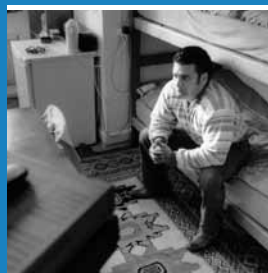


# Santé des migrantes et des migrants en Suisse

Principaux résultats du deuxième monitoring de l'état de santé de la population migrante en Suisse, 2010



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI  
Office fédéral de la santé publique OFSP

# Santé des migrantes et des migrants en Suisse

Principaux résultats du deuxième monitoring de l'état de santé de la population migrante en Suisse, 2010

# Table des matières

<b>Table des matières</b>	<b>3</b>
<b>Avant-propos</b>	<b>5</b>
<b>Résumé</b>	<b>7</b>
<b>Contexte</b>	<b>9</b>
<b>1. Une enquête en huit langues</b>	<b>11</b>
Echantillon	11
Questionnaire	12
Enquête	13
<b>2. Quel est l'état de santé des migrants et des migrantes ?</b>	<b>15</b>
Etat de santé subjectif	15
Problèmes de santé	15
Différences entre les hommes et les femmes	16
Santé plus précaire de la population migrante âgée	17
Problèmes psychiques, dépression	18
Problèmes physiques	19
Facteurs influant sur la santé	20
Etat de santé de la population du domaine de l'asile	22
<b>3. Comportement de santé</b>	<b>25</b>
Alimentation	25
Activité physique	26
Surpoids	27
Consommation d'alcool	28
Consommation de tabac	29
Examens préventifs	30

<b>4. Compétences en matière de santé</b>	<b>33</b>
Qu'est-ce que les compétences en matière de santé ?	33
Evaluer les symptômes et remettre en question les informations	33
Comprendre et se faire comprendre lors d'une consultation médicale	34
Compétences en matière de santé des personnes du domaine de l'asile	35
<b>5. Recours aux prestations médicales</b>	<b>37</b>
Consultations chez un médecin, en général	37
Consultation chez le médecin de famille	38
Gynécologue	38
Services d'urgence, polycliniques et services hospitaliers ambulatoires	39
Utilisation du système de santé par la population du domaine de l'asile	39
<b>6. Conclusion et perspectives</b>	<b>41</b>
Observe-t-on une évolution depuis la première enquête de 2004 ?	42
Recherche future	43

Quel est l'état de santé des migrants en Suisse ? A quelle fréquence se rendent-ils chez le médecin ou à l'hôpital ? Sont-ils plus exposés aux maladies physiques et psychiques que la population autochtone ? Sont-ils attentifs à leur santé et sont-ils en mesure d'évaluer correctement les symptômes de maladie ? Quels sont les facteurs qui influencent de manière déterminante leur santé ?

La présente publication se propose de répondre, entre autres, à ces questions. Elle se base sur le deuxième monitoring de l'état de santé de la population migrante en Suisse (GMM II) et en présente un résumé. Le GMM II a été réalisé en automne 2010 en s'inspirant de l'Enquête suisse sur la santé. Il apporte des éclaircissements sur la situation sanitaire et le comportement en matière de santé des migrants, ainsi que sur leur recours au système de santé.

Quelle est l'utilité d'une enquête menée auprès de la population migrante ? En raison des barrières linguistiques, les personnes d'origine migrante ne sont en général pas prises en compte dans les enquêtes menées à l'échelle nationale. Mais si nous voulons préserver, voire améliorer, le niveau de santé de l'ensemble de la population, il faut aussi tenir compte des migrants vivant en Suisse.

Ainsi, dans le cadre du programme national Migration et santé, des enquêtes sur la santé des migrants (GMM I et GMM II) ont été menées en 2004 et en 2010, dans différentes langues. Il s'agit des deux seules enquêtes

# Résumé

représentatives sur la santé des migrants en Suisse. Elles ont été lancées conjointement par les offices fédéraux de la santé publique (OFSP) et des migrations (ODM) et constituent une base scientifique essentielle pour la planification et la concrétisation de mesures ciblées. Nous serions heureux que les résultats suscitent de l'intérêt au-delà de l'administration fédérale. Je vous souhaite une bonne lecture !



Pascal Strupler  
Directeur de l'Office fédéral de la santé publique

Comparaison faite avec la population autochtone, les migrantes et les migrants établis depuis un certain temps en Suisse décrivent leur état de santé en termes nettement plus négatifs. La différence s'accroît plus les personnes avancent en âge. Les femmes ont manifestement davantage de problèmes de santé : elles consultent plus souvent que les hommes pour des maladies physiques ou psychiques. L'état de santé est lié à la situation professionnelle, au soutien social et à la connaissance de la langue du pays d'accueil. L'absence d'activité professionnelle, le manque de soutien social et la barrière de la langue constituent des facteurs de risque.

S'agissant du comportement en matière de santé, le monitoring indique que les migrants et migrantes interrogés consomment nettement moins d'alcool que la population autochtone, mais qu'ils sont plus nombreux à fumer. Du point de vue de l'alimentation et de l'exercice physique, leur comportement a tendance à être moins sain. Les personnes issues de la migration sont sensiblement plus nombreuses à présenter un excès de poids important.

Les migrantes et les migrants consultent plus fréquemment leur médecin de famille que la population autochtone ; dans l'ensemble toutefois, le nombre de consultations n'est pas plus élevé. La plupart des personnes migrantes interrogées ne sollicitent pas plus fréquemment que les Suissesses et les Suisses les services d'urgence, les policliniques et les services hospitaliers ambulatoires.

Comparé aux autres groupes interrogés, les personnes relevant du domaine de l'asile possèdent des compé-

tences en matière de santé relativement faibles. Elles ont également de très grandes difficultés à se faire comprendre des médecins et à les comprendre.

Un bon cinquième de la population se compose de personnes d'origine étrangère. Elles représentent un quart de la population active et contribuent dans une large mesure au financement de notre système de santé. Il est dès lors évident que la recherche se penche aussi sur la santé de la population migrante. Cette base scientifique permettra de développer des mesures visant une égalité des chances en matière de santé pour toutes les personnes vivant en Suisse.

On estime à 200 000 le nombre de personnes vivant en Suisse qui ne comprennent aucune des langues nationales et qui, de ce fait, ne peuvent prendre part aux enquêtes scientifiques traditionnelles. A ce chiffre s'ajoutent toutes les personnes qui se débrouillent dans la conversation de tous les jours mais qui ont besoin d'être assistées lorsque les entretiens deviennent plus complexes. Elles aussi sont exclues des enquêtes scientifiques. L'enquête suisse sur la santé réalisée régulièrement dans le pays suppose que les personnes qui y participent aient une maîtrise suffisante de l'une des langues nationales. C'est ce qui a amené l'Office fédéral de la santé publique à réaliser dès 2004 une enquête sur la santé dans les principales langues parlées par les migrants et les migrantes (GMM I – Premier monitoring de l'état de santé de la population migrante en Suisse). Cette enquête a été reconduite une deuxième fois en 2010 – les principaux résultats du GMM II sont présentés dans cette brochure. Le rapport final GMM II complet (Guggisberg et al. 2011) peut être consulté sous [www.miges.admin.ch](http://www.miges.admin.ch) (texte allemand ; résumé en français).

