

Actualités OFS



14 Santé

Neuchâtel, octobre 2020

Enquête suisse sur la santé 2017

État de santé de la population issue de la migration

Qu'en est-il de l'état de santé des personnes issues de la migration par rapport à celui de la population autochtone? Existe-t-il des liens de cause à effet entre l'origine migratoire et l'état de santé, les comportements en matière de santé et l'utilisation des services de santé? Avec l'accroissement de la population issue de la migration, il devient toujours plus important de disposer de données concernant son état de santé et la manière dont elle fait appel au système de santé.

En 2017, la population issue de la migration (voir encadré) représentait 37,2% de la population résidante permanente âgée de 15 ans et plus en Suisse. Un bon tiers de ces personnes possédaient la nationalité suisse. 81% de la population issue de la migration appartenait à la première génération, qui comprend avant tout des personnes nées à l'étranger.

Il est important de savoir si la population issue de la migration est confrontée à des problèmes particuliers en rapport avec son état de santé et son accès à l'offre de notre système de santé. Désireux de clarifier ces questions, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a commandé auprès du bureau d'études de politique du travail et de politique sociale BASS une étude consacrée aux différences et spécificités en matière d'état de santé au sein de la population issue de la migration. La présente publication s'appuie en grande partie sur cette étude¹. Selon l'OMS, les disparités sociales sont une des raisons principales expliquant les différences en termes d'état de santé, les personnes migrantes ayant parfois un niveau de formation et un statut professionnel inférieurs à celui de la population autochtone. La population

issue de la migration est toutefois hautement hétérogène, tant du point de vue de son origine géographique et ethnique que de son statut social et, critère indissociable, de sa participation à la vie culturelle, économique et sociale. Tous ces facteurs se traduisent par une grande variabilité tant dans l'état de santé que dans les besoins en matière de soins.

Population issue de la migration

Sur la base des recommandations de l'ONU, l'OFS a établi une typologie de la population suisse par statut migratoire. La notion de population issue ou non de la migration remplace la distinction faite jusqu'ici entre populations de nationalité suisse ou étrangère et permet de tenir compte du fait qu'une personne a soit elle-même immigré, soit a des liens indirects avec la migration par l'intermédiaire de la précédente génération. La catégorie comprend donc toutes les personnes de nationalité étrangère, mais également les personnes naturalisées (sauf lorsque les deux parents sont nés en Suisse), ainsi que les Suisses de naissance dont les deux parents sont nés à l'étranger.

Étant donné que l'enquête suisse sur la santé (ESS) se base sur des interviews téléphoniques, il n'a pas été possible d'interroger les personnes ne disposant pas d'une maîtrise suffisante de l'une des langues nationales ou sans autorisation d'établissement. Les résultats ne sont donc pas représentatifs de l'ensemble de la population migrante, et notamment pas des personnes en situation de séjour particulièrement précaire (requérants d'asile, sans-papiers).

¹ Jürg Guggisberg, Hugo Bodory, Dominic Höglinger, Severin Bischof, Melania Rudin (2020). Santé de la population migrante. Résultats de l'enquête suisse sur la santé 2017. Étude réalisée sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP): bureau d'études de politique du travail et de politique sociale BASS.

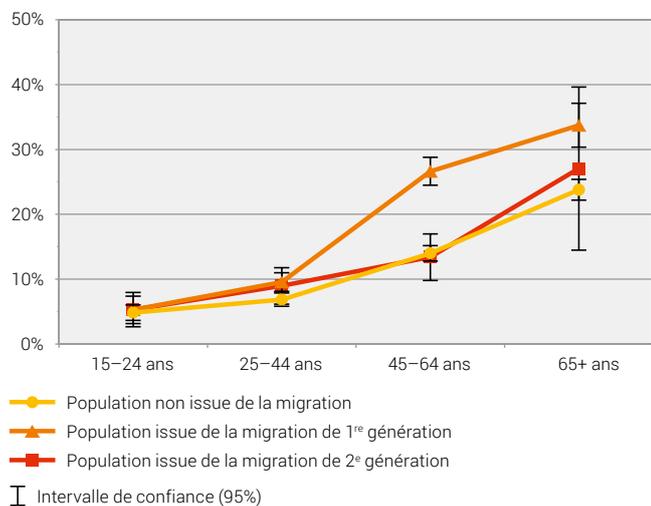
État de santé et effet dit du «migrant en bonne santé»

