

## **Migration et dépendances - une approche multidimensionnelle**

### **Journée nationale, Bienne, 4 juin 2009**

#### **La santé des migrant(e)s en Suisse : ressources et risques**

Chantal Wyssmüller,

Collaboratrice scientifique, Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population SFM, Neuchâtel

#### **Introduction**

Au vu des acquis qualitatifs et quantitatifs de la recherche, il est désormais incontesté que la migration ne rend pas *a priori* malade, mais qu'il est *possible* (et il n'est pas rare que ce soit effectivement le cas) qu'**un contexte migratoire – soit une situation de vie marquée par une expérience personnelle de migration ou par celle d'un membre de la proche famille – ait, selon les circonstances, un effet négatif sur la santé**. Les données disponibles et ce qui en ressort sur la santé de la population migrante dans divers pays d'immigration, y compris en Suisse, tendent en tout cas à montrer qu'une part importante de la population immigrée se trouve mal lotie au point de vue santé.

**En Suisse**, une proportion considérable de la population résidente, équivalant à **un tiers** de celle-ci, est **issue de la migration**, si on définit par là des individus qui soit ont eux-mêmes immigré dans notre pays, soit sont nés ici mais dont au moins un des parents est un ou une immigré-e.

Cela requiert qu'on en tienne compte dans les réflexions et stratégies relatives à la santé publique et à l'égalité des chances en matière de santé. Autrement dit, **les rapports entre migration et santé constituent, d'un point de vue de santé publique, une thématique indubitablement importante** et méritent d'être traités en conséquence lors de la conception de mesures. Etant donné que toute intervention présuppose certaines connaissances sur lesquelles s'appuyer, il est indispensable de poursuivre la recherche sur les interactions entre migration et santé et de mieux préciser leurs corrélations, nombre de questions restant encore insuffisamment claires: comment exactement, dans quelle mesure, à quelles conditions et de quelle manière la migration influence-t-elle l'état de santé ?

L'une des principales raisons de ces lacunes vient de ce qu'en bien des endroits – et pas uniquement en Suisse – **fait jusqu'ici défaut la base de données** indispensable à une **analyse approfondie** de ces corrélations, base de données qui engloberait et représenterait convenablement les personnes issues de la migration et le mode dans lequel elles vivent. Si et dans quelle mesure les individus issus de la migration sont identifiables comme tels dans les fichiers de données déterminera la capacité des données disponibles à fournir une analyse de la santé des migrants et un rapport de qualité à ce sujet. Malheureusement, la statistique administrative ne saisit généralement pas les caractéristiques nécessaires à une telle identification, se contentant souvent de la seule caractéristique 'nationalité' ainsi que, parfois, du lieu de naissance. De ce fait, la population issue de la migration se voit souvent réduite aux personnes ayant le statut d'„étranger". Les citoyens et citoyennes suisses immigré-e-s

ainsi que la part croissante de migrant-e-s naturalisé-e-s – toutes personnes qui présentent elles aussi une expérience de migration – „disparaissent“ ainsi dans le groupe majoritaire des Suisses et Suissesses.

Quoique souvent décrite comme un tout, la „**population migrante**“ ne se réduit pas uniquement à une question de nationalité mais est aussi et à bien des égards **en elle-même profondément hétérogène et multiple**. En effet, les individus rassemblés sous ce terme se distinguent de par l'âge, le sexe, l'origine géographique, le statut socioéconomique et le niveau de formation ou les connaissances linguistiques, mais aussi de par leur parcours de vie, les raisons et circonstances de leur migration ainsi que leur statut de séjour dans le pays d'accueil, pour ne citer que quelques dimensions essentielles. Une vision globalisante de ce groupe de population n'a donc de sens qu'en ce qu'elle peut aider au développement d'un modèle théorique d'intervention, un modèle comme celui que je vais maintenant vous présenter. Et ce en me focalisant sur la caractéristique commune que partagent – en dépit de leur hétérogénéité – les membres de ce groupe: le fait que leur vie est marquée, à de multiples égards, par l'expérience de migration de leur famille et tranche de ce fait avec une situation d'où la migration est absente. Ce qui n'empêche pas que la recherche épidémiologique empirique doive s'attacher à encore mieux différencier cette catégorie collective qu'est la „population migrante“.