# 1. Une enquête en huit langues

L'expression « population migrante » peut être définie de différentes manières. Dans le cadre du GMM II, elle désigne toutes les personnes vivant en Suisse titulaires d'un passeport étranger ainsi que les personnes naturalisées. Etant donné que l'échantillon est fourni par le Registre des étrangers (SYMIC), seules les personnes naturalisées depuis peu (c'est-à-dire depuis moins de deux ans) ont pu être considérées, les personnes naturalisées depuis plus longtemps n'y figurant plus. Les migrants et migrantes issus de pays dans lesquels l'une de nos langues nationales est parlée (p. ex., Allemagne, Italie, France) n'ont pas été interviewés car ils relèvent de l'Enquête suisse sur la santé. Le GMM s'intéresse aux groupes de migrants les plus importants en nombre, qui n'ont ni l'allemand, ni le français, ni l'italien pour langue maternelle. Ce n'est donc pas l'ensemble de la population migrante qui a été interrogée, mais seulement des groupes originaires d'un certain nombre de pays, à savoir des personnes venant de Turquie, du Portugal, de Serbie, du Kosovo, de Somalie et du Sri Lanka.

Le GMM II fait partie intégrante du Programme national migration et santé 2008-2013 qui prévoit des mesures dans les domaines de la promotion de la santé et de la prévention, de la formation dans le domaine de la santé, des soins de santé, de l'interprétariat communautaire et de la recherche. Par ce programme national, l'OFSP participe, sur mandat du Conseil fédéral, à un programme de mesures de la Confédération visant une meilleure intégration de la population migrante. Le GMM II a été cofinancé par l'Office fédéral des migrations (ODM).

L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et l'Office fédéral des migrations (ODM) ont confié à quatre instituts de recherche, sous la direction du bureau d'études de politique du travail et de politique sociale BASS, le soin de réaliser le deuxième monitoring de l'état de santé de la population migrante (GMM II). 3000 personnes ont été interrogées par téléphone sur leur situation sanitaire.

## Echantillon

Comme il n'était pas possible de réaliser une enquête représentative de l'ensemble de la population migrante, six nationalités ont été retenues. Celles-ci comptent les quatre groupes les plus massivement représentés parmi la population résidente, à savoir des immigrés et immigrées originaires de Turquie, du Portugal, de Serbie et du Kosovo, et deux groupes du domaine de l'asile, à savoir des Tamouls et des Tamoules et des personnes originaires de Somalie. Au total, 3000 personnes âgées de 17 à 74 ans ont été interviewées, soit dans leur langue maternelle, soit en allemand, soit encore en français. Pour l'échantillon de la population résidente, une stratification selon le sexe, le lieu de naissance (Suisse ou étranger) et la durée de séjour (en Suisse depuis moins de 5 ans, depuis 5-9 ans, depuis 10 ans ou plus) a été effectuée. Le terme de « stratification » signifie que le panel étudié est subdivisé en plusieurs groupes. 50 adresses au minimum ont été sélectionnées de manière aléatoire pour chaque strate. Cette manière de procéder facilite les comparaisons entre les différentes strates. Deux échantillons supplémentaires ont également été retenus : « personnes récemment immigrées » (séjour

d'une durée inférieure à deux ans) originaires de Turquie et du Kosovo, stratification par sexe, et « personnes récemment naturalisées » (depuis moins de deux ans), elles aussi originaires de Turquie et du Kosovo, stratification également par sexe.

Les deux échantillons formés de personnes du domaine de l'asile (Sri Lanka, Somalie) ont été stratifiés par sexe et statut de séjour. Pour ce dernier, une distinction est faite entre les personnes admises provisoirement, permis F, et celles qui ont déposé une demande d'asile, permis N.

Selon le plan d'échantillonnage, les adresses ont été extraites de manière aléatoire du Système d'information central sur la migration (SYMIC) de l'Office fédéral des migrations. La population de référence de nationalité suisse est issue de l'Enquête suisse sur la santé 2007 (ESS 2007). Il s'agit de 13 860 personnes âgées de 17 à 74 ans et de nationalité suisse au moment de l'enquête.

### Questionnaire

L'enquête portait sur des questions concernant quatre domaines :

- Etat de santé
- Comportement en matière de santé
- Recours aux prestations médicales
- Ressources et contraintes (p. ex., conditions de logement, compétences en matière de santé, soutien social, conditions de travail, discriminations)

L'entretien téléphonique ne devait pas excéder 30 minutes. Etant donné que la durée moyenne de l'entretien GMM I avait été supérieure, le questionnaire a dû être raccourci. On a, par exemple, renoncé à des questions portant sur des sujets délicats, comme la consommation de drogue et les comportements sexuels, les personnes interrogées dans le cadre du GMM I ayant souvent refusé d'y répondre, d'où une représentativité insuffisante.

Dans l'ensemble, les questions ont été formulées selon le modèle de l'ESS 2007 pour permettre de comparer les réponses fournies par la population migrante et la population résidente. Cet alignement sur l'ESS a eu pour conséquence que de nombreuses questions ne correspondaient plus à celles du GMM I. Dans ce conflit d'intérêts, la comparabilité avec les données de l'ESS 2007 a toutefois été privilégiée.

Un bureau de traduction a été chargé de transposer le questionnaire en français, portugais, turc, albanais, serbe, tamoul et somalien. Après plusieurs interviews-tests dans les différentes langues, les questionnaires ont été relus et corrigés par un deuxième service de traduction.

### Enquête

Les personnes retenues sur la base du SYMIC ont reçu un courrier de l'OFSP les informant de l'enquête et leur annonçant qu'une personne de l'institut mandaté les contacterait par téléphone les jours suivants. L'institut de sondage a joint une carte-réponse au courrier destiné aux personnes qui n'avaient pas de numéro de téléphone connu afin que celles-ci communiquent un numéro où les joindre (également téléphone mobile). Les enquêteurs et enquêtrices ont opéré depuis le laboratoire CATI de l'institut de sondage (Computer Assisted Telephone Interview). Quatre cinquièmes des enquêtes se sont déroulées dans une langue du pays d'origine des personnes interrogées et un cinquième en allemand ou en français.

Les interviews ont été réalisées entre fin septembre et fin décembre 2010.



## 2. Quel est l'état de santé des migrants et des migrantes ?

### Etat de santé subjectif

Comment décririez-vous en général votre état de santé ? Cinq possibilités de réponse allant de très mauvais à très bon étaient proposées aux personnes interrogées. En moyenne, les migrantes et les migrants décrivent leur état de santé de manière plus négative que la population autochtone. Les différences sont plus marquées chez les femmes que chez les hommes. Comparé à l'enquête réalisée en 2004, le pourcentage de personnes subjectivement en bonne ou en très bonne santé reste stable ou paraît même être en progression.

### Problèmes de santé

La question a également été posée de savoir si les personnes interrogées étaient en traitement pour une maladie précise au moment de l'enquête ou si elles l'avaient été au cours des douze derniers mois. L'analyse statistique des données a comparé les réponses des migrantes et des migrants avec celles fournies par les Suissesses et les Suisses dans le cadre de l'ESS 2007. Etant donné que la population migrante est en moyenne plus jeune que la population autochtone, il est important d'effectuer un « contrôle » d'après l'âge. Dans les analyses qui ont suivi, l'âge et le sexe ont été retenus comme variables explicatives. Ces analyses à plusieurs variables permettent d'établir des différences sensibles entre les personnes de différentes origines. La population migrante est concernée dans une plus large mesure que la population autochtone par la plupart des problèmes de santé. Les valeurs déclarées par les personnes originaires de Turquie sont nettement moins bonnes que celles des Suissesses et des Suisses.

