

Discussion Paper
8 / mars 2001

Milena Chimienti, Denise Efionayi, Stefano Losa

Caractéristiques épidémiologiques des étrangers en Suisse

	FSM SFM
<i>Remarques préliminaires</i>	2
<i>Troubles et maladies somatiques</i>	4
Morbidité générale et état de santé subjectif	4
Troubles et maladies somatiques spécifiques	5
Morbidité et mortalité périnatale	7
<i>Troubles et maladies psychiques</i>	9
Principaux problèmes psychologiques et psychiatriques	9
Situation des réfugiés et des demandeurs d'asile	12
<i>Accidents</i>	13
<i>Comportements de santé</i>	14
<i>Conclusions</i>	16
<i>Bibliographie</i>	18

Remarques préliminaires

La littérature scientifique concernant la santé des migrants en Europe est relativement récente.¹ En Suisse, les recherches se sont pourtant multipliées depuis environ dix ans, ce qui est certainement à mettre en relation avec l'évolution de l'immigration : les travailleurs étrangers ont été progressivement remplacés par des migrants au profil démographique et aux origines nationales variés. Outre le regroupement familial, la migration d'asile avec des facteurs à risque spécifiques a pris de l'ampleur. Il est donc peu surprenant que nombre d'études épidémiologiques relatives aux migrants s'intéressent en particulier aux réfugiés et aux demandeurs d'asile, qui constituent par ailleurs une minorité des étrangers en Suisse. Cependant d'autres thèmes, tels que le vieillissement des étrangers issus de l'immigration de travail avec des problèmes nouveaux, de même que les conséquences de la polarisation sociale, sont également évoqués. Comme la majorité des migrants appartiennent à des couches sociales défavorisées, ils sont davantage touchés par la précarisation des conditions de vie et de travail observée depuis un certain nombre d'années.

Mais au-delà de la **question sociale**, qui n'est pas spécifique à la situation des migrants, des études internationales ont permis d'établir une relation entre l'état de santé et le **statut légal** dans la société d'accueil. Les explications de ce lien sont complexes, dans la mesure où le statut administratif opère parfois une sélection en fonction de l'état de santé (p. ex : par le recrutement de jeunes travailleurs en bonne santé) ou alors se répercute de manière indirecte sur l'état de santé (accès limité aux soins ou aux assurances sociales, troubles dus à la situation de précarité du statut, orientation vers des branches économiques à risques). Rappelons qu'en Suisse l'octroi du permis de séjour est souvent directement lié à l'activité professionnelle, même si cette condition ne vaut pas pour le regroupement familial, qui a pris de l'ampleur. Comme les migrants ne forment pas une population homogène du point de vue légal et par rapport à leur origine (culturelle, socio-économique), il est essentiel de distinguer les différents groupes d'étrangers selon la durée du séjour, le statut administratif et/ou selon la nationalité, même si celle-ci ne reflète la situation migratoire que de manière incomplète. En effet, l'état de santé est susceptible de varier selon le statut légal des migrants, même si l'obligation de tous les résidents de s'affilier à l'assurance-maladie de base, garantit un accès aux soins de toute la population en possession d'un statut de séjour. Nous avons résumé, dans le tableau suivant, les principales catégories légales des migrants en Suisse en lien avec leurs droits.

¹ Pour une étude approfondie sur le thème Migration et santé se référer à l'ouvrage de Weiss (2001) à paraître.

Tableau 1: statut légal et droits

Statut légal	Droit de séjour	Droit de travail	Protection sociale	Accès aux soins
Réfugiés reconnus	++	++	++	++
(Travailleurs) migrants établis (C)	++	++	++	++
(Travailleurs) résidents annuels	+	+	+	++
Saisonniers / séjour de courte durée	+–	+–	+–	++
Demandeurs d’asile (N, F, S)	+–	+– / –	+–	+*
Etrangers en situation illégale	–	–	–	–

++ droits étendus ; + droits limités ; +– droits fortement limités ; – pas de droits ; * certaines limitations leur sont imposées concernant, par exemple, les prestations pour l’invalidité et le choix du médecin.

Dans ce document de travail², nous tentons de faire un tour d’horizon rapide des connaissances scientifiques concernant **l’état de santé des migrants** en Suisse, en mettant l’accent sur les particularités et les différences par rapport à la population générale. Ce survol se concentre sur la Suisse, mais comprend également quelques comparaisons avec la situation des migrants dans d’autres pays. Ce texte se focalise sur les troubles de la santé (somatiques et psychiques), ainsi que sur les accidents et les comportements en matière de santé. D’une manière générale, les catégories de migrants touchés ne peuvent souvent pas être différenciées faute de données suffisamment détaillées³. Les demandeurs d’asile ou les réfugiés seront toutefois traités spécifiquement car pour ces deux groupes, les facteurs de risques semblent s’additionner. De plus, les différences de leur état de santé apparaissent plus importantes par rapport à la population autochtone. Soulignons que les questions relatives à l’étiologie des troubles, à l’accès aux services médicaux, à l’interaction avec les intervenants, de même que les droits sociaux et conditions de vie des intéressés ne seront pas (directement) abordés, malgré l’importance incontestée de ces facteurs.

² Ce document a été réalisé afin d’obtenir un aperçu des connaissances épidémiologiques d’après la littérature, dans le cadre de l’élaboration de bases pour la stratégie (2002-2006) de l’OFSP dans le domaine “migration et santé”. Dans ce sens, ces pages ne prétendent pas avoir épuisé la problématique relative à ce thème, ni présenter un tour exhaustif de la littérature sur le sujet.

³ La terminologie utilisée ici sera basée sauf indication contraire, sur une distinction au niveau de la nationalité, séparant les Suisses des étrangers. Cette différenciation a été choisie en raison de l’absence d’information sur la trajectoire migratoire des personnes, faute de précision dans les données et d’unification de la terminologie dans la littérature. De plus, ces deux groupes ont dû, pour les mêmes raisons, être traités comme deux entités malgré l’hétérogénéité qui les compose.

Troubles et maladies somatiques

Morbidité générale et état de santé subjectif

Dans la littérature scientifique internationale, les conclusions relatives à l'état de santé des migrants sont souvent contradictoires, mais ces résultats s'expliquent en partie par la diversité des conditions de vie et des populations concernées, déjà évoquée plus haut.

Les données, concernant respectivement la morbidité générale des migrants et les différents groupes de migrants en Suisse restent très sommaires. Peu d'enquêtes systématiques ont été entreprises et celles qui existent concernant, par exemple, les consultations ambulatoires dans des polycliniques ou auprès de médecins privés, ne permettent souvent pas d'extrapoler les résultats sur un plan quantitatif, les populations de référence (dénominateur) n'étant pas connues. Il convient néanmoins de signaler que l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a commencé à récolter des statistiques hospitalières et ambulatoires relatives à la morbidité et aux causes de mortalité, qui permettent d'identifier la nationalité du patient, sur une base systématique.