Pour évaluer l'état de santé de la population issue de la migration, on peut commencer par examiner les indicateurs généraux ayant trait à l'état de santé de la population. En 2017, 16% de la population suisse déclarait son état de santé comme «moyen» à «très mauvais». Pour presque toutes les catégories de personnes issues de la migration, cette proportion est plus élevée qu'au sein de la population autochtone. Les différences ne sont toutefois pas les mêmes en fonction de la classe d'âge considérée, et les contrastes sont nettement plus marqués parmi les 45 ans et plus (G1). On attribue généralement cela à l'effet dit du «migrant en bonne santé». Les tenants de cette thèse considèrent que la migration induit un processus de sélection, et que ce sont principalement les personnes actives et en bonne santé qui émigrent. Les avantages observés au sein de ces populations immigrées tendent toutefois à s'estomper au fil de leur séjour dans le pays d'accueil. L'ESS étant une enquête transversale, elle ne permet pas de dire avec certitude si cette accentuation graduelle de l'écart est corrélée avec des effets de cursus, de cohorte ou de sélection. On constate en effet qu'à mesure que se prolonge le séjour des personnes migrantes, leur état de santé tend à se dégrader, et que la différence s'accroît par rapport à la population non issue de la migration.

Personnes déclarant un état de santé moyen ou (très) mauvais, selon le statut migratoire, en 2017

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G1



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© OFS 2020

Différence des risques ajustée

La différence des risques correspond à la différence entre la probabilité moyenne (de contracter une maladie, p. ex.) pour les groupes de population issue de la migration par rapport aux personnes non issues de la migration.

La composition sociodémographique de chacune des catégories considérées est contrôlée à l'aide de modèles d'évaluation multivariés. La différence des risques est ajustée en conséquence, ce qui signifie que les valeurs associées à chaque catégorie sont celles que l'on obtiendrait si leur composition sociodémographique était identique et qu'elle correspondait à celle de la population générale.

Pour exclure l'influence d'éventuelles différences sociodémographiques entre les catégories de personnes examinées, il est possible de corriger les données en fonction des prévalences de risques (voir encadré). En postulant que la structure des âges et des sexes est identique, on peut représenter les différences d'état de santé entre les catégories de population considérées. Au sein des personnes migrantes de 1^{re} génération originaires d'Europe du Sud-Ouest, la prévalence des personnes jugeant que leur état de santé est moyen ou (très) mauvais est supérieure de 16 points de pourcentage à celle mesurée au sein de la population autochtone (G2). Même parmi les personnes migrantes de 2^e génération, les parts ajustées de personnes estimant que leur état de santé est moyen ou (très) mauvais sont supérieures de 3 points à celles des personnes non issues de la migration.

Pour les autres indicateurs ayant trait à la santé physique et psychique également, les migrants et les migrantes présentent des états de santé moins bons que les personnes non issues de la migration. C'est parmi les populations immigrées de la 1^{re} génération originaires d'Europe du Sud-Ouest ainsi que d'Europe de l'Est et du Sud-Est que l'on observe les différences les plus marquées: elles ont un risque de présenter des troubles physiques importants supérieur de resp. 8 et 5 points de pourcentage. Pour l'arthrose, la différence est de 7 points (1^{re} génération originaire d'Europe du Sud-Ouest) et pour les facteurs de risque de maladies cardiovasculaires², de 6 points (1^{re} génération originaire d'Europe de l'Est ou du Sud-Est).

Dans ces groupes également, plus la durée de séjour est longue et plus l'état de santé se dégrade par rapport à la population autochtone, et les deux sexes sont autant touchés l'un que l'autre par ces inégalités. Seule exception: les immigrés de 1^{re} génération originaires d'Europe du Nord et de l'Ouest, dont l'état de santé ne diffère guère de celui de la population autochtone.