### Différences entre les hommes et les femmes

On observe d'importantes différences entre les sexes au sein de la population migrante : les femmes sont souvent soumises à de plus grandes contraintes que les hommes. Les migrantes consultent plus souvent un médecin que les migrants, que ce soit pour des problèmes physiques ou psychiques. Exception : les hommes sont plus nombreux à consulter pour des problèmes d'hypertension artérielle. Les femmes issues de la migration

**Tableau 1<sup>1</sup> :**

Etat de santé et troubles de santé selon la nationalité, compte tenu de l'âge et du sexe

	Personnes établies / Personnes au bénéfice d'une autorisation de séjour				Personnes naturalisées		Suisse
	Portugal	Turquie	Serbie	Kosovo	Turquie	Kosovo	
<b>Etat de santé (en %)</b>							
Subjektive Gesundheit: nicht gut	–	26,3	19,3	15,7	26,2	18,1	8,6
Dauerhafte Krankheit	21,5	–	17,6	17,8	–	18,9	27,4
Einschränkungen durch gesundheitliches Problem	–	36,0	29,9	–	30,1	–	22,2
<b>En traitement pour ... (en %)</b>							
Allergie	–	10,1	–	3,4	–	–	6,2
Hypertension artérielle	14,9	14,7	15,5	16,2	14,0	15,6	9,3
Maladie rénale, calculs rénaux	3,3	3,4	2,4	2,5	4,1	2,9	0,9
Bronchite chronique, emphysème	3,3	3,9	3,6	2,7	4,1	–	1,4
Arthrose	10,9	10,5	8,8	–	12,3	–	5,3
Dépression	8,9	12,2	–	–	11,7	–	4,0
Migraines	8,1	11,7	–	–	12,3	7,1	2,5
Ostéoporose	–	–	3,0	–	–	–	1,4
Problème psychique	–	9,9	–	1,0	–	–	5,5

**Explication :** « – » Pas de différence significative par rapport aux Suisses et aux Suissesses

<sup>1</sup> Les informations fournies dans ce tableau et dans le texte suivant se fondent sur le chapitre 3 du rapport final GMM II (analyse approfondie de l'état de santé).

sont davantage touchées par des problèmes de santé et souffrent plus fréquemment que les hommes d'un trouble de santé persistant. Dans l'ensemble, elles décrivent un bien-être inférieur à celui des migrants. Les différences de santé entre les sexes s'accroissent avec l'âge pour la plupart des indicateurs. Elles sont moins marquées dans la population autochtone.

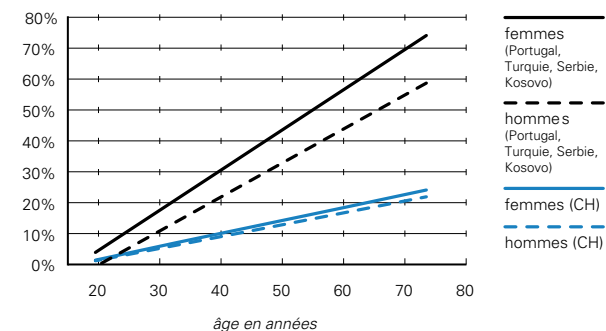
### Santé plus précaire de la population migrante âgée

On relève également d'importantes différences selon les groupes d'âge : plus les personnes vieillissent, plus il est vraisemblable qu'elles consultent un médecin pour des problèmes de santé. L'écart entre la population autochtone et la population migrante se creuse nettement avec l'âge. La population migrante âgée a sensiblement plus de problèmes de santé que la population autochtone d'âge correspondant.

Les personnes qui ont immigré depuis peu souffrent moins souvent de maladies persistantes ou de problèmes de santé au quotidien que la population autochtone. On peut en déduire que ce sont essentiellement des personnes relativement en bonne santé psychique et physique qui franchissent le pas de la migration.

**Illustration 1<sup>2</sup> :**

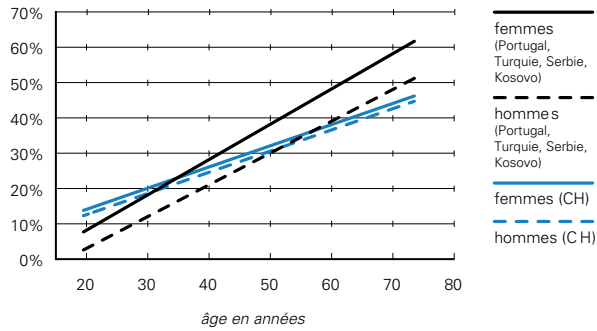
Estimation de l'état de santé (« non satisfaisant ») selon l'origine, l'âge et le sexe



<sup>2</sup> Les illustrations 1 à 7 correspondent à des résultats d'analyses de régression présentés sous forme de graphiques. Il s'agit d'estimations statistiques.

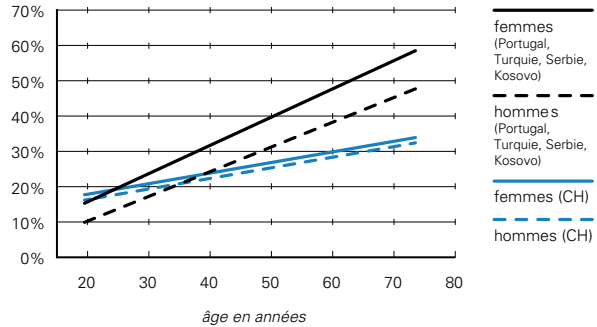
**Illustration 2 :**

Problème de santé persistant selon l'origine, l'âge et le sexe



**Illustration 3 :**

Entraves au quotidien selon l'origine, l'âge et le sexe

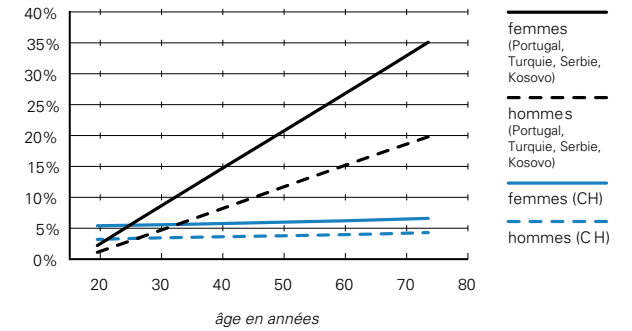


**Problèmes psychiques, dépression**

Comparé aux jeunes autochtones du même âge, les migrantes et migrants ont moins tendance à consulter un médecin pour des problèmes psychiques divers ou pour cause de dépression. Avec l'âge (ce qui va généralement aussi de pair avec une plus longue durée de séjour en Suisse), la probabilité de consulter pour des problèmes de dépression ou d'autres troubles psychiques augmente par contre sensiblement.

**Illustration 4 :**

En traitement pour dépression selon l'origine, l'âge et le sexe

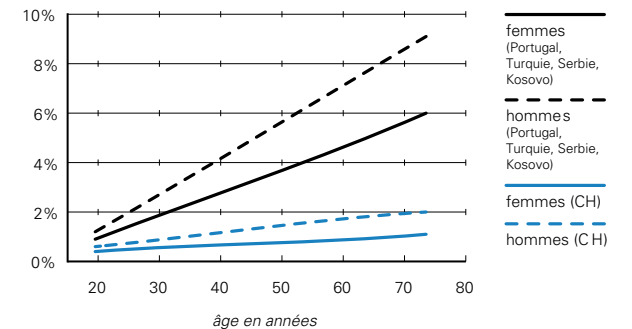


**Problèmes physiques**

Pour ce qui est des troubles physiques retenus dans le cadre du sondage, ils présentent la plupart du temps une image comparable à celle des troubles psychiques : plus les personnes avancent en âge, plus les différences s'accroissent entre la population migrante et la population autochtone. A titre d'exemple : traitements en raison de problèmes rénaux, de bronchite chronique et d'arthrose, cette dernière affection survenant nettement plus souvent que les deux autres.

