la télévision sur les risques du coronavirus ?
PAGE with Randomized Items 8.13 TO 8.17
Evaluer les informations
évaluer si les informations diffusées dans les médias sur le coronavirus et la pandémie sont fiables ?
évaluer quels comportements comportent un risque particulièrement élevé d'infection par le coronavirus ?
évaluer les mesures de protection que vous devez prendre contre l'infection par le coronavirus ?
évaluer le risque que vous courez personnellement à cause du coronavirus ?
évaluer si vous pourriez être infecté par le coronavirus ?
PAGE with Randomized Items 8.18 TO 8.23
Décider sur la base des informations
décider, sur la base des informations fournies par les médias, comment se protéger contre une infection par le coronavirus ?
suivre les consignes des professionnels (par exemple, médecins, pharmaciens, personnel infirmier) pour se protéger contre une infection par le coronavirus ?
utiliser les informations fournies par les professionnels (par exemple les médecins, les pharmaciens, le personnel infirmier) pour décider comment faire face à une éventuelle infection et maladie dues au coronavirus ?
décider, avec l'aide des informations de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et d'autres autorités, comment traiter une éventuelle infection et maladie dues au coronavirus ?
décider, à l'aide des informations fournies par les médias, comment faire face à une éventuelle infection et maladie dues au coronavirus ?
se comporter de manière à ne pas infecter d'autres personnes ?
Vos informations sur le coronavirus proviennent...
SINGLE ANSWER
uniquement de la Suisse

majoritairement de la Suisse
de la Suisse et de votre pays d'origine
majoritairement de votre pays d'origine
uniquement de votre pays d'origine
Ne sais pas
Où avez-vous jusqu'à présent obtenu des informations sur le coronavirus et les recommandations sanitaires qui s'y rapportent ?
MULTIPLE ANSWERS / RANDOMIZED RESPONSES
Télévision
Télétexte
Radio
Internet, par exemple sur les sites d'information sur la santé
Les réseaux sociaux, par exemple Facebook, Twitter, Instagram
Journaux et magazines, imprimés en version papier
Journaux et magazines, à lire en ligne
App d'information
Téléphone d'information, par exemple Infoline Coronavirus (+41 58 463 00 00)
Médecin ou experts d'une autre profession de santé, par exemple pharmacien, personnel infirmier
Les autorités sanitaires, par exemple l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), la Direction cantonale de la santé
Affiches officielles de l'OFSP
Médias spécifiques pour les diasporas et communautés de migrants
Membres de la famille, amis, collègues de travail, connaissances
Personnes de votre communauté culturelle ou religieuse
Ne sais pas
Par rapport aux sources d'information précédentes, dans quelle mesure faites-vous confiance à ces sources en ce qui concerne le coronavirus ?
Sur une échelle allant de très fiable à pas du tout fiable, dans quelle mesure les informations relatives au coronavirus provenant des sources suivantes sont-elles fiables pour vous
ONE ANSWER PER LINE / RANDOMIZED ITEMS
Très fiable
Assez fiable
Peu fiable
Pas du tout fiable
Ne sais pas
Télévision
Télétexte
Radio
Internet, par exemple sur les sites d'information sur la santé
Les médias sociaux, par exemple Facebook, Twitter, Instagram
Journaux et magazines, imprimés en version papier
Journaux et magazines, à lire en ligne
App d'information
Téléphone d'information, par exemple Infoline Coronavirus (+41 58 463 00 00)
Médecin ou experts d'une autre profession de santé, par exemple pharmacien, personnel infirmier
Les autorités sanitaires, par exemple l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), la Direction cantonale de la santé
Affiches officielles de l'OFSP
Médias spécifiques pour les diasporas et communautés de migrants
Membres de la famille, amis, collègues de travail, connaissances
Personnes de votre communauté culturelle ou religieuse

