

Santé de la population migrante – résultats de l'Enquête suisse sur la santé 2017

Résumé du rapport final

Recherche mandatée par l'Office fédéral de la santé publique, Unité de direction Politique de la santé
Section Égalité face à la santé

Jürg Guggisberg, Hugo Bodory, Dominic Höglinger, Severin Bischof, Melania Rudin
Berne, Septembre 2020

Résumé

La Confédération s'engage pour l'égalité de tous les groupes de population face à la santé. L'égalité des chances en matière de santé signifie que chaque personne dispose des mêmes possibilités pour améliorer, préserver et, si nécessaire, rétablir sa santé, indépendamment de sa langue, de son origine, de son statut social et de son niveau de formation. Des études attestent que la santé de la population migrante en Suisse est davantage menacée que celle de la population indigène. Des disparités sanitaires existent généralement également entre les personnes dont les ressources sociales et économiques sont différentes. Dans ce contexte, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a commandé la présente étude dans le but de détailler et présenter **l'étendue des inégalités en santé chez les personnes issues de la migration**. Cette recherche vise également à déterminer dans quelle mesure les différences constatées avec la population indigène découlent **de l'inégalité des ressources liées à la santé à disposition**.

Données, conception et méthodes

L'étude se fonde principalement sur les données de **l'Enquête suisse sur la santé (ESS) 2017**, menée par l'Office fédéral de la statistique (OFS). Dans le cadre de l'ESS, un échantillon de la population résidante, comprenant au total 22 134 personnes, a été interrogé. Ce chiffre inclut 1 000 entretiens supplémentaires avec des personnes de nationalité étrangère, financés par l'OFSP afin d'accroître la précision des données concernant la population migrante. Il est ainsi possible d'analyser la situation sanitaire de personnes issues de la migration dans une mesure inégalée auparavant. Cependant, comme toute enquête standardisée à grande échelle sur la population, l'ESS 2017 présente également des limites. Ainsi, elle ne **permet pas de tirer de conclusions sur les requérants d'asile, les réfugiés et les sans-papiers, ces groupes n'étant que peu voire pas représentés dans le registre d'échantillonnage utilisé**. Menée uniquement en allemand, en français et en italien, l'enquête n'intègre pas non plus les migrants résidant en Suisse qui ne maîtrisent pas suffisamment l'une de ces langues. Le fait que les compétences linguistiques influent sur l'état de santé a été démontré par le monitoring de la santé de la population migrante de 2010 (GMM II), qui a été mené dans huit langues différentes (Guggisberg et al. 2011).

Pour la présente étude, les données de l'ESS ont été enrichies avec des informations issues

de la statistique de la population et des ménages (STATPOP) et avec des données sur les comptes individuels de la Centrale de compensation (CdC), afin de refléter plus précisément la situation professionnelle et financière des personnes interrogées.

La migration est un événement décisif dans une vie qui influence non seulement la biographie des personnes qui migrent, mais aussi, indirectement, celle de leur descendance. Par ailleurs, être issu de la migration n'implique pas forcément d'être de nationalité étrangère. **En outre, les personnes issues de la migration forment un groupe très hétérogène en soi** et présentent de nombreuses différences entre elles. Afin de tenir compte de cette réalité complexe, cette étude utilise la **typologie de base de la population selon le statut migratoire** développée par l'OFS. Cette typologie distingue ainsi les personnes ayant elles-mêmes migré (**1^{re} génération**) de celles nées et ayant grandi en Suisse (**2^e génération**), tout en les séparant de la population non issue de la migration. Par ailleurs, l'étude différencie les migrants de la 1^{re} génération selon leur **région d'origine**. Il est ainsi possible d'identifier des différences entre personnes d'origines diverses au sein de la 1^{re} génération. La 2^e génération comprenant nettement moins de personnes que la première et étant moins hétérogène, la différenciation selon la région d'origine n'a pas été effectuée pour ce groupe.

Afin de tenir compte des différentes caractéristiques sociodémographiques de chaque groupe de personnes (en particulier, le fait que la population issue de la migration est en moyenne bien plus jeune), les disparités en matière de santé attestées ont été **ajustées en fonction de l'âge et du sexe** à l'aide de méthodes statistiques multivariées.

Grâce à de nombreux indicateurs, l'ESS recense toutes les facettes de la santé de la population. **Près de trente indicateurs clés** ont été sélectionnés pour la présente étude ; ils recouvrent largement les trois dimensions que sont l'état de santé, le recours aux prestations sanitaires et les attitudes et comportements liés à la santé.