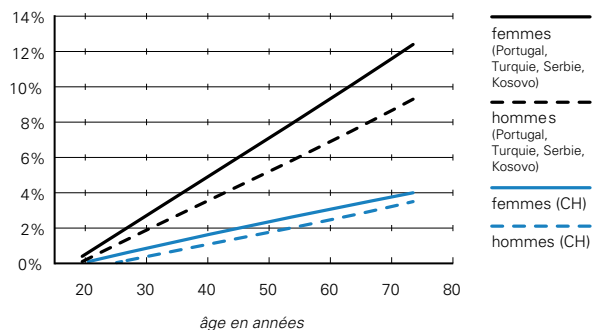
**Illustration 5 :**

En traitement pour maladie rénale, calculs rénaux selon l'origine, l'âge et le sexe



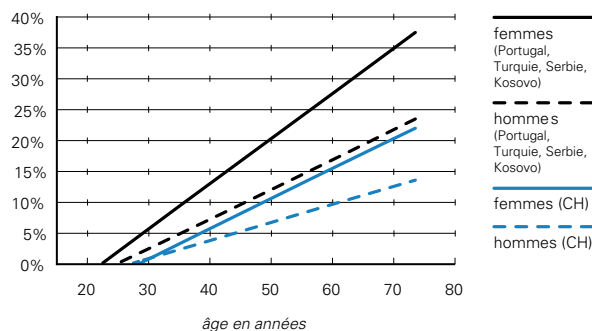
### Illustration 6 :

En traitement pour bronchite chronique, emphysème selon l'origine, l'âge et le sexe



### Illustration 7 :

En traitement pour arthrose, arthrite selon l'origine, l'âge et le sexe



### Facteurs influant sur la santé

Plusieurs facteurs ont un effet sur la santé. Les données du GMM permettent d'en cerner quelques-uns. Par exemple, l'état de santé est meilleur lorsque le niveau de formation est plus élevé. Cette corrélation est nettement plus marquée dans la population migrante que dans la population autochtone.

Plus la personne peut compter sur un soutien social, par exemple dans la famille ou le voisinage, meilleur est son état de santé. L'évaluation des données indique que le soutien social a une plus grande influence sur l'état de santé dans la population migrante que dans la population autochtone.

Il existe un lien étroit entre l'état de santé et le sentiment de maîtrise de la vie, c'est-à-dire la conviction de pouvoir gérer soi-même le cours de sa vie. Plus ce sentiment est fort, meilleur est l'état de santé. L'influence exercée par ce facteur peut être observée dans tous les groupes de population, mais elle est particulièrement marquée dans les populations migrantes.

En règle générale, les personnes qui ont une activité professionnelle sont en meilleure santé que celles qui n'en ont pas. Ce lien peut aussi s'expliquer par le fait que la maladie constitue précisément une raison d'abandonner une activité professionnelle. Les personnes migrantes n'exerçant pas d'activité professionnelle ont tendance à avoir plus de problèmes de santé que les Suissesses et les Suisses qui se trouvent dans la même situation.

Parallèlement aux facteurs généraux qui exercent une influence sur la santé, le GMM a sondé des paramètres spécifiquement liés à la problématique migratoire, à savoir la connaissance de la langue du pays d'accueil, les discriminations subies en Suisse, les épisodes de violence dans le pays d'origine et la durée de séjour en Suisse.

L'état de santé est étroitement lié au degré de maîtrise de la langue du pays. Les personnes qui possèdent de bonnes connaissances de la langue du pays d'accueil se sentent en bien meilleure santé et ont moins de problèmes physiques et psychiques que celles qui ne parlent aucune des langues nationales.

Les résultats sont moins évidents en ce qui concerne les discriminations et les épisodes de violences dans le pays d'origine. Ces derniers semblent influencer de manière notable sur la santé psychique : chez les migrantes et migrants victimes de violences ou de persécutions politiques dans leur pays d'origine, la probabilité de consulter pour dépression ou, plus généralement, pour un problème d'ordre psychique, est plus élevée.

La durée de séjour semble être un paramètre déterminant pour l'état de santé. Les migrantes et migrants

arrivés depuis peu en Suisse (durée de séjour inférieure à trois ans) sont en meilleure santé que les migrantes et les migrants d'âge correspondant qui vivent en Suisse depuis un certain temps.

### Etat de santé de la population du domaine de l'asile

Les réponses des deux groupes du domaine de l'asile ont été analysées séparément puisque ces personnes ne font pas partie de la population résidente et qu'à bien des égards, leurs conditions de vie ne peuvent pas directement être comparées à celles des autres groupes interrogés.

Ces deux groupes considèrent leur état de santé subjectif de manière très différente : les Somaliennes et Somaliens déclarent un état de santé proche de celui de la population autochtone, alors que les personnes originaires du Sri Lanka indiquent un état de santé subjectif nettement inférieur.

Afin de cerner les facteurs affectant la santé, des questions leur ont été posées sur la fréquence de leurs visites chez un médecin pour des maladies précises au cours des douze derniers mois. Les résultats ne sont pas faciles à interpréter, mais on peut dire que la population du domaine de l'asile (en particulier les personnes originaires du Sri Lanka) a tendance à davantage consulter. Comparé à la population autochtone, les Somaliens et Somaliennes ainsi que les Sri Lankais et Sri Lankaises ont plus fréquemment consulté un médecin pour des rhumes des foies, des migraines ou des dépressions.

S'agissant de maladies rénales, de bronchites chroniques, d'arthrose et d'ostéoporose, seules les personnes originaires du Sri Lanka montrent un taux de consultation supérieur à celui de la population autochtone. Dans bien des cas, les écarts sont importants. Par contre, les taux de consultation des Somaliennes et des Somaliens ne divergent guère de ceux des Suissesses et des Suisses. Un résultat inverse peut être observé en ce qui concerne l'hypertension artérielle : les Suissesses et Suisses ont été nettement plus nombreux

que la population du domaine de l'asile à consulter pour des problèmes d'hypertension artérielle.

Les personnes originaires du Sri Lanka indiquent aussi souvent que la population autochtone un problème de santé persistant ; chez les Somaliennes et les Somaliens, cela est nettement moins souvent le cas. En conséquence, les Somaliennes et les Somaliens se sentent moins fortement entravés par les problèmes de santé que les personnes originaires du Sri Lanka.

**Tableau 2 :**

Etat de santé et facteurs affectant la santé dans la population du domaine de l'asile

	Somalie	Sri Lanka	Suisse
Etat de santé subjectif : bon	86,2%	<b>45,1%</b>	89,4%
Problème de santé persistant	<b>12,2%</b>	26,8%	26,8%
Entrave du fait d'un problème de santé	21,1%	<b>63,7%</b>	24,7%
Allergies	12,0%	<b>22,5%</b>	6,3%
Hypertension artérielle	<b>5,6%</b>	<b>6,1%</b>	10,4%
Maladies rénales	2,2%	<b>4,1%</b>	0,8%
Bronchite chronique, emphysème	2,1%	<b>20,7%</b>	1,6%
Arthrose	4,8%	<b>17,7%</b>	6,1%
Dépression	<b>12,4%</b>	<b>34,6%</b>	4,4%
Migraines	<b>36,6%</b>	<b>30,4%</b>	2,6%
Ostéoporose	2,2%	<b>19,5%*</b>	1,6%

**Gras** = valeurs se distinguant de manière significative de celles des Suisses et des Suissesses

\* Une telle proportion semble irréaliste. Il est possible que les personnes interrogées n'aient pas compris ce terme médical, repris dans la traduction, et n'aient pas demandé sa signification.