### **Déterminants de la santé dans le contexte migratoire – Etat des connaissances**

La **situation socioéconomique** constitue indubitablement un facteur influençant grandement la santé et le comportement sanitaire. Diverses études ont abondamment montré que là où sont observées des différences d'état de santé entre population migrante et population majoritaire, ces différences sont la plupart du temps largement à mettre au compte de ce qu'une grande partie de la population migrante ou étrangère se trouve dans une plus mauvaise situation sociale que la population „indigène“. En Suisse aussi la majorité des immigrés est, aujourd'hui encore, moins bien lotie socialement que les „indigènes“, même si on constate actuellement une tendance à une *surstratification* de la société par des immigrés de l'UE, phénomène lié à la nouvelle orientation de la politique migratoire introduite dans les années 90. Pour ce qui est de ces nouveaux groupes d'immigrés, leur santé ne se trouve guère affectée par les effets négatifs d'une situation socioéconomique défavorable et les différences observées au plan sanitaire entre ces groupes et la population suisse se révèlent eux aussi beaucoup moins marquées. Le statut socioéconomique ne suffit toutefois pas à expliquer toutes ces différences, la variable „situation socioéconomique“ n'expliquant pas la totalité de l'écart que divers groupes de population issus de la migration présentent par rapport à la population majoritaire pour certaines caractéristiques ou certains comportements sanitaires importants. L'examen d'autres caractéristiques ayant trait à la santé montre simultanément que des personnes provenant de familles migrantes, même socialement défavorisées, semblent à peine plus, voire moins menacées que les personnes non issues de la migration. **D'autres facteurs doivent donc intervenir, qui sont liés à la migration et peuvent influencer la santé** – et ce non seulement négativement au sens de risques accrus, mais aussi positivement lorsque sont présentes certaines ressources propres à la migration.

Jusqu'à aujourd'hui, recherche et pratique étaient dominées par des **approches orientées sur le déficit**: on s'intéressait à ce qui, dans la migration, rendait malade et on ne prêtait aucune

attention à la présence, parallèlement, d'éventuelles **ressources propres à la santé**. Ce n'est que récemment qu'une considération accrue a été accordée à des ressources telles que les comportements favorisant la santé propres à certains groupes, un potentiel particulier de soutien de la part de la famille ou de la communauté des migrants, ou encore les effets d'une gestion constructive de l'événement "migration".

### **Développement d'un modèle explicatif théorique (L. Schenk)**

Liane Schenk, une chercheuse allemande en sociologie de la médecine, a tenté avec ses collègues de **modéliser la complexité des corrélations et interactions entre migration et santé**, afin d'être mieux à même de tenir compte de ces corrélations dans la recherche épidémiologique empirique. Le modèle élaboré réunit diverses explications théoriques actuelles sur la migration et la santé, mais intègre également les acquis scientifiques sur la relation entre inégalité sociale et inégalité sanitaire.

Le noyau de ce modèle est constitué des dimensions centrales qui distinguent une situation s'inscrivant dans un contexte migratoire d'une situation hors d'un tel contexte et qui peuvent donc *potentiellement* entraîner des inégalités sanitaires entre le groupe „indigène“ et le groupe de migrants à étudier. Cela étant, démontrer que ces divers facteurs ont effectivement une influence – et cas échéant laquelle – sur un phénomène sanitaire particulier exigerait d'être à chaque fois vérifié empiriquement dans le groupe visé. En effet, tous les facteurs ne jouent pas nécessairement un rôle d'égale importance dans chaque problème spécifique. Voici maintenant la construction détaillée dudit modèle:

- Peuvent tout d'abord conduire à des inégalités sanitaires entre population „indigène“ et population immigrée des **faits relatifs au pays d'origine ou à la migration** et qui sont de nature à favoriser ou défavoriser la santé. On peut penser ici à l'influence de l'environnement et des conditions de vie – ainsi sait-on combien les conditions rencontrées dans la petite enfance exerceront tout au long de la vie un impact sur la santé – mais aussi aux possibilités de prise en charge sanitaire dans le pays d'origine, au style de vie développé là-bas ou aux circonstances concrètes ayant motivé une migration, volontaire ou non, comme le fait d'avoir été victime de violences extrêmes ou de persécution.
- La **migration** elle-même représente dans la vie d'un ou d'une migrant-e une fracture radicale dans bien des domaines. Au-delà de la nouvelle orientation qu'elle exige, elle est souvent aussi synonyme de dépréciation d'un savoir-faire pratique et peut occasionner un déracinement social, des conflits de rôles ou une perte de statut. La santé d'un ou d'une immigré-e peut être durablement affectée si cet **événement critique** est subjectivement vécu comme pesant et que manquent les ressources nécessaires à sa gestion constructive. Les exigences posées par la migration en termes de réorientation et d'adaptation peuvent aussi influencer de manière significative sur les générations suivantes. Outre certains aspects matériels et sociaux, une évaluation subjective positive de la migration et certains traits personnels tels que l'optimisme et la conviction de contrôler sa vie constituent des ressources utiles pour gérer de manière constructive et favorable à la santé l'expérience migratoire.

- Nous avons déjà esquissé combien le **statut socioéconomique et socioprofessionnel dans le pays d'accueil** est incontestablement à même d'expliquer l'exposition à des risques pour la santé. Il est en effet avéré que des facteurs tels que formation, profession et revenu influent considérablement sur les chances de rester en bonne santé ou de tomber malade. Etant entendu que ces facteurs ont une influence inégalement plus marquée que le comportement sanitaire qu'un individu peut librement choisir, indépendamment de tout facteur social. De mauvaises conditions salariales, et des conditions de logement, d'alimentation et d'hygiène conséquemment peu optimales ainsi que des conditions de travail néfastes pour la santé – dans lesquelles vivent en partie migrantes et migrants – représentent des facteurs significatifs de risque pour la santé.
- La situation sociale particulière des migrantes et des migrants n'est pas seule à jouer un rôle, leur **statut juridique** dans le pays d'accueil le peut aussi, leur situation pouvant être caractérisée comme un statut de séjour incertain ou irrégulier, avec toutes les charges psychosociales qui en découlent.
- Contrairement aux personnes non issues de la migration, la situation des migrants est souvent marquée – en plus de leur appartenance à un genre, à une formation et à une génération spécifiques – par une **appartenance ethnique** construite par eux-mêmes ou vécue comme construite et attribuée par d'autres. Situation qui peut aussi avoir des conséquences sur la santé – qu'elles soient négatives par suite d'expériences de discrimination xénophobe de la part de la population résidente, ou positives lorsque la communauté ethnique apporte soutien et stabilité psychique par l'ancrage identitaire offert. L'ethnicité constitue alors un attribut susceptible de caractériser une situation inscrite dans un contexte migratoire – et le fait souvent aussi – mais en aucun cas à même d'être le seul et unique à l'expliquer.
- Finalement, les **obstacles à l'accès aux offres des services sociaux et sanitaires** constituent également une caractéristique susceptible de définir la situation de personnes issues de la migration. Ils peuvent être dus, chez les migrants eux-mêmes à des difficultés de communication liées à la langue, à un mauvais niveau d'information sur lesdites offres, à un manque de confiance dans les institutions publiques, à une compréhension particulière de la maladie ou encore à un sentiment de honte. Du côté de l'offre, manque de compétence transculturelle de la part des institutions et de leur personnel ou restrictions légales d'accès peuvent être la cause possible de difficultés d'accès. En résumé, un **contexte migratoire** est en ce sens une **structure de conditions** complexe dont les dimensions qu'on vient d'énumérer s'influencent les unes les autres et produisent des effets variables selon l'aspect sanitaire concerné. **Facteur médiateur** entre ces dimensions, le **comportement de santé et de recours à l'offre** recouvre les attitudes et habitudes relatives à la santé, par exemple en matière d'alimentation, d'activité physique, de consommation de substances psychotropes, de prévention et de recours aux offres de prise en charge. Ce comportement est influencé tant par le contexte du pays d'origine que par celui du pays d'accueil, mais fortement aussi par la situation socioéconomique – à quoi s'ajoute qu'il est dynamique. En effet, les modèles comportementaux subissent des mutations et font l'objet de débats intergénérationnels, parfois même conflictuels. Par ailleurs, la recherche empirique confirme qu'une durée croissante de séjour dans le pays d'accueil s'accompagne d'une identification accrue à la société d'accueil et donc d'un changement d'habitudes, de comportements sanitaires et de conceptions de la santé. Des différences peuvent en résulter au sein de la population migrante – au