Inégalités en matière de santé chez les personnes issues de la migration

Les personnes migrantes se distinguent systématiquement de la population non issue de la migration aussi bien au regard de leur état de santé que de leurs attitudes et comportements liés à la santé. Le recours aux prestations sanitaires ne présente en revanche que quelques différences entre les deux groupes.

État de santé

Les personnes issues de la migration **autoévaluent plus souvent leur état de santé comme n'étant pas bon**. De même, **la proportion de personnes atteintes de troubles physiques ou psychiques est systématiquement plus élevée pour les indicateurs correspondants**.

Il s'agit notamment de problèmes physiques graves ou de la présence d'au moins un facteur de risque pour les maladies cardio-vasculaires (diabète, cholestérol, hypertension artérielle) ainsi que de troubles pathologiques du sommeil. Chez une minorité de deux groupes de migrants sur les six interrogés, la proportion de personnes souffrant d'arthrose et d'arthrite et la proportion de personnes présentant de fortes limitations dans la vie quotidienne sont toutes deux plus élevées. Les autres groupes ne se distinguent pas significativement de la population non migrante à cet égard.

En ce qui concerne la santé mentale, les personnes issues de la migration présentent plus souvent une charge psychique élevée et des symptômes dépressifs moyens à graves suggérant que, pour une partie des personnes concernées, les conditions de vie pendant et après la migration sont vécues comme un stress psychologique.

Seul l'indicateur relatif aux problèmes de santé de longue durée contredit le schéma général observé pour les indicateurs de l'état de santé. **Les problèmes de santé chroniques sont moins répandus chez certains groupes issus de la migration** qu'au sein de la population indigène. Une tentative d'explication est que les maladies chroniques peuvent être dues à des infirmités congénitales. Ainsi, les personnes concernées renonceraient plus souvent à quitter leur pays. Cette idée serait conforme à l'hypothèse de l'effet du « migrant en bonne santé » (*healthy migrant effect*), très présente dans la littérature spécialisée, selon laquelle les personnes en bonne santé seraient plus enclines à émigrer.

De manière générale, les disparités liées à la santé entre la population indigène et celle issue de la migration sont plus marquées **chez les groupes plus âgés**. De plus, l'état de santé des migrants de la 1^{re} génération se dégrade **au fur et à mesure que leur séjour se prolonge**. Toutefois, les données transversales utilisées ne permettent pas de déterminer avec précision dans quelle mesure il s'agit d'un effet lié aux parcours de vie ou d'un effet de cohorte. Au cours d'une vie, les atteintes à la santé et les risques sanitaires peuvent se cumuler ou se renforcer avec le temps, notamment suite à la

pratique de certaines professions ou à l'adoption de comportements ayant une influence sur la santé. Les effets de cohorte peuvent quant à eux survenir si, par exemple, de nombreuses personnes en meilleure santé et plus résilientes ont immigré récemment.

Indépendamment de leur statut migratoire, les hommes et les femmes présentent parfois des différences considérables dans leur état de santé. La population migrante ne fait ainsi pas exception à ces inégalités en santé liées au genre. En revanche, rien ne permet d'affirmer que les disparités en matière de santé liées à la migration, au cœur de la présente étude, se manifestent de façon différente chez les hommes et chez les femmes.

Attitudes et comportements

Le tableau est plus mitigé en ce qui concerne les attitudes et comportements liés à la santé qu'en ce qui concerne l'état de santé. Chez les personnes issues de la migration, la proportion d'individus indiquant mener leur vie sans considérations pour les questions de santé est plus élevée. **Elles sont également plus souvent en surpoids et sédentaires**. Il convient en particulier de souligner que la 2^e génération présente nettement plus souvent une surcharge pondérale, tandis qu'elle se distingue moins de la population non migrante pour de nombreux autres indicateurs. Les programmes d'action axés sur la nutrition et l'activité physique ciblant les enfants et les adolescents semblent particulièrement adaptés pour réduire cette inégalité en santé.