### 3. Comportement de santé

#### Alimentation

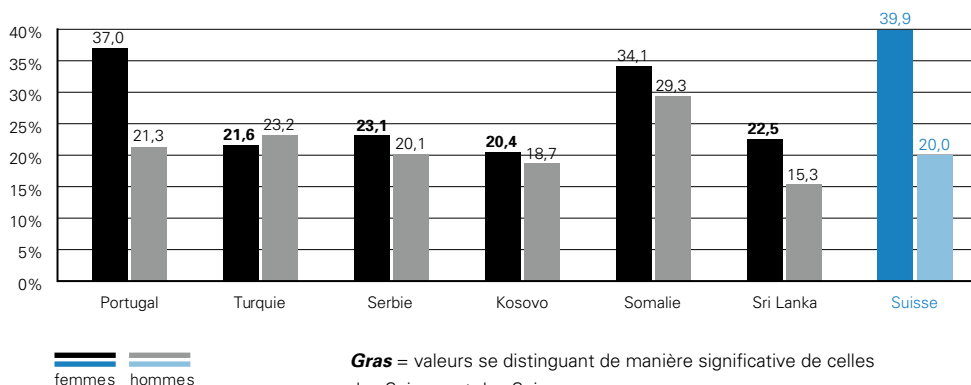
« Combien de portions de fruits et de jus de fruits consommez-vous en moyenne par jour ? Une portion correspond à un fruit de la taille d'un poing (environ 120 gr). Pour les jus de fruits, une portion correspond à un verre de taille moyenne plein. » Les habitudes alimentaires ont été déterminées au moyen de cette question et d'une question similaire pour les légumes.

On remarque d'emblée une grande différence entre les femmes et les hommes, celles-là consommant nettement plus de fruits et de légumes que ceux-ci. 39,3 % des Suissesses s'en tiennent à la recommandation de consommer au moins cinq portions de fruits et de légumes par jour, contre seulement 20 % pour les hommes. Une différence aussi marquée entre les sexes se retrouve uniquement dans la population migrante originaire du Portugal (37 % et 21,3 %). Dans les groupes de migrants, environ un cinquième des femmes et des hommes consomment la ration quotidienne recommandée.

Si l'on compare les chiffres concernant la population migrante avec ceux qui se rapportent à la population suisse, on note des différences importantes chez les femmes, mais pas chez les hommes. La proportion des femmes kosovares, turques et serbes qui consomment la ration quotidienne recommandée est inférieure de 16 à 19 points de pourcentage à celle des Suissesses. En revanche, il n'y a pas de différence significative entre les habitudes des Portugaises et les Suissesses.

### Illustration 8 :

Consommation recommandée de fruits et de légumes (au moins 5 portions par jour)



**Gras** = valeurs se distinguant de manière significative de celles des Suisses et des Suissesses

### Activité physique

Le pourcentage de personnes physiquement inactives est nettement plus faible dans la population autochtone que dans la population migrante. La différence est particulièrement marquée entre les Suissesses et les migrantes. La proportion de Suissesses ne faisant pas d'exercice physique est de 12,7 %. Elle se monte à 42,4 % chez les Portugaises, 40,4 % chez les femmes serbes, 34,6 % chez les Turques et 27,8 % chez les Kosovares. Des différences considérables existent également chez les hommes ; les hommes issus de la migration sont plus souvent physiquement inactifs que les Suisses. Il convient toutefois de relever que l'activité physique renvoie aux loisirs et que le temps qui y est consacré pendant le temps libre peut aussi dépendre de la pénibilité d'une activité professionnelle ou des travaux ménagers.

Dans la population relevant du domaine de l'asile, on observe que les personnes physiquement inactives sont

également plus nombreuses par comparaison avec les Suisses et les Suissesses.

### Surpoids

Les cas de surpoids importants sont plus fréquents dans la population migrante que dans la population autochtone. Alors que 7,3 % des Suissesses souffrent d'un surpoids important, les chiffres correspondants passent à 13,2 % chez les Portugaises, 14,1 % chez les Kosovares, 18,3 % chez les Turques et 23,5 % chez les femmes serbes. Chez les hommes, un surpoids important concerne 8,7 % des Suisses, 14,5 % des Portugais et 21,2 % des Serbes. On ne relève pas de différences significatives par rapport aux Suisses chez les hommes originaires du Kosovo ou de Turquie. Ces chiffres sont pour la plupart restés stables par rapport aux données du GMM I de 2004.

**Tableau 3 :**

Personnes en surpoids ou en surpoids important selon l'origine et le sexe

		Surpoids IMC 25 ≥ IMC < 30	Surpoids important IMC ≥ 30
Portugal	Femmes	25,5%	<b>13,2%</b>
	Hommes	37,9%	<b>14,5%</b>
Turquie	Femmes	<b>32,3%</b>	<b>18,3%</b>
	Hommes	41,5%	12,5%
Serbie	Femmes	22,1%	<b>23,5%</b>
	Hommes	45,3%	<b>21,2%</b>
Kosovo	Femmes	26,9%	<b>14,1%</b>
	Hommes	46,8%	13,7%
Somalie	Femmes	<b>34,3%</b>	<b>27,7%</b>
	Hommes	<b>15,1%</b>	10,6%
Sri Lanka	Femmes	19,6%	6,4%
	Hommes	<b>25,1%</b>	11,7%
Suisse	Femmes	19,7%	7,3%
	Hommes	37,3%	8,7%

**Gras** = valeurs se distinguant nettement de celles des Suisses et des Suissesses

Concernant le surpoids, les différences sont minimales entre les groupes interrogés qui relèvent du domaine de l'asile et la population autochtone. Si les personnes originaires de Somalie sont davantage représentées dans la catégorie « surpoids important », les Suisses et les Suissesses sont plus nombreux dans la catégorie « surpoids ».

### Consommation d'alcool

Les taux d'abstinence des femmes, toutes origines confondues, sont nettement plus élevés que ceux des hommes. 15,5 % des Suissesses ne boivent absolument pas d'alcool, contre seulement 7,6 % des Suisses. 51,8 % des Portugaises sont abstinentes, contre 16,4 % pour les Portugais. Avec 75,4 %, le taux d'abstinence est aussi nettement plus élevé chez les Turques que chez les Turcs (51,1 %). Il en va de même pour les Kosovares (82,7 %) par rapport aux Kosovars (47,1 %) et pour les femmes serbes (47,2 %) par rapport à leurs concitoyens (30,6%).

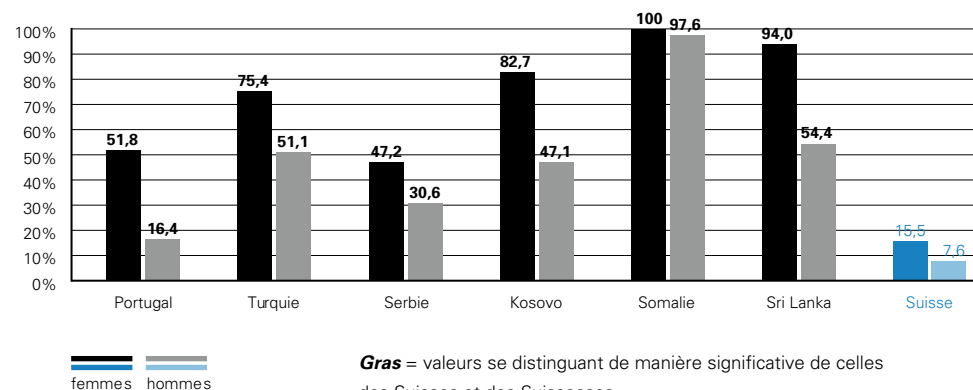
Les différences sont également importantes entre la population autochtone et la population migrante. Elles sont particulièrement marquées entre les Suissesses et les migrantes : l'abstinence est notablement plus grande chez ces dernières. Les Suisses présentent eux aussi des taux d'abstinence nettement inférieurs à ceux des migrants interrogés. Avec 8,8 %, l'écart le plus faible est mesuré par rapport aux Portugais. La différence la plus importante est observée par rapport aux Turcs, dont le taux d'abstinence dépasse de 43,5 % celui des Suisses. Alors que les taux d'abstinence dans la population migrante sont restés stables au fil des ans (comparaison GMM I et GMM II), le nombre de Suissesses et de Suisses totalement abstinents a baissé. Les différences entre les sexes et les origines s'expriment aussi dans la fréquence avec laquelle les personnes interrogées déclarent boire cinq verres ou plus (hommes) ou quatre verres ou plus (femmes) d'alcool d'affilée (ivresse ponctuelle). Toutes origines confondues, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à déclarer qu'elles ne boivent jamais quatre verres ou plus à la suite. Parallèlement, le nombre de

Suissesses (52,5 %) et de Suisses (38,4 %) qui affirment ne jamais s'enivrer est nettement inférieur à celui des populations migrantes interrogées.