niveau du groupe – notamment du fait de la durée (moyenne) variable de séjour des groupes d'immigrés. C'est à ce même niveau de médiation qu'il y a lieu de situer **l'état individuel des ressources**: c'est la présence ou non de ressources personnelles, familiales et sociales qui déterminera dans une très large mesure si les facteurs du contexte migratoire ont des conséquences pour la santé. Santé et contexte migratoire constituent donc une thématique complexe que les modèles explicatifs réduisent par trop souvent aux effets de „particularismes culturels“, ce qui ne lui rend absolument pas justice.

### **Santé des migrants et des migrantes en Suisse – Données récentes**

Examinons encore brièvement les données disponibles sur la situation sanitaire de la population migrante en Suisse. Il ressort par exemple des données du Monitoring de l'état de santé de la population migrante en Suisse (GMM<sup>1</sup>) qu'une **forte proportion** des personnes **interviewées**, en particulier celles originaires du sud-est de l'Europe et de Turquie, **estimaient leur état de santé mauvais ou très mauvais** et se disaient handicapées dans leur vie quotidienne par des problèmes physiques et/ou psychiques.

Il en ressortait simultanément aussi que ces groupes d'immigrés – en particulier les femmes et les personnes très âgées ainsi que les requérants d'asile – **recourent relativement souvent à des prestations de soins et consomment tout aussi fréquemment des médicaments**.

D'autres sources de données font elles aussi état, dans divers domaines de la santé, de plus mauvaises valeurs chez les étrangers et étrangères que chez les ressortissants suisses, par exemple en ce qui concerne la santé reproductive et psychique (en particulier chez les femmes), diverses maladies infectieuses (surtout tuberculose et HIV) et certains types de cancers, ainsi que la santé bucco-dentaire (notamment aussi chez les jeunes). Pour ce qui est des indicateurs comportementaux, on note une consommation élevée de tabac chez les ressortissants turcs (hommes et femmes) alors qu'elle semble très rare chez les immigrés du Sri Lanka. L'abstinence d'alcool paraît également plus répandue dans nombre de groupes d'immigrés que dans la population suisse. Concernant l'activité physique de loisirs et la surcharge pondérale, ce sont avant tout les étrangères qui présentent de moins bonnes valeurs que les Suissesses. Les ressortissants étrangers des deux sexes adoptent aussi plus rarement des mesures préventives. Quant à la consommation de drogues illégales, les données recueillies dans le cadre du GMM semblent peu pertinentes: en effet, on se heurte toujours, lors de telles enquêtes, au problème de la faible fiabilité des données „sensibles“ recueillies de la bouche même des consommateurs/trices de drogues.

### **Etat de santé des migrants en Suisse – Modèles explicatifs**

Globalement, les données disponibles pour la Suisse indiquent que, dans maints domaines, le handicap socioéconomique de certains groupes de population issus de la migration (et le comportement de santé subséquent) se traduit aussi dans le contexte suisse par de plus mauvaises valeurs au plan sanitaire. Pourtant, ici aussi, les facteurs socioéconomiques n'expliquent pas tout –

---

<sup>1</sup> GMM (*Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung in der Schweiz*): enquête sanitaire réalisée en 2004 parmi divers groupes d'immigrés en Suisse et première étude du genre spécialement consacrée à la santé des migrants en même temps qu'ensemble le plus complet de données recueillies jusqu'ici sur ce thème.

notamment concernant la santé psychique, où il faut tenir compte d'autres influences spécifiques à la migration.