Selon l'enquête suisse sur la santé (ESS) de 1992/93, l'état de santé subjectif des migrants, c'est-à-dire déclaré par les intéressés, est moins bon que celui des Suisses (Vranjes et al. 1996). Selon les déclarations des personnes interrogées, les consultations médicales sont plus nombreuses parmi les étrangers, mais la différence est seulement significative pour les hommes. Il est intéressant de souligner que les différences relevées persistent après contrôle des facteurs démographiques (âge et sexe) et sociaux. Environ 2085 étrangers des nationalités les mieux représentées en Suisse (Italie, ancienne Yougoslavie, etc.) ont répondu à l'enquête. Toutefois, seuls ceux maîtrisant une langue nationale ont pu participer et les demandeurs d'asile n'étaient pas représentés dans l'échantillon. L'ESS de 1997/98, publiée par l'Office fédéral de la statistique (OFS) (Aeblin et al. 2000), montre que l'état de santé subjectif des étrangers est toujours plus défavorable que celui des Suisses. Il semble que ce soit surtout le cas chez les femmes étrangères, et notamment chez les Italiennes. Si l'enquête révèle une augmentation des troubles physiques tant pour les Suisses que pour les étrangers par rapport à l'étude de 1992/93, il a été constaté en revanche, que le bien-être psychique a généralement subi une amélioration durant les cinq dernières années. Les traitements pour des problèmes d'ordre psychique sont cependant toujours plus fréquents dans la population étrangère. Les consultations médicales ont légèrement augmenté parmi la population suisse, alors qu'elles sont restées stables et ont même un peu diminué parmi les étrangers. L'étude attire encore une fois l'attention du lecteur sur la situation des femmes italiennes qui semble moins favorable que celle des autres et qui forment un groupe qu'il faudrait à l'avenir particulièrement observer.⁴

⁴ Dans le cadre de l'ESS 1997/98, 2038 personnes au total de nationalité étrangère et parlant au moins une langue nationale ont été interviewées. Les catégories de permis de séjour et d'origine retenues pour cette enquête sont les mêmes que pour celle de 1993: ainsi les requérants d'asile et les saisonniers ne figurent-ils pas dans l'enquête. Les étrangers comprennent le groupe des Italiens et les autres étrangers comme par

Une étude menée en **Allemagne** au début des années 1980 auprès d'un échantillon représentatif de médecins établis (N=551), a révélé que des patients étrangers, d'origine italienne, turque et yougoslave, consultaient plus souvent que les nationaux, compte tenu de la structure démographique de cette population⁵ (EVaS-Studie 1989). Ceci contredit apparemment un constat souvent établi, selon lequel les migrants se caractériseraient par une « sous-consultation » médicale. Les prestataires les plus fréquemment consultés étaient dans l'ordre les gynécologues-obstétriciens, les pédiatres, suivis des médecins généralistes et enfin des spécialistes de la médecine interne. Les migrants se rendaient en revanche moins souvent que les Allemands chez le psychiatre, mais également chez d'autres spécialistes, comme par exemple les orthopédistes. D'autres enquêtes en Allemagne montrent que des étrangers sont plus fréquemment admis dans les services stationnaires avec des troubles somatiques ou psychiques graves (Woitinas 1995). Wicker (1999) relève dans un sondage concernant l'accès aux services médicaux des réfugiés dans le **canton de Berne** que ces derniers se caractérisent vraisemblablement par une « sur-consultation », par rapport à la population générale, dans le domaine de la médecine somatique, et par une « sous-consommation » en ce qui concerne les services psychiatriques.

Les enquêtes ambulatoires et hospitalières, effectuées par l'Institut tropical de Bâle auprès de **réfugiés et demandeurs d'asile** en Suisse, ne permettent pas directement de conclure quant à la prévalence des troubles dans cette population, mais portent principalement sur les spécificités de l'interaction patient-soignant et les difficultés du suivi de ces personnes géographiquement mobiles et d'origine nationale variée (Blöchliger et al. 1998). Quant aux types de diagnostics et taux d'hospitalisation, l'étude menée aux services des urgences de l'hôpital de St-Gall ? auprès de réfugiés, dont 76% étaient originaires de l'ancienne Yougoslavie ? n'a révélé aucune différence significative par rapport au groupe de contrôle (Blöchliger et al. 1998b).

Peu d'études se sont penchées sur les conséquences du vieillissement des migrants concordant avec un séjour de longue durée, mais certains résultats mettent à jour une sorte d'effet « d'usure » qui se traduit par une santé subjective diminuée (Meyer Fehr 1988).

Troubles et maladies somatiques spécifiques

En ce qui concerne des troubles spécifiques, des statistiques régulièrement mises à jour existent concernant la prévalence des maladies infectieuses : selon Bischoff (1995), la **tuberculose** touche trois fois plus d'étrangers que de Suisses, sans compter les demandeurs d'asile (25 ‰ versus 8 ‰ en 1994). Il est à noter que cette maladie, qui parmi les Suisses atteint particulièrement les personnes âgées, est répandue parmi les jeunes migrants. Comme elle est liée à la pauvreté et à des conditions de vie précaires, il est peu surprenant que son incidence soit particulièrement élevée parmi les

exemple, l'ancienne Yougoslavie, l'Allemagne, le Portugal ou encore le « reste du monde ». Comme le précise les auteurs, cette catégorisation « ne rend pas compte de tous les facteurs culturels susceptibles d'influer sur la santé, sur les conduites et sur les attitudes dans le domaine de la santé » (Aebelin et al. 2000).

⁵ On n'a cependant pas tenu compte de la couche sociale dans cette étude.

demandeurs d'asile, mais elle touche également les travailleurs migrants de l'Europe du Sud (Loutan & Chaignat 1994). Une surmortalité due à la tuberculose a notamment été observée chez les migrants portugais en Suisse pour la période 1989-1992 (Bouchardy et al.1997).

L'ESS de 1993 relève une prévalence plus importante des **ulcères peptiques** parmi les migrants, 5% par rapport à 2% des interrogés suisses, après standardisation par sexe, âge, couche sociale et nationalité (Bischoff 1995). En revanche, les étrangers sont comparativement moins nombreux à souffrir d'hypertension (8% versus 10%). Quelques enquêtes font également allusion aux **problèmes dermatologiques** constatés plus fréquemment chez les migrants.

La **malaria** et les **hépatites** (A et B) sont également des maladies, parfois fatales, qui atteignent davantage les migrants que la population suisse, mais particulièrement les réfugiés originaires d'Afrique sub-saharienne et d'Asie. Parmi les réfugiés de certaines régions (Afrique, Asie, Turquie), des **maladies parasitaires**, surtout intestinales, ont plus fréquemment été observées (Loutan & Chaignat 1994).

Loutan et Chaignat (1994) considèrent que les risques infectieux (tuberculose, malaria, etc.), pour la population locale, sont relativement limités, grâce aux conditions climatiques, à la couverture vaccinale de la population suisse et compte tenu des contacts relativement limités entre les deux groupes.

Si certaines **maladies sexuellement transmissibles** sont plus fréquentes dans certains groupes d'étrangers, la prévalence des infections VIH parmi les migrants est globalement similaire à celle des Suisses. Des différences importantes selon la nationalité ont pourtant été observées.

Concernant les autres maladies courantes en Suisse, une analyse des causes de décès, basée sur l'enregistrement permanent effectué par l'OFS et les données du recensement (1990), révèle une situation nuancée. Les immigrés du sud de l'Europe se caractérisent par une sous-mortalité pour ce qui est des **maladies cardio-vasculaires** et des **cancers**, surtout des cancers du côlon et des poumons (Bouchardy et al.2001). D'autres types de cancers, en revanche, sont plus fréquents dans certains groupes de migrants (originaires de Europe de l'Est, d'Asie, par exemple). Des tentatives d'explication prenant en compte les modes alimentaires, les comportements à risques (alcool, tabac) et styles de vie (sédentarité) sont avancées. Il convient de noter que les taux de mortalité sont ajustés selon l'âge, le sexe et le domicile⁶, mais les biais classiques liés à la sélection des individus en bonne santé (*healthy migrant effect*) n'ont évidemment pas pu être éliminés. C'est la raison qui rend l'interprétation de la mortalité différentielle relativement malaisée.