La **consommation de cannabis** est moins élevée chez tous les groupes de migrants que dans la population indigène, exception faite des migrantes et migrants de la 1^{re} génération en provenance d'Europe du Nord. **Les résultats concernant l'alcool et le tabac ne sont pas uniformes** : selon le groupe de migrants, ces substances sont plus ou moins souvent consommées qu'au sein de la population non issue de la migration. La consommation de tabac est plus fréquente chez les personnes de la 1^{re} génération venant d'Europe de l'Est, du Sud-Est et du Sud-Ouest ainsi que chez les migrantes et migrants de la 2^e génération. À l'inverse, elle est moins fréquente au sein de la 1^{re} génération issue de pays non européens. La consommation quotidienne d'alcool est nettement plus répandue parmi la 1^{re} génération en provenance d'Europe du Sud-Ouest, alors qu'elle est significativement plus basse chez les personnes de la 1^{re} génération d'origine d'Europe de l'Est et du Sud-Est. Les autres groupes ne se distinguent pas spécifiquement de la population indigène à cet égard.

Les risques de dépendance ne sont pas liés uniquement à la consommation de substances. La proportion de personnes présentant une **utilisation problématique d'internet** est plus élevée chez tous les groupes de migrants à l'exception de la 1^{re} génération originaire d'Europe du Sud-Ouest. La 1^{re} génération en provenance de pays non européens est la plus concernée. Il faut cependant prendre en considération que ces personnes utilisent souvent internet pour garder contact avec leur famille et leurs amis dans leur pays d'origine.

Recours aux prestations sanitaires

Dans l'ensemble, les personnes issues de la migration interrogées dans le cadre de l'ESS disposent d'un **même accès que la population indigène aux médecins de famille et généralistes**, principale porte d'entrée dans le système de santé suisse. La proportion de personnes ayant consulté un tel médecin dans les 12 derniers mois est même légèrement plus élevée chez la population migrante (après prise en compte de l'état de santé).

Par contre, on constate des différences ponctuelles dans le recours aux autres prestations de santé étudiées suggérant une **utilisation différenciée** : les migrants de la 1^{re} génération, issus d'Europe du Sud-Ouest, de l'Est et du Sud-Est ainsi que des pays non européens ont tendance à recourir moins souvent aux prestations des médecins spécialistes. Ils se rendent cependant plus souvent aux services d'urgences des hôpitaux. La prise en charge dans les services d'urgence fait régulièrement l'objet de débats politiques. En principe, l'objectif est que les cas dits « bagatelle » ne soient pas pris en charge aux urgences.

En matière de **prévention et de détection précoce**, les migrantes interrogées indiquent beaucoup plus rarement recourir aux tests de dépistages du cancer du col de l'utérus. Toutefois, ce résultat pourrait simplement refléter un manque de conscience, parmi les femmes interrogées, que ces mesures font partie des examens de routine lors des contrôles gynécologiques étant donné qu'aucune différence n'a été constatée dans le recours à ces consultations.

Les résultats indiquent que les prestations médico-dentaires sont probablement trop peu sollicitées, celles-ci n'étant généralement pas remboursées par l'assurance obligatoire des soins. La population issue de la migration y a nettement moins recours que la population indigène.

Finalement, il convient de souligner qu'en ce qui concerne le recours aux prestations sanitaires,

les données utilisées ne permettent pas de tirer de conclusions, ou alors seulement de manière très limitée, sur certains groupes spécifiques de migrants, tels que les requérants d'asile, les réfugiés et les sans-papiers ainsi que les personnes qui ne parlent aucune langue nationale. On sait que ces groupes, en particulier, peuvent être confrontés à des obstacles considérables pour accéder au système sanitaire. Les données ne permettent pas non plus de se prononcer sur des éventuelles disparités dans la qualité des prestations sollicitées, par exemple en raison de barrières linguistiques, d'un faible niveau de littératie en santé des patientes et patients ou d'un manque de compétences transculturelles de la part du personnel sanitaire.

Population migrante hétérogène et groupes vulnérables

Les personnes issues de la migration forment un groupe de population hétérogène. Cette diversité s'exprime notamment dans les disparités plus ou moins marquées que chaque sous-groupe, au sein de la population migrante, présente par rapport à la population indigène. Les disparités décrites ci-dessus ont tendance à s'exprimer davantage auprès des **groupes particulièrement vulnérables** suivants : 1^{re} génération **en provenance de l'Europe du Sud-Ouest** (pays d'origine principaux : Italie, Portugal et Espagne), **de l'Europe de l'Est et du Sud-Est** (surtout des pays de l'ex-Yougoslavie, de Turquie et de Pologne) et **des pays non européens** (particulièrement le Brésil, l'Érythrée et le Sri Lanka).