Le cas échéant, quelles sont les précautions que vous avez prises pour vous protéger et/ou protéger les autres contre le coronavirus ?
Veillez indiquer pour chaque précaution dans quelle mesure vous l'avez prise ou s'il ne vous était pas possible de la prendre.
ONE ANSWER PER LINE / RANDOMIZED ITEMS
Prise
Pas prise
Pas possible
Pas pertinent
Eviter les poignées de main
Laver soigneusement les mains régulièrement
Éternuer ou tousser dans le creux du coude ou dans un mouchoir (et non dans vos mains)
Garder la distance par rapport à d'autres personnes (p. ex. dans des files d'attente ou des séances)
Porter un masque lorsqu'il n'est pas possible de garder la distance
Porter systématiquement un masque dans les transports publics
En cas de contact avec une personne testée positive: quarantaine
En cas de symptômes se faire tester immédiatement et rester à la maison
Utiliser l'application de traçage de contact "SwissCovid"
Autres mesures
IF Q12.10 = 1
Quelle(s) autre(s) précaution(s) avez-vous prise(s) ?
TEXT
Selon vous, les informations suivantes sur le coronavirus sont-elles exactes ou erronées ?
ONE ANSWER PER LINE / RANDOMIZED ITEMS
Exacte
Erroné
Ne sais pas
Seules les personnes de plus de 70 ans meurent du coronavirus.
Les moustiques transmettent le coronavirus.
Tousser après avoir retenu sa respiration pendant 10 secondes signifie qu'on a le coronavirus.
En Suisse il n'y a pas encore de vaccin contre le coronavirus.
On peut être porteur du coronavirus sans avoir de symptômes.
L'industrie pharmaceutique a créé le coronavirus pour s'enrichir.
Boire du thé chaud aide à prévenir une infection avec le coronavirus.
Les antibiotiques sont efficaces contre une infection avec le coronavirus.
Pour finir, nous aimerions vous poser encore quelques questions sur votre situation personnelle.
Combien de personnes (enfants et adultes ensemble) vivent dans le foyer, vous y compris ?
DROPDOWN NUMBERS 1 - >10
Quel est votre état-civil?
SINGLE ANSWER
Marié/e, vivant ensemble
Marié/e, vivant séparément
Célibataire
Veuve/veuf
Divorcé/e
Ne sais pas
Depuis combien d'années vivez-vous en Suisse ?
DROPDOWN NUMBERS 0 - > 99
Quelle est votre langue principale, c'est-à-dire la langue dans laquelle vous pensez et que vous savez le mieux ?
MAX 2 ANSWERS

Allemand
Français
Italien
Albanais
Anglais
Arabe
Portugais
Tigrigna
Autre langue
IF Q17 = 9
Quel autre langue considérez-vous comme votre langue principale ?
TEXT
Quel est le plus haut niveau de formation que vous ayez atteint ?
Ce niveau de formation est habituellement validé par un certificat ou un diplôme.
SINGLE ANSWER
Ecole obligatoire pas terminée
Ecole obligatoire terminée
Apprentissage de courte durée dans une entreprise (jusqu'à un an)
Apprentissage de longue durée dans une entreprise (plus d'un an)
Ecole de formation professionnelle
Ecole de formation générale (lycée avec bac/maturité ou équivalent, école de culture générale)
Etudes supérieures, université
Autre
Dans quel pays avez-vous achevé votre formation la plus élevée ?
SINGLE ANSWER
Suisse
Mon pays de naissance
Autre pays
Avez-vous déjà suivi une formation ou des études dans le secteur de la santé ?
SINGLE ANSWER
Oui
Non
Ne sais pas
Quel est votre principal statut professionnel ?
Il s'agit ici de recenser le statut professionnel principal. Il est possible que plusieurs catégories conviennent, mais seule la catégorie principale doit être inscrite comme réponse.
SINGLE ANSWER
Employé, salarié (y compris travail non rémunéré pour une entreprise familiale, apprentissage ou stage rémunéré)
Travailleur indépendant
Au chômage, sans emploi
Retraité
Incapacité de travail due à des problèmes de santé de longue durée
Elève, étudiant, en formation ou en stage non rémunéré
Travail domestique exclusivement, c'est-à-dire par exemple entretien du ménage, s'occupant à plein temps de son/ses enfant(s) ou proche aidant à temps plein
Service militaire, service civil et protection civile
Autre
IF Q21 = 1 or 2
Dans quelle mesure pouvez-vous actuellement éviter les contact directs avec des collègues ou clients dans votre travail ?
SINGLE ANSWER