⁶ Malheureusement aucune indication concernant la couche sociale n'était disponible dans cette étude.

*Morbidité et mortalité périnatale*⁷

La comparaison des taux de mortalité générale s'avère, comme on l'a mentionné plus haut, complexe, car ceux-ci comportent une quantité de facteurs explicatifs et ne sauraient représenter un indicateur de santé simple à comprendre. La morbidité et la mortalité périnatale permettent, voir infra, une analyse plus circonscrite. Ces deux indicateurs de santé sont également utiles pour juger de l'efficacité des mesures préventives concernant la grossesse (Weiss 2001). Ils comprennent de plus d'importantes différences entre autochtones et migrants. D'une manière générale, on constate dans différents pays européens que les taux de mortalité périnatale sont en effet plus importants pour les non-natives que pour les femmes nées dans le pays⁸ (Bollini et Siem 1995). L'importance du poids de l'enfant à la naissance est reconnue comme indicateur de bonne santé (OFS 1998). En Suisse, il n'a été introduit sur les fiches de naissance et recensé par l'OFS que depuis 1979. A cette époque déjà, les données rendaient compte d'importantes différences entre les enfants de mères autochtones et ceux de mères étrangères. Dès 2000, l'OFS dispose de statistiques annuelles et plus détaillées sur la période périnatale, décrivant entre autre l'âge et les caractères socio-démographiques de la mère ? nationalité comprise, mais sans distinction des situations de séjour ? les précédentes grossesses de la mère, les maladies et malformations, etc. à partir d'une enquête exhaustive des offices de l'état civil, des médecins et des sages-femmes.

Deux études sur la mortalité périnatale et infantile⁹ en Suisse, publiées par l'OFS en 1985 et 1990, indiquent des différences considérables entre les enfants mis au monde par des mères étrangères et ceux par des mères suisses. Les premiers ont un poids plus faible à la naissance et les résultats montrent chez eux une plus importante mortalité périnatale et infantile. Lehmann et al. (1990) montrent (en se basant sur les résultats de l'OFS de 1985) que les taux de mortalité périnatale entre 1979 et 1981 seraient environ 50% plus élevés chez les enfants de mères turques que chez ceux de mères suisses. Selon Bischoff (1995), ce taux se justifierait par la récente migration en Suisse de ce groupe. En revanche, le taux de mortalité périnatale est proche entre les enfants de mères espagnoles et ceux mis au monde par des mères suisses, ce qui s'expliquerait par le fait que beaucoup d'Espagnoles de ce groupe appartiennent à la 2^e et même à la 3^e génération (Bischoff 1995). Toutefois cette explication ne correspond pas à la situation des enfants de mères d'origine italienne qui ont un taux de mortalité périnatale plus élevé que la moyenne suisse. Enfin, les enfants mis au monde par des femmes du nord de l'Europe et des Etats-Unis ont un taux inférieur à celui des enfants

⁷ La mortalité périnatale comprend les décès depuis le 6^{ème} mois de grossesse jusqu'au 7^{ème} jour de la vie.

⁸ Nous utilisons dans ce cas la terminologie des auteurs qui disposent de données pour les différents pays européens distinguant le lieu de naissance de la mère plutôt que la nationalité.

⁹ La mortalité infantile définit les décès qui ont eu lieu entre la naissance et jusqu'avant la fin du 12^{ème} mois de vie.

de femmes suisses.¹⁰ En dehors de ces différences de mortalité périnatale et infantile entre les enfants de mères étrangères et suisses, les études de l'OFS, de 1985 et 1990, relèvent également un faible poids à la naissance chez les enfants de mères turques et italiennes, contrairement au rapport de l'OFS de 1998 (pour la période de 1986 à 1992). Dans cette troisième étude, les différences de mortalité infantile s'avèrent insignifiantes aussi bien pour les enfants de mère étrangère en général que pour ceux dont la mère est originaire d'un pays particulier. Les auteurs précisent que les données concernant les enfants de l'ancienne Yougoslavie n'ont pu être distinguées ce qui pourrait justifier ce résultat. En revanche, l'étude signale une proportion de mortalité périnatale plus élevée chez les enfants de mères turques et italiennes. Pour cette période, aucun écart significatif n'est décrit par rapport aux enfants de mère espagnole, allemande ou française.

Si en Suisse, comme dans la plupart des autres pays d'Europe, les taux de mortalité périnatale sont plus importants pour des femmes de certaines origines nationales, en Suède par contre, la situation des femmes migrantes, à ce sujet, est relativement similaire à celle des Suédoises. Par ailleurs, la Suisse représente, en comparaison de la Belgique, de la France, de l'Allemagne et bien sûr de la Suède, le pays où les différences sont les plus importantes entre les enfants mis au monde par des femmes d'origine étrangère et ceux des autochtones (cf. Bollini & Siem 1995). Ces résultats nous permettent de déduire que les taux de mortalité périnatale entre enfants de mères étrangères et ceux de mères autochtones diffèrent non seulement en fonction du pays d'origine des migrantes, mais aussi par rapport aux pays d'accueil et aux conditions qui sont réservées aux femmes étrangères dans celui-ci : au niveau notamment d'une prévention adaptée aux besoins et de leur niveau d'intégration.

On ne dispose pas, à notre connaissance, de données sur les facteurs explicatifs concernant les différences de mortalité périnatale entre nationaux et non-nationaux. On suppose que cette mortalité périnatale supérieure chez les étrangers peut résulter, en partie du moins, d'une moindre «surveillance» durant la grossesse, due à un accès plus difficile aux soins pour des raisons, entre autres, linguistiques et culturelles. Nous ne possédons toutefois pas de données suffisantes pour évaluer le type de surveillance effectuée durant la grossesse qui confirmerait cette hypothèse. En effet, l'OFS collecte des informations sur les consultations effectuées par les hôpitaux et les médecins ayant un cabinet, mais ne détient pas encore, à notre connaissance, de données plus détaillées concernant le type de services et de médecins consultés (généralistes ou spécialistes). Par ailleurs, le pourcentage de visite médicale effectuée par les patients est une donnée délicate à interpréter. Elle peut par exemple révéler des pathologies ou troubles plus importants chez certains groupes de personnes ou encore signifier un meilleur accès aux soins de la part de ces groupes. Enfin, l'idée d'une moindre surveillance semble aller dans le sens contraire de celle d'une «sur-consultation» médicale des réfugiés (dans le domaine de la médecine somatique) par rapport à la population générale présentée dans l'étude de Wicker (1999).

¹⁰ Le taux de mortalité périnatale est de 9.4‰ pour les enfants de mères suisses, de 17.5‰ pour ceux de mères turques, de 11.3‰ pour ceux de mères italiennes, de 9.3‰ pour ceux de mères espagnoles et de 6.5‰ pour ceux de mères du nord de l'Europe et des Etats-Unis.