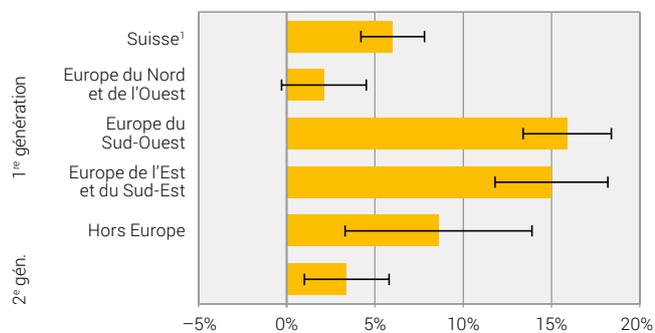
² Les facteurs de risque favorisant les affections cardiovasculaires pris en compte sont le diabète, l'hypertension et un taux de cholestérol trop élevé.

Différence de risques ajustée pour les personnes déclarant un état de santé moyen ou (très) mauvais, selon le statut migratoire, en 2017

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G2

Catégorie de référence: population non issue de la migration (valeur 0 de l'échelle). Valeurs ajustées selon l'âge et le sexe



— Intervalle de confiance (95%)

¹ personnes naturalisées nées à l'étranger et Suisses de naissance nés à l'étranger dont les deux parents sont nés à l'étranger

Le graphique illustre la différence entre le risque moyen d'avoir un état de santé moyen ou (très) mauvais entre différents groupes de population issue de la migration par rapport à la population non issue de la migration.

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS), calculs du BASS

© OFS 2020

La répartition inégale des ressources entraîne une aggravation de la détresse psychologique

Pour ce qui touche à la santé psychique, la population issue de la migration semble ressentir davantage de détresse psychologique et ce, dans presque tous les groupes de nationalités. Environ 4% de la population souffre de détresse psychologique élevée³. Chez les migrants de la 1^{re} génération originaires d'Europe du Sud-Ouest ainsi que d'Europe de l'Est et du Sud-Est, cette détresse psychologique est plus marquée, de respectivement 9 et 6 points, qu'au sein de la population autochtone (G3) et les symptômes dépressifs sont plus fréquents de respectivement 8 et 5 points. Même les personnes de la 2^e génération et les personnes naturalisées de la 1^{re} génération souffrent davantage de détresse psychologique élevée (+3 points de pourcentage) et d'états dépressifs (+5 points). La détresse psychologique plus marquée peut être liée au vécu de ces personnes dans leur pays d'origine, à leur expérience de la migration, ou aux discriminations qu'elles ont pu subir ou qu'elles subissent encore.

Les différences mesurées en termes d'état de santé et de détresse psychologique sont liées aux inégalités dans la répartition des ressources. Si les différences sociales expliquent une partie des différences constatées, une autre partie est liée au statut migratoire en tant que tel. Outre le statut social, le soutien social dont jouissent les personnes semble jouer un rôle déterminant⁴. Les personnes issues de la migration ne bénéficient

³ La détresse psychologique est évaluée à l'aide de questions sur la fréquence des états émotionnels négatifs (découragement, nervosité, état dépressif) ou au contraire positifs (équilibre, bonheur).

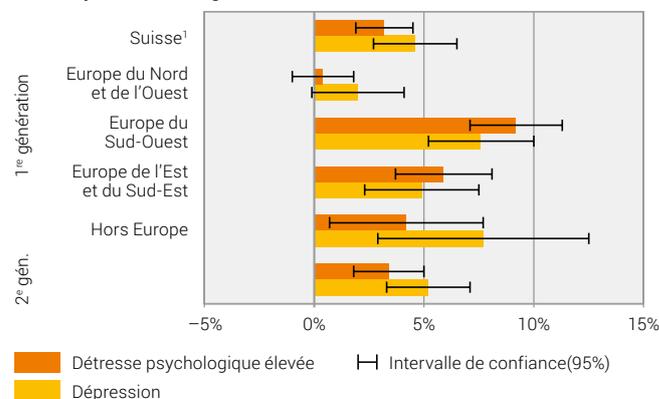
⁴ L'échelle permettant de mesurer le soutien social s'appuie sur des critères ayant trait au soutien émotionnel et matériel, ainsi que sur l'étendue du réseau social.

Différence de risques ajustée en matière de détresse psychologique élevée et de dépression, en 2017

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G3

Catégorie de référence: population non issue de la migration (valeur 0 de l'échelle). Valeurs ajustées selon l'âge et le sexe



¹ personnes naturalisées nées à l'étranger et Suisses de naissance nés à l'étranger dont les deux parents sont nés à l'étranger

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS), calculs du BASS

© OFS 2020

que d'un soutien social limité et d'un sentiment de maîtrise de leur propre vie moins solide que la population autochtone. Il existe clairement un lien entre le manque de soutien social, le statut migratoire et un état de santé moins bon d'une part et une détresse psychologique élevée d'autre part.