Ce dernier groupe, proportionnellement restreint, est extrêmement hétérogène. Il comprend aussi bien des personnes ayant migré pour des raisons professionnelles, avec des niveaux de formations très variés, des personnes arrivées en Suisse dans le cadre d'un regroupement familial que des réfugiés reconnus ou des personnes admises à titre provisoire. En raison du faible nombre de représentants, aucune autre différenciation n'a pu être entreprise dans ce groupe dans le cadre de la présente étude. Des travaux antérieurs ont montré que **les requérants d'asile et les réfugiés** doivent être considérés comme particulièrement vulnérables (cf. Guggisberg et al. 2011).

Les personnes de la 1^{re} génération qui disposent de la **nationalité suisse**, le plus souvent via la naturalisation (en provenance surtout d'Allemagne, d'Italie et de France), et celles **originaires d'Europe du Nord et de l'Ouest** (principalement d'Allemagne, de France et d'Autriche) sont moins souvent touchées par les inégalités en santé et, le cas échéant, à un moindre degré. Ce dernier groupe présente une

similitude remarquable en matière de santé avec la population non migrante, dont il ne se distingue guère, si ce n'est sur quelques indicateurs isolés.

Les personnes de la 2^e génération, nées et ayant grandi en Suisse (le plus souvent d'origine italienne, turque, allemande, espagnole ou portugaise), ne se démarquent pas beaucoup non plus à cet égard.

Les différences de ressources disponibles, un facteur explicatif essentiel

Les études existantes invoquent souvent les plus faibles ressources à disposition des personnes issues de la migration pour expliquer les disparités liées à la santé, notamment leur situation socio-économique plus défavorable que celle de la population indigène. **La proportion de personnes sans formation post-obligatoire ou à faible revenu est en effet nettement plus élevée dans la population migrante.** Une fois de plus, la 1^{re} génération en provenance d'Europe du Nord et de l'Ouest fait à nouveau exception à cet égard ; son statut socio-économique est même supérieur à celui de la population non issue de la migration.

Le soutien social, notamment les aides concrètes, les bons conseils et le soutien émotionnel de la famille, des amis et du voisinage, constitue également une ressource centrale pour la santé, dont tous les groupes de migrants de la 1^{re} génération disposent moins que les autres. En revanche, la 2^e génération ne présente pas de différence notable en matière de soutien social avec la population d'origine indigène. **L'intégration professionnelle** est une autre ressource prise en compte par la présente étude comme potentiel facteur explicatif. La proportion de personnes au bénéfice d'indemnités journalières de l'assurance chômage est plus élevée chez tous les groupes issus de la migration que parmi la population indigène.

À quel point les disparités constatées en matière de santé sont-elles imputables à cette dotation différente en ressources? Comme indiqué par les résultats des estimations statistiques, **les ressources prises en compte ont dans l'ensemble un fort potentiel explicatif.** En ce qui concerne l'état de santé, les différences dans les ressources à disposition peuvent expliquer en moyenne 40 % des disparités. Ce pourcentage baisse nettement pour les attitudes et comportements ayant une influence sur la santé et s'établit à près de 15 %, ce qui reste considérable. Par contre, le potentiel explicatif des ressources en ce qui concerne les différences dans le recours aux prestations sanitaires est plutôt restreint.

Ce dernier point nous rappelle que d'autres facteurs plus spécifiquement liés au contexte migratoire et n'ayant pas pu être davantage mis en lumière dans cette étude jouent également un rôle. Dans l'ensemble cependant, **le manque de ressources à disposition influe grandement sur les inégalités en santé chez les personnes issues de la migration.** Les mesures visant à promouvoir l'égalité des chances en matière de santé pour les personnes socialement défavorisées en général bénéficient donc également dans une large mesure aux personnes issues de la migration qui sont touchées par les inégalités en santé.

Une analyse isolée de l'influence des ressources indique que, **parallèlement à la situation socio-économique (niveau de formation et revenu), le soutien social à disposition** apporte également une contribution décisive à l'explication des inégalités dans le contexte migratoire, et ce plus nettement en ce qui concerne l'état de santé. Si de nombreuses études avancent le statut socio-économique comme principal facteur explicatif des inégalités en santé chez les migrantes et migrants, cela a rarement été le cas jusqu'à présent du soutien social comme ressource. Il serait vivement souhaitable d'approfondir le sujet. Les résultats présentés permettent de conclure que les efforts déployés pour intégrer socialement les personnes issues de la migration devraient, au regard de leur santé, également se voir accorder une priorité élevée.