D'autres écarts concernant la grossesse ont pu être constatés entre autochtones et étrangères. Toutefois les connaissances à ce sujet sont encore très lacunaires, surtout en ce qui concerne les femmes issues de nouvelles migrations. Sans entrer dans les détails, mentionnons seulement une différence importante par rapport aux **interruptions de grossesse** qui sont plus nombreuses chez les femmes d'origine étrangère en Suisse (Fontana 1995). Bien que beaucoup moins nombreuses que les femmes suisses, les femmes d'origine étrangère représentent en 1990, 50% des cas de demandes d'interruption de grossesse. On peut supposer que le statut précaire de certaines femmes, notamment les saisonnières et les clandestines, augmente encore le risque de grossesses non désirées. Ajoutons que ce plus haut taux d'interruptions de grossesse pourrait être problématique s'il renvoyait, en raison d'une moindre surveillance lors des rapports sexuels, à une prévalence plus importante d'infection VIH. Nous sommes d'avis que la situation des femmes migrantes au sujet de leur sexualité, de la conception, de la grossesse et de la santé du nouveau né mériterait de faire l'objet de davantage d'investigations.

Nous concluons ce bref survol par trois constats de Bollini et Siem (1995) : premièrement, il semblerait que les différences dans les taux de mortalité périnatale entre natives et non-natives ne soient pas dues à des facteurs génétiques, car ils touchent des mêmes groupes venant de pays divers. Ces différences doivent être déterminées, en partie du moins, par des facteurs sociaux et environnementaux. A cela s'ajoute, pour la Suisse, la situation particulièrement précaire des femmes étrangères dont le statut de séjour dépend de celui de l'époux. Deuxièmement, ce sont les mêmes facteurs socio-économiques et biologiques qui touchent les non-natives et les natives durant la grossesse, toutefois après ajustement des catégories sociales, le taux de mortalités périnatales des non-natives demeure plus important que celui des natives. Enfin, les auteurs présentent une exception à ces conclusions. Il apparaît qu'en Suède, la situation des femmes migrantes à ce sujet est meilleure que celles des Suédoises. Ces différents constats/hypothèses nous invitent à penser que les causes de la mortalité périnatale ne résulteraient pas directement de facteurs épidémiologiques propres aux femmes d'origine étrangère, mais viendraient davantage de difficultés d'intégration à la société d'accueil.

Troubles et maladies psychiques

Principaux problèmes psychologiques et psychiatriques

Bien que les migrants ne forment pas une population homogène, comme mentionné plus haut, le phénomène migratoire présente comme caractéristique intrinsèque deux moments particuliers qui soumettent le migrant à une forte tension psychologique : « s'arracher d'un contexte socioculturel habituel, atterrir et s'adapter à un autre, inconnu ». Par ailleurs, les conditions de vie dans le pays d'origine (insécurité, guerres, tortures) peuvent être à la base de troubles psychologiques et/ou psychiatriques majeurs.

De façon générale, Delang (1997), dans un rapport relatif à la santé des migrants portant sur le canton du Tessin, a pu identifier des effets négatifs de l'émigration sur l'état de santé, en grande partie communs à tous les étrangers immigrés. Elle met en évidence le facteur de stress mental associé aux changements dans le style de vie, des problèmes d'adaptation, ainsi que des problèmes de langue, etc. Delang (1997) note que les problèmes de santé des migrants se modifient avec le temps, à partir du moment de l'émigration. Ce qui signifie qu'un profil épidémiologique pourrait être reconstitué, retraçant l'évolution des problèmes de santé affrontés par des sujets migrants, au fil du temps. Dans ce sens, l'auteure fait référence à une classification épidémiologique, reprise de Costa (1993), selon laquelle les problèmes de santé des migrants seraient répartis en **questions d'importation, d'adaptation et d'acquisition**.

Les problèmes d'importation, correspondraient à ceux ramenés par la personne depuis son pays de provenance, produits par les conditions de vie dans celui-ci. Ils consisteraient notamment, concernant la santé psychique, en des troubles post-traumatiques (ex. : PTSD) touchant particulièrement les réfugiés et les demandeurs d'asile. Les problèmes d'adaptation rassembleraient toutes les manifestations dites de psychopathologie de l'immigré, qui accompagnent fréquemment le processus migratoire et les conditions de vie de l'étranger dans le pays d'accueil. Cette phase serait donc caractérisée par des problèmes résultant des conditions de vie précaires, ainsi que des difficultés d'adaptation à une nouvelle forme culturelle et sociale. Tant pour les étrangers ayant un statut relativement stable que pour ceux ayant un statut instable ou temporaire, ou encore pour les étrangers d'immigration récente, les conditions socio-économiques précaires semblent représenter un facteur majeur de malaise psychique. Lors de cette phase, on constate aussi une plus grande consommation d'alcool et de tabac chez ces personnes. Enfin, les problèmes de santé dans la période d'acquisition sont plutôt liés à des facteurs de risque auxquels l'étranger est exposé dans le pays d'accueil.

En d'autres termes, le phénomène de la migration représente une source de stress pour l'individu qui doit faire face à une situation nouvelle, s'adapter à de nouvelles conditions de vie : culturelle, sociale et économique. De fait, le processus migratoire se caractérise par d'intenses moments de souffrance, surtout lorsque celui-ci est forcé ou involontaire. Il implique d'importants changements dans les relations familiales et dans le cercle de personnes proches. De telles situations peuvent être à la base de troubles du comportement et de malaise psychologique. Les problèmes d'ordre affectif, les troubles psychosomatiques, les réactions dépressives, l'anxiété, de même que l'alcoolisme ou d'autres situations de dépendance sont en effet relevés comme étant plus problématique chez les migrants que chez les Suisses (Delang 1997).

Vranjes et al. (1995) notent que la population migrante (hommes et femmes) consulte plus fréquemment un médecin que la population suisse, en raison d'une dépression nerveuse et/ou d'une dépression.¹¹ Dans une première enquête sur la santé au niveau suisse (SOMIPOPS, Bolliger 1989 cité par Bischoff 1995), les données concernant la santé psychique montrent que les troubles mentaux les plus

¹¹ L'étude signale, en outre, qu'aucune différence significative n'apparaît selon les groupes d'âge, le niveau d'éducation et la nationalité, une fois la dépression diagnostiquée.

nant la santé psychique montrent que les troubles mentaux les plus fréquemment mentionnés sont similaires entre les Suisses et les étrangers, à l'exception des Italiens et des Espagnols. Ceux-ci semblent souffrir davantage d'insomnies et de migraines, de même qu'ils paraissent plus susceptibles de présenter des troubles mentaux liés aux facteurs de stress.

Dans une autre recherche, portant sur les étrangers consultant la polyclinique psychiatrique universitaire de Lausanne en 1992, Besson (1995) présente une épidémiologie psychiatrique des maladies mentales, diagnostiquées selon les paramètres du DSM-III-R¹² sur des patients étrangers (N=322) venant de l'Europe de l'Ouest, de l'Europe de l'Est, de l'Amérique, de l'Afrique et de l'Asie. Selon les catégories diagnostiquées utilisées, les troubles de l'adaptation touchent, dans l'ordre, d'abord les Africains¹³, ensuite les Européens de l'Est, les Américains, les Asiatiques et enfin les ressortissants de l'UE (Bischoff, 1995). On remarque encore, pour les étrangers venant de l'Europe occidentale, une importante différence entre les hommes et les femmes par rapport à deux catégories diagnostiquées : une prévalence importante des troubles addictifs (alcoolisme et toxicomanie) chez les hommes, et une prévalence des troubles de l'adaptation, chez les femmes.