On peut résumer brièvement ce qui a été dit jusqu'ici comme suit: **la constellation spécifique à chaque individu des déterminants de santé et des ressources présentes dans le contexte migratoire aura pour conséquence des risques selon les cas accrus ou moindres pour la santé.** Ou, formulé autrement: les chances et les risques pour la santé sont inégalement répartis y compris au sein de la population migrante et peuvent de plus considérablement évoluer au cours du temps et du parcours d'intégration en fonction des ressources sociales et individuelles. Et ce dans un sens positif – par exemple lorsqu'une personne peut consolider son statut de séjour ou obtenir un poste de travail alors qu'elle était jusque là sans emploi, ou encore lorsqu'elle parvient avec le temps à se créer un réseau social – ou dans un sens négatif, par exemple si elle perd son emploi ou est victime de discrimination.

Il est cependant de fait aussi qu'**en Suisse une grande partie de la population migrante est comparativement mal lotie socialement et travaille dans des conditions comportant des risques pour la santé,** ce qui suffit pour une large part à expliquer le moins bon état de santé observé.

S'il ne s'agit donc pas d'oublier que certains groupes d'immigrés – on en a cités quelques uns précédemment – paraissent particulièrement mal lotis en terme de santé, cela doit aussi être considéré à la lumière de leur **histoire de migrant** et de l'**évolution de la politique migratoire suisse.** Des décennies durant, la politique migratoire de ce pays fut dominée par le principe dit de rotation ou du tampon conjoncturel. En d'autres termes, on misait sur un recrutement actif de „travailleurs étrangers“ en grande partie non qualifiés, dont on s'imaginait que le séjour serait temporaire et „éphémère“ et dont l'évolution de la santé ne préoccupait guère. Certes, on s'inquiétait bien volontiers de leur état de santé actuel – c'est qu'ils devaient être aptes au travail ! – mais pas à long terme.

Ce sont pourtant justement ces migrants et migrantes qui vécurent dans des situations particulièrement néfastes et à risque pour leur santé, ce qui est particulièrement manifeste maintenant qu'ils sont ou deviennent plus âgés. Les travailleurs immigrés italiens et espagnols furent les premiers à être exposés aux plus importants de ces risques pour la santé, suivis plus tard avant tout de personnes provenant du sud-est de l'Europe (ex-Yougoslavie et Turquie) et du Portugal, et aujourd'hui aussi d'Afrique, d'Asie et d'Amérique latine – des personnes (et leurs descendants) arrivées au cours des vingt dernières années en Suisse en quête d'un travail ou fuyant une guerre ou la persécution.

### **Nécessité d'agir et propositions d'actions**

Comment affronter cette réalité et, plus généralement, les défis résultant de la conjonction *migration-santé* ? Au plan stratégique, il ressort de nos connaissances actuelles que des **approches à large spectre, multisectorielles, visant à réduire les inégalités sociales et à favoriser l'intégration** permettraient déjà d'obtenir une amélioration notable de la santé de la population migrante. Pratiquement tous les pays européens connaissent aujourd'hui déjà de telles approches

politiques dans le domaine de la santé publique. Au niveau de la prise en charge sanitaire et sociale, on peut en orienter encore mieux les structures et les offres sur une clientèle variée et marquée par la migration en **agissant de manière conséquente et adaptée à leurs besoins et en promouvant la compétence transculturelle institutionnelle et individuelle**<sup>2</sup>. Une affectation accrue des ressources existantes à la recherche et au renforcement des ressources individuelles des personnes issues de la migration devraient, finalement, aussi avoir un effet positif sur la santé de ce groupe de population.

---

<sup>2</sup> La compétence transculturelle est la capacité d'aller sans préjugé à la rencontre d'autres individus dans le respect de la situation et de l'état de santé qui sont les leurs. La compétence transculturelle se base sur le savoir existant, la réflexion personnelle et l'empathie. Elle contribue à identifier des situations problématiques spécifiques à la migration et à agir de manière adéquate. Au plan institutionnel, elle se traduit par l'ancrage de cette thématique dans les concepts de travail, les directives et les structures et par une sensibilisation et une formation continue adaptée de tout le personnel et à tous les niveaux de l'institution concernée.