Nettement plus de personnes en surpoids

Le surpoids et l'obésité gagnent du terrain et représentent aujourd'hui un véritable défi de santé publique. Facteurs de risque favorisant les affections cardiovasculaires, ils tendent à augmenter avec l'âge et touchent davantage les hommes que les femmes⁵. C'est une réalité également pour la population issue de la migration (G4). Dans toutes les catégories de population issues de la migration, la proportion de personnes en surpoids est sensiblement plus élevée, à l'exception des personnes de 1^{re} génération issues d'Europe de l'Ouest ou du Nord. Les migrants de 2^e génération présentent un risque de 9 points plus élevé d'être en surpoids que les personnes non issues de la migration.

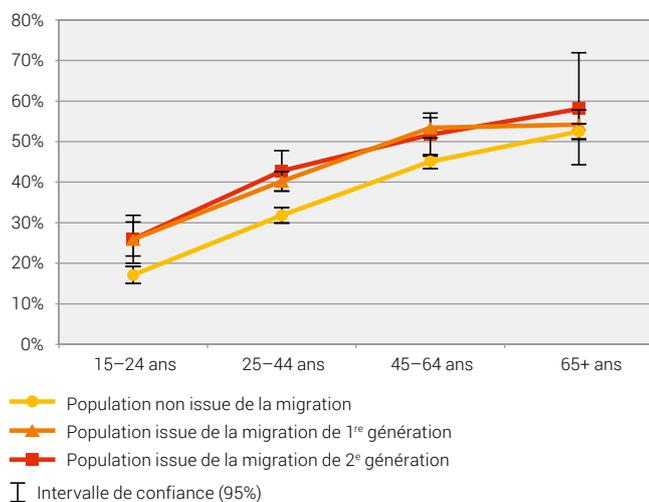
Dans la population générale, le gradient social est particulièrement marqué pour ce qui touche au surpoids. Il est intéressant de constater qu'au sein de la population issue de la migration, le surpoids semble être moins lié aux différences sociales que l'état de santé général. En particulier chez les migrants de la 2^e génération, d'autres facteurs spécifiques à la migration semblent jouer un rôle plus important.

⁵ Surpoids et l'obésité sont recensés au moyen de l'indice de masse corporelle (IMC), qui met en relation le poids et la taille. Sont en surpoids les personnes dont l'IMC est compris entre 25 et moins de 30, sont obèses celles présentant un IMC de 30 ou davantage.

Personnes en surpoids selon le statut migratoire, en 2017

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G4



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© OFS 2020

Différences de comportement dans le recours au système de soins

82% de la population s'est rendue chez le médecin au cours des 12 derniers mois et le nombre moyen de consultations est de 4,3 par an. On ne mesure dans l'ensemble que très peu de différence entre les catégories de population et il ne semble pas exister de différence systémique pour ce qui concerne l'accès aux soins. Les modes de recours aux soins, toutefois, diffèrent :

Les personnes issues de la migration optent plus souvent que la population autochtone pour un médecin généraliste et moins souvent pour un spécialiste (G5)⁶. Les migrants de 1^{re} génération originaires d'Europe du Sud-Ouest (-4 points), d'Europe de l'Est et du Sud-Est (-6 points) ainsi que de pays non européens (-10 points) consultent nettement moins souvent un spécialiste. Ces groupes recourent par ailleurs nettement plus souvent aux services d'urgence des hôpitaux (entre +3 et +7 points). Et l'écart mesuré est encore plus important chez les femmes que chez les hommes. On ne constate en revanche pas de différence pour ce qui est des admissions à l'hôpital.

Des différences notables apparaissent pour ce qui touche aux visites chez les dentistes, moins fréquemment sollicités par les migrants que par la population autochtone. Et c'est au sein des mêmes groupes de migrants que l'on mesure les écarts les plus importants (entre -6 et -12 points de pourcentage). Pas de différence significative en revanche parmi les migrants de 2^e génération ou chez les ressortissants d'Europe du Nord ou de l'Ouest. Et les différences constatées s'expliquent en grande partie par des facteurs liés au statut social.