Les autres catégories diagnostiquées (psychoses, troubles affectifs et anxieux, troubles somatoformes) sont répartie de manière comparable entre les patients des différentes origines. Besson (1995) se demande si cette apparente similitude ne résulte pas d'un biais « induit par la difficulté d'accès aux soins psychiatriques conventionnels pour les migrants » en raison du manque de reconnaissance de certains troubles de la part des médecins généralistes. En outre, l'auteur souligne que la majorité des migrants (40% à 50%) consultent d'eux-mêmes la polyclinique. D'autres patients se rendent à la polyclinique sur l'ordre d'un médecin, somaticien ou psychiatre. Enfin, seulement 5% à 15% des migrants consultent sur l'ordre d'une autorité administrative (résultat comparable à l'ensemble des patients). Ces résultats concordent avec ceux d'une « sous-consultation » médicale concernant les services psychiatriques avancées par Wicker (1999).

En bref, si des problèmes psychologiques et psychosociaux sont souvent évoqués par rapport à la santé des migrants, les informations détaillées et précises relatives à la question sont rares. De plus, ces études concernent le plus souvent le cas des *réfugiés* et des *demandeurs d'asile*. Cela s'explique par les conditions parfois dramatiques dans lesquelles cette population a vécu, entraînant souvent des séquelles psychologiques une fois arrivée dans un pays d'accueil. C'est sans doute pourquoi, la question des réfugiés est abordée dans la littérature existante de façon spécifique (Bischoff 1995 ;

¹² Le DSM-III-R est le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, mis au point par l'Association américaine de psychiatrie. Le diagnostic s'effectue sur cinq axes. L'étude de Besson (1995) indique surtout le diagnostic en relation à l'axe I, celui des syndromes cliniques et selon les catégories suivantes de troubles: psycho-organiques, psychotiques, affectifs, anxieux, somatoformes, addictifs, de l'adaptation.

¹³ Toutefois pour les étrangers ne venant pas de l'UE, les troubles sont liés à d'autres catégories de diagnostics.

Blöchliger et al. 1994 ; Loutan et Subilia 1995 ; Spang 1999), comme on le verra dans la partie suivante.

Situation des réfugiés et des demandeurs d'asile

Si d'une manière générale, les réfugiés et les demandeurs d'asile sont souvent considérés comme une population jeune et globalement en bonne santé, diverses études ont pu mettre en lumière leurs problèmes de santé particuliers. Ainsi, il semble pertinent de les considérer dans leur ensemble selon leur état de santé psychique, même s'ils ne constituent pas un groupe homogène. En effet, ils « proviennent ou résident dans des pays où règnent l'insécurité, la guerre civile et le non-respect des droits de l'homme. Nombre d'entre eux ont été exposés à des traumatismes majeurs et en subissent pendant longtemps les conséquences.¹⁴» (Loutan et Subilia 1995). Les problèmes de santé dominants sont des troubles psychosociaux et post-traumatiques (PSTD ou syndrome de stress post-traumatique (Spang 1999).

Blöchliger et al. (1998) font référence à une investigation effectuée auprès de médecins généralistes, visant à étudier les raisons de la demande de traitement de la part des réfugiés, ou des demandeurs d'asile, et le diagnostic posé par le médecin. Cette étude a permis de donner un aperçu des problèmes de santé spécifiques touchant ces deux catégories de migrants. En dehors des troubles somatiques, des troubles psychosociaux et post-traumatiques (PTSD) sont aussi apparus. Sur 155 diagnostics (N=1107) posés quant à des perturbations d'ordre psychosocial, 2/3 des patients présentaient des désordres fondamentaux et des cas de dépression. Les raisons de cette prévalence importante doivent être recherchées, entre autres, dans les conditions de vie et d'exposition aux situations de stress plus élevées chez ces personnes et qui amplifient la difficulté d'apporter des soins « efficaces ». De fait, l'efficacité ou l'adéquation des soins se heurte à des difficultés d'ordre linguistique, culturel et religieux.

L'étude de Loutan et Subilia (1995) ? réalisée de façon systématique en 1993/94, auprès de 572 demandeurs d'asile¹⁵ lors de l'examen sanitaire de frontière à Genève ? relèvent que la majorité d'entre eux (66%) soutient avoir été exposés à au moins un des événements traumatiques mentionnés sur la liste proposée par l'étude; 37% des personnes, sur l'ensemble de l'échantillon, disent avoir présentés au moins un symptôme; enfin, 18% déclarent avoir été torturés (dont une nette majorité d'hommes (27%), contre 3% chez les femmes. Dans ce sous-groupe, la fréquence des symptômes psychologiques tout comme celle de chaque symptôme, est pourtant plus élevée). De manière concordante, une étude sur les antécédents traumatiques influençant la santé

¹⁴ En 1994, la plupart des requérants provenait des territoires de l'ancienne Yougoslavie, de Bosnie-Herzégovine, du Sri-Lanka, de Turquie, d'Angola, de Somalie, et plus récemment du Kosovo et de Serbie qui sont des régions fortement marquées par l'insécurité et la guerre, ainsi que par le non-respect des droits de l'homme (Loutan et Subilia 1995).

¹⁵ Les requérants d'asile, ayant participé à l'étude, venaient en majorité d'Afrique (44%), d'Europe (37%) et d'Asie (17%) et représentent une population jeune (89% ayant moins de 40 ans).

mentale estime qu'environ 1/4 des réfugiés reconnus vivant en Suisse a été torturé (Wicker 1993 et 1994).

Globalement, on peut soutenir que les problèmes majeurs liés à la santé psychique des migrants, surgissent dans une phase dite d'adaptation. Le nouveau contexte culturel, social, économique peut fortement perturber le psychisme du sujet migrant. De manière plus spécifique, plusieurs auteurs mettent l'accent sur le groupe des réfugiés et des demandeurs d'asile. En effet, on note chez eux une importante fréquence de troubles psychiques, notamment des troubles post-traumatiques (PTSD) et des problèmes psychosociaux, résultant des conditions d'insécurité et de violence subies dans le pays d'origine.

Accidents

Les travailleurs étrangers sont décrits de manière générale, dans la littérature de plusieurs pays d'Europe, comme ayant un taux plus important d'**accidents de travail** que les nationaux. En effet, plusieurs études constatent que le taux d'accidents de travail est deux fois plus élevé chez les travailleurs immigrés (de sexe masculin) par rapport aux nationaux en Suisse, de même qu'aux Pays-Bas, en Allemagne et en France (Bollini et Siem 1995). Pourtant, ces taux sont encore sous-estimés, les saisonniers échappant le plus souvent aux statistiques officielles (par exemple au recensement qui a lieu tous les 10 ans). Les causes de ces accidents n'ont pas encore été étudiées, mais plusieurs auteurs s'accordent à dire qu'elles proviennent de la sur-représentativité des travailleurs migrants dans des emplois dangereux et comportant de fortes nuisances telles que le bruit, la chaleur ou le froid (voir notamment Egger 1990). En revanche, on ne remarque pas, en Suisse du moins, de différences significatives des taux d'accidents de travail entre les femmes d'origine étrangère et les Suissesses (Vranjes et al. 1996).