Les personnes du domaine de l'asile boivent nettement plus rarement de l'alcool que la population autochtone. En particulier, le taux des personnes abstinentes y est élevé : il atteint pratiquement 99 % chez les Somaliennes et les Somaliens et deux tiers dans la population migrante originaire du Sri Lanka.

Illustration 9 :

Taux d'abstinents selon l'origine et le sexe



**Gras** = valeurs se distinguant de manière significative de celles des Suisses et des Suissesses

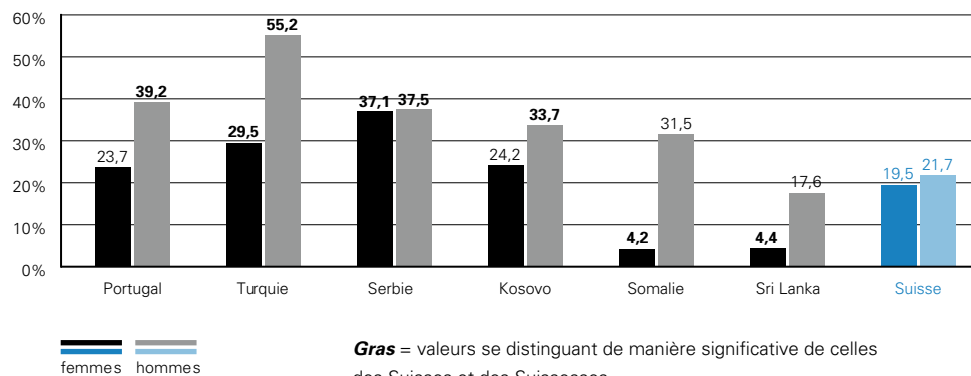
### Consommation de tabac

A l'exception des femmes serbes, dont la consommation de tabac (37,1 %) est pratiquement identique à celle de leurs concitoyens (37,5 %), les femmes consomment quotidiennement moins de tabac que les hommes. 21,7 % des Suisses fument quotidiennement, contre 19,5 % pour les Suissesses. Par comparaison, les Suisses sont nettement moins nombreux à fumer quotidiennement que les migrants. La différence est particulièrement marquée par rapport aux Turcs. Dans cette population, les fumeurs quotidiens représentent 55,2 % de l'échantillon, autrement dit 33,5 points de pourcentage de plus que les Suisses. Les Serbes (+15,8 %) et les Portugais (+17,5 %) indiquent également des taux de fumeurs nettement plus élevés. S'agissant des Suissesses, leurs habitudes tabagiques ne se distinguent guère de celles des



### Illustration 10 :

Consommation quotidienne de tabac selon l'origine et le sexe



Kosovares et des Portugaises. Avec respectivement +17,6 % et +10 %, les femmes serbes et turques sont par contre nettement plus nombreuses que les Suissesses à fumer quotidiennement.

**Gras** = valeurs se distinguant de manière significative de celles des Suisses et des Suissesses

Dans les groupes relevant du domaine de l'asile, on observe que les femmes venant du Sri Lanka ou de Somalie fument plus rarement que les Suissesses. Chez les hommes, par contre, on ne note pas de différence notable.

### Examens préventifs

En moyenne, la population migrante passe relativement moins souvent des examens préventifs que la population autochtone. Cependant, les groupes interrogés ne se distinguent pas tous de la population autochtone.

*Examens de la prostate* : dans la tranche d'âge des 35 à 49 ans, il n'y a pas de différence significative entre les taux d'examen de la prostate chez les Portugais (23,2 %), les Turcs (23,7 %) et les Suisses (24,3 %). Les taux sont en revanche nettement inférieurs chez les Serbes (5,5 %) et les Kosovars (3,2 %). Dans la tranche d'âge des 50 à 74 ans, les migrants sont nettement moins nombreux à pratiquer cet examen que les Suisses.

*Mammographie* : les différences relatives aux mammographies sont similaires à celles qui concernent l'examen de la prostate. Alors que les données correspondant aux Turques (41,2 %) ne divergent pas sensiblement de celles des Suissesses (46,3 %), un nombre nettement moins important de femmes serbes (35,7 %) et kosovares (28,6 %) se sont soumises à un tel examen. Chez les Portugaises, cette proportion est notablement plus élevée (54,5 %).

*Examen des selles* : 28,6 % des Suissesses n'ont jamais subi d'examen de selles, contre 31,1 % pour les hommes. Les taux correspondants pour les Portugaises, les Portugais, les Kosovares et les Kosovars ne montrent pas de différences significatives. Par contre, un nombre sensiblement plus élevé de Turques (46,1 %) et de Turcs (44,6 %) et moins élevé de femmes serbes (14,1 %) et d'hommes serbes (17,1 %) ont subi au moins une fois dans leur vie un examen des selles.

*Endoscopie* : un peu plus d'un cinquième de la population autochtone n'a jamais subi d'endoscopie. Des différences sensibles entre la population autochtone et la population migrante peuvent uniquement être observées pour la population serbe, avec seulement 8,8 % d'endoscopies pratiquées.

La population somalienne du domaine de l'asile passe en général moins d'examens préventifs que les Suissesses et les Suisses. Il est frappant de constater qu'aucun Somalien n'a subi d'examen de la prostate et que seulement 24,7 % des Somaliennes ont passé une mammographie (contre environ 50 % pour les Suissesses). La population sri lankaise du domaine de l'asile passe aussi plus rarement ces deux examens préventifs que la population autochtone. Cette tendance n'est cependant pas constante : les taux d'endoscopies et d'examens des selles ne présentent pas de différences marquées entre les deux groupes du domaine de l'asile et la population autochtone. S'agissant des examens préventifs, il convient de préciser que les données ont parfois été établies à partir d'un petit nombre de cas

## 4. Compétences en matière de santé

(en particulier pour les questions qui n'ont été posées qu'aux personnes de plus de 40 ans). Les résultats doivent donc être interprétés avec prudence.

### **Qu'est-ce que les compétences en matière de santé ?**

Il s'agit de l'aptitude de la personne à prendre au quotidien des décisions qui ont un effet positif sur la santé. Les compétences en matière de santé aident les individus à vivre sainement et à mettre en œuvre leur conception de la santé.

Le monitoring des compétences en matière de santé permet de recenser la manière dont elles se répartissent au sein d'une population considérée et de mesurer leur évolution au fil du temps. Il n'est malheureusement pas possible de procéder ici à des comparaisons directes entre la population migrante et la population autochtone étant donné que les questions touchant à ce domaine ne font pas partie de l'Enquête suisse sur la santé. Elles ont été développées et regroupées pour le GMM II.

