

# Forschung Migration und Gesundheit

Im Rahmen der Bundesstrategie «Migration und Gesundheit 2002–2007»

## Recherche Migration et santé

Dans le cadre de la stratégie «Migration et santé 2002-2007» de la Confédération



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI  
Département fédéral de l'intérieur DFI  
**Bundesamt für Gesundheit BAG**  
Office fédéral de la santé publique OFSP



# Forschung Migration und Gesundheit

Im Rahmen der Bundesstrategie «Migration und Gesundheit 2002–2007»

# Recherche Migration et santé

Dans le cadre de la stratégie «Migration et santé 2002-2007» de la Confédération



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI  
Département fédéral de l'intérieur DFI  
**Bundesamt für Gesundheit BAG**  
**Office fédéral de la santé publique OFSP**

## **Impressum**

© Bundesamt für Gesundheit (BAG)  
Reproduktion mit Quellenangabe gestattet

## **Herausgeber**

Bundesamt für Gesundheit  
Office fédéral de la santé publique  
Ufficio federale della sanità pubblica  
Swiss Federal Office of Public Health

Publikationszeitpunkt: September 2006

## **Fotos**

Hansueli Trachsel, Bremgarten

## **Weitere Informationen**

BAG, Direktionsbereich Gesundheitspolitik,  
Abteilung Multisektorale Gesundheitspolitik,  
Sektion Chancengleichheit und Gesundheit,  
CH-3003 Bern  
[www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00394/00395](http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00394/00395)  
Verantwortlich: Petra Aemmer

## **Bezugsquelle**

BBL, Verkauf Bundespublikationen, CH-3003 Bern  
[www.bbl.admin.ch/bundespublikationen](http://www.bbl.admin.ch/bundespublikationen)

BBL-Artikelnummer: 311.826  
BAG-Publikationsnummer: BAG GP 9.06 700 d-f-kombi 30EXT06004  
ISBN 3-905235-60-9

Gedruckt auf chlorfrei gebleichtem Papier

# Inhaltsverzeichnis / Table des matières Indice della materia / Table of contents

<b>Vorwort</b>	5
Thomas Zeltner	
<b>Einleitung</b>	6
Rahel Gall Azmat	
<b>Introduction</b>	8
Rahel Gall Azmat	
<b>Introduzione</b>	10
Rahel Gall Azmat	
<b>Introduction</b>	12
Rahel Gall Azmat	
<b>Gesundheitliche Lage und Gesundheitsverhalten in der Migration. Ergebnisse des Gesundheitsmonitorings der schweizerischen Migrationsbevölkerung (GMM) 2004</b>	15
Josef Eckert, Alexander Rommel, Caren Weilandt	
<b>Interaction et compétence transculturelle en milieu hospitalier: étude contextuelle des pratiques soignantes dans cinq hôpitaux suisses</b>	25
Laurent Gajo	
<b>Clinical cultural competence: Development of tools to measure clinicians' core knowledge, attitudes and skills</b>	33
Patricia Hudelson, Thomas Perneger, Noëlle Junod, Louis Loutan, Véronique Kolly	
<b>Potenzielle Ressourcen von Migrantinnen und Migranten im Gesundheitswesen. Eine Aktionsforschung</b>	41
Martina Kamm, Bülent Kaya	
<b>Gesundsein in der Migration</b>	47
Silvia Büchi, Brigit Obrist van Eeuwijk	
<b>Migration, précarité et santé. Risques et ressources de santé de personnes sans autorisation de séjour ou admises provisoirement en Suisse</b>	55
Christin Achermann, Milena Chimienti	
<b>Aufenthaltsstatus und Gesundheit. Eine ressourcenorientierte qualitative Untersuchung zur Unsicherheit des Aufenthaltsstatus im Zusammenhang mit der psychosozialen Gesundheit bei Migrantinnen in der Stadt Zürich</b>	63
Brigitte Hunkeler, Eva Müller	
<b>Inanspruchnahme stationär-psychiatrischer Versorgung durch SchweizerInnen und AusländerInnen im Kanton Zürich 1995–2002</b>	69
Ulrich Frick, Ralph Lengler, Martin Neuenschwander, Jürgen Rehm, Corina Salis Gross	
<b>Santé reproductive des collectivités migrantes. Disparités de risques et possibilités d'intervention</b>	79
Paola Bollini, Philippe Wanner	
<b>Perception du risque pour la santé lié à la consommation excessive d'alcool, au tabagisme et aux comportements sexuels à risque chez les migrants et les autochtones: nécessité d'une prévention différente?</b>	89
Patrick Bodenmann, Jacques Cornuz, Christiane Ruffieux, Marie Pin, Bernard Favrat	



# Vorwort

In den letzten Jahren hat sich die Forschung zunehmend mit dem Bereich «Migration und Gesundheit» auseinander gesetzt, doch bestehen nach wie vor Wissenslücken. Nur unzulänglich abgedeckt ist neben dem Monitoring zur Gesundheit der Migrationsbevölkerung und der Evaluation der Massnahmenumsetzung auch die Grundlagenforschung. Das Füllen dieser Lücken ist ein primäres Anliegen, da sich erst durch eine wissenschaftliche Fundierung und Begleitung Massnahmen zur adäquaten Leistungserbringung definieren und umsetzen lassen.

Problemorientierte Grundlagenforschung wird punktuell eingesetzt, um spezifische Fragestellungen (auch geschlechterbezogen) unter einer mittelfristigen Perspektive zu analysieren. Ziel ist es, eine wissenschaftlich fundierte Hilfestellung anzubieten, welche eine entsprechende Ausrichtung von Massnahmen erlaubt.

In diesem Sinne setzt sich das Bundesamt für Gesundheit (BAG) im Rahmen der Bundesstrategie «Migration und Gesundheit 2002–2007» generell dafür ein, dass der Bereich «Migration und Gesundheit» in der schweizerischen Forschungslandschaft gefördert wird.

Auf der Basis von definierten Schwerpunkten für die Grundlagenforschung im Bereich «Migration und Gesundheit» lancierte das BAG im Jahre 2003 eine Ausschreibung und erteilte den Auftrag für zehn Forschungsprojekte. Diese sind mittlerweile abgeschlossen und ich möchte mich bei den Forschenden für ihr Engagement bedanken.

In der vorliegenden Publikation sind nun wichtige Erkenntnisse und Empfehlungen der einzelnen Forschungsprojekte in Form von Artikeln dokumentiert. Die Sammlung leistet im Sinne eines Wissenstransfers einen aktiven Beitrag zur Gesundheitsdiskussion im Bereich «Migration und Gesundheit» und macht die Ergebnisse einem breiteren Publikum zugänglich. Die Schlussberichte der einzelnen Forschungen sind auch auf der Website der Sektion Chancengleichheit und Gesundheit des BAG unter der Rubrik Forschung: Projekte abrufbar ([www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00394/00395](http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00394/00395)).

Ich hoffe sehr, dass diese Dokumentation dazu beiträgt, die Erkenntnisse der Forschung in die Praxis zu tragen. In diesem Sinne wünsche ich Ihnen eine fruchtbare Lektüre.

Bundesamt für Gesundheit  
Der Direktor



Prof. Dr. Thomas Zeltner

# Einleitung

Rahel Gall Azmat, Bundesamt für Gesundheit (BAG)

Ein Teil der Migrationsbevölkerung ist grossen gesundheitlichen Risiken ausgesetzt, zusätzlich ist diese gegenüber Einheimischen hinsichtlich Prävention und Gesundheitsversorgung oft benachteiligt.<sup>1</sup> Aus diesem Grunde wurde in Anlehnung an die WHO-Zielsetzung «Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert»<sup>2</sup> die nationale Strategie «Migration und Gesundheit 2002–2007»<sup>3</sup> erarbeitet. Mit der Umsetzung der Strategie, für die federführend das Bundesamt für Gesundheit (BAG) beauftragt wurde, soll ein wesentlicher Schritt zu Solidarität und Chancengleichheit für alle Menschen im schweizerischen Gesundheitssystem gemacht werden. Langfristiges Ziel ist die Schaffung eines Gesundheitswesens, das auf eine durch Migration veränderte und durch Diversität charakterisierte Gesellschaft eingeht und den unterschiedlichen Bedürfnissen entspricht. Um diesem Ziel einen Schritt näher zu kommen, werden im Rahmen der Bundesstrategie Migration und Gesundheit in folgenden fünf Interventionsbereichen Massnahmen umgesetzt:

1. Bildung
2. Information, Prävention und Gesundheitsförderung
3. Gesundheitsversorgung
4. Therapie- und Betreuungsangebote für Traumatisierte im Asylbereich
5. Forschung

Obwohl die Forschungsarbeiten im Themenbereich Migration und Gesundheit in den letzten Jahren zugenommen haben, weisen die auf wissenschaftlicher Analyse basierenden Kenntnisse wesentliche Lücken auf. Im Rahmen der erwähnten Strategie werden Forschungsprojekte unterstützt, um diese Lücken konkret anzugehen. Dazu wurde zunächst eine Studie in Auftrag gegeben, welche auf der Basis einer Literaturreview sowie anhand von Gesprächen mit ExpertInnen die Erkenntnisbedürfnisse erhob. Der Bericht diente als Ausgangslage, um die Themenbereiche abzustecken, innerhalb deren Forschungsprojekte gefördert werden sollten:

■ Wie beeinflussen Herkunft und soziale Faktoren (z.B. Geschlecht, Aufenthaltsstatus, soziale Lage) die Diagnose, die Behandlung und den Behandlungserfolg sowie die Qualität von Interaktion und Kommunikation zwischen PatientIn und der behandelnden Fachperson? Welches sind Qualitätskriterien hinsichtlich ihrer Beziehung und wie beeinflusst diese die Diagnose, die Behandlung und den Behandlungserfolg?

■ Welche strukturellen, institutionellen und organisatorischen Faktoren der Gesundheitsversorgung beeinflussen den Inhalt und die Qualität von Kommunikation und Behandlung?

■ Welche Beziehung besteht bei MigrantInnen zwischen der Gesundheitsversorgung (Zugang, Behandlungserfolg) und der rechtlichen Situation (Aufenthaltsstatus, Versicherung, soziale und politische Rechte, Grad der institutionellen und sozialen Diskriminierung)?

■ Welche Konzepte transkultureller Kompetenz existieren und wie können sie an Mitglieder verschiedener Gesundheitsberufe vermittelt werden? Welchen Einfluss haben sie auf die Behandlungsqualität und die Zufriedenheit?

■ Welche Gesundheitsressourcen haben die MigrantInnen selbst (z.B. soziale Netzwerke, traditionelle Behandlungsmethoden, psychologische, religiöse und emotionale Ressourcen) und wie können sie in einer Behandlung eingesetzt werden?

■ Welche Qualitätskriterien können für den Einsatz von interkulturellen ÜbersetzerInnen bestimmt werden und wie ist deren Auswirkung auf die Behandlungsqualität?<sup>4</sup>

Die Forschungen, die im vorliegenden Sammelband vorgestellt und im Rahmen der Bundesstrategie Migration und Gesundheit unterstützt werden, können nicht alle diese Fragen beantworten, aber sie orientieren sich daran:

Im Artikel von Gajo wird die Frage angegangen, wie transkulturelle Kompetenz konzipiert werden kann und wie sie von Mitgliedern verschiedener Berufsgruppen verstanden und umgesetzt wird. Anschliessend beschreibt Hudelson ihr Projekt, in dem ein Instrument zur Beurteilung eben dieser transkulturellen Kompetenz von ÄrztInnen entwickelt und eingesetzt wird.

Kamm und Kaya untersuchen, welche (bisher brachliegenden) Ressourcen bei ausländischem Spitalpersonal vorhanden sind und wie ein Spital sie fördern und nutzen kann. Auch in den Beiträgen von Büchi und Obrist sowie von Achermann und Chimienti geht es um die Ressourcenfrage, allerdings hinsichtlich der MigrantInnen. Im ersten Beitrag werden die Gesundheitsressourcen von Personen aus Ländern südlich der Sahara untersucht, und es wird ermittelt, wovon deren Vorhandensein und Einsatz abhängig sind. Im zweiten Artikel wird dargestellt, welchen Gesundheitsrisiken Personen mit prekärem Aufenthaltsstatus ausgesetzt sind und auf welche Ressourcen sie zurückgreifen können.

Die Studie von Hunkeler und Müller analysiert, welchen Einfluss eine unsichere Aufenthaltssituation auf das psychische Befinden der betroffenen Personen hat. Die psychische Gesundheit ist auch Gegenstand der Untersuchung von Frick et al. Die Autoren haben versorgungsepidemiologische Daten

<sup>1</sup> Vgl. z.B. Weiss, Regula, 2003: Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Übersicht über die Gesundheit von Migrantinnen und Migranten. Zürich: Seismo.

<sup>2</sup> <http://www.euro.who.int/document/health21/wa540ga199heger.pdf>

<sup>3</sup> Bundesamt für Gesundheit, 2002: Strategie Migration und Gesundheit 2002–2006. Die Strategie wurde im Mai 2005 durch den Bundesrat bis Ende 2007 verlängert. Weitere Informationen unter [www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00394/00395](http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00394/00395)

<sup>4</sup> Maggi, Jenny, in Zusammenarbeit mit Sandro Cattacin, 2003: Needed Basic Research in Migration and Health 2002–2006 in Switzerland. Research report 29/2003 of the Swiss Forum for Migration and Population Studies. Neuchâtel: SFM.

zur psychischen Gesundheit von AusländerInnen mit denjenigen der Schweizer Wohnbevölkerung im Kanton Zürich verglichen.

Bollini und Wanner erläutern in ihrem Beitrag, welche Faktoren auf den Verlauf von Schwangerschaft und Geburt bei Migrantinnen welchen Einfluss nehmen. Bodenmann et al. widmen sich in ihrem Artikel der Risikowahrnehmung betreffend Alkohol- und Tabakkonsum sowie dem sexuellen Risikoverhalten von MigrantInnen und beurteilen die Erfolgchancen einer Kurzprävention.

Nebst den Projekten zu spezifischen Fragestellungen innerhalb des Themenbereiches Migration und Gesundheit setzt sich die Bundesstrategie zum Ziel, ein Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung durchführen zu lassen. Damit soll die prekäre Datenlage hinsichtlich Gesundheitssituation, Gesundheitsverhalten sowie Inanspruchnahme des Gesundheitssystems durch MigrantInnen verbessert werden. Ein Erhebungsinstrument wurde ausgearbeitet, Daten wurden erhoben und erste deskriptive Ergebnisse liegen vor, welche im Artikel von WIAD (Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands) vorgestellt werden.

Die im vorliegenden Sammelband zusammengefassten Arbeiten liefern vielseitige und reichhaltige Informationen. Sie leisten damit einen wichtigen Beitrag zum Erkenntnisgewinn im Bereich Migration und Gesundheit und sind eine gute Basis, um praktische Interventionen und Projekte zu konzipieren. Der Forschung sollte jedoch auch in Zukunft ein wichtiger Stellenwert beigemessen werden, denn viele Fragen bleiben weiterhin unbeantwortet und sollten wissenschaftlich untersucht werden. Eine kontinuierliche Forschung ist auch sinnvoll, weil die Zusammensetzung der Migrationsbevölkerung in der Schweiz, ihre Migrationshintergründe und Lebensumstände einem steten Wandel unterworfen sind.



# Introduction

Rahel Gall Azmat, Office fédéral de la santé publique (OFSP)

Une partie de la population migrante est exposée à de grands risques sanitaires; en outre, elle est souvent désavantagée par rapport à la population suisse du point de vue de la prévention et de la couverture médicale.<sup>5</sup> C'est pourquoi la stratégie nationale «Migration et santé 2002 à 2007»<sup>6</sup> a été élaborée conformément à l'objectif de l'OMS «La santé pour tous au XXI<sup>e</sup> siècle»<sup>7</sup>. La mise en œuvre de cette stratégie, confiée à l'OFSP, devrait constituer un jalon essentiel sur le chemin de la solidarité et l'égalité des chances pour tous dans le système de santé suisse. A long terme, on vise la création d'un système de santé qui soit adapté à une société marquée par le phénomène de la migration et caractérisée par la diversité et qui corresponde aux différents besoins. Pour se rapprocher de cet objectif, des mesures ont été prises dans le cadre de la stratégie de la Confédération «Migration et santé» dans les cinq domaines d'intervention suivants:

1. Formation
2. Information, prévention et promotion de la santé
3. Soins de santé
4. Offre de thérapie et d'encadrement pour personnes traumatisées du domaine de l'asile
5. Recherche

Bien que le volume de travaux de recherche dans le domaine migration et santé ait augmenté ces dernières années, les connaissances fondées sur des analyses scientifiques présentent encore bien des lacunes. La stratégie susmentionnée soutient des projets de recherche afin de compléter concrètement ces connaissances. En outre, une étude commandée par l'OFSP a relevé les besoins d'informations en se fondant sur une analyse documentaire et des entretiens avec des experts. Le rapport a servi de point de départ pour repérer les domaines où des projets de recherche peuvent être encouragés:

■ Comment l'origine et les facteurs sociaux (p. ex. sexe, statut de séjour, situation sociale) influencent le diagnostic, le traitement et le succès du traitement ainsi que la qualité de l'interaction et de la communication entre le patient et le soignant? Quels sont les critères qualitatifs de leur relation et comment cette dernière influence le diagnostic, le traitement et le succès du traitement?