En regard du taux élevé d'accidents de travail chez les hommes étrangers, il n'est pas étonnant selon Bollini et Siem (1995) de constater davantage de **congés maladie**, d'**incapacités de travail** et de **retraites anticipées** chez les immigrants par rapport aux nationaux. Lehman (1990) relève que la différence d'incapacité de travail entre nationaux et non-nationaux est fortement influencée par l'âge. Ainsi, alors que le taux d'incapacité pour les jeunes Italiens (20-35 ans) est plus faible que pour les Suisses du même âge, 18% des migrants italiens entre 50 et 65 ans sont en arrêt de travail contre 10% de Suisses du même âge. D'autres auteurs (voir Bischoff 1995) indiquent des taux de pathologies de travail particulières contractées par les migrants. Les travailleurs étrangers non qualifiés venant de pays méditerranéens souffriraient davantage de **maux de reins chroniques**.

Enfin, les auteurs cités plus haut remarquent dans l'ensemble que les migrants ont un accès plus difficile aux services de **réhabilitation** et concernant les avantages pouvant être perçus lors d'une incapacité de travail (ce même constat a pu d'ailleurs être relevé dans différents pays d'Europe).

Après le constat d'un taux plus élevé d'accidents de travail chez les étrangers, liés aux plus grands risques professionnels, Molinaro (cité dans Bischoff 1995) s'interroge également sur le risque d'abus de l'**assurance accidents** de la part des migrants. L'auteur signale que les accidents professionnels des migrants sont plus chers que ceux des Suisses : les coûts des traitements sont 55% de fois plus élevés pour les hommes d'origine étrangère et au moins 20% pour les femmes étrangères que pour les Suisses. Le fait que, les migrants soient souvent moins victimes d'accidents non-professionnels par rapport aux Suisses, permet à l'auteur d'affirmer que le plus haut taux d'accidents professionnels des migrants n'est pas abusif. De fait, les Suisses, hormis pour les accidents de travail, ont des taux plus élevés d'accident par rapport aux étrangers que ce soit pour les accidents de sport, les accidents domestiques ou de la circulation routière (Vranjes et al. 1996).

Malgré ces différences considérables entre Suisses et étrangers, il semble que ce thème ait fait encore peu l'objet d'investigation. On peut supposer que ces résultats sont mêmes sous-estimés en raison des retours dans les pays d'origine (notamment des Espagnols) au moment de la retraite. A l'heure actuelle, les statistiques recueillies par l'OFS concernant les accidents proviennent, à notre connaissance, de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA). Néanmoins, on peut supposer que ces différences ne sont pas dues à une vulnérabilité spécifique liée à la race, mais plutôt selon l'idée de Bollini et Siem (1995), d'un effet propre à un certain type de migration que les auteurs nomment « **the exhausted migrant effect** » faisant écho à l'effet du « healthy migrant ». Ce phénomène peut être mis en relation avec l'observation que l'état de santé subjectif de nombreux migrants tend à se dégrader avec la durée de présence dans le pays d'accueil (Meyer-Fehr 1988).

Comportements de santé

Il va de soi que la diversité des migrants en Suisse se reflète au moins autant dans leurs habitudes et modes de vie qu'au niveau de leur état de santé. Dans ce sens, les comportements sanitaires sont toujours à mettre en relation avec des conditions de vie et de travail spécifiques. Pour ne citer qu'un exemple, l'exercice d'une activité physique régulière s'impose probablement davantage pour une personne exerçant une profession sédentaire que pour quelqu'un dont l'activité professionnelle implique un effort physique quotidien. Une telle tendance est en tout cas confirmée pour les Italiens/ennes, dont l'exercice d'une activité physique (sport) durant les loisirs ne représente pas le moyens privilégié pour l'entretien de la santé (Abelin et al., 2000). De manière générale, notons qu'on peut éprouver un certain malaise quant à l'interprétation parfois caricaturale d'une série d'indicateurs qui isolent les informations d'un contexte donné. Tant que les données ne seront pas plus circonstanciées et détaillées, il nous semble peu utile d'insister sur cet aspect, même si quelques tendances grossières, basées notamment sur l'ESS de 1993, sont relevées ci-après (Vranjes et al. 1996, Wanner et al. 1998). Il est d'ailleurs frappant de constater que les résultats relatifs aux migrants se confondent souvent avec des tendances qui caractérisent également les couches so-

ciales défavorisées (manque de maîtrise, connaissances lacunaires, comportements à risques), alors que les données sont en principe contrôlées selon la couche sociale¹⁶.

Quand on interroge les migrants sur l'importance qu'ils accordent à la santé, on constate qu'ils sont plus nombreux que les Suisses à ne pas la considérer comme prioritaire et à affirmer qu'ils ne sont pas maîtres de leur état de santé (Abelin et al., 2000). En dehors de la catégorie des femmes, cette disposition est particulièrement répandue chez les jeunes étrangers. Le manque d'information concernant une alimentation saine, relativement fréquent parmi les migrants, a été mis en relation avec une surcharge **pondérale globalement plus répandue** chez les étrangers. Celle-ci pourrait, selon Vranjes et al. (1996), s'expliquer par **l'activité sportive globalement moins courante**.

De manière générale, l'ESS de 1997 relève que les étrangers apportent une moindre attention à l'alimentation que les Suisses et les hommes encore moins que les femmes, toutes nationalités confondues (Abelin et al., 2000). Il est peu surprenant de constater que les **habitudes alimentaires varient** fortement selon l'origine des personnes. Citons à titre d'exemple que les Européens du Sud consomment moins de viande, plus de légumes et davantage d'huiles végétales. En revanche, la consommation de viandes serait importante chez les hommes d'origine française et les femmes de l'ancienne Yougoslavie. Il est intéressant de signaler que les femmes du sud de l'Europe (Espagnoles, Portugaises, Italiennes), ainsi que les ressortissants (des deux sexes) de l'ancienne Yougoslavie se disent moins attentifs à l'alimentation que la population de référence.

En outre, la **proportion de buveurs d'alcool réguliers est supérieure chez les Européens du Sud**, mais plus faible parmi les ressortissants de l'ancienne Yougoslavie, ainsi que chez les femmes venant de l'Europe du Sud. Notons à ce sujet que certaines catégories d'étrangers respectent dans ce domaine les interdits religieux ou culturels (musulmans, hindous, etc.), qui équivalent aussi en ce qui concerne le tabac et certains aliments. En règle générale, il faut relever que se sont les étrangers et notamment les femmes, beaucoup plus que les Suisses et Suissesses, qui s'abstiennent de toute consommation d'alcool. Les femmes italiennes ont d'ailleurs la conduite la plus saine par rapport à la consommation d'alcool alors que les hommes italiens représentent à ce sujet le comportement le moins sain (Abelin et al., 2000).

Selon Wanner et al. (1998), la prévalence du **tabagisme** parmi les étrangers est proche de celle des Suisses. Vranjes et al. (1996), en revanche, constatent que les étrangers fument davantage que les nationaux. Ces deux études se basent sur la même enquête (ESS de 1993), dont les indicateurs peuvent visiblement être pondérés de façon différente. Les Françaises et les femmes de l'ancienne Yougoslavie se distinguent des femmes suisses par des proportions élevées de fumeuses (Wanner 1998). L'ESS de 1997, relève, par rapport l'enquête précédente (de 1993), que bien que le désir de cesser de fumer se soit particulièrement renforcé parmi les étrangers, ceux-ci sont plus nombreux à fumer que les Suisses/sses (Abelin et al., 2000).