### **Evaluer les symptômes et remettre en question les informations**

Les compétences en matière de santé ont été mesurées de différentes manières dans le cadre du GMM II. Par exemple, il a été demandé aux personnes interrogées si, sur la base de certains symptômes, il y avait lieu de demander une aide médicale ou psychologique. Les réponses fournies ont ensuite été comparées à celles de professionnels. Les valeurs moyennes obtenues varient selon l'origine et le sexe des personnes. Sur 12 points qu'il était possible d'obtenir, les Portugaises et les Portugais ont réalisé une moyenne de 7,7 points, les Turques et les Turcs de 7,3 points, les Serbes, femmes et hommes, de 7,6 points et les

**Tableau 4 :**  
Recherche d'informations supplémentaires lorsque l'information fournie ne convainc pas, selon l'origine et le sexe

Kosovares et Kosovars de 6,8 points. Toutes origines confondues, excepté le Kosovo, on note davantage d'hommes que de femmes dans la catégorie « faibles compétences en matière de santé » (0-5 points).

		Jamais	Rarement/Parfois	Souvent/Toujours
Portugal	Femmes	14,9%	42,5%	42,6%
	Hommes	30,2%	35,7%	34,0%
Turquie	Femmes	18,2%	31,9%	49,9%
	Hommes	15,0%	36,2%	48,7%
Serbie	Femmes	19,0%	35,3%	45,7%
	Hommes	30,6%	22,1%	47,3%
Kosovo	Femmes	19,7%	36,0%	44,3%
	Hommes	26,5%	36,6%	37,0%
Somalie	Femmes	49,5%	24,8%	25,8%
	Hommes	36,4%	24,6%	39,1%
Sri Lanka	Femmes	9,2%	31,1%	59,7%
	Hommes	11,1%	37,0%	52,0%

### Comprendre et se faire comprendre lors d'une consultation médicale

Pour ce qui est de l'appréciation subjective des compétences en matière de santé, des questions ont été posées sur l'interaction avec le médecin. Un pourcentage élevé de personnes déclare être sûres, voire très sûres, lors du choix d'un médecin. La communication directe avec le médecin pose toutefois des problèmes à un grand nombre de migrants et de migrantes. Selon les groupes, 12 % à 45 % des personnes interrogées disent qu'elles ne parviennent « jamais », ou alors qu'elles parviennent « rarement » ou « parfois » à se faire comprendre du médecin. Dans 14 % à 44 % des cas, elles ne comprennent « jamais », ou comprennent « rarement » ou « parfois » ce que veut dire dit le médecin. On relève pour ces deux questions, que les femmes turques sont nettement les plus nombreuses

à déclarer ne jamais parvenir à se faire comprendre par le médecin (9,3 %) ou ne jamais comprendre les informations fournies par lui (10,5 %). Des questions ont également été posées sur la manière de se procurer des informations ; par exemple, la personne se pose-t-elle des questions sur les recommandations du médecin, recherche-t-elle des compléments d'information avant ou après la visite chez le médecin ? L'esprit critique face aux recommandations et aux informations reçues n'est manifestement pas encore la norme. Seulement 34 à 50 % des personnes interrogées recherchent d'autres informations quand les renseignements fournis par le médecin sont peu convaincants.

### Compétences en matière de santé des personnes du domaine de l'asile

La population du domaine de l'asile sait-elle reconnaître les symptômes de maladie qui requièrent une visite chez le médecin ? L'évaluation faite par la population interrogée est moins bonne que celle des autres groupes. En moyenne, les Somaliens et Somaliennes ont correctement évalué 5,4 des 12 symptômes proposés et les Sri Lankais et Sri Lankaises 5,6 sur 12. Plus de la moitié des personnes (Somalie: 51,7 %, Sri Lanka: 52,4 %) n'a réussi à évaluer correctement que cinq symptômes, voire moins. Cette proportion est nettement supérieure à celle que l'on retrouve dans les autres groupes (moins d'un cinquième des personnes dans ce cas). Pour les symptômes physiques comme pour les symptômes psychiques, la population du domaine de l'asile n'est que très moyennement en mesure d'apprécier si l'intervention d'un médecin est nécessaire ou pas. En outre, cette population tend à sous-estimer les symptômes psychiques qui, par conséquent, ne donnent guère lieu à une consultation chez un médecin. Par conséquent, la propension à consulter un médecin pour des problèmes psychiques est nettement moindre dans la population du domaine de l'asile que dans les autres groupes interrogés.

## 5. Recours aux prestations médicales

La communication entre les personnes interrogées du domaine de l'asile et le corps médical constitue un problème majeur. A peine plus d'un tiers des Somaliennes et des Somaliens et rien qu'un quart des personnes originaires du Sri Lanka parviennent à se faire comprendre suffisamment bien des médecins. Les autres n'y arrivent pas, ou alors parfois seulement. Les difficultés sont tout aussi grandes quand il s'agit de vraiment comprendre les instructions du médecin ou les questions qu'il pose.

### Consultations chez un médecin, en général

Dans les douze mois qui ont précédé l'interview, les femmes ont, dans l'ensemble, été plus nombreuses à consulter un médecin, dentistes exceptés, que les hommes. Cette tendance vaut pour toutes les origines, à l'exception des personnes venant du Kosovo. Dans ce groupe, les hommes consultent un peu plus souvent que les femmes. Il n'y a pas de différences systématiques entre la population migrante en général et les personnes d'origine suisse. Un nombre pratiquement identique de Turques (83,4 %) et de Turcs (71,5 %) et de Suissesses (85,6 %) et de Suisses (72 %) ont consulté un médecin pendant la période considérée. Les Portugais (69,6 %) et les femmes serbes (81,2 %) ne se distinguent pas non plus de manière significative des groupes de comparaison. Par contre, les femmes portugaises (79 %) et tout particulièrement les femmes (46,2 %) et les hommes (53,1 %) originaires du Kosovo ont nettement moins souvent consulté un médecin que les Suissesses et les Suisses pendant la période sous revue.

Les Suissesses qui ont consulté un médecin pendant la période considérée l'ont fait à cinq reprises en moyenne. Avec 4,6 consultations, les Suisses sont légèrement en dessous. Les habitudes des personnes d'origine migrante ne varient pas systématiquement de celles de la population autochtone. Avec 3,6 consultations, seuls les Portugais montrent des valeurs un peu inférieures à celles des Suisses. Quant aux femmes turques, elles ont consulté un médecin plus fréquemment que les Suissesses (en moyenne 7,8 consultations).

### Consultation chez le médecin de famille

Les Suisses ont vu leur médecin de famille en moyenne 2,6 fois, les Suissesses 2,5 fois pendant la période sous revue. Alors que les habitudes de la population migrante d'origine portugaise et des hommes venant de Serbie ne se différencient pas de celles de la population autochtone, les femmes turques (5,9), leurs compatriotes masculins (5,2), les femmes serbes (4,1), les hommes serbes (3,8) de même que les femmes kosovares (5,2) consultent plus fréquemment leur médecin de famille.

### Gynécologue

Les femmes d'origine migrante ont vu en moyenne leur gynécologue à la même fréquence que les Suissesses.