■ Quels sont les facteurs structurels, institutionnels et organisationnels de la couverture médicale qui influencent le contenu et la qualité de la communication et du traitement?

■ Quelle est la relation chez les migrants entre couverture médicale (accès, succès du traitement) et situation juridique (statut de séjour, assurance, droits politiques et sociaux, degré de discrimination institutionnelle et sociale)?

■ Quels sont les concepts de compétence transculturelle et comment peuvent-ils être transmis aux personnes exerçant différentes professions médicales? Quelle influence ont ces concepts sur la qualité du traitement et la satisfaction?

■ Quelles sont les ressources sanitaires propres aux migrants (p. ex. réseaux sociaux, méthodes de traitement traditionnelles, ressources psychologiques, religieuses et émotionnelles) et comment peut-on les intégrer dans un traitement?

■ Quels critères qualitatifs peuvent être fixés pour l'engagement d'interprètes communautaires et quelle influence exercent-ils sur la qualité du traitement?<sup>8</sup>

Les études décrites dans le présent recueil et soutenues dans le cadre de la stratégie de la Confédération «Migration et santé» ne peuvent pas répondre à toutes les questions mais s'inspirent de celles-ci.

L'article de Gajo vise à mieux appréhender les compétences culturelles et à étudier comment elles sont comprises et appliquées par des personnes exerçant différentes professions. Ensuite, Hudelson décrit comment il a élaboré et mis en place un instrument d'évaluation de cette compétence transculturelle chez les médecins.

Kamm et Kaya examinent quelles sont les ressources (inexploitées jusqu'à présent) du personnel hospitalier étranger et comment un hôpital peut les promouvoir et en tirer parti. Les articles de Büchi et Obrist ainsi que d'Achermann et Chimienti s'interrogent aussi sur les ressources, mais cette fois du côté des migrants. Le premier article examine les ressources sanitaires des personnes provenant des pays d'Afrique subsaharienne et détermine quelles sont les conditions permettant l'engagement de ces ressources. Le deuxième article, quant à lui, présente les risques pour la santé des personnes ayant un statut de séjour précaire et les ressources auxquelles elles peuvent avoir recours.

L'étude de Hunkeler et Müller analyse l'influence d'une situation de séjour incertaine sur le psychisme de la personne concernée. La santé psychique est aussi l'objet de la recherche entreprise par Frick et al. Les auteurs ont comparé les données en matière d'épidémiologie des soins relatifs à la santé psychique des étrangers, recueillies dans le canton de Zurich, avec celles de la population suisse dans ce même canton.

<sup>5</sup> Voir p. ex. Weiss, Regula, 2003: Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Übersicht über die Gesundheit von Migrantinnen und Migranten. Zurich: Seismo.

<sup>6</sup> Office fédéral de la santé publique, 2002: Migration et santé. Stratégie de la Confédération pour les années 2002 à 2006. En mai 2005, la stratégie a été prolongée par le Conseil fédéral jusqu'à fin 2007. Vous trouverez de plus amples informations sous: [www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00394/00395](http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00394/00395)

<sup>7</sup> <http://www.euro.who.int/document/health21/WA540GA199SA.pdf>

<sup>8</sup> Maggi, Jenny, en collaboration avec Sandro Cattacin, 2003: Needed Basic Research in Migration and Health 2002–2006 in Switzerland. Research report 29/2003 of the Swiss Forum for Migration and Population Studies. Neuchâtel: SFM.

Bollini et Wanner définissent, dans leur article, les facteurs qui influencent le cours des grossesses et des naissances chez les migrantes et les effets qui en découlent. Bodenmann et al. étudient la perception du risque pour la santé lié au tabagisme, à la consommation excessive d'alcool et aux comportements sexuels à risque parmi la population migrante et évaluent les chances de réussite d'une prévention à court terme.

Outre des projets pour des enquêtes spécifiques sur les thèmes liés au domaine «migration et santé», la stratégie de la Confédération s'est fixée pour but de faire réaliser un monitoring de l'état de santé de la population migrante. Les données partielles concernant la situation sanitaire, le comportement en matière de santé et le recours au système de santé par les migrants devraient ainsi être complétées. Un support de sondage a été élaboré, les données recueillies et les premiers résultats descriptifs sont disponibles et présentés dans l'article de WIAD.

Les travaux résumés dans le présent recueil donnent des informations nombreuses et précieuses. Ainsi, ils contribuent de manière déterminante à recueillir davantage d'informations dans le domaine migration et santé et peuvent servir de base pour concevoir des interventions pratiques et des projets. Il faudra cependant continuer à l'avenir à accorder à la recherche une place de choix, car beaucoup de questions restent encore sans réponse et devraient faire l'objet d'études scientifiques. Une recherche permanente est également nécessaire, car la composition de la population migrante en Suisse, les causes de la migration et les conditions de vie évoluent constamment.

# Introduzione

Rahel Gall Azmat, Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP)

Una parte della popolazione migrante è esposta a gravi rischi per la salute; inoltre è sovente svantaggiata rispetto agli autotoni per quanto riguarda la prevenzione e l'assistenza sanitaria.<sup>9</sup> Per questo motivo, e conformemente all'obiettivo dell'OMS «Salute per tutti nel 21° secolo»<sup>10</sup>, è stata elaborata la strategia nazionale «Migrazione e salute 2002–2007»<sup>11</sup>. La strategia, che sarà realizzata sotto l'egida dell'UFSP, costituisce un passo importante in direzione della solidarietà e delle pari opportunità per tutti nel sistema sanitario svizzero. L'obiettivo a lungo termine è creare un sistema sanitario che sappia rispondere alle diverse esigenze e che tenga debito conto dei mutamenti sociali intervenuti in seguito alla migrazione e della diversità che caratterizza la società attuale. Per realizzare questo obiettivo nel quadro della strategia federale relativa alla migrazione e alla salute saranno adottate misure nei cinque settori d'intervento seguenti:

1. Formazione
2. Informazione, prevenzione e promozione della salute
3. Fornitura di prestazioni sanitarie
4. Offerte terapeutiche e d'assistenza per persone traumatizzate nel settore dell'asilo
5. Ricerca

Malgrado negli ultimi anni i lavori di ricerca nel settore migrazione e salute si siano moltiplicati, le conoscenze fondate su analisi scientifiche presentano lacune importanti. Nel quadro della strategia menzionata si sostengono progetti di ricerca per affrontare in modo concreto il problema e colmare tali lacune. A tal scopo è stato commissionato uno studio che, sulla base di una ricerca bibliografica e di colloqui con esperti, ha rilevato le esigenze in materia di conoscenze. Il rapporto funge da punto di partenza per determinare i settori tematici nei quali occorre promuovere progetti di ricerca.

■ In che modo la provenienza e altri fattori sociali (p. es. l'appartenenza sessuale, lo statuto di soggiorno, le condizioni sociali) influiscono sulla diagnosi, sul trattamento e sul suo successo, nonché sulla qualità dell'interazione e della comunicazione tra i pazienti e il personale di cura? Quali sono i criteri qualitativi per valutare il loro rapporto? In che modo tale rapporto influisce sulla diagnosi, sul trattamento e sul suo successo?

■ Quali fattori strutturali, istituzionali e organizzativi dell'assistenza sanitaria influiscono sul contenuto e sulla qualità della comunicazione e del trattamento?

■ Presso i migranti, quale connessione esiste tra l'assistenza sanitaria (accesso, successo del trattamento) e la situazione giuridica (statuto di soggiorno, assicurazione, diritti sociali e politici, grado della discriminazione istituzionale e sociale)?

■ Quali concezioni di competenza transculturale esistono e come possono essere trasmesse al personale attivo nelle diverse professioni della salute? Quale influsso hanno sulla qualità del trattamento e sui suoi risultati?

■ Di quali risorse in materia di salute dispongono i migranti (p. es. reti sociali, metodi di cura tradizionali, risorse psicologiche, religiose ed emozionali) e come possono essere valorizzate nell'ambito di un trattamento?

■ Quali criteri qualitativi possono essere determinati per l'impiego di interpreti interculturali e quali sono i loro effetti sulla qualità del trattamento?<sup>12</sup>

Le ricerche presentate in questa raccolta e sostenute nell'ambito della strategia federale sulla migrazione e la salute non possono dare una risposta a tutte le questioni, ma seguono tuttavia la traccia da queste lasciata.

L'articolo di Gajo si occupa della questione di come possa essere concepita la competenza transculturale e come essa sia compresa e adottata dai membri dei diversi gruppi professionali. In seguito Hudelson descrive il suo progetto, nel quale viene sviluppato e impiegato uno strumento atto a valutare la competenza transculturale dei medici.

Kamm e Kaya esaminano quali risorse (finora inutilizzate) siano disponibili presso il personale ospedaliero straniero e come esse possano essere promosse e impiegate in un ospedale. Pure i contributi di Büchi e Obrist, nonché di Achermann e Chimenti, trattano la questione delle risorse, ma si interessano a quelle riferite ai migranti. Nel primo contributo sono esaminate le risorse delle persone provenienti da Paesi situati a sud del Sahara e individuati i fattori dai quali dipende l'esistenza e l'impiego di tali risorse. Nel secondo articolo sono illustrati i rischi sanitari cui sono esposte le persone con uno statuto di soggiorno precario e le risorse cui esse possono fare capo.

<sup>9</sup> Cfr. p. es. Weiss, Regula, 2003: Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Übersicht über die Gesundheit von Migrantinnen und Migranten. Zurigo: Seismo.

<sup>10</sup> <http://www.euro.who.int/document/health21/wa540ga199heger.pdf> (in tedesco), <http://www.euro.who.int/document/health21/wa540ga199sa.pdf> (in francese)

<sup>11</sup> Ufficio federale della sanità pubblica, 2002: Migrazione e salute. Orientamenti strategici della Confederazione per il quinquennio 2002-2006. Nel maggio 2005 il Consiglio federale ha prorogato la strategia fino alla fine del 2007. Ulteriori informazioni all'indirizzo: [www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00394/00395](http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00394/00395)

<sup>12</sup> Maggi, Jenny, in collaborazione con Sandro Cattacin, 2003: Needed Basic Research in Migration and Health 2002-2006 in Switzerland. Research report 29/2003 of the Swiss Forum for Migration and Population Studies. Neuchâtel: SFM.

Lo studio effettuato da Hunkeler e Müller analizza l'influsso di uno statuto di soggiorno insicuro sul benessere psichico della persona interessata. La salute psichica è pure oggetto dello studio di Frick et al., i quali hanno messo a confronto i dati in materia di epidemiologia dei trattamenti inerenti alla salute psichica di stranieri con quelli relativi alla popolazione svizzera nel Cantone di Zurigo.

Bollini e Wanner illustrano nel loro contributo quali fattori influenzano il decorso della gravidanza e la nascita presso i migranti e qual'è il loro impatto su tali eventi. Bodenmann et al. si dedicano nel loro articolo alla percezione del rischio per quanto riguarda il consumo di alcol e tabacco nonché al comportamento sessuale dei migranti e valutano le possibilità di successo di una prevenzione a breve termine.

Oltre ai progetti concernenti questioni specifiche del settore tematico della migrazione e della salute, la strategia federale ha per obiettivo la realizzazione di un monitoraggio sullo stato di salute della popolazione migrante. In tal modo si intende migliorare la situazione lacunosa in materia di dati relativi alle condizioni di salute, al comportamento e al ricorso al sistema sanitario da parte dei migranti. Uno strumento di rilevamento è già stato elaborato e sono pure stati raccolti dati; ora sono disponibili i primi risultati descrittivi, presentati nell'articolo del WIAD (Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands).

I lavori riassunti nella presente raccolta forniscono ricche e abbondanti informazioni. In tal modo essi contribuiscono fortemente a conseguire conoscenze nel settore della migrazione e della salute e costituiscono una buona base per sviluppare interventi e progetti concreti. Tuttavia, anche in futuro occorre dare la giusta importanza alla ricerca, poiché molte questioni continuano a non avere risposta e dovrebbero dunque essere esaminate scientificamente. La necessità di una ricerca costante è determinata pure dal fatto che la composizione della popolazione migrante in Svizzera, i loro contesti migratori e le loro condizioni esistenziali sono sottoposti a continue mutazioni.

# Introduction

Rahel Gall Azmat, Federal Office of Public Health (FOPH)

A proportion of the migrant population is exposed to substantial health risks. It is also often additionally disadvantaged in terms of prevention and healthcare provisions, compared to the native population.<sup>13</sup> For this reason, and in accordance with the Health 21: The health for all policy framework for the WHO European Region<sup>14</sup>, the national Migration and Public Health Strategy 2002–2007<sup>15</sup> was drawn up. The Federal Office of Public Health (FOPH) was mandated to implement the Strategy, which will constitute a significant step towards solidarity and equality of opportunity for all people in the Swiss healthcare system. The long-term objective is to provide a health system that takes account of a society that has been altered through migration and is characterised by diversity, and which is appropriate to diverse different needs. To move one step closer to this goal, the federal Migration and Public Health Strategy will implement measures in the following five areas of intervention:

1. Education
2. Public information, prevention and health promotion
3. Healthcare provision
4. Therapy and care facilities for traumatised asylum seekers
5. Research

Although research in the field of migration and health has increased over recent years, there are still important gaps in the knowledge obtained from scientific studies. Part of the Strategy will involve research projects to address these gaps in concrete ways. A study was first commissioned to identify the knowledge gaps, using a literature review and discussions with leading experts. The reports serve as a starting point to indicate subject areas in which research projects should be promoted:

■ How do origin and social factors (e.g. gender, residence status, social position) influence diagnosis, treatment and success of treatment, and the quality of interaction and communication between patient and professional? What are the criteria determining the quality of their relationship, and how does it influence diagnosis, treatment and success of treatment?

■ What structures and institutional and organisational factors in health care affect the content and quality of communication and treatment?

■ What relationship is there between healthcare provision for migrants (access to it, success of treatment) and their legal situation (residence status, insurance, social and political rights, level of institutional and social discrimination)?

■ What concepts of transcultural competence exist, and how can they be conveyed to members of different health care professions? What effect do they have on the quality of treatment and on satisfaction with treatment?

■ What health resources do the migrant themselves have (e.g. social networks, traditional methods of treatment, psychological, religious and emotional resources), and how can they be utilised in treatment?

■ What criteria can be used to evaluate the quality of intercultural interpreters, and what is their effect on the quality of treatment?<sup>16</sup>

Although the studies presented in this collection, which are supported by the Migration and Public Health Strategy, cannot answer all these questions, they go some way towards doing so.

The article by Gajo addresses the issue of how transcultural competence can be conceptualised, and how it is understood and implemented by members of different professional groups. Following this, Hudelson describes her project to develop an instrument and use it to evaluate transcultural competence in doctors.

Kamm and Kaya investigate the (hitherto unused) resources of non-Swiss hospital staff, and how a hospital can promote and use them. The contributions by Büchi and Obrist and by Achermann and Chimienti also address the question of resources, but in terms of migrants. The first essay examines the health resources of people from the south of the Sahara and discusses what affects their availability and use. The second article presents the health risks to which people with a precarious residence status are exposed, and what resources they can fall back on.

<sup>13</sup> See e.g. Weiss, Regula, 2003: Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Übersicht über die Gesundheit von Migrantinnen und Migranten. Zurich: Seismo.

<sup>14</sup> <http://www.euro.who.int/document/health21/wa540ga199heeng.pdf>

<sup>15</sup> Federal Office of Public Health, 2002: Migration and Public Health. The Confederation's strategic orientation 2002–2006. In May 2005 the Federal Council extended the Strategy to the end of 2007. Further information on [www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00394/00395/00396](http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00394/00395/00396)

<sup>16</sup> Maggi, Jenny, with Sandro Cattacin, 2003: Needed Basic Research in Migration and Health 2002–2006 in Switzerland. Research report 29/2003 of the Swiss Forum for Migration and Population Studies. Neuchâtel: SFM.