¹⁶ A ce sujet, il faut relever que les variables retenues pour indiquer le niveau socio-économique sont extrêmement sommaires.

Notons pour finir que des enquêtes, moins souvent citées, menées auprès d'enfants et de jeunes adultes, mettent en évidence que les **comportements sanitaires des adolescents étrangers** sont plus souvent à risque que ceux des adolescents suisses (Ferron et al. 1997 ; HBSC 1997/98).

Conclusions

Après ce bref tour d'horizon des données épidémiologiques des migrants en Suisse, plusieurs remarques s'imposent. D'abord, on peut être frappé de constater que la littérature concernant la santé des migrants, quoique relativement importante depuis peu, s'appuie sur des **recherches dont le nombre et la portée restent très limités**. En effet, les études qui abordent ce sujet portent souvent sur une catégorie particulière de personnes, peu représentative de l'ensemble de la population migrante ou alors il s'agit d'enquêtes plus larges, mais qui n'appréhendent les questions migratoires que de manière accessoire, p. ex. par le seul biais de la variable nationale. Le premier constat s'explique partiellement par l'évolution de l'immigration, devenue plus hétérogène de par la provenance, le profil démographique et le statut des personnes concernées. Dès lors, il est légitime de s'interroger si les similitudes de la condition migrante ne se situent pas davantage au niveau de l'accessibilité des services médicaux et dans l'interaction avec les intervenants qu'au niveau de l'état de santé à proprement parler. C'est précisément l'attention consacrée à ces thèmes dans la littérature spécialisée qui nous amène à penser que **les difficultés constatées par les milieux intéressés relèvent principalement du domaine de l'accès aux soins et de l'interaction relationnelle avec les soignants**, même si des pathologies spécifiques peuvent parfois poser problème.

Pour l'instant, les résultats épidémiologiques ne permettent guère de recenser de maladies plus répandues dans toutes les catégories de migrants confondues, à l'exception de la **tuberculose** et éventuellement des ulcères peptiques. Ce constat n'exclut pas l'existence d'une vulnérabilité commune à toute situation migratoire (récente), liée notamment à la rupture du contexte de vie, qui peut se manifester par des **troubles psychiques réactionnels**, dont l'ampleur et les conséquences restent cependant difficiles à évaluer.

Selon l'enquête suisse sur la santé de 1993 et de 1997, les étrangers déclarent néanmoins un **état de santé subjectif significativement moins favorable que les Suisses**. La différence ne s'explique pas (entièrement) par la situation socio-économique relativement défavorisée, même si cet argument reste par ailleurs pertinent. Les personnes d'origine étrangère déclarent également **des consultations médicales plus fréquentes**. Ce constat concorde avec les résultats d'une enquête représentative allemande. Toutefois, de nombreuses interrogations persistent quant à savoir si cette tendance traduit véritablement une plus grande morbidité ou n'est que la conséquence des difficultés d'interaction avec les services médicaux, voire d'une répartition particulière des consultations par secteurs médicaux (par exemple, un recours plus important aux médecins généralistes au détriment des spécialistes, voire aux services hospitaliers par rapport aux médecins privés). Mais ces résultats vont à l'encontre des

arguments qui invoquent la sous-consultation des migrants pour expliquer des déficits particuliers de l'état de santé.

Le recours à des statistiques sanitaires « classiques » n'est pas toujours moins problématique. Ainsi, l'interprétation des indicateurs de **mortalité** est malaisée en raison de la rémigration possible en cas de maladie ou d'incapacité de travail, du moins pour les personnes qui ne relèvent pas de l'asile. D'une manière générale, **les résultats sont assez nuancés, se révélant parfois à l'avantage des migrants** (les décès dus aux maladies cardio-vasculaires et à certains cancers sont, par exemple, sous-représentés). Un constat peu contesté concerne en revanche le fait que la **mortalité périnatale est plus élevée dans les catégories des enfants mis au monde par des femmes étrangères dont la présence en Suisse est plus récente** (Ancienne Yougoslavie, Turquie). Elle est aussi légèrement plus importante pour les enfants de mères italiennes. La situation des femmes étrangères ayant été particulièrement peu analysée, les explications avancées en termes de problèmes d'intégration et d'accès aux soins restent passablement vagues.

Quant à la situation particulière de certains groupes de migrants, de nombreux auteurs s'accordent à préconiser une **distinction de principe entre travailleurs immigrés et demandeurs d'asile**, dont le contexte de séjour et les conditions de vie sont très différents¹⁷. Pour les premiers, la présence est, au moins pendant les premières années, liée à l'activité professionnelle. Dans ce cas, il faut tenir compte du *healthy migrant effect*, mais également penser aux risques et pathologies liés au travail. **Les recherches suisses et internationales sont relativement unanimes concernant les taux d'accidents professionnels et d'incapacités de travail nettement supérieurs** parmi les étrangers. Ces résultats, bien étayés, témoignent des conditions de travail défavorables, particulièrement à long terme, dans des secteurs qui emploient de nombreux étrangers. Par ailleurs, l'état et les comportements en matière de santé des migrants de travail, dont la plupart sont originaires de pays voisins, tendent à se rapprocher de ceux des Suisses.

En ce qui concerne les **réfugiés**, le séjour est assorti d'une interdiction temporaire de travail et conditionné par des considérations différentes de celles qui prévalent pour les travailleurs migrants, la gravité de l'état de santé pouvant, dans ce cas, être un argument pour l'obtention d'un permis humanitaire¹⁸. Si toute expérience migratoire est synonyme d'une vulnérabilité certaine, la migration forcée présente de nombreux facteurs de stress, liés à des expériences particulières (déplacements forcés, guerres, précarité), qui se manifestent fréquemment par des **troubles post-traumatiques** plus ou moins graves. La situation est spécialement préoccupante pour les **survivants de tortures**. Ils représentent 1/4 à 1/3 des réfugiés reconnus, dont les troubles psychiques (et physiques) peuvent évoluer vers des états aigus ou des pathologies chroniques, dont la

¹⁷ On pourrait ajouter qu'à certains égards, les réfugiés reconnus et anciens requérants se situent à cheval entre les deux catégories.

¹⁸ Il est également vrai que dans la pratique les permis humanitaires ont souvent été accordés à des personnes financièrement indépendantes, donc exerçant une activité professionnelle.

spécificité reste mal connue dans le contexte d'accueil. Les recherches épidémiologiques sont trop rares et insuffisamment consistantes pour fournir des données fiables sur l'ampleur du phénomène. En ce qui concerne le domaine somatique, les maladies telles que la **malaria, l'hépatite B et les affections parasitaires**, ou encore certaines **MST**, sont plus fréquemment diagnostiquées parmi les migrants ? généralement des réfugiés ? originaires de régions d'Afrique, d'Asie, d'Amérique Latine ou du Moyen-Orient.

Il convient de signaler que la dichotomie entre réfugiés et travailleurs migrants est évidemment simplificatrice, car la situation réelle et le statut légal de nombre de migrants se situent à cheval entre ces deux catégories. On pense, entre autres, au regroupement familial, aux anciens demandeurs d'asile désormais au bénéfice d'un permis de séjour ou aux réfugiés reconnus, etc.