**Tableau 5 :**

Fréquence des consultations au cours des douze derniers mois, selon l'origine et le sexe

		Médecin (dentiste excepté)	Médecin de famille	service d'urgence, service ambulatoire hospitalier, policlinique
Portugal	Femmes	5,0	3,2	<b>3,6</b>
	Hommes	<b>3,6</b>	2,9	3,3
Turquie	Femmes	<b>7,8</b>	<b>5,9</b>	<b>3,0</b>
	Hommes	6,7	<b>5,2</b>	3,3
Serbie	Femmes	6,3	<b>4,1</b>	1,8
	Hommes	5,0	<b>3,8</b>	3,9
Kosovo	Femmes	6,2	<b>5,2</b>	3,1
	Hommes	4,3	4,4	2,4
Somalie	Femmes	9,5	<b>8,5</b>	<b>14,6</b>
	Hommes	8,1	<b>7,8</b>	<b>4,2</b>
Sri Lanka	Femmes	6,1	<b>4,8</b>	<b>5,3</b>
	Hommes	4,7	<b>4,3</b>	<b>8,4</b>
Suisse	Femmes	5,0	2,5	1,8
	Hommes	4,6	2,6	2,0

**Gras** = valeurs se distinguant de manière significative de celles des Suisses et des Suissesses

### Services d'urgence, policliniques et services hospitaliers ambulatoires

On relève que parmi les populations migrantes interrogées certaines sollicitent plus fréquemment que les Suissesses et les Suisses les services d'urgence, les policliniques et les services hospitaliers ambulatoires. Les écarts sont toutefois peu importants.

### Utilisation du système de santé par la population du domaine de l'asile

Quelles sont les prestations médicales sollicitées par les personnes interrogées du domaine de l'asile et à quelle fréquence ? Environ trois quarts d'entre elles annoncent au moins une visite chez un médecin pendant la période considérée, ce qui correspond aux valeurs enregistrées pour la population autochtone. Le nombre de consultations effectuées ne diverge pas non plus de celui des Suissesses et des Suisses.

Des différences significatives existent cependant entre la population du domaine de l'asile et la population autochtone pour ce qui est du recours aux services d'urgence, aux services ambulatoires hospitaliers et aux policliniques. Le nombre de personnes qui se sont rendues dans un établissement de ce type pendant l'année considérée n'est guère différent. Dans l'ensemble toutefois, la population du domaine de l'asile indique un nombre de consultations nettement plus élevé que la population autochtone.

## 6. Conclusion et perspectives

Résumons, pour terminer, les principaux résultats du deuxième monitoring de la santé de la population migrante :

- Comparaison faite avec la population autochtone, les migrantes et les migrants établis depuis un certain temps en Suisse décrivent leur état de santé en termes nettement plus négatifs.
- Les personnes qui ont immigré depuis peu sont en meilleure santé que celles établies depuis plus longtemps en Suisse.
- La population migrante âgée et de sexe féminin a davantage de problèmes de santé.
- Les migrantes et les migrants sont plus souvent traités pour une dépression ou des migraines que la population autochtone. Cette observation vaut pour les personnes originaires de Turquie et du Portugal, pour les Somaliennes et les Somaliens et pour les personnes de langue tamoule.
- Aux paramètres qui influencent la santé de l'ensemble de la population (niveau de formation, activité professionnelle, etc.) s'ajoutent certains facteurs spécifiquement liés à la migration, qui expliquent en partie les différences observées entre la population migrante et la population suisse. Par exemple, une bonne connaissance de la langue du pays d'accueil va de pair avec un meilleur état de santé.
- Les populations migrantes interrogées consomment nettement moins d'alcool que la population autochtone ; le taux de fumeurs est toutefois plus élevé. En matière d'alimentation et d'activité

physique, leurs habitudes tendent à être moins saines que celles des Suissesses et des Suisses. Un nombre sensiblement plus élevé de migrantes et de migrants souffrent d'un surpoids important.

- Par rapport aux autres groupes interrogés, les compétences en matière de santé de la population du domaine de l'asile sont plutôt faibles. Cette population a aussi de très grandes difficultés à se faire comprendre des médecins et à les comprendre.
- Les migrantes et les migrants consultent plus fréquemment leur médecin de famille que la population autochtone ; dans l'ensemble toutefois, le nombre de consultations n'est pas plus élevé.

#### **Observe-t-on une évolution depuis la première enquête de 2004 ?**

Un monitoring effectué à intervalles réguliers permet de constater une évolution au fil des ans. Comment l'état de santé de la population migrante s'est-il modifié depuis 2004 ? Remarques générales : des données collectées à seulement deux reprises sont difficiles à interpréter ; pour pouvoir dégager des tendances à plus long terme, deux collectes de données ne suffisent pas. Il est également difficile d'effectuer des comparaisons directes entre le GMM I et le GMM II étant donné que les échantillons des deux monitorings ne sont pas identiques. En 2004, des personnes de l'ex-Yougoslavie avaient été interrogées, une catégorie qui n'existe plus dans le registre des étrangers de 2010. En lieu et place, des personnes venant du Kosovo et de Serbie ont été interviewées. Un certain nombre de questions du GMM II sont différentes de celles du GMM I ; elles ont été formulées par analogie à l'ESS 07. L'élaboration du questionnaire a accordé une priorité absolue à la comparabilité du GMM II et de l'ESS 07. Ainsi, les données du GMM II portant sur l'état de santé des personnes ne peuvent être comparées que sous réserve avec celles du GMM I.

Lorsque les deux enquêtes se prêtent à une comparaison, on voit qu'il n'y a pas de modifications significatives. Les changements médicaux : comparé à 2004, la population migrante interrogée a tendance à consulter plus rarement un médecin. Certains groupes indiquent des différences marquées, par exemple les personnes originaires du Sri Lanka : en 2004, 27,3 % d'entre elles déclaraient s'être rendues dans un service d'urgence, un service ambulatoire hospitalier ou une policlinique, contre seulement 14,8 % en 2010.

#### **Recherche future**

De nouvelles données amènent toujours de nouvelles interrogations. Pourquoi les migrants et migrantes qui arrivent en Suisse sont-ils en meilleure santé que les Suisses et les Suissesses ? Pourquoi l'état de santé des populations migrantes installées depuis plus longtemps en Suisse est-il moins bon que celui de la population autochtone ? Pourquoi les migrantes sont-elles en moins bonne santé que les migrants ? Pourquoi les Turques et les Turcs vivant en Suisse ont-ils davantage de problèmes de santé ? Dans quelle mesure l'identité culturelle des personnes interrogées peut-elle expliquer les réponses données ? Il est à espérer qu'en affinant l'analyse des données des GMM, en combinant les jeux de données et en approfondissant la recherche qualitative, les études à venir pourront répondre à ces questions et à bien d'autres interrogations. Sur demande, les chercheuses et les chercheurs que ce sujet intéresse peuvent consulter les jeux de données du GMM. Les résultats de la présente recherche et ceux d'études futures participeront à l'élaboration des projets ciblés dans les domaines de la prévention et de la promotion de la santé, de rendre le système de santé accessible à tous les groupes de population, et enfin, de donner à toutes et à tous les mêmes chances de vivre sainement.





## Impressum

© Office fédéral de la santé publique (OFSP)

Editeur : Office fédéral de la santé publique

Date de publication : avril 2012

Publication également disponible en allemand.

Rédaction : Karin Gasser

Mise en page : grafik.trieb, 2503 Biel/Bienne

Photos : © Hansueli Trachsel, Bremgarten et INTERPRET, Berne

Cette publication est une version abrégée du rapport :

Guggisberg, Jürg et al. (2011). Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (GMM) in der Schweiz. Rapport final, août 2011.

Informations supplémentaires :

OFSP, Unité de direction Politique de la santé, Programme national migration et santé, [migrationundgesundheit@bag.admin.ch](mailto:migrationundgesundheit@bag.admin.ch), [www.miges.admin.ch](http://www.miges.admin.ch)

Source d'approvisionnement :

OFCL, Vente des publications fédérales, 3003 Berne

[www.publicationsfederales.admin.ch](http://www.publicationsfederales.admin.ch)

Numéro d'Article OFCL : 316.201.f

Numéro de publication OFSP : 04.12 GP 1'000 d 500 f 30EXT1202 287629/2

Imprimé sur papier blanchi sans chlore