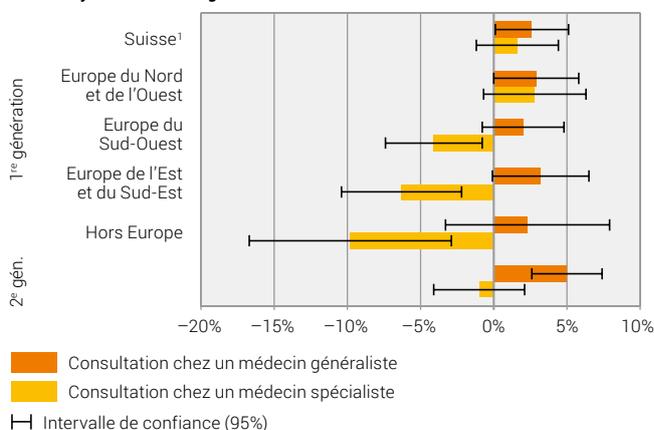
⁶ Les indicateurs ayant trait au recours aux soins, sont contrôlés en outre par l'état de santé des personnes (indicateurs de troubles physiques, facteurs de risque cardiovasculaires, symptômes dépressifs).

Différence de risques ajustée en terme de recours aux médecins généralistes et spécialistes, en 2017

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

G5

Catégorie de référence: population non issue de la migration (valeur 0 de l'échelle). Valeurs ajustées selon l'âge et le sexe.



¹ personnes naturalisées nées à l'étranger et Suisses de naissance nés à l'étranger dont les deux parents sont nés à l'étranger

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS), calculs du BASS

© OFS 2020

Conclusions

La population issue de la migration ne forme pas un groupe homogène et la caractéristique «issu de la migration» ne représente pas toujours un risque supplémentaire en termes de santé. On constate des déficits en termes santé avant tout chez les migrants de 1^{re} génération originaires d'Europe de l'Est ou du Sud-Est ainsi que d'Europe du Sud-Ouest. Et souvent, les différences constatées vont de pair avec des différences de statut social, en particulier en termes de niveau de formation. Un autre facteur influant clairement sur l'état de santé est le soutien social. Les migrants de 1^{re} génération originaires d'Europe du Nord ou de l'Ouest, qui tendent à appartenir à des catégories de main-d'œuvre hautement qualifiées et à bénéficier de bons niveaux de formation, ne se distinguent qu'à peine de la population autochtone en ce qui concerne les indicateurs de santé mesurés dans notre enquête.

Source des données :

La présente publication s'appuie sur les données de l'**enquête suisse sur la santé (ESS)**, que l'Office fédéral de la statistique réalise tous les cinq ans depuis 1992. La sixième édition de l'enquête, réalisée en 2017, a livré une nouvelle fois des informations importantes concernant la santé de la population suisse et les comportements pouvant être déterminants, ainsi que sur le recours au système de santé. Un total de 22 134 personnes vivant dans un ménage privé et âgées de 15 ans et plus ont été interrogées. Elles ont été interviewées téléphoniquement, puis priées de remplir un questionnaire papier ou en ligne. L'OFSP a augmenté l'échantillon de l'ESS 2017 de 1000 personnes supplémentaires de nationalité étrangère.

Éditeur:	Office fédéral de la statistique (OFS)
Renseignements:	gesundheit@bfs.admin.ch, tél. 058 463 67 00
Rédaction:	Marco Storni, OFS; Jürg Guggisberg, BASS; Dominic Höglinger, BASS
Série:	Statistique de la Suisse
Domaine:	14 Santé
Langue du texte original:	allemand
Traduction:	Services linguistiques de l'OFS
Mise en page:	section DIAM, Prepress/Print
Graphiques:	section DIAM, Prepress/Print
En ligne:	www.statistique.ch
Imprimés:	www.statistique.ch Office fédéral de la statistique, CH-2010 Neuchâtel, order@bfs.admin.ch , tél. 058 463 60 60 Impression réalisée en Suisse
Copyright:	OFS, Neuchâtel 2020 La reproduction est autorisée, sauf à des fins commerciales, si la source est mentionnée.
Numéro OFS:	213-1717