Quasiment pas ou pas du tout
En partie
Totalement ou presque totalement
Ne s'applique pas à mon travail
Comment évaluez-vous le risque d'être personnellement au chômage au cours des 12 prochains mois, si 0 signifie "aucun risque" et 10 "risque élevé" ?
SCALE 0 - 10
Quel est le revenu net de votre ménage par mois ?
Pensez à votre propre revenu ou à votre rente, mais aussi au revenu ou à la rente de toute autre personne vivant éventuellement dans votre foyer. Vous pouvez être assuré que ces informations seront traitées de façon strictement confidentielle et anonyme.
SINGLE ANSWER
Moins de CHF 2'000
Plus de CHF 2'000 mais moins de CHF 4'000
Plus de CHF 4'000 mais moins de CHF 6'000
Plus de CHF 6'000 mais moins de CHF 8'000
Plus de CHF 8'000 mais moins de CHF 10'000
Plus de CHF 10'000 mais moins de CHF 12'000
Plus de CHF 12'000 mais moins de CHF 14'000
Plus de CHF 14'000
Ne sais pas/ne veux pas répondre
Votre ménage peut-il actuellement se permettre de payer une dépense imprévue, mais nécessaire, de :
Veuillez choisir le montant maximal que vous seriez en mesure de payer.
SINGLE ANSWER
CHF 50
CHF 100
CHF 300
CHF 1'000
CHF 5'000
Ne sais pas
Comment est votre santé en général ?
SINGLE ANSWER
Très bonne
Bonne
Moyenne
Mauvaise
Très mauvaise
Ne sais pas
Au cours des quatre dernières semaines, à quelle fréquence vous êtes-vous senti découragé ou déprimé ?
SINGLE ANSWER
Rarement / jamais
Parfois
La plupart du temps / tout le temps
Ne sais pas
Souffrez-vous d'une maladie ou d'un problème de santé de longue durée ? Par longue durée, on entend ici une maladie ou un problème de santé qui dure depuis au moins 6 mois ou devrait durer au moins 6 mois.
SINGLE ANSWER
Oui, une
Oui, plusieurs

Non
Ne sais pas
Dans quelle mesure vous sentez-vous à l'aise pour remplir des formulaires administratifs vous-même dans la langue locale ?
SINGLE ANSWER
Complètement à l'aise
Plutôt à l'aise
Plutôt pas à l'aise
Pas du tout à l'aise
Ne sais pas
Veillez évaluer dans quelle mesure vous comprenez la langue parlée dans votre lieu de vie en Suisse.
SINGLE ANSWER
Mal. Je ne comprends presque rien.
Plutôt mal. Je comprends quelques mots et expressions simples et quotidiennes, je peux lire une affiche ou un panneau avec peu de texte.
Moyennement. Je comprends des phrases fréquemment utilisées à propos de thèmes familiers ou de situations de la vie courante (famille, courses, travail).
Plutôt bien. Je comprends le contenu principal de textes, conversations ou émissions radio/télé sur différents thèmes lorsqu'ils emploient un langage standard et clair.
Bien. Je comprends quasiment tout, peux suivre n'importe quelle conversation et lire des textes de tout genre sans difficulté.
Ne sais pas
Si vous pensez aux expériences faites dans votre vie, les affirmations suivantes vous paraissent-elles tout à fait exactes, à peu près exactes, pas vraiment exactes ou pas exactes du tout ?
ONE ANSWER PER LINE / RANDOMIZED ITEMS
Tout à fait exacte
A peu près exacte
Pas vraiment exacte
Pas du tout exacte
Ne sais pas
Je n'arrive pas à surmonter certains de mes problèmes.
J'ai parfois l'impression d'être ballotté dans tous les sens.
J'ai le sentiment d'avoir peu de contrôle sur ce qui m'arrive.
Je me sens souvent submergé par les problèmes.
Avez-vous des amis ou personnes de votre famille sur qui vous pouvez compter pour... ?
Veillez choisir toutes les réponses pertinentes.
MULTIPLE ANSWERS / RANDOMIZED RESPONSES
de l'aide avec des traductions
de l'aide avec des courses
des soins en cas de maladie
parler de soucis ou problèmes personnels
des petits services de transport (voiture)
Si vous avez des commentaires ou retours, veuillez utiliser le champ de texte ci-dessous.
TEXT
Pas de commentaires
Nous sommes arrivés au terme de ce questionnaire. Nous vous remercions vivement pour votre collaboration !

Note : Les autres versions linguistiques du questionnaire sont disponibles à l'OFSP sur demande.

Dernières études du SFM

77: Denise Efionayi-Mäder, Joëlle Fehlmann, Johanna Probst, Didier Ruedin, (alphabetisch) und Gianni D'Amato (2020). Mit- und Nebeneinander in Schweizer Gemeinden Wie Migration von der ansässigen Bevölkerung wahrgenommen wird (Langfassung).

76: Joëlle Fehlmann, Denise Efionayi-Mäder (2020). Evaluation des Pilotprojekts «Lern- und Werkzentrum» tipiti.

75 : Didier Ruedin, Denise Efionayi-Mäder, Sanda Üllen, Veronika Bilger und Martin Hofmann (2020). Wirkungszusammenhänge Migration, Integration und Rückkehr Eine Literaturanalyse im Auftrag des SEM in Erfüllung des Postulats 16.3790 «Migration. Langfristige Folgen der Integration».