The study by Hunkeler and Müller analyses the influence of uncertain residence situation on the psychological wellbeing of the affected person. Psychological health is also the subject of the study by Frick et al. These authors compare epidemiological health care provision data on the psychological health of foreigners with those of the Swiss residents in Canton Zurich.

In their chapter, Bollini and Wanner examine the factors that affect the course of pregnancy and birth in migrant women. Bodenmann et al devote their article to the perception of health risks associated with alcohol and tobacco consumption, as well as the sexual risk behaviour of migrants, and consider the possibility of success of a brief prevention campaign.

In addition to projects on defined issues within the broad subject area of migration and health, the Strategy also aims to monitor the health of the migrant population. This will improve the currently inadequate data on the health situation, health behaviour and uptake of health care by migrants. A survey instrument was developed, data were recorded, and the first descriptive results are presented in the article by WIAD.

The articles collected in the present volume provide rich and varied information. They make an important contribution to increasing knowledge about migration and public health, and are a good basis on which to conceptualise practical interventions and projects. Research here should continue to be given a high priority, as many questions remain unanswered and need to be investigated rigorously. Continuous research also makes sense because the composition of the migrant population in Switzerland, the background to migration, and migrants' life circumstances are themselves subject to continuous change.



# Gesundheitliche Lage und Gesundheitsverhalten in der Migration. Ergebnisse des Gesundheitsmonitorings der schweizerischen Migrationsbevölkerung (GMM) 2004\*

Josef Eckert, Alexander Rommel, Caren Weilandt  
Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD) gem. e.V.



## Zusammenfassung

Neben der schweizerischen, italienischen sowie der deutschen, österreichischen und französischen Bevölkerung erfasst das GMM mittels telefonischer Befragung die portugiesische, türkische und tamilische Wohnbevölkerung, jene aus dem Gebiet des ehemaligen Jugoslawien und darüber hinaus albanische und tamilische Asylsuchende.

Abgesehen von der deutschen, österreichischen und französischen Gruppe ist die Migrationsbevölkerung in ihrer sozialen Situation insgesamt schlechter gestellt als die Autochthonen, die italienische Gruppe etwas günstiger, Asylsuchende bzw. die tamilische und albanische Bevölkerung am ungünstigsten. Eine gleichzeitig sichtbare Heterogenität kennzeichnet vor allem die türkische Gruppe.

Die Indikatoren der gesundheitlichen Lage zeigen in den meisten Fällen eine ähnlich positive Situation der schweizerischen sowie der deutschen, österreichischen und französischen Bevölkerung, während die übrigen Migranten und Migrantinnen in der Regel in unterschiedlichem Masse nach unten abweichen. Dabei ist in der Gesamtschau, nicht in jedem Einzelfall, die Situation tendenziell günstiger für italienische und ungünstiger für türkische Befragte sowie für Asylsuchende, speziell die Albaner und Albanerinnen aus dem Kosovo. Frauen zeigen im Allgemeinen eine tendenziell weniger gute Gesundheit, insbesondere Türkinnen, gefolgt von Tamilinnen.

Bei gesundheitsförderlichem und -riskantem Verhalten steht unter Migrantinnen und Migranten einem tendenziell geringeren Alkoholkonsum eine zumeist höhere Sportabstinenz gegenüber. In einigen Gruppen findet sich eine im Vergleich zur schweizerischen Bevölkerung erhöhte Raucherquote.

Wie die meisten Unterschiede gelten auch tendenzielle Abweichungen im Gesundheitsverhalten der Migrationsbevölkerung gegenüber der schweizerischen meist nicht für die deutsche, österreichische und französische Gruppe. Die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zeigt teilweise höhere Inanspruchnahmeraten. In den zwölf Monaten vor der Erhebung waren Migrantinnen und Migranten zwar nicht zu einem auffallend höheren Anteil beim Arzt, die mittlere Zahl der Arztbesuche ist unter den Arztbesuchern und -besucherinnen in einigen Gruppen jedoch deutlich erhöht. In Bezug auf Vorsorgeuntersuchungen zeichnet sich teilweise eine geringere Inanspruchnahme unter Migrantinnen und Migranten ab. Allerdings zeigen die Daten, dass dies von der Art der Vorsorge und dem Alter der Befragten abhängt und nicht generalisiert werden kann.

Migrationsspezifische Aspekte der Inanspruchnahme zeigen vor allem Sprachprobleme. Sie erfordern beim Arzt oft Verwandte bzw. den Partner oder die Partnerin als Sprachmittler. Da Frauen öfter das andere Geschlecht einbeziehen, ist speziell für sie die Arzt-Patienten-Dyade potenziell gefährdet. So besteht besonders Bedarf an professionellen Dolmetscherdiensten sowie muttersprachlichen Informationen.

**Key Words:** migration, ethnicity, survey, health monitoring, health state, health behaviour

\* Dieses Forschungsprojekt wurde vom Bundesamt für Gesundheit mit dem Vertrag Nr. 03.000427 im Rahmen der Bundesstrategie «Migration und Gesundheit 2002–2007» unterstützt.





## Résumé

Oltre la population suisse, italienne, allemande, autrichienne et française, le monitoring de la santé de la population migrante en Suisse recense également par sondage téléphonique les résidents portugais, turcs, tamouls, les personnes en provenance du territoire d'ex-Yougoslavie, ainsi que les requérants d'asile albanais et tamouls.

Hormis les résidents allemands, autrichiens et français, la population migrante bénéficie d'une situation sociale moins favorable que les autochtones; les Italiens jouissent d'un statut un peu plus clément alors que les demandeurs d'asile et la population d'origine tamoule et albanaise sont les moins bien lotis. Une hétérogénéité marquée caractérise la population turque.

Les indicateurs de santé reflètent, dans la plupart des cas, un contexte pareillement positif pour les populations suisse, allemande, autrichienne et française, tandis que les autres migrants connaissent une situation inégale, tendant vers le bas. Dans l'ensemble, les conditions semblent être plus favorables pour les Italiens et plus critiques pour les résidents turcs, selon les personnes interrogées, ainsi que pour les requérants d'asile et en particulier les Albanais originaires du Kosovo. Les femmes ont en général un état de santé plus préoccupant, notamment les Turques, suivies des femmes tamoules. En ce qui concerne les comportements à risque pour la santé, l'alcoolisme tend certes à reculer chez les migrants, mais ce phénomène est contrebalancé par un manque croissant d'exercice physique. Dans certains groupes, le tabagisme est plus répandu qu'au sein de la population suisse.

Le comportement des migrants en matière de santé ne fait pas exception et représente un écart supplémentaire significatif par rapport à la population suisse, écart qui ne concerne toutefois pas, comme dans la plupart des cas, le groupe allemand/autrichien/français. L'analyse du recours de la population migrante aux soins fait état d'une augmentation partielle dans ce domaine. Au cours des 12 mois précédant le monitoring, les migrants ne se sont pas rendus plus souvent chez le médecin; le nombre moyen de visites médicales a toutefois significativement augmenté chez les patients issus de certains groupes. S'agissant des examens de dépistage, les migrants semblent moins recourir à ce type de prestation. Toutefois, les données montrent que ce phénomène dépend du type de dépistage et de l'âge de la personne interrogée; ce constat ne peut donc être généralisé.

Parmi les éléments inhérents à la migration dans une situation de soins, l'on retrouve le plus souvent les difficultés d'ordre linguistique. Elles incitent donc le médecin à se servir souvent des proches ou du partenaire du patient en tant qu'intermédiaires. Les femmes étant très souvent accompagnées par un parent du sexe opposé, la relation privilégiée médecin-patient s'en trouve compromise pour elles. Le besoin de recourir aux services d'interprètes professionnels et de diffuser des informations traduites dans les différentes langues maternelles des migrants est donc évident.

## Sintesi

Oltre alla popolazione di origine svizzera, italiana nonché tedesca, austriaca e francese, la ricerca è stata estesa, mediante un'inchiesta telefonica, ai residenti di origine portoghese, turca e tamil, a quelli provenienti dalle regioni dell'ex Jugoslavia e inoltre ai richiedenti l'asilo di origine albanese e tamil.

Prescindendo dal gruppo tedesco, austriaco e francese, la situazione sociale della popolazione migrante in generale è peggiore rispetto a quella degli autoctoni; è un po' più favorevole per quanto riguarda il gruppo italiano, mentre la situazione dei richiedenti l'asilo e dei gruppi di popolazione tamil e albanese è invece nettamente la peggiore. Il gruppo dei migranti turchi è caratterizzato da una marcata eterogeneità.

Nella maggior parte dei casi gli indicatori della situazione della salute mostrano una tendenza positiva analoga nella popolazione svizzera e in quella tedesca, austriaca e francese, mentre per gli altri migranti in generale si constata un abbassamento differenziato delle condizioni di salute. La tendenza più favorevole di cui beneficia il gruppo degli italiani rispetto agli interpellati di origine turca nonché ai richiedenti l'asilo albanesi provenienti dal Kosovo scaturisce da un'osservazione globale, non dalla considerazione del singolo caso. La salute delle donne in generale è più precaria. Ma è soprattutto presso le migranti turche seguite da quelle tamil che sono state rilevate le condizioni di salute più preoccupanti.

Per quanto concerne i comportamenti a rischio per la salute, la tendenza al consumo di alcol è tendenzialmente basso, ma è controbilanciata da un'assenza di attività fisica molto diffusa. In alcuni gruppi il numero di fumatori è più alto rispetto a quello degli autoctoni.

Anche per quanto concerne la tendenza comportamentale dei migranti nell'ambito della salute, non si rilevano differenze degne di nota tra gli svizzeri e i gruppi di popolazione tedesco, austriaco e francese. Ciò conferma quanto già riscontrato in altri aspetti presi in considerazione.

I migranti fanno maggiormente ricorso alle prestazioni sanitarie. Nei dodici mesi che hanno preceduto lo studio non è stato constatato presso i medici un afflusso notevolmente più marcato di migranti; il numero medio di visite mediche è tuttavia significativamente aumentato presso alcuni gruppi di migranti. Per quanto attiene alle visite mediche a carattere preventivo, i migranti sembrano far poco ricorso a tali prestazioni. Tuttavia dai dati raccolti emerge che ciò dipende dal tipo di prevenzione e dall'età degli interpellati e che non si può generalizzare il fenomeno.

Il ricorso alle cure è condizionato da fattori specifici alla migrazione: il più importante è senza dubbi quello linguistico. Spesso il ruolo di intermediario linguistico è affidato ai parenti o al partner. Dato che più frequentemente sono le donne a coinvolgere persone di sesso maschile, vi è il rischio che le migranti si vedano private della diade medico-paziente. Da qui la particolare necessità di servizi professionali di interpretariato nonché di informazioni nella lingua madre.

## Summary

Besides the Swiss, Italian and German/Austrian/French sections of the population, health monitoring of Switzerland's migrant population (GMM) also focused its telephone-based survey on the Portuguese, Turkish and Tamil communities, those from the former Yugoslavia, and Albanian and Tamil asylum seekers.

Apart from the German/Austrian/French group, the social situation of the migrant population is generally poorer than that of the autochthonous population, while that of the Italian group is somewhat better, and asylum seekers and the resident Tamil and Albanian communities are worst off. At the same time, the Turkish group in particular evidences a demonstrable heterogeneity.

In the majority of cases the health-status indicators show the situation of the Swiss population and the German, Austrian and French communities to be similarly positive, while the remaining migrant groups lag behind to various degrees. From an overall perspective, but not in terms of each individual case, the situation tends to be more favourable for the Italian group and less favourable for the Turkish respondents and for asylum seekers, particularly Albanians and Kosovo Albanians. Women, particularly from the Turkish and Tamil communities, generally tend to be in less good health.

In terms of health-promoting or health-impairing behaviour, migrants tend to consume less alcohol but engage in less sport. A number of groups exhibit a higher percentage of smokers than the Swiss population.

Like most of the differences observed, divergent tendencies in the health-related behaviour of the migrant community compared with the Swiss population generally do not apply to the German/Austrian/French groups. The use of health care services shows user rates that are in some cases higher. Though migrants did not consult a doctor to a notably greater extent in the twelve months prior to the survey, the average number of visits among those who went to a doctor is much higher in a number of groups. Some migrant groups make less use of preventive check-ups. According to the data, however, such behaviour depends on the type of preventive care involved and on the respondents' age, and no general conclusions can be drawn.

The use of health care services by migrants is associated particularly with language problems. This often necessitates the presence of a relative or partner as an interpreter during visits to a doctor. Since women more frequently call on a male person for this purpose, the doctor-patient dyad is potentially at particular risk for women. There is therefore a particular need for professional interpreters and information in the relevant mother tongue.

## 1 Einleitung

Seit Mitte der 90er-Jahre beträgt der Ausländeranteil an der Wohnbevölkerung der Schweiz mehr als ein Fünftel, im Jahre 2003 lag er bei 21,7%. Ende Dezember 2003, dem Ausgangspunkt dieser Studie, umfasste der Bestand der ständigen ausländischen Wohnbevölkerung 1,47 Millionen Personen, hinzu kamen knapp 65'000 Asylsuchende. Die seit 1992 regelmässig durchgeführte Schweizer Gesundheitsbefragung (SGB) liefert zwar umfangreiche Daten zum Gesundheitsstatus und zum Gesundheitsverhalten der schweizerischen Bevölkerung und des Teils der Migrationsbevölkerung, der eine der Landessprachen beherrscht. Damit sind aber in der SGB solche Migrantinnen und Migranten generell ausgeschlossen, die sprachlich und damit insgesamt tendenziell weniger gut in die schweizerische Aufnahmegesellschaft integriert sind.

In diesem Kontext bildet das Gesundheitsmonitoring der Schweizerischen Migrationsbevölkerung (GMM) 2004 einen zentralen Bestandteil der strategischen Ausrichtung des Bundes «Migration und Gesundheit 2002–2007» mit dem Ziel eines offenen Gesundheitssystems für eine pluralistische Gesellschaft. Ein Monitoringsystem zu gesundheitlicher Lage und Gesundheitsverhalten liefert epidemiologische Informationen als Grundlage und Ausgangspunkt, um Massnahmen zu entwickeln, neue Problematiken zu erkennen und künftige Prioritäten zu setzen. Das GMM 2004 ist darauf angelegt, den Gesundheitsstatus von Migranten und Migrantinnen mit den Methoden zu erfassen und zu beschreiben, die sich im Rahmen der SGB bewährt haben. Der Artikel vermittelt einen deskriptiven Überblick über erste zentrale Ergebnisse aufgrund einer vorläufig nur nach Nationalitätsgruppen vorgenommenen Analyse.

## 2 Methodik

Die Grundgesamtheit des GMM bildet die schweizerische und nicht schweizerische Bevölkerung im Alter zwischen 15 und 74 Jahren. Sie setzt sich aus drei Modulen zusammen: Modul I beinhaltet die in der SGB erfassten Autochthonen sowie die Migrationsbevölkerung aus Italien, Deutschland, Österreich und Frankreich; Modul II umfasst die ständig ansässige Wohnbevölkerung aus dem Gebiet des ehemaligen Jugoslawien, aus Portugal, der Türkei und Sri Lanka und Modul III Asylsuchende aus Sri Lanka und dem Kosovo. Für Modul II und III sind zusätzliche, computergesteuerte telefonische Interviews durchgeführt worden.

Für Modul II wurde eine disproportional nach Alter und Geschlecht geschichtete Stichprobe aus dem zentralen Ausländerregister gezogen, für Modul III eine ungeschichtete aus dem Personenregister des Bundesamts für Migration. Bei einer anvisierten Stichprobe von 2500 in Modul II und 500 in Modul III konnten mit 4168 aktivierten Ausgangsadressen insgesamt 3024 Interviews realisiert werden, was einer Ausschöpfung von 72,6% entspricht. Modul I und II wurden nach Geschlecht und Alter analog administrativen Daten entsprechend den tatsächlichen Verteilungen in der Schweiz gewichtet, für Modul III war dies nicht vorgesehen.

Ausgangsbasis der Entwicklung des Befragungsinstruments für Modul II und III war der Fragebogen der SGB, der gekürzt und um migrationspezifische Fragen erweitert wurde. Daher ist nur bei einem Teil der Variablen ein Vergleich zwischen allen Gruppen möglich. Bei den zusätzlich konstruierten Fragen kann hingegen nur zwischen Befragten der Module II und III verglichen werden. Ein mehrstufiges Übersetzungsprozedere zur transkulturellen Validierung des Erhebungsinstruments umfasste Überprüfungen durch kulturelle und muttersprachliche Experten oder Expertinnen der jeweiligen Ethnie sowie qualitative kognitive Pretests. Als Interviewsprachen kamen wahlweise die jeweilige Muttersprache oder Deutsch bzw. Französisch zur Anwendung; Asylsuchende wurden ausschliesslich in ihrer Muttersprache interviewt.

Der Kombination einer konsequenten Umsetzung des beschriebenen Stichprobendesigns mit der Erarbeitung migrationspezifischer Fragestellungen zu Lebenslage und Wanderungsgeschichte der Befragten und der Anwendung ausführlich getesteter muttersprachlicher Befragungsinstrumente durch entsprechend geschultes Personal kommt in der Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsforschung europaweit methodologischer Pioniercharakter zu. Das vorgestellte Projekt steckt damit auch den minimalen Aufwand ab, der für eine migrationsensible Berichterstattung notwendigerweise zu betreiben ist, und eröffnet deutlich weiterführende Analysemöglichkeiten als bislang vorhandene Datensätze zum Themenkomplex Migration und Gesundheit.

## 3 Resultate

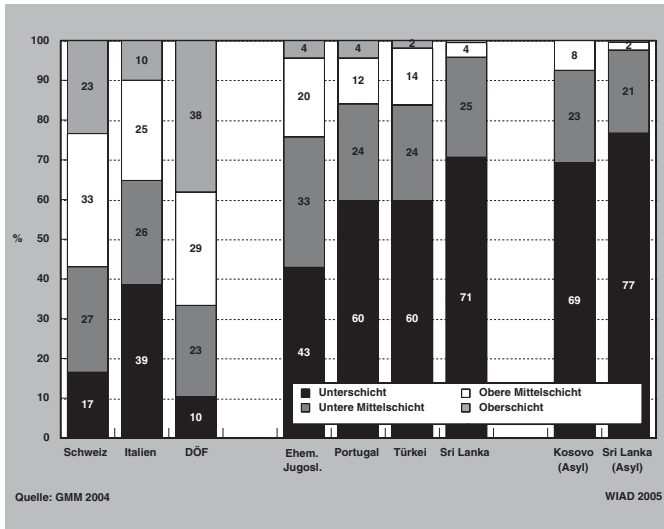
Grundsätzlich beinhaltet der Datensatz Informationen, die deutlich über die im Folgenden präsentierten Resultate hinausgehen. Berichtet werden zunächst einige wenige Ergebnisse zur sozialen Lage und Soziodemografie, die mit Aspekten der Gesundheits- und Versorgungslage in Zusammenhang stehen. Anschliessend werden Ergebnisse zur gesundheitlichen Lage von Migrantinnen und Migranten in der Schweiz dargestellt, gefolgt von Informationen zum Gesundheitsverhalten, d.h. der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen einschliesslich ihrer Migrationspezifika sowie ihrer gesundheitsförderlichen und -riskanten Verhaltensweisen.

### 3.1 Soziale Lage und Soziodemografie

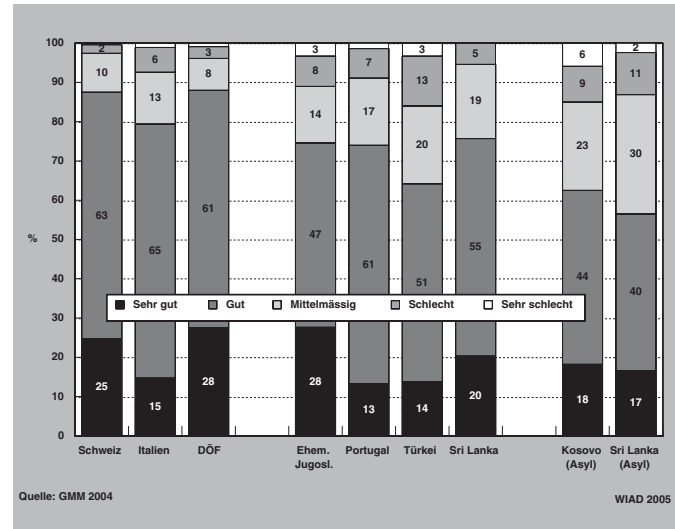
Soziodemografisch betrachtet, sind Migrantinnen und Migranten der ständigen Wohnbevölkerung im Vergleich zur schweizerischen Bevölkerung durch einen Männerüberschuss gekennzeichnet. Ebenso gilt, dass die Migrationsbevölkerung im Mittel jünger ist als die schweizerische Bevölkerung.

In Bezug auf Bildung, berufliche Stellung und Einkommen sind Migrantinnen und Migranten in aller Regel schlechter gestellt als die schweizerische Bevölkerung. Sozioökonomisch betrachtet, demonstriert dies eine für Migrationsprozesse typische Unterschichtung der Aufnahmegesellschaft. Konstruiert man aus den genannten Merkmalen einen Schichtindikator, so zeigen sich in komprimierter Form die tendenziell deutliche sozialstrukturelle Benachteiligung der Migrationsbevölkerung insgesamt wie auch deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen (Übersicht 1).

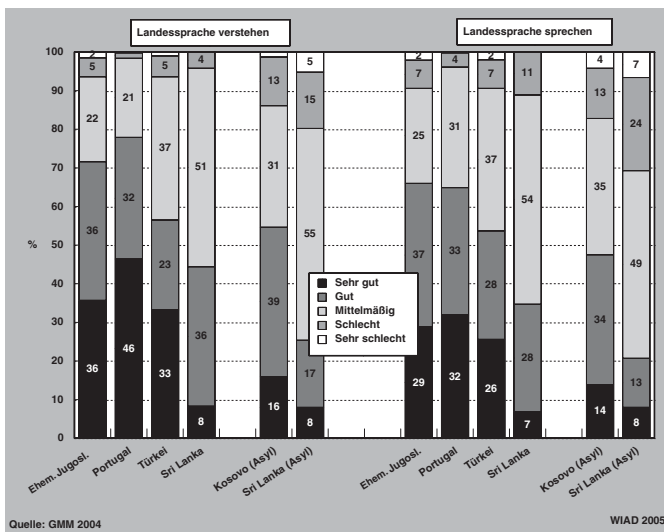
Übersicht 1: Soziale Schicht



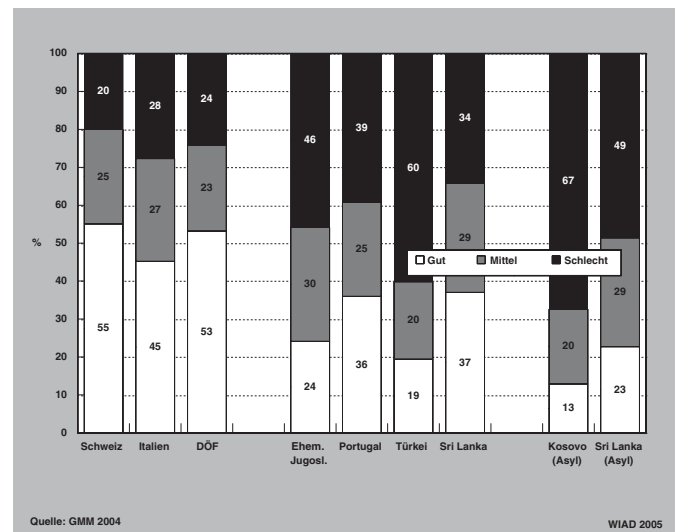
Übersicht 3: Selbst wahrgenommener Gesundheitszustand



Übersicht 2: Passive und aktive Sprachkenntnisse



Übersicht 4: Psychische Ausgeglichenheit



Mit diesen sozioökonomischen Aspekten von Integration hängen sprachliche Aspekte unmittelbar zusammen. Eine beachtliche Minderheit der nicht schweizerischen Befragten hat nach eigenen Angaben schlechte bis sehr schlechte Sprachkenntnisse in der von ihnen am besten beherrschten schweizerischen Landessprache. Tamilische Befragte und albanische Asylsuchende aus dem Kosovo weisen die schlechtesten Sprachkenntnisse auf und auch darüber hinaus unterscheiden sich die Anteile zwischen den Gruppen spürbar (Übersicht 2).

Neben Integrationsaspekten, die, wie der Spracherwerb, mit der sozioökonomischen Situation der Befragten in gewissem Zusammenhang stehen, spielen für die Gesundheit auch eigenständige Faktoren der individuellen Migrationsgeschichte eine Rolle. Der Wanderungsgrund stellt in diesem Sinne einen besonders hervorzuhebenden Aspekt dar. Portugiesische Befragte repräsentieren am stärksten die allein ökonomisch-persönlich motivierte, klassische Arbeitsmigration.

Diese bildet auch für die türkische Bevölkerung sowie Personen aus dem Gebiet des ehemaligen Jugoslawien den ganz überwiegenden Migrationshintergrund. Allerdings werden hier für Minoritäten auch Flucht und Verfolgung bedeutsam. Diese Motive dominieren in der tamilischen Gruppe bzw. der Gruppe der Kosovoalbaner und -albanerinnen und stehen zwangsläufig auch mit einem deutlich häufiger zu findenden prekäreren Aufenthaltsstatus in Verbindung.

Migrantinnen und Migranten sind somit, abgesehen vom Sonderfall der deutschen, österreichischen und französischen Gruppe, in mehreren Aspekten ihrer sozialen Situation schlechter als die Autochthonen platziert. Diese Schlechterstellung und ihre Folgewirkungen wie auch Aspekte der Migrationsbiografie (z.B. Flucht und Verfolgung) prädisponieren Teile der Migrationsbevölkerung für stärkere gesundheitliche Belastungen und tragen damit zur Erklärung einiger der im Folgenden dargestellten Auffälligkeiten bei. Die teilweise schlechte sprachli-

che Integration erschwert die Versorgung dieser Personen und wirft Fragen nach der Sensibilität der Versorgungssysteme auf. Gleichzeitig darf jedoch die Heterogenität der Migrantinnen und Migranten insgesamt sowie vor allem in den einzelnen Gruppen nicht übersehen werden. Ethnisierende Stereotype im Sinne stigmatisierender Verallgemeinerungen, die der Realität nicht gerecht werden, sollten aus methodologischen Gründen und um die Verbreitung kulturalisierender Zerrbilder nicht weiter zu fördern, grundsätzlich vermieden werden (s. Diskussion).

### 3.2 Gesundheitliche Lage

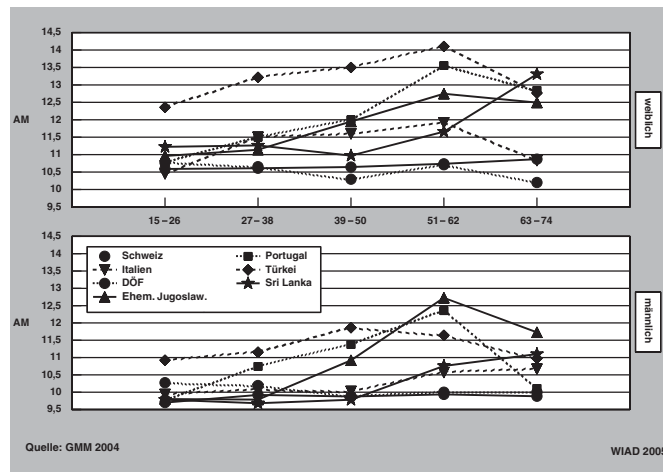
Viele Indikatoren der gesundheitlichen Lage verweisen auf eine schlechtere Gesundheit in der Migrationsbevölkerung im Vergleich zur autochthonen Bevölkerung. Dies ist auch deshalb erwähnenswert, weil der Anteil jüngerer und daher tendenziell gesünderer Personen unter Migrantinnen und Migranten meist höher ausfällt als unter Schweizerinnen und Schweizern. Beispielhaft werden im Folgenden die Selbsteinschätzung der Gesundheit, ein Indikator zur psychischen Ausgeglichenheit und ein Symptomindex dargestellt.

Gute und sehr gute Bewertungen des eigenen, *selbst wahrgenommenen Gesundheitszustandes* machen Migrantinnen und Migranten, mit Ausnahme der Personen aus Deutschland, Österreich und Frankreich, seltener als die schweizerischen Befragten. Angeführt von italienischen Befragten mit der vergleichsweise besten Bewertung der eigenen Gesundheit folgt die Wohnbevölkerung aus dem Gebiet des ehemaligen Jugoslawien, aus Portugal, Sri Lanka und der Türkei, wobei Letztere verstärkt negative Einschätzungen abgeben. Asylsuchende geben am seltensten positive Einschätzungen der eigenen Gesundheit (Übersicht 3).

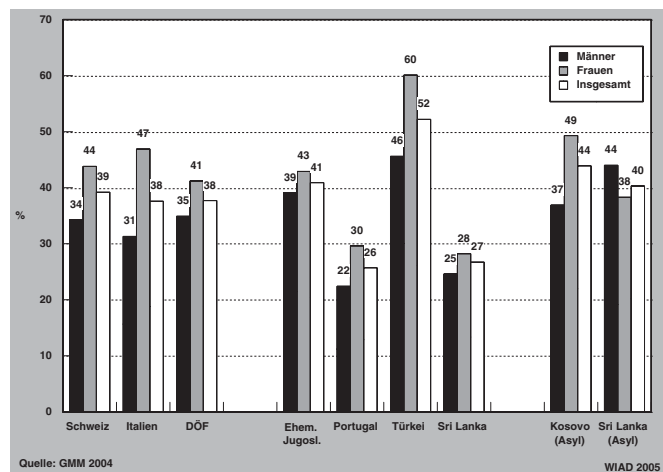
Ebenso weist die schweizerische Bevölkerung die günstigsten Ergebnisse zur *psychischen Ausgeglichenheit* auf, knapp vor deutschen, österreichischen und französischen Befragten und danach italienischen Migrantinnen und Migranten. Mit einigem Abstand folgen die tamilische Wohnbevölkerung und die portugiesische Gruppe, danach die Bevölkerung aus dem Gebiet des ehemaligen Jugoslawien und tamilische Asylsuchende. Noch darunter finden sich türkische Befragte und wiederum ungünstiger schliesslich Asylsuchende aus dem Kosovo (Übersicht 4). Geschlechtsspezifisch weisen Frauen tendenziell ungünstigere Werte auf als Männer; besonders ausgeprägt sind diese Differenzen für ständig ansässige Tamilinnen sowie Türkinnen und asylsuchende Albanerinnen aus dem Kosovo.

Bei der Betrachtung *körperlicher Beschwerden* zeigt sich insgesamt ein recht konsistentes Bild. Zudem werden hier beispielhaft ergänzend alters- und geschlechtsspezifische Verläufe dargestellt, die in ähnlicher Weise auch bei anderen Indikatoren gefunden werden können. Die entsprechende Verteilung eines auf psychosomatische Beschwerden ausgerichteten Summenindex unter den Befragten der ständigen Wohnbevölkerung verdeutlicht, dass Frauen in praktisch allen Alters- und Nationalitätsgruppen eine höhere subjektive Belastung aufweisen als Männer. Die schweizerische sowie die deutsche, österreichische und französische Bevölkerung zeigen nur wenig Veränderungen in den Altersgruppen, hingegen nehmen die Werte für Migrantinnen und Migranten aus fast

Übersicht 5: Index Krankheitssymptome nach Geschlecht und Alter (arithmetisches Mittel)



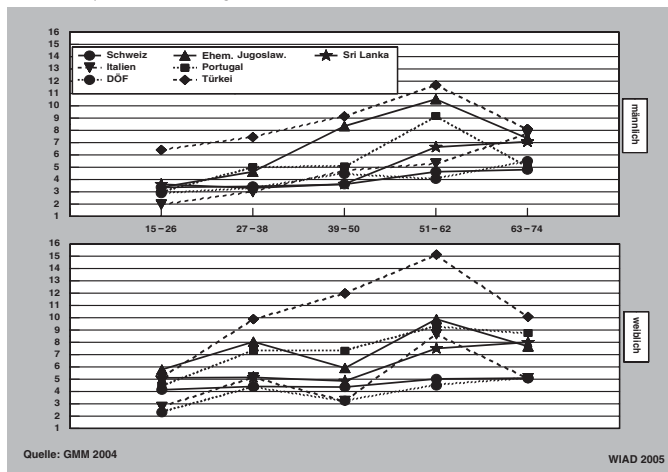
Übersicht 6: Medikamentenkonsum allgemein nach Geschlecht



allen übrigen Gruppen stetig zu, um im Rentenalter wieder abzusinken. Auffällig ist vor allem auch das hohe Beschwerde-niveau der türkischen Frauen. Insgesamt erweist sich anhand dieses Indikators die alters- und geschlechtsspezifische Ausprägung besonders auch psychosomatischer Beschwerden (Übersicht 5).

Eine erhöhte Morbidität ist nach den erhobenen Daten auf der Ebene der verglichenen Gruppen nicht durchgehend mit einem erhöhten Medikamentenkonsum verbunden. Der *allgemeine substanzspezifische Konsum von Medikamenten* unterscheidet sich unter Befragten aus der Schweiz, Italien, Deutschland, Österreich und Frankreich sowie aus dem Gebiet des ehemaligen Jugoslawien und auch den Asylsuchenden nicht bzw. nur gering. Auffällig erhöht ist jedoch der Medikamentenkonsum in der türkischen Wohnbevölkerung, hingegen vergleichsweise niedrig derjenige unter portugiesischen und tamilischen Befragten. Mit Ausnahme der tamilischen Asylsuchenden konsumieren Frauen generell mehr Medikamente als Männer, dies gilt vor allem für Italienerinnen, sodann für Portugiesinnen sowie Albanerinnen, Türkinnen und Schweizerinnen (Übersicht 6).

**Übersicht 7:** Mittlere Zahl an Arztbesuchen nach Alter und Geschlecht (Nichtinanspruchnahme ausgeschlossen)



Ein aus drei Substanzgruppen (Schmerz-, Beruhigungs- und Schlafmittel) und den entsprechenden Einnahmefrequenzen gebildeter *Medikamentenindex* zeigt für die ständige Wohnbevölkerung einen mit dem Alter leicht steigenden Konsum bei italienischen und tamilischen Männern und der schweizerischen sowie der deutschen, österreichischen und französischen Bevölkerung insgesamt. Der Aufwärtstrend ist stärker bei Italienerinnen, bei denen der Konsum im Rentenalter jedoch auf die Werte der vorgenannten Gruppen zurückgeht, im Gegensatz zu Tamilinnen, wo er kontinuierlich steigt, sich aber generell auf relativ niedrigem Niveau befindet. Deutlichere Zuwachsraten weisen ebenfalls die übrigen Migrantinnen und Migranten in unterschiedlichem Masse auf, dabei alle mit einem Rückgang im Rentenalter. Türkinnen heben sich insofern ab, als sie in allen Altersgruppen deutlich höhere Konsumraten aufweisen mit einem Extremwert vor dem Rentenalter.

### 3.3 Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen

Gesundheitsverhalten umfasst zunächst die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Für die *Inanspruchnahme niedergelassener Ärzte* zeigt sich, dass mit Ausnahme der Personen aus Deutschland, Österreich und Frankreich alle Gruppen mit Migrationshintergrund höhere Hausarztquoten aufweisen als Autochthone. Dies gilt vor allem für Befragte der ständigen Wohnbevölkerung aus der Türkei und Sri Lanka. Kein eindeutiges Bild ergibt sich hingegen beim Anteil der Befragten, die in den 12 Monaten vor der Befragung bei einem niedergelassenen Arzt waren. Migrantinnen und Migranten unterscheiden sich hier nicht allzu stark von der einheimischen Bevölkerung. Eine im Vergleich niedrigere Inanspruchnahme weisen Personen aus dem Gebiet des ehemaligen Jugoslawien auf, eine leicht höhere hingegen Befragte aus der Türkei und Asylsuchende aus Sri Lanka. Ähnlich uneinheitlich stellt sich das Bild beim Anteil an Frauen mit Frauenarztbesuchen in den 12 Monaten vor der Erhebung dar. Eine im Vergleich mit den Schweizerinnen erhöhte Inanspruchnahme weisen hier Portugiesinnen, aber auch Österreicherinnen, Französischen und Deutsche auf. Auffällig niedrig, da deutlich geringer als in allen anderen Gruppen, fällt der Anteil an Frauen mit Frauenarztbesuch unter den Tamilinnen und Albanerinnen ins Auge.

In Bezug auf den Besuch bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten verändert sich das Bild bei Betrachtung der mittleren *Zahl an Arztbesuchen* unter den Personen, die in den 12 Monaten vor der Erhebung einen Arzt besucht haben (vgl. Übersicht 7).

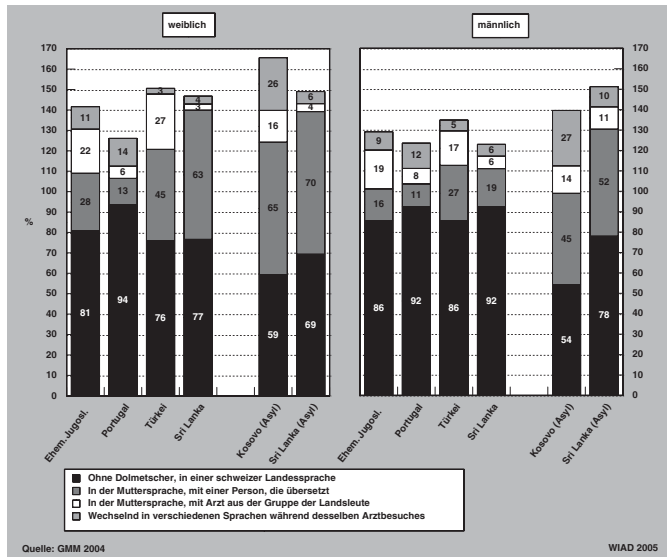
Nur die mittleren Werte der Tamilinnen und Tamilen der ständigen Wohnbevölkerung und der österreichischen, französischen und deutschen Befragten liegen hier nicht über den entsprechenden Werten der schweizerischen Bevölkerung. In den übrigen Gruppen sind sie teilweise deutlich erhöht, insbesondere für albanische Asylsuchende sowie türkische Befragte. Frauen geben tendenziell eine höhere Zahl von Arztbesuchen an. Darüber hinaus weisen besonders Migranten und Migrantinnen der höheren Altersgruppen eine im Vergleich zur schweizerischen Bevölkerung spürbar erhöhte Zahl an Arztkontakten auf. Besonders deutlich wird dies in den mittleren Altersgruppen, vor allem bei Türkinnen und Türken und Männern aus dem Gebiet des ehemaligen Jugoslawien, während sich die Werte im Rentenalter einander wieder annähern.

Betrachtet man den Anteil der *Spitalinanspruchnahme* in den 12 Monaten vor der Befragung, ist das Bild eindeutig. Spitalinanspruchnahme ist unter Migrantinnen und Migranten mit Ausnahme der italienischen sowie der deutschen, österreichischen und französischen Befragten teilweise stark erhöht. Dies gilt besonders für die ambulante Spitalinanspruchnahme bei Personen aus Portugal und der Türkei sowie für Asylsuchende. Türkische Befragte und Asylsuchende weisen zudem auch einen stark erhöhten Anteil an Personen mit stationärer Inanspruchnahme auf. Die Verweilzeiten im Krankenhaus sind unter Migranten und Migrantinnen jedoch tendenziell geringer als in der schweizerischen Bevölkerung.

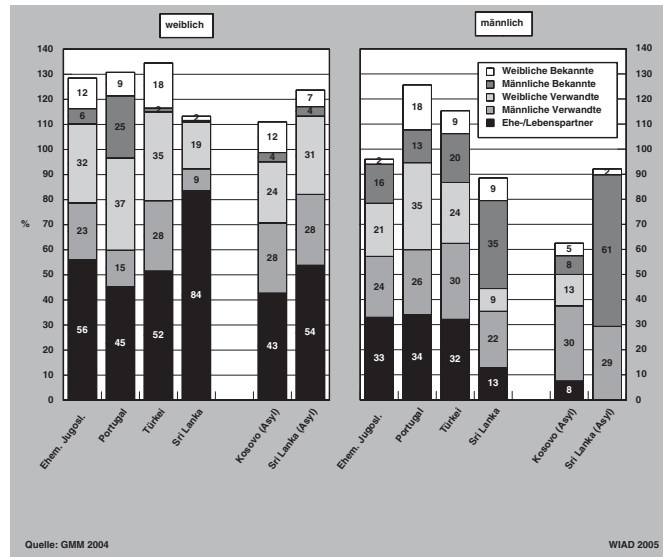
Das Vorsorgeverhalten der Befragten variiert stark mit den in den Blick genommenen Indikatoren. Die Anteile an Befragten, die in den 12 Monaten vor der Erhebung eine *Blutdruck-, Blutzucker- oder Cholesterinmessung* vorgenommen haben, liegen bei den schweizerischen, italienischen sowie den deutschen, österreichischen und französischen Befragten teilweise deutlich höher als in den verbleibenden Gruppen, welche allerdings entsprechend geringere Altersmittel aufweisen. Altersspezifisch nähern sich die Vorsorgequoten in den höheren und damit vorsorgebedürftigeren Altersgruppen stark an.

Die Indikatoren zur Krebsvorsorge zeigen eine vergleichsweise sehr niedrige Quote an *Prostatauntersuchungen* in den 12 Monaten vor der Befragung bei Tamilen der Wohnbevölkerung, eine geringere auch bei Männern aus dem Gebiet des ehemaligen Jugoslawien. Dieses Bild setzt sich bei Frauen in Bezug auf den *Krebsabstrich am Gebärmutterhals* teilweise fort. Auch hier weisen generell Tamilinnen und Frauen aus dem Gebiet des ehemaligen Jugoslawien deutlich niedrigere Quoten auf, als sie sich in anderen Gruppen finden. Dieses Muster bestätigt sich auch bei den ärztlichen *Brustuntersuchungen* in den 12 Monaten vor der Erhebung. Auffallend niedrige Anteile finden sich wiederum unter Tamilinnen sowie den Frauen aus dem Gebiet des ehemaligen Jugoslawien.

**Übersicht 8:** Form der Arzt-Patient-Kommunikation nach Geschlecht (mind. einmal; Mehrfachantworten)



**Übersicht 9:** Männliche und weibliche Sprachmittler nach Geschlecht (Personen ohne Übersetzungsbedarf ausgeschlossen; Mehrfachantworten)



### 3.4 Migrationsspezifische Aspekte der Inanspruchnahme

Migrationspezifische Aspekte der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen ergeben sich vor allem auch in Bezug auf die Kommunikationsstrukturen und -probleme, die im Kontakt mit dem medizinischen System virulent werden. Übersicht 8 gibt wieder, welche Kommunikationsformen die Befragten bereits mindestens einmal beim Arzt gewählt haben. Ein hoher Anteil der Befragten bewältigt die Kommunikation beim Arztbesuch in einer der schweizerischen Landessprachen. Diese *Form der Arzt-Patient-Kommunikation* harmoniert zumeist nicht mit den häufig als mittelmässig bis schlecht eingeschätzten Sprachkenntnissen. Die Inanspruchnahme von Übersetzungshilfen variiert zwischen den jeweiligen Gruppen stark mit diesen Sprachkenntnissen und ist unter Personen aus Sri Lanka und der Türkei und vor allem in beiden Gruppen der Asylsuchenden am weitesten verbreitet. Migrantinnen nutzen tendenziell deutlich häufiger die Möglichkeit der Sprachmittlung als ihre Landsmänner. Ärzte oder Ärztinnen aus der Gruppe der Landsleute spielen vor allem unter Befragten aus der Türkei und dem Gebiet des ehemaligen Jugoslawien eine nennenswerte Rolle.

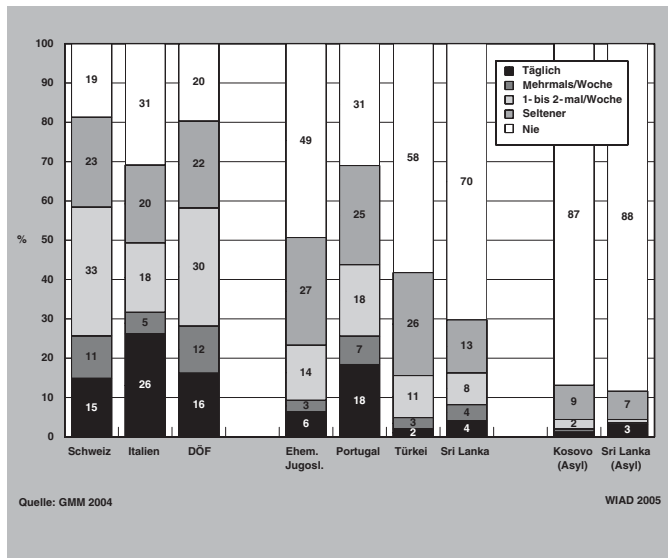
Von jenen Befragten, die bereits auf Übersetzungshilfen zurückgegriffen haben, sind professionelle Übersetzer nicht in nennenswertem Umfang als *Sprachmittler* in Anspruch genommen worden. Überraschende Bedeutung kommt hingegen Ehe- bzw. Lebenspartnern und -partnerinnen sowie Verwandten einschliesslich der eigenen Kinder zu. Problematisch erscheint in diesem Zusammenhang, dass Frauen hierbei als Übersetzungshilfe deutlich häufiger auf männliche Verwandte bzw. den Partner zurückgreifen als umgekehrt Männer auf weibliche Verwandte bzw. die Partnerin (Übersicht 9). Besonders deutlich tritt dies unter tamilischen Befragten zutage. Damit korrespondierend kommen unter Migrantinnen auch seltener weibliche Bekannte zum Einsatz als männliche Bekannte bei Männern. Diese Strukturen können als potenzielle Gefährdung des dyadisch angelegten Verhältnisses zwischen Ärztinnen und Ärzten und ihren Patienten und Patientinnen angesehen werden. Denn die Weitergabe des Inhalts der Arzt-Patient-Kommunikation unterliegt dann nicht mehr der autonomen

Entscheidung der Betroffenen, sondern wird direkt einer dritten Person zugänglich gemacht.

Die *Inanspruchnahme gesundheitsbezogener Hilfen* ausserhalb des eigentlichen medizinischen Systems fällt unter türkischen Befragten am höchsten aus. Wird aus gesundheitlichen Gründen Hilfe benötigt, so sind Verwandte und Freunde sowie Nachbarn von herausragender Bedeutung, wobei diese Form der gewissermassen «naheliegendsten» Hilfe wiederum unter Türkinnen und Türken am stärksten genutzt wird. Allgemeine Beratungsstellen, die also nicht speziell auf die Probleme von Migrantinnen und Migranten eingestellt sind, nehmen vor allem unter türkischen und portugiesischen Befragten eine herausragende Rolle ein. Von geringer Bedeutung sind demgegenüber migrationspezifische Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen im Allgemeinen. Aber auch die Inanspruchnahme traditioneller Heilmethoden der Herkunftsländer wird in keiner Gruppe von einem nennenswerten Anteil der Befragten genannt. *Medizintourismus*, d.h. die Inanspruchnahme von Leistungen im Herkunftsland, wird nur von türkischen und Befragten aus dem Gebiet des ehemaligen Jugoslawien in einem nennenswerten Ausmass genannt.

Unter den denkbaren *Bedarfen migrationspezifischer Versorgungsstrukturen*, die unter dem Aspekt einer kulturellen Öffnung des Gesundheitssystems diskutiert werden, finden professionelle Dolmetscherdienste unter den Befragten die grösste Zustimmung. Obwohl Ärztinnen und Ärzte aus der Gruppe der eigenen Landsleute vergleichsweise häufig bereits einmal im konkreten Fall vermisst wurden, finden sie als mögliches Angebot keine entsprechend hohe Zustimmung. Möglicherweise wird die Schaffung flächendeckender Strukturen von den Befragten nicht als realistisch angesehen. Gleiches gilt für anderes medizinisches Personal aus der Gruppe der Landsleute sowie für kultursensibel geschultes schweizerisches Personal. Neben Übersetzungsdiensten werden auch Beratungsdienste vergleichsweise stark eingefordert. Weniger Bedeutung legen die Befragten hingegen auf spezifische Pflegedienste und damit Strukturelemente, die in den Herkunftsländern vieler Gruppen mit Migrationshintergrund

Übersicht 10: Alkoholkonsum



nicht in gleicher Weise verankert sind wie in der Schweiz. Der Bedarf an solchen Strukturen ist allerdings unter tamilischen und albanischen Befragten am grössten und unter Befragten aus dem Gebiet des ehemaligen Jugoslawien am geringsten.

Ein ähnliches Bild zeigt sich in Bezug auf *Bedarfe an muttersprachlichen Informationen*. Grundsätzlich werden solche Informationsquellen sehr stark befürwortet, in der Regel von weit mehr als der Hälfte. In den meisten Fällen artikuliert ein Viertel bis über die Hälfte der Befragten diese Bedarfe aus der Erfahrung heraus, solche Informationen im konkreten Fall schon vermisst zu haben. Auch hier ist der Bedarf insgesamt betrachtet unter tamilischen Befragten und Asylsuchenden aus dem Kosovo am grössten und unter Befragten der ständigen Wohnbevölkerung aus dem Gebiet des ehemaligen Jugoslawien am geringsten. Gruppenspezifische Bedarfsprofile finden sich darüber hinaus wiederum kaum. Tendenziell am stärksten eingefordert werden Informationen zu Strukturen der Krankenversicherung, medizinischen Behandlungen, muttersprachlichen Ärztinnen und Ärzten und Vorsorgeuntersuchungen. Vergleichsweise geringes Echo finden Informationen zu Aspekten der Pflege.

Die Nutzung von *Informationsquellen bei gesundheitlichen Fragen* wird von Zeitungen und Zeitschriften, vom Fernsehen sowie durch den Hausarzt und den Freundes- und Verwandtenkreis dominiert. Internet und Informationsbroschüren sowie Bücher sind von sekundärer Bedeutung und stellen somit allenfalls Medien mittlerer Reichweite dar. Von nachrangiger Bedeutung sind Selbsthilfegruppen wie auch Face-to-Face-Information oder -Beratung, darunter auch Informationsdienste der Krankenkassen. Damit erscheinen gerade institutionalisierte Beratungsstrukturen als ausbaufähig.

### 3.5 Gesundheitsförderliche und -riskante Verhaltensweisen

Unter gesundheitsförderlichen und -riskanten Verhaltensweisen fällt beim *Tabakkonsum* im Vergleich zur schweizerischen Bevölkerung lediglich eine stark erhöhte Raucherquote der türkischen und eine umgekehrt sehr niedrige Quote der tamilischen Befragten auf. Während Frauen generell seltener rauchen als Männer, bleiben die Gruppenunterschiede erhalten: Türkinnen rauchen am häufigsten, Tamilinnen quasi nie. Beim *Alkoholkonsum* weisen italienische und portugiesische Befragte zwar höhere Abstinenzquoten als schweizerische sowie österreichische, deutsche und französische Befragte auf, unter ihnen finden sich aber gleichzeitig die höchsten Anteile an Personen, die täglich Alkohol konsumieren. Hohe Abstinenzanteile und vergleichsweise geringe Anteile täglich bzw. überhaupt Alkohol trinkender Personen kennzeichnen demgegenüber die übrigen Gruppen, ganz besonders die Befragten aus Sri Lanka und die asylsuchenden Albanerinnen und Albaner aus dem Kosovo. Frauen konsumieren generell in deutlich geringerem Ausmass Alkohol. Dies zeigt sich wiederum vor allem bei Tamilinnen und albanischen Asylbewerberinnen aus dem Kosovo, nur ein verschwindend geringer Anteil von ihnen trinkt nach eigenen Angaben überhaupt Alkohol (Übersicht 10).

Was das *Sporttreiben* angeht, so sind mit Ausnahme der deutschen, österreichischen und französischen Gruppe die Quoten sportabstinenten Personen in der Migrationsbevölkerung höher als unter Schweizerinnen und Schweizern, am ausgeprägtesten bei tamilischen und italienischen Befragten. Allerdings liegen die Anteile täglich oder mehrmals in der Woche Sport treibender Personen unter türkischen und Befragten aus dem Gebiet des ehemaligen Jugoslawien aufgrund einer ausgeprägten Aktivität jüngerer Personen etwas höher als unter Autochthonen. Im Gegensatz zu den Schweizerinnen treiben in der Migrationsbevölkerung Frauen tendenziell deutlich seltener Sport als Männer.

## 4 Diskussion

Die dargestellten empirischen Befunde bieten einen ersten, keineswegs vollständigen Überblick über die Bandbreite der im Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung 2004 erhobenen Daten. Neben vielen hier aus Raumgründen ausgelassenen Informationen konnten ebenfalls vorgenommene interessante Differenzierungen nach Geschlecht und Alter nicht durchgehend aufgeführt werden. Dennoch zeigen bereits die hier präsentierten Ergebnisse zahlreiche Differenzierungen von sozialer Situation, gesundheitlicher Lage und Gesundheitsverhalten sowohl zwischen autochthoner schweizerischer Bevölkerung einerseits und Migrantinnen und Migranten andererseits als auch innerhalb der Migrationsbevölkerung zwischen einzelnen Nationalitäten bzw. Ethnien. Gleichwohl kann die bislang durchgeführte Analyse nach nationalen bzw. ethnischen Gruppen und innerhalb diesen nach Geschlecht und Alter nur ein erster Schritt sein, um das umfangreiche und detaillierte Material adäquat auszuschöpfen.

Die bisherige Auswertung enthält zwar deskriptiv zahlreiche Hinweise auf gruppenspezifische Besonderheiten und Defizite, welche Ansatzpunkte für entsprechend zielgruppenspezifische Massnahmen bieten, sie kann jedoch insbesondere deshalb nicht abschliessend sein, weil sie auf diese Weise gleichzeitig die Gefahr birgt, die in Frage stehende Problematik in einer kulturalistisch verengten Perspektive wahrzunehmen und so zur Konstruktion ethnisierender Stereotype beizutragen. Schon die skizzierte Analyse von sozialer Lage und Soziodemografie hatte zahlreiche Hinweise auf die interne Heterogenität der Migrationsbevölkerung insgesamt und auch der jeweiligen einzelnen Gruppen ergeben. So ist hier zunächst die – neben Alter und Geschlecht – gerade im Hinblick auf Gesundheitsfragen unabhängig von Migration allgemein zentrale Dimension der sozialen Situation für eine weitergehende, differenzierte Analyse zu nennen.

In einem nächsten Schritt wären differenzierende Momente von Migrationssituation und -prozess zu untersuchen. Bislang ist dies nur im Hinblick auf die Unterscheidung zwischen ständig ansässiger Wohnbevölkerung und Asylsuchenden erfolgt. Unterscheidungen nach Aufenthaltsdauer und Generationszugehörigkeit, Migrationshintergrund sowie zusammenfassend zu betrachtenden sozialen Verflechtungen mit dem Herkunftsland, solchen innerhalb der Schweiz sowie entsprechenden mit der Aufnahmegesellschaft, kämen hier in Frage. Zu Letzteren gehörten im besonderen Masse Sprachkenntnisse und sprachliche Integration. Erst wenn derartige Aspekte der Migration als sozialer Lage in ihrer Bedeutsamkeit für die gesundheitliche Lage und das Gesundheitsverhalten der Migrantinnen und Migranten in der Schweiz geklärt sind, könnten verbleibende Differenzen zumindest in Teilen der Wirkung von Ethnizität und Kultur zugeschrieben werden.

## 5 Empfehlungen

### 5.1 Forschung

Die Diskussion der Resultate legt bereits nahe, dass die Arbeit mit einer groben Deskription der Ergebnisse, wie sie in vorliegendem Beitrag erfolgt ist, nicht abgeschlossen sein kann. Vielmehr bietet es sich an, die Daten in der einen oder anderen Form der Wissenschaft zur Verfügung zu stellen, um sie in Hinblick auf die oben angerissenen und weitere denkbare Fragestellungen eingehend analysieren zu lassen. Damit einher geht, dass erst die intensive Beschäftigung mit den Bestimmungsfaktoren spezifischer gesundheitlicher oder versorgungstechnischer Problemlagen der Migrationsbevölkerung eine gut fundierte Formulierung sozialpolitischer Empfehlungen ermöglicht, die sich bisher nur in groben Zügen aus den Daten ableiten lassen.

Nicht zuletzt in Hinblick auf die Umsetzung einer migranten- und migrantinnensensiblen Sozialpolitik empfiehlt es sich, die vorliegende Untersuchung in regelmässigen Abständen zu wiederholen und – soweit möglich – in den regulären Turnus und Ablauf der Schweizerischen Gesundheitsbefragung zu integrieren. Neben neuen und zunächst vernachlässigten Fragestellungen oder der Modifikation bereits verwendeter Erhebungsinstrumente sollte hier auch die Fortschreibung zentraler Indikatoren Berücksichtigung finden, da nur so positive oder negative Entwicklungen aufgezeichnet und ggf. ein systematisches Politikmonitoring betrieben werden können.

### 5.2 Sozialpolitik

In Bezug auf sozialpolitische Empfehlungen ist zuvorderst auch darauf hinzuweisen, dass gerade die in Bezug auf Gesundheit und Versorgung problematisch erscheinenden Resultate Folgen der Zuwanderung in nicht hinreichend vorbereitete Aufnahmegesellschaften darstellen. Gesundheitliche Probleme sind in diesem Sinne auch Zeichen einer unvollständigen Integration, die sich in den Daten zur sozialen Lage deutlich widerspiegelt. Die vielleicht wichtigste sozialpolitische Empfehlung stellt deshalb jenseits konkret gesundheitspolitischer Massnahmen die Forderung dar, die Bemühungen um eine bessere sprachliche und ökonomische Integration von Migrantinnen und Migranten voranzutreiben. Denn gerade auch die Bestimmungsfaktoren der sozialen Lage stellen erklärungsmächtige Faktoren für eine bessere oder schlechtere Gesundheit und mangelnde Sprachkenntnisse ein Haupthindernis dar für sozialen Aufstieg, aber auch für eine adäquate Gesundheitsversorgung der zugewanderten Bevölkerung.

Dennoch bedeutet Sozialpolitik auch, mit den aktuellen Gegebenheiten umzugehen und auf Problemlagen zu reagieren. Einige Ansatzpunkte lassen sich bereits auf deskriptiver Ebene aus den vorliegenden Ergebnissen ablesen. Zum einen zeigt die Datenlage, dass das Nachdenken über professionelle Sprachmittlung im Gesundheitswesen in die richtige Richtung weist. Die Kommunikationsstrukturen zwischen Ärztinnen und Ärzten und ihrer zugewanderten Klientel weisen auf breiter Ebene Defizite auf, die einerseits das rein sprachliche – zunächst abgesehen vom kulturellen – Verständnis des Gegenübers betreffen und andererseits die notwendige Anonymität dieser Kommunikation und damit die Intimsphäre der betroffenen Personen berühren.



Zum anderen scheint es stellenweise an der notwendigen muttersprachlichen und kulturadäquaten Information zu fehlen, was sich darin niederschlägt, dass beispielsweise Vorsorgeangebote unter Migrantinnen und Migranten teilweise weniger wahrgenommen werden als in der einheimischen Bevölkerung. Zu denken gibt jedoch auch der recht geringe Bekanntheitsgrad der vorhandenen Beratungs- und Informationsstrukturen von Krankenkassen und Beratungsstellen. Dabei zeigen die Daten auch, dass ein grosser Bedarf beispielsweise an muttersprachlichen Informationen durchaus gegeben ist. Internet und Broschüren als jene Medien, mit denen ausführliche Informationen differenziert dargestellt werden können, aber auch andere Beratungsangebote sollten nach den vorliegenden Ergebnissen über die Leitmedien wie auch Laien- und medizinische Strukturen stark beworben werden, um in die Wahrnehmung der Adressaten vorzudringen.

Dass nicht alle sich anbietenden Massnahmen nach dem Giesskannenprinzip zu den betroffenen Personen gelangen sollten, zeigen wiederum besonders pointiert die Daten zum eigentlichen Gesundheitsverhalten. Riskante oder förderliche Verhaltensweisen wie Rauchen, Alkoholkonsum oder Sport sind in den untersuchten Gruppen stark nationalitäts-, geschlechts- und altersspezifisch ausgeprägt. Nicht jede Präventionskampagne muss demnach auf jede einzelne Gruppe ausgerichtet werden, sondern die Konzentration auf spezifische Problemlagen kann helfen, Mittel effizienter zu verteilen. Die Staatsangehörigkeit bzw. die entsprechende Muttersprache ist dabei nur ein Kriterium. Es deutet sich bereits in den vorliegenden Ergebnissen an, dass komplexere Kombinationen von Merkmalen bei der Zielgruppendefinition hilfreich sein könnten.

Abschliessend sei deshalb die Empfehlung zur weiterführenden Forschung dahingehend präzisiert, dass die weitere Arbeit mit den Daten nicht zuletzt auch komplexe Problemlagen aufdecken sollte, die dabei helfen, sozialpolitische Massnahmen zielgruppengerecht lancieren zu können.

Korrespondenzadresse:

Dr. Josef Eckert  
Alexander Rommel M.A.  
Dr. Caren Weilandt  
Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD) gem. e.V.  
Ubierrstrasse 78  
D-53175 Bonn  
E-Mail: [wiad@wiad.de](mailto:wiad@wiad.de)

# Interaction et compétence transculturelle en milieu hospitalier: étude contextuelle des pratiques soignantes dans cinq hôpitaux suisses\*

Laurent Gajo  
Université de Genève



## Résumé

Basé principalement sur l'analyse d'interactions réelles entre soignants/médecins et patients dans différents services hospitaliers, cette étude vise une meilleure compréhension de la notion de compétence transculturelle dans ses liens avec la compétence de communication et la compétence professionnelle. On y examine les décalages entre représentations et pratiques et, à l'intérieur de celles-ci, la diversité des stratégies utilisées par les professionnels. Une analyse fine de l'activité montre la pertinence du transculturel à trois niveaux d'organisation, macro (institution), méso (représentations et savoirs) et micro (interaction).

**Key Words:** intercultural skills, professional skills, communicative competence, care-givers/patients interaction, social representations

## 1 Introduction

L'étude présentée ici concourt à éclairer le concept de compétence transculturelle en le situant à l'intérieur même du processus de communication et dans le cadre de la réalisation de tâches professionnelles. Ce concept se trouve ainsi défini dans ses liens avec l'action communicative dans la pratique des soins.

Une telle position ne va pas de soi car, en même temps qu'elle reconnaît l'identité de la compétence transculturelle en cherchant à la repérer, elle la croise d'emblée à d'autres types de compétences et risque ainsi de la dissoudre. En fin de compte, il faudra distinguer deux finalités importantes dans le processus de recherche: d'une part, la description – à des fins scientifiques – aussi fidèle que possible des pratiques observées et, d'autre part, la mise en évidence de phénomènes à des fins didactiques. Sur ce deuxième plan, il faut bien reconnaître que le traitement «séparé» de la compétence transculturelle représente parfois un passage obligé vers l'intégration de ce concept dans des ensembles plus larges et, partant, plus complexes. Ce phénomène de séparation et d'identification précise de la compétence transculturelle transparaît d'ailleurs bien plus dans le discours des soignants que dans leurs pratiques.

Dans cet article, nous nous concentrerons sur les pratiques, en montrant la complexité en même temps que l'organisation ordonnée, basée sur des stratégies liées, bien plus qu'au transculturel, à des contraintes de la communication thérapeutique.

\* Ce projet a été soutenu par le contrat de recherche E-04-0488 de la Commission fédérale des étrangers dans le cadre de la stratégie «Migration et santé 2002-2007» de la Confédération.



## Zusammenfassung

Auf Grundlage einer Analyse der realen Interaktionen zwischen Pflegepersonal/Ärztenschaft und Patientinnen und Patienten in verschiedenen Spitälern zielt diese Studie auf ein besseres Verständnis des Begriffs der transkulturellen Kompetenz in Verbindung mit Kommunikationskompetenz und Fachkompetenz. Untersucht wird die Diskrepanz zwischen Vorstellung und Praxis und innerhalb Letzterer die von den Fachleuten angewandten Strategien. Eine Feinanalyse der Aktivität weist auf die Bedeutung des Transkulturellen auf drei Organisationsebenen hin: Makroebene (Institution), Mesoebene (Vorstellungen und Wissen) und Mikroebene (Interaktion).

## Sintesi

Il presente lavoro si basa principalmente sull'analisi svolta in seno ai diversi servizi ospedalieri relativamente ai reali rapporti esistenti tra il personale curante e i medici, da un lato, e i pazienti, dall'altro. Esso mira a rendere più comprensibile il significato che la competenza transculturale assume sul piano comunicativo e su quello professionale. Nello studio sono esaminate le differenze tra rappresentazione e pratica; in quest'ultimo ambito vengono evidenziate le varietà strategiche adottate dai professionisti. Un'analisi puntuale dell'attività mostra la pertinenza della transculturalità a tre livelli d'organizzazione: macro (istituzioni), meso (rappresentazioni e conoscenze) e micro (interazione).

## Summary

Based primarily on the analysis of actual interactions between nurses/doctors and patients in various hospital departments, this study aimed to obtain a better understanding of the notion of transcultural competence in relation to communication skills and professional competence. The study examined the discrepancies between representations and practices and, within these, the diversity of the strategies employed by the professionals. A detailed analysis of the interactions showed the relevance of transcultural factors at three organizational levels – macro (institution), meso (representations and knowledge) and micro (interaction).

## 2 Déroulement de l'étude / méthode

L'orientation retenue demande le recueil, la préparation et l'analyse minutieuses de données relevant de pratiques ordinaires à l'hôpital avec des patients migrants, mais aussi non migrants. Pour diversifier les données, nous avons choisi cinq hôpitaux (Berne, Bienne, Fribourg, Genève et Neuchâtel), deux services (urgences et maternité) et deux types d'acteurs soignants (infirmiers/sages-femmes et médecins).

Nous avons aussi complété nos observations/enregistrements de pratiques par des entretiens semi-directifs ainsi que des entretiens d'autoconfrontation et d'explicitation, de manière à contextualiser plus largement les observations, à intégrer le point de vue des soignants dans l'analyse et à repérer les éventuels décalages entre représentations et pratiques.

## 3 Résultats

Nos résultats montrent la complexité de prises en charge réelles de patients migrants par des soignants. Face à cette diversité, un grand nombre de stratégies, plus ou moins spécifiques, sont déployées de façon souvent opportune, sans pour autant qu'elles ne se rapportent exclusivement au caractère multiculturel ou multilingue de la situation. Néanmoins, le discours des soignants sur leurs pratiques s'écarte de celles-ci de deux manières au moins:

- les soignants sous-estiment la richesse et l'appropriété de leurs stratégies, et ont notamment tendance à opposer le «bricolage» au professionnalisme;

- les soignants identifient souvent le multiculturel comme un phénomène particulier et le sortent de leurs pratiques ordinaires.

Ce décalage entre représentations et pratiques revêt un caractère très intéressant et montre le progrès de la notion de diversité culturelle dans les connaissances déclaratives (explicites) des professionnels. La disponibilité de cette notion dans le discours s'estompe toutefois dans l'action, ce qui peut donner aux soignants un sentiment d'inconfort ou de maîtrise insuffisante. S'il est vrai qu'il existe toujours une période de latence entre la disponibilité d'un savoir explicite et sa mise en œuvre dans l'action, il s'agit ici de comprendre les conditions mêmes de la mise en pratique, de la tâche effective et la place particulière ou non que peut y occuper la diversité culturelle.

### 3.1 Stratégies de soins, communication et diversité culturelle

L'interaction communicative suppose une asymétrie, d'autant plus forte et préfigurée en milieu institutionnel. Cette asymétrie provient d'un nécessaire décalage entre les savoirs maîtrisés (degré d'expertise) ainsi que de rôles complémentaires assumés au sein de l'institution (voir Gajo 2005 pour plus de détails). Dans ce cadre-là, le patient migrant rencontre souvent plusieurs sources de minoration, car à celles de l'expertise et du rôle s'ajoute celle de la langue. Quand l'asymétrie linguistique devient constitutive de l'échange, on parle de situation exolingue (accès très inégal à la langue de communication). Il est ainsi normal de réfléchir en priorité aux stratégies développées par le personnel hospitalier pour gérer cette complexité linguistique, particulièrement en situation exolingue.

L'examen de ces stratégies laisse apparaître une certaine richesse et une sensibilité particulière des soignants aux problèmes de communication. On peut par exemple postuler que dans leurs affectations figure une sorte de devoir de bilinguisme (Borel 2004), qui débouche notamment sur des activités de reformulation. Ce bilinguisme est particulièrement évident quand les langues premières du patient et du soignant diffèrent l'une de l'autre, mais aussi dans des situations plus ordinaires, où la différence tient alors dans la rupture entre langue commune et langue de spécialité.

*Exemple 1 (voir conventions transcription en fin d'article)*

21-Inf und die MILCH::\ . wenn die Brust nicht genug(t)  
 22-P mh mh  
 23-Inf nicht genug\ . welche Milch wollen Sie geben/.. gleiche wie hier/... oder andere\ . für das Kind/ . soll ich aufschreiben/ . der NAME der Milch/  
 (P-mabi010205a)

Ce petit échange entre l'infirmier et le patient, sous son apparence banalité, montre le recours à au moins quatre stratégies particulières concourant à la négociation du sens:

- accentuation prosodique en 21 et 23: les mots «Milch» et «Name» sont mis en évidence, car ils constituent des noyaux d'information, le second constituant un développement du premier;
- répétition: le terme «Milch» apparaît à trois reprises et donne plusieurs chances de saisie du sens ou, au moins, du thème de l'échange;
- report en fin d'énoncé en 23: le mot «Milch» est repris en fin d'énoncé, ce qui en renforce la disponibilité pour l'interlocuteur, particulièrement sensible au début et à la fin des prises de parole;
- passage à l'écrit: le soignant propose au patient d'écrire le nom du lait, ce qui peut non seulement faciliter la compréhension immédiate (on saisit parfois plus vite le nom d'une marque que le produit auquel elle renvoie), mais aussi permettre une communication plus facile, ultérieurement, lors de l'achat du produit.

Dans le déroulement de la communication, le soignant n'a pas forcément conscience de cette richesse stratégique qui correspond le plus souvent, à ses yeux, à une empathie somme toute bien naturelle, non attribuable à une compétence professionnelle particulière.

*Exemple 2*

139-Sf on n'a pas . aidé/ . il est sorti tout seul on n'a pas aidé avec euh . une ventouse ou quelque chose/  
 140-P euh oui: non pas avec une ventouse  
 141-Sf les forceps/  
 142-P av- avec  
 143-Sf comme une sorte de cuillère/  
 144-P non non non . sans: sans .. without tools  
 145-?M (XXX)  
 146-P ça a été naturel mais mais . ils ont donné quelque chose  
 147-Sf mh mh  
 148-P un (XXX)  
 149-Sf oui  
 150-P mais ça a été naturel  
 151-Sf d'accord\ . ils ont juste mis une perfusion pour [que ça aille plus vite  
 152-P [oui oui . oui où\ . c'est: c'est tout

(P-mage220605a)

Ce deuxième exemple montre aussi comment s'élabore progressivement le sens entre un soignant et un patient. Les différentes formulations et reformulations montrent bien le caractère non francophone de la patiente, mais peuvent aussi s'appliquer en bonne partie à la relation générale entre un patient et un soignant, dans la mesure où est en jeu le lexique spécialisé.

En parlant du précédent accouchement de sa patiente, la sage-femme amène ainsi le terme «ventouse», qu'elle rapporte tout de suite à une catégorie qui demeure implicite («quelque chose [comme]»). Le double enjeu de la séquence se situe précisément ici, autour de mots particuliers, d'une part, et autour d'un problème plus général de placement du soignant par rapport au patient (territoire médical ou privé), d'autre part. Après le terme «ventouse» apparaît celui de «forceps», qui semble poser problème à la patiente (142) et que la sage-femme reformule en termes ordinaires en 143 («comme une sorte de cuillère»). Le passage à l'anglais du tour de parole suivant («without tools») déplace l'attention d'un problème linguistique particulier à un aspect plus général du sens, qui insiste sur la naturalité de l'accouchement précédent (146,150). La description de l'accouchement s'appuie donc non plus sur sa médicalisation, comme tend à le faire la sage-femme, mais sur son absence d'instrumentalisation. A «naturel» s'oppose toutefois «quelque chose» (146), dont le caractère flou finit par se résoudre grâce à une nouvelle participation de la sage-femme en 151 qui propose, selon les indications fournies, le terme de «perfusion», compatible à la fois avec «without tools», «naturel» (surtout à travers «juste») et «ils ont donné quelque chose», terme ratifié par la patiente en 152.

Cet exemple montre bien les deux perspectives du patient et du soignant dans l'interaction, mettant en jeu deux univers (l'hôpital et la sphère privée ou sociale), deux répertoires langagiers (code spécialisé et code commun) et, dans le cas des patients migrants, deux langues premières différentes. Ce troisième aspect prolonge et tout à la fois met en évidence les deux premiers. Nous y reviendrons.

Dans les limites de cette étude, nous nous intéressons avant tout au travail des soignants et montrons délibérément d'abord leurs stratégies de mise à disposition et/ou de négociation du sens. Ces stratégies demandent aussi la participation du patient, quand ce n'est pas lui qui les initie pour résoudre un problème de communication. Cependant, il faut remarquer la particulière disponibilité des soignants pour la communication, la richesse de leurs outils manifestant un aspect de leur compétence professionnelle.

Nous pouvons ainsi faire l'hypothèse que la compétence transculturelle se situe à l'intérieur d'une compétence générale d'interaction ou de communication, dont elle révèle mieux certaines composantes. Maîtriser une compétence transculturelle revient donc non seulement à connaître plusieurs «codes» culturels et linguistiques, mais à comprendre ce qui fait la richesse et la complexité de la compétence de communication tout court, notamment dans les trois composantes suivantes:

- *composante encyclopédique ou socioculturelle*: la communication ne peut fonctionner avec succès sans un minimum de savoirs à propos du rôle du culturel dans l'interaction, du phénomène d'altérité et des processus d'acculturation, ainsi que de savoirs sur la maladie, sur la thérapie, ainsi que la

connaissance du monde hospitalier; plus l'écart socioculturel entre les protagonistes est important, moins ce savoir est supposé partagé et agit de manière implicite, plus on peut qualifier la relation d'interculturelle;

■ *composante interactionnelle*: les modalités d'interaction (prises de parole, gestion des silences, gestion de l'asymétrie, etc.) et d'interprétation conditionnent le déroulement de la communication et peuvent admettre des variations d'ordre culturel;

■ *composante stratégique*: elle correspond à une sorte de «roue de secours», qui se met en marche en cas de difficulté communicative ou de défaillance des moyens usuels; elle permet le maintien de la communication indépendamment de l'inégalité de l'accès aux savoirs linguistiques et s'avère particulièrement précieuse dans la communication interculturelle.

Cette dernière revêt un caractère central dans la gestion de la communication problématique, mais est facilitée en l'occurrence par la deuxième qui, en milieu hospitalier, attribue des rôles relativement clairs aux acteurs et leur permet d'entrer dans une relation de type didactique. Le patient a le droit de ne pas savoir, le soignant doit l'aider. Au niveau linguistique, le même schéma est activé. On peut même se demander si l'asymétrie linguistique, très saillante dans la relation, ne facilite pas la didacticité et, d'une certaine manière, le ménagement de la face du patient.

Ainsi, le soignant met en place des stratégies de réalisation de l'activité qui fonctionnent souvent à titre préventif. Quand la difficulté linguistique se fait plus présente, ces stratégies se muent alors en stratégies de résolution de problèmes, à l'aspect plus bricolé et moins professionnel. Pourtant, ces stratégies relèvent d'un même mécanisme.

#### Exemple 3

- 19-Sf *c'est au niveau du bébé/. ou c'est [au niveau de vous/*  
 20-P *[non non . c'e:::st: c'est de moi*  
 21-Sf *de vous\ d'accord\ au niveau du COL/*  
 22-P *(2,5 secondes) . euh . non c'est dans*  
 23-T *va<dJai>na*  
 24-P *va<dJai>na*  
 25-Sf *au niveau vaginal*  
 26-P *oui [oui&*  
 27-Sf *[d'accord*  
 28-P *&oui oui*  
 29-Sf *et ça: et vous avez mal/. en bas/*  
 30-P *oui . c'est tou::t eu::h ...*  
 31-Sf *alors c'est comme une infection/*  
 [...]
 46-Sf *[d'accord\... vingt-sept juillet (XXX) (chuchote en écri-  
 vant, incompréhensible) (env. 25 secondes) et donc  
 depuis hier vous avez mal au ventre . c'est ça/*  
 (P-mage220605a)

Dans cette séquence, la sage-femme se trouve face à une patiente israélienne et déclenche un guidage de la compréhension au moyen de stratégies de réalisation de son activité. L'une de ses stratégies consiste en un ciblage progressif du lieu de la douleur et, partant, de l'objet de discours. Il s'agit dans un premier temps de savoir si l'on parle du bébé («au niveau du bébé» en 19) ou de la maman («au niveau de vous»). Ensuite, il faut identifier le siège morphologique précis de la douleur.

La sage-femme, plutôt que de poser une question ouverte à la patiente (du type «où avez-vous mal?»), recourt à une question fermée en faisant une proposition («au niveau du COL» en 21). L'émphasisation de «col» laisse déjà présager une définition exolingue de la situation, la soignante tentant de détacher les éléments centraux de son message. Cela se confirme par l'incapacité de la patiente à trouver le mot désignant le siège de sa douleur (22) sans l'aide de la traductrice (23).

Des stratégies de planification (réalisation de l'activité), l'on passe de cette façon insensiblement à des stratégies de résolution de problèmes de communication. Le lieu de la douleur étant identifié mais les termes pour en parler faisant défaut, la sage-femme semble revenir à un degré moindre de précision, en recourant aux termes «en bas» en 29 et «au ventre» en 46.

Ce basculement de stratégies, sans doute peu perceptible sur le moment, relève pourtant d'une compétence communicationnelle et professionnelle remarquable. Si les stratégies de planification sont davantage préformatées et liées par exemple à la capacité à mener une consultation ou une anamnèse, les stratégies de résolution de problèmes de communication, bien que davantage improvisées voire «bricolées», témoignent d'une capacité à gérer la distance linguistique avec la priorité de ne pas renoncer à établir l'intercompréhension autour des objets centraux des soins. Ces secondes stratégies, souvent acquises *sur le tas*, pourraient tout à fait donner lieu à une forme d'enseignement ou de préparation. Elles demandent pour cela à être explicitées et valorisées. Malheureusement, bien souvent, elles induisent des représentations plutôt négatives dans les discours des soignants eux-mêmes.

### 3.2 Du patient migrant au patient «ordinaire»: communication et action professionnelle

Le passage très ténu entre les stratégies de planification et les stratégies de résolution de problèmes démontre d'une certaine manière la continuité entre le traitement d'un patient catégorisé comme migrant et celui d'un patient «ordinaire» (différence de degré et non de nature). Dans les deux cas, le médecin ou l'infirmière dirige l'interaction, la formate en fonction d'un objectif relativement précis et d'un cadre donné. Les rôles se définissent par contraste et les savoirs sont distribués de façon inégale. Ce format, ressenti parfois comme rigide, sert le déroulement des soins et protège d'une certaine façon le patient, traité, dans sa position «basse», à l'égal des autres patients.

La prise en charge d'un patient, quel qu'il soit, dépend avant tout de sa pathologie avérée et de ses conditions d'entrée à l'hôpital. L'aspect strictement culturel n'apparaît pas comme prioritairement déterminant, hormis dans certains lieux de consultation et voies de triage s'adressant exclusivement aux migrants. Ainsi, une entrée par la voie des urgences, par exemple, déclenchera un certain scénario indépendamment des patients et des soignants ou médecins impliqués.

L'aspect culturel se présentera alors souvent à un niveau méso, intermédiaire entre deux autres niveaux d'organisation de la prise en charge, macro et micro:

- *niveau macro*: normes de l'institution et de ses services; scénarios typiques d'action; tâches prescrites;
- *niveau méso*: connaissances encyclopédiques d'un groupe, d'un lieu, d'une pratique; représentations explicites;
- *niveau micro*: prise en charge effective d'un patient, réalisa-

tion d'un schéma interactionnel; tâches réelles.

Pour le patient, il s'agit de se montrer performant avant tout aux niveaux macro et micro, en essayant de développer au plus vite sa connaissance du monde hospitalier (macro) et sa capacité à demander de l'aide pour s'orienter dans ce milieu (micro). Pour le soignant, l'enjeu porte plutôt sur les niveaux méso et micro. Il devra en effet apprendre à situer le patient dans son environnement culturel et social (méso) pour agir et interagir de manière adéquate avec lui (micro). L'ajustement entre patient et soignant va se passer bien évidemment au niveau micro, qui leur est commun et que nous pouvons directement observer. Dans cette optique, les rôles de *patient* et de *soignant* leur sont immédiatement disponibles, permettant, par leur asymétrie, le travail efficace de l'un et, comme nous l'avons déjà évoqué plus haut, la protection de l'autre dans un rapport à caractère didactique (voir Gajo 2005). Ceci demande une compétence interactionnelle de base. Au-delà des variations locales, nous pouvons faire l'hypothèse que l'asymétrie entre soignant et patient relève d'une certaine universalité et que nous avons là un «culturème» (Oksaar 1989 in Muller & Baetens Beardsmore 2004). Ce culturème permettrait ainsi le fonctionnement immédiat de la prise en charge hospitalière, avec des ajustements successifs liés à la réalisation particulière de ce culturème dans la société en question.

Autant dans le va-et-vient entre macro/méso/micro que dans le processus d'activation/adaptation du culturème, le processus à l'œuvre dans la prise en charge implique une dynamique entre général et particulier, entre la catégorie de phénomènes et le phénomène particulier. En fait, face à la diversité des situations individuelles et aux contraintes et limitations de la prise en charge hospitalière (temps limité, priorités à assurer, cas à répertoire), le médecin ou le soignant, tout en se mettant à l'écoute du patient, tâche de ramener sa situation particulière à des cas de figure généraux. Il se sert pour cela d'indices prototypiques aux niveaux micro et méso. Il se trouve ainsi face à des contraintes touchant aux différents niveaux d'organisation de la tâche et impliquant le culturel dans le giron des compétences interactionnelle et professionnelle. Il doit alors opérer des choix stratégiques entre

- la généralisation et la particularisation;
- la planification et la résolution de problèmes de communication;
- la culturalisation et la neutralisation.

Quelle que soit la stratégie retenue, la contrainte majeure réside dans le temps à disposition et l'attente d'une certaine «fluidité» des soins. Dans cette perspective, la diversité culturelle ne saurait morceler l'action ou la rendre accidentelle, mais doit s'intégrer en tant que dimension constitutive des pratiques communicatives et professionnelles.

## 4 Discussion

Notre étude nous amène ainsi à une définition de la compétence transculturelle comme une disposition à prendre en compte les univers de significations des patients (méso) dans la construction communicative des relations thérapeutiques et soignantes (micro) et les contraintes de l'institution hospitalière (macro). Cette compétence constitue alors un ingrédient de la compétence de communication dans sa dimension professionnelle. Elle se profile comme une compétence de communication transculturalisée, basée sur des ressources stratégiques, encyclopédiques et interactionnelles et qui a pris acte de l'hétérogénéité des publics et des milieux concernés par la santé et les soins de manière à s'adapter indifféremment à l'ensemble des patients dans une articulation des contraintes institutionnelles et des exigences situationnelles. Faire une distinction entre cette compétence de communication et une compétence transculturelle revient alors à retourner à un modèle dichotomique «intraculturel vs interculturel», dont les fondements théoriques sont fortement mis en question par les résultats de la présente étude.

Dans ces conditions, nous pouvons rappeler l'importance de la conception de Domenig (2001) tout en la dépassant, aller de l'idée de soins transculturels à celle de communication transculturalisée, expression potentiellement redondante. Si la transculturalité n'est pas le seul cadre pertinent pour aborder la prise en charge de migrants, elle rappelle la nécessité d'une communication différenciée dans la prise en compte des variations et continuités identitaires entre personnes, groupes et communautés. Gérer l'hétérogénéité des situations passe par une sorte de «permanence», d'immédiateté et, d'une certaine manière, d'équité des schémas de prise en charge institutionnels. Le problème se pose ainsi de façon différente aux niveaux institutionnel et individuel, la notion de transculturalité s'appliquant plus difficilement – ou dans une temporalité différente – au premier niveau.

La transculturalisation des soins ne relève pas seulement de la reconnaissance des différences singulières et de la pluralité des horizons culturels, mais des valeurs et représentations mises en jeu au moment de l'interaction. Les pratiques effectives déclenchent des stratégies variablement liées à la différence culturelle (objective ou supposée), variablement dirigées vers la prévention ou la résolution de problèmes de communication, avec un traitement plus ou moins stéréotypique de la situation. L'activation ou l'inactivation de catégories culturelles devra ainsi varier selon certains facteurs (type de tâche, service/institution, horizon culturel des patients, etc.).

La compétence transculturelle participerait alors d'une fonction régulatrice de la prise en charge et du processus de catégorisation, sans revêtir un caractère d'exception.

Comme l'accueil d'un patient migrant est d'abord l'accueil d'un patient comme tout autre patient, sa prise en soins requiert les mêmes démarches techniques et relationnelles du point de vue protocolaire. Notre recherche nous oriente ainsi vers une perspective différentialiste au sein de lignes directrices applicables à l'ensemble des patients et non à un particularisme culturaliste ou ethnique. L'attitude transculturelle du soignant reviendrait ainsi à une capacité d'articuler généralité et singularité, activité préformatée et expérimentation au sein d'un même cours d'action et sur la base des difficultés réelles de communication telles que manifestées dans la situation. Elle serait en ce sens plus un ingrédient qu'une compétence à part entière.

## 5 Conclusion

Cette étude part de l'idée que la compétence transculturelle ne saurait être définie en dehors d'un examen approfondi de tâches concrètes observables en milieu professionnel. Dès lors, elle devient difficilement isolable des processus généraux de la communication et de la prise en charge professionnelle. L'analyse concourt à montrer dans quelle mesure et à quelles conditions la situation se définit, par les acteurs eux-mêmes et leurs actions, comme interculturelle. Une attention particulière est alors portée au processus de catégorisation, structurant aussi bien pour les représentations que pour les pratiques des professionnels.

Dans cet article, l'accent a été délibérément mis sur les pratiques plutôt que sur les représentations. Toutefois, il faut bien constater un décalage éloquent entre ces deux dimensions, les représentations – contrairement aux pratiques – donnant lieu à des contrastes perceptibles entre hôpitaux et/ou services. Si l'on peut considérer ce décalage comme une rupture entre savoirs déclaratifs et savoirs procéduraux liés à la migration et/ou à l'interculturel, il faut aussi y voir une trace du lien entre compétence transculturelle et compétence de communication.

Dans ces conditions, il s'agit de mettre en évidence la continuité et l'intégration plutôt que la rupture et la dissociation des différentes compétences – transculturelle, communicationnelle et professionnelle – en jeu. Les effets de contraste répondent alors à des stratégies professionnelles, qui demandent à être affinées, et d'abord conscientisées. Par exemple, il pourra être opportun de particulariser la relation ou, en revanche, de la généraliser. Ainsi, le recours à des catégories culturelles pourra se révéler plus ou moins efficace en fonction de la situation concrète.

Le cadre professionnel impose diverses contraintes à l'action communicative, qui peut alors être saisie à différents niveaux d'organisation du travail: macro, méso et micro. Les catégories et catégorisations culturelles fonctionnent variablement à ces différents niveaux. Il sera utile de recourir par exemple aux notions de représentations de référence et représentations d'usage (Py 2000), les premières étant largement préfabriquées et disponibles au niveau macro/méso, les secondes se montrant plus proches de l'interaction et malléables (micro/méso). Celles-ci peuvent ainsi modifier, à moyen terme, celles-là et favoriser le décentrement des soignants ainsi que l'intégration de l'étrangeté dans leurs activités ordinaires.

Globalement, cette étude accorde une place centrale aux pratiques communicatives et, dans ce cadre, aux pratiques professionnelles. Elle peut nourrir de cette manière le domaine de la clinique de l'activité (Clot et al. 2001).

## 6 Références

- Borel, S., 2004: Collision de lexiques experts et ordinaires en milieu institutionnel hospitalier: quelle médiation par quelles stratégies discursives? Une approche interactionniste autour de l'expertise du patient. Cahiers de l'ILSL 16: 33-60.
- Clot, Y., et al., 2001: Clinique de l'activité et pouvoir d'agir. Education permanente 146.
- Domenig, D. (Hg.), 2001: Professionnelle Transkulturelle Pflege. Bern: Hans Huber.
- Gajo, L., 2005: Interagir à l'école et interagir à l'hôpital: pour apprendre quoi? Acquisition et interaction en langue étrangère 22: 131-163.
- Muller, A., et H. Baetens Beardsmore, 2004: Multilingual Interaction in Plurilingual Classes – European School Practice. International Journal of Bilingual Education and Bilingualism 7/1: 24-42.
- Oksaar, E., 1989: Psycholinguistic Aspects of Bilingualism. Journal of Multilingual and Multicultural Development 10/1: 33-39.
- Py, B., 2000: Représentations sociales et discours. Questions épistémologiques et méthodologiques. Tranel 32: 5-20.

## 7 Transfert de connaissances / valorisation

La problématique du projet, la configuration de l'équipe de recherche et le type de données recueillies permettent une action cohérente dans plusieurs directions, des scientifiques aux enseignants en passant par les professionnels de la santé.

### Milieus scientifiques

Les actions de valorisation et de diffusion des résultats de cette recherche se feront, du côté des milieux scientifiques, sous forme de colloques et de publications dans des revues de linguistique, d'anthropologie, de sociologie ou de sciences de l'éducation. Nous visons aussi une diffusion dans les réseaux de recherche de la HES «santé-social» (notamment le CEDIC, Centre d'étude de la diversité culturelle et de la citoyenneté, ainsi que le RESAR, Réseau d'étude appliquée sur les représentations et les pratiques de soins et de réadaptation/[ré]insertion).

### Milieus professionnels

Des interventions sont prévues dans les services où le projet a recueilli ses données, dans des formats tantôt définis (colloque des médecins au Service des urgences à Genève) tantôt à définir (workshops, supervisions, etc.). Nous envisageons aussi des publications dans des revues professionnelles, notamment la *Revue de l'ASI* (Association suisse des infirmières et des infirmiers).

### Milieus pédagogiques

Concernant la formation, nos actions viseront dans un premier temps la formation continue des professionnels de la santé et du social. Pour les infirmiers, nos relais avec la HES «santé-social» pourraient contribuer à insérer progressivement nos résultats dans des modules de formation initiale existants ou à prévoir. Pour les médecins, des actions pourraient être pensées dans le cadre des «medical humanities» (Université de Lausanne). Mais nous nous rapprocherons également des HUG par l'intermédiaire de Patricia Hudelson, menant un projet dans le même cadre et impliquée dans la formation des médecins.

Nous insistons sur le fait que toute opération de formation visera aussi bien l'intervention dans des «modules» spécifiques autour de la migration et de la transculturalité que l'intervention dans des «modules» consacrés plus généralement à la compétence professionnelle et aux pratiques de communication entre soignants et patients.

Dans ce sens, il serait intéressant de pouvoir extrapoler cette investigation aux patients suisses avec un statut économique défavorisé et/ou relevant d'un groupe social minorisé ou marginalisé.

## 8 Impact

Cette étude veut d'abord fournir des données diversifiées et riches reflétant des prises en charge concrètes en milieu hospitalier. Elle défend aussi un positionnement théorique et méthodologique par rapport à la compétence transculturelle et à ses liens avec les compétences communicationnelle et professionnelle.

L'enjeu principal est de ne pas isoler les réflexions sur la compétence transculturelle de réflexions plus générales sur les compétences communicationnelle et professionnelle. Cette réflexion intégrée n'est toutefois pas aisée à l'heure où les représentations de l'interculturel se montrent encore très inégales. Dans ces conditions, si nous considérons que les actions de sensibilisation et de formation doivent toucher l'ordinaire des structures et des prises en charge, nous avons conscience que ce processus demande du temps et ne peut se passer d'une formation spécifique sur la différence culturelle.

### *Conventions de transcription*

---

/\	<i>intonations, montante et descendante</i>
/	<i>chevauchement</i>
&	<i>enchaînement rapide</i>
. . . . .	<i>pauses, plus ou moins longues</i>
:	<i>allongement syllabique</i>
-	<i>énoncé tronqué</i>
LA	<i>accent d'insistance</i>
X	<i>segment non compris</i>

Adresse pour correspondance:

Prof. Laurent Gajo  
Université de Genève  
Uni Bastions – ELCF  
1211 Genève 4





# Clinical cultural competence: Development of tools to measure clinicians' core knowledge, attitudes and skills\*

Patricia Hudelson, Thomas Perneger, Noëlle Junod, Louis Loutan, Véronique Kolly  
Geneva University Hospitals



## Abstract

Delivery of quality health care to socially, culturally and linguistically diverse populations requires that clinicians recognize the relationship between sociocultural factors and health-related beliefs and practices, show respect for social and cultural differences between themselves and their patients, and possess skills for identifying and minimizing any negative consequences of these differences. Such knowledge, attitudes and skills are often referred to as "clinical cultural competence". While it is widely agreed that clinical cultural competence can be taught and learned, it is unclear what training approaches are most effective. A key obstacle to evaluating current training approaches is the lack of adequate tools to measure the various aspects of clinical cultural competence.

### Objectives of the project

- To develop two measurement tools: (a) a self-administered questionnaire to assess clinicians' knowledge and attitudes regarding the care of socially and culturally diverse patients, and (b) a tool for rating cultural competence skills during simulated consultations.
- To describe cultural competence attitudes and knowledge of clinicians, and explore how attitudes and knowledge levels vary according to sociodemographic factors and professional and non-professional experiences.
- To explore the relationship between cultural competence attitudes/knowledge and cultural competence skills of physicians.

### Relevance

By developing tools that measure core cultural competence attitudes, knowledge and skills, studies can be developed to compare and contrast current cultural competence levels of physicians working in a variety of settings. Such studies will help to identify and target training needs. Cultural competence measurement tools will also facilitate the comparison of training approaches, which is necessary if we are to identify the most effective methods for building clinical cultural competence.

**Key Words:** cultural competence, physicians, evaluation, social and cultural diversity

\* This project was supported by the Federal Office of Public Health, research contract no. 04.000929, within the Confederation's "Migration and Public Health Strategy, 2002–2007".



## Zusammenfassung

Die Erbringung von qualitativ hoch stehender Gesundheitsversorgung für Bevölkerungsgruppen mit einem anderen sozialen, kulturellen und sprachlichen Hintergrund erfordert von der Ärzteschaft, dass sie den Zusammenhang zwischen den soziokulturellen Faktoren und gesundheitsbezogenen Überzeugungen und Gepflogenheiten erkennt, den sozialen und kulturellen Unterschieden zwischen ihr und ihren Patienten Achtung entgegenbringt und die Fähigkeit hat, alle negativen Auswirkungen, die durch diese Unterschiede entstehen, zu erkennen und zu minimieren. Diese Form von Kenntnissen, Verhalten und Fähigkeiten wird oft als «klinische transkulturelle Kompetenz» bezeichnet. Während generelle Übereinstimmung herrscht, dass diese Kompetenz lehr- und lernbar ist, ist noch unklar, welche Ausbildungsansätze am effektivsten sind. Ein grosses Hindernis für die Evaluation bestehender Ausbildungsansätze ist das Fehlen von angemessenen Instrumenten, um die verschiedenen Aspekte klinischer transkultureller Kompetenz zu messen.

### Ziele des Projekts

- Entwicklung von zwei Messinstrumenten: (a) einem selber auszufüllenden Fragebogen zur Beurteilung der Kenntnisse und des Verhaltens der Ärztinnen und Ärzte bei der Betreuung von Patienten mit einem anderen sozialen und kulturellen Hintergrund und (b) einem Instrument zur Bewertung der Fähigkeiten im Bereich der transkulturellen Kompetenz in simulierten Sprechstunden.
- Beschreibung des Verhaltens und der Kenntnisse der Ärzteschaft im Bereich der transkulturellen Kompetenz und Untersuchung des Einflusses der soziodemografischen Faktoren und der beruflichen und nicht-beruflichen Erfahrungen auf dieses Verhalten und diese Kenntnisse.
- Untersuchung des Verhältnisses zwischen Verhalten/Kenntnissen und den Fähigkeiten der Ärztinnen und Ärzte im Bereich der transkulturellen Kompetenz.

### Relevanz

Die Entwicklung von Instrumenten, mit denen sich die wichtigsten Kenntnisse, Fähigkeiten und Verhalten im Bereich der transkulturellen Kompetenz messen lassen, ermöglicht die Erarbeitung von Studien, um die unterschiedlichen Niveaus der in verschiedenen Umfeldern tätigen Ärztinnen und Ärzte im Bereich der transkulturellen Kompetenz zu vergleichen und einander gegenüberzustellen. Solche Studien helfen, die Ausbildungsbedürfnisse festzulegen und auszurichten. Messinstrumente für transkulturelle Kompetenz erleichtern ausserdem den Vergleich von Ausbildungsansätzen, was nötig ist, wenn die wirksamsten Methoden für den Aufbau der klinischen transkulturellen Kompetenz ermittelt werden sollen.

## Résumé

Garantir