Au vu de l'état de la recherche et des statistiques sanitaires disponibles, il est difficile d'opérer une hiérarchie des problèmes de santé présentés par les migrants en Suisse. Si plusieurs études sont désormais consacrées aux réfugiés, la recherche fait largement défaut pour ce qui est d'autres catégories de migrants. C'est notamment le cas des femmes « issues » de l'immigration de travail, des migrants âgés et des enfants ou adolescents. Nous sommes d'avis qu'à l'avenir, il sera indispensable de mieux tenir compte de la diversité de la population migrante, en procédant à des analyses ciblées, qui permettront vraisemblablement de lever un certain nombre de contradictions dans les résultats actuellement disponibles. En outre, il serait souhaitable de mieux prendre en considération les liens entre la question sociale et le processus migratoire, afin de faciliter le développement de stratégies préventives efficaces.

Bibliographie

- Abelin, T. et al.(2000). *Santé et comportements vis-à-vis de la santé en Suisse 1997*. Neuchâtel : Office fédéral de la Statistique.
- Anthropologists against genital mutilation (antagem) (1994). *Information concernant les mutilations génitales féminines à l'intention des médecins*. Berne : antagem, Institut d'ethnologie.
- Besson, J. (1995). "Investigations psychiatriques chez le migrant", *Revue médicale de la Suisse Romande* 115 : 473-479.
- Bischoff, A.N. (1995). *Migration and Health in Switzerland*. Genève : HUG (Unité Médecine des voyages).
- Blöchliger, C., et al. (1998). "Asylsuchende und Flüchtlinge in der hausärztlichen Praxis. Probleme und Entwicklungsmöglichkeiten", *Sozial- und Präventivmedizin* 43 :18-24.
- Blöchliger, C., et al. (1998b). "Asylsuchende und Flüchtlinge in der Notfallstation", *Sozial- und Präventivmedizin* 43 : 39-48.

- Bolliger, A. (1989). *Santé et recours aux soins des étrangers établis en Suisse : résultats de l'enquête SOMIPOPS*. Lausanne : Institut de médecine sociale et préventive (Thèse).
- Bollini, P. (1997). *Asylum seekers in Europe : entitlements, health status, and human rights issues*. Geneva : IOM.
- Bollini, P. and H., Siem (1995). "No real progress towards equity : health of migrants and ethnic minorities on the eve of the year 2000", *Social science and medicine* 41(6) : 819-828.
- Bouchardy, C., Wanner, Ph. et L. Raymond (2001). *Mortalité des étrangers en Suisse. Résultats d'une analyse des décès par cause (1989-1992)*. Neuchâtel : Office fédéral de la Statistique.
- Bourdillon, F. et al. (1991). "La santé des populations d'origine étrangère en France", *Social science and medicine* 32(11) : 1219-1227.
- Costa, G. (1993). "Immigrati extracomunitari : un profilo epidemiologico", *Epidemiologia e prevenzione* 17 : 234-238.
- Delang, K. (1997). *Salute e immigrazione : priorità d'intervento nella prevenzione. Un primo rapporto sul cantone Ticino*. Bellinzona : DOS.
- Deutscher Ärzteverband (1989). *Erhebung über die ambulante medizinische Versorgung in der BRD (EvaS-Studie)*. Köln : Deutscher Ärzteverlag.
- Drack, G., Ackermann-Liebrich, U., Schindler, C., (1998). *Mortinatalité et mortalité infantile en Suisse de 1986 à 1992*. Berne : OFS
- Egger, M., Minder, C. E. and Smith, G. D. (1990). "Health inequalities and migrant workers in Switzerland", *Lancet : a journal of British and foreign medicine, surgery, obstetrics, physiology, chemistry, pharmacology, public health and news*.
- Ferron, C., et al. (1997). Health behaviours and psychosocial adjustment of migrants adolescents in Switzerland, *Schweiz Med Wochenschr* 127 : 1419-1429.
- Fibbi, R., Bolzman, C. et Vial, M., (1999). *Age et migration : expériences européennes pour et par les migrants âgés*. Zürich: Pro Senectute.
- Fontana, E. (1994). *Communauté portugaise et interruption de grossesse : une démarche de recherche-action dans le canton de Vaud*. Lausanne : Université de Lausanne, Faculté des sciences sociales et politiques (Mémoire).
- Fontana, E. et M.-D., Béran (1995). "Sexualité et exclusion", *Revue médicale de la Suisse romande* 115 : 495-497.
- HBSC (1997/98). Health and Health Behaviours among Young People. *WHO Policy Series : Health policy for children and adolescents* Issue 1.
- Lehman, Ph., Mamboury, C. et C. E., Minder (1990). "Health and social inequities in Switzerland", *Social science and medicine* 31(3) : 369-386.

- Loutan, L. et C.L., Chaignat (1994). "Afflux de réfugiés en Suisse : quels problèmes de santé", *Revue suisse de médecine militaire et de catastrophe* 71(4) : 105-109.
- Loutan, L. et L., Subilia (1995). "Torture et violence organisée : leurs conséquences sur les requérants d'asile et les réfugiés", *Médecine et hygiène : journal suisse d'informations médicales et paramédicale* 53 : 1942-1950.
- Meyer-Fehr, P. Bösch, J (1988) "Gesundheitseffekte sozialer Unterstützung und sozialer Belastung bei der einheimischen Bevölkerung und bei Immigranten", *Zeitschrift der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie*, 2/2: 151-167
- Spang, T. (1999). "20 Prozent der schweizerischen Bevölkerung...", *Bulletin medicus mundi* 74.
- Subilia, L. et al. (1995). "La santé des requérants d'asile : des parasites au stress post-traumatique", *Journal suisse de médecine : organe officielle de la Société suisse de médecine interne et de la Société suisse de pneumologie* 125 (18) (Abstract 32) : 932.
- Vranjes, N., Bisig, B. et F. Gutzwiller (1996). *Gesundheit der Ausländer in der Schweiz*. Bern : BAG in Zus. mit dem ISPUZ.
- Wanner, Ph. (1996). "La fécondité des femmes de nationalité étrangère en Suisse, de puis 1981", *Démos : bulletin d'information démographique* 2/96 : 1-17.
- Wanner, Ph., Bouchardy, C. et N., Droin (1998). "Les habitudes de vie et comportements en matière de prévention des étrangers en Suisse", *Démos : bulletin d'information démographique* 2/98.
- Weiss, R. (2001). *Migration und Gesundheit. Interdisziplinäre Perspektiven und psychosoziale Schwerpunkte*, Schweizerisches Forum für Migrationstudien: Forschungsbericht 17.
- Wicker, H.-R. (1993). *Die Sprache extremer Gewalt. Studie zur Situation von gefolterten Flüchtlingen in der Schweiz und zur Therapie von Folterfolgen*. Bern : Universität Bern, Institut für Ethnologie (Arbeitsblätter Nr.6).
- Wicker, H.-R. (1994). Folter und die Therapie von Folterfolgen. Eine ethnologische Annäherung, *Ethnologica helvetica* 17/18 (1993-1994) : 103-125.
- Wicker, H.-R., D. Bielinski et B., Kantona (1999). *Lücken in der Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen im Kanton Bern*. Bern : Forum PSBA.

FSM
SFM

Institut auprès
de l'Université
de Neuchâtel

Institut an
der Universität
Neuenburg

Terreux 1 (colis)
CP 447 (lettres)
CH – 2001 Neuchâtel
Tél. + 41 (0)32 718 39 20
Fax + 41 (0)32 718 39 21
secretariat.fsm@fsm.unine.ch
www.unine.ch/fsm CCP 20-3686-9