75f: Didier Ruedin, Denise Efionayi-Mäder, Sanda Üllen, Veronika Bilger et Martin Hofmann (2020). Corrélations entre migration, intégration et retour Analyse de la littérature sur mandat du SEM en réponse au postulat 16.3790 «Migration. Conséquences à long terme de l'intégration».

74: Joëlle Fehlmann, Denise Efionayi, David Liechti und Michael Morlok (2019). Bildungsmassnahmen für spät eingereiste Jugendliche und junge Erwachsene Privat (mit) finanzierte Bildungsangebote für Asylsuchende.

73d: Johanna Probst, Gianni D'Amato, Samantha Dunning, Denise Efionayi-Mäder, Joëlle Fehlmann, Andreas Perret, Didier Ruedin, Irina Sille (2019). Kantonale Spielräume im Wandel. Migrationspolitik in der Schweiz.

73f: Johanna Probst, Gianni D'Amato, Samantha Dunning, Denise Efionayi-Mäder, Joëlle Fehlmann, Andreas Perret, Didier Ruedin, Irina Sille (2019). Marges de manœuvre cantonales en mutation. Politique migratoire en Suisse.

72: Rosita Fibbi, Joëlle Fehlmann, Didier Ruedin (2019). Discrimination des personnes hautement qualifiées issues de la migration dans le domaine social?

71: Vithyaah Subramaniam (2019). Schlüsselpersonen im Raum Biel. Zivilgesellschaftliches Engagement von Menschen mit Migrationserfahrung in der Integrationsarbeit.

70d: Denise Efionayi-Mäder, Didier Ruedin (2018). Arbeitstagung zu Anti-Schwarzen Rassismus in der Schweiz vom 3. Mai 2018.

70f: Denise Efionayi-Mäder, Didier Ruedin (2018). Colloque sur le racisme anti-Noirs en Suisse. 3 mai 2018.

70i: Denise Efionayi-Mäder, Didier Ruedin (2018). Convegno del 3 maggio 2018 sul razzismo contro i neri in Svizzera.

69: Dina Bader, Denise Efionayi-Mäder (2018). Prévenir l'excision à Genève: Etude appréciative des projets cantonaux genevois de prévention contre les mutilations génitales féminines (2007-2009 et 2013-2015).

Pour plus d'informations sur les publications du SFM, vous pouvez consulter le site Web <http://www.unine.ch/sfm/fr/home.html>

Les études peuvent être téléchargées gratuitement ou commandées au SFM.



**Swiss Forum for Migration
and Population Studies**

La littératie en santé – c’est-à-dire l’accès aux informations de santé, leur compréhension, leur évaluation et leur application dans la vie de tous les jours – est un enjeu de santé publique majeur. Ceci est particulièrement vrai dans le contexte de la pandémie de covid-19, où l’information à propos du virus est abondante mais souvent incertaine et pas toujours fiable. Sur mandat de l’OFSP, la présente étude analyse la littératie en santé relative au covid-19 de la population migrante sur la base d’une enquête en ligne auprès de 2350 répondant·e·s.

L’étude souligne que la pandémie est aussi une infodémie : qu’elle soit migrante ou pas, la population éprouve surtout des difficultés à évaluer la fiabilité des informations relatives au covid-19. Dans son ensemble, la population migrante enquêtée a une littératie en santé semblable à celle de la population générale. Or, cette littératie tend à baisser à vulnérabilité sociale croissante : les migrant·e·s davantage vulnérables en raison d’une compréhension partielle des langues locales, d’un statut de séjour instable et d’un faible niveau d’éducation ont plus de difficultés à s’informer, se sentent moins bien informés et plus déstabilisés face à la pandémie.

Auteur·e·s

Johanna Probst (PhD), sociologue, responsable de projet au SFM

Didier Ruedin (PhD), sociologue, responsable de projet au SFM

Patrick Bodenmann (Prof.), médecin, chef du Département vulnérabilités et médecine sociale, Unisanté

Denise Efionayi-Mäder, sociologue, responsable de projet et directrice adjointe du SFM

Philippe Wanner (Prof.), démographe, professeur ordinaire à l’Université de Genève

ISBN

2-940379-80-7

978-2-940379-80-4

**Université de Neuchâtel, Institut SFM, Rue Abram-Louis-Breguet 2, 2000 Neuchâtel
T +41 32 718 39 20, secretariat.sfm@unine.ch, migration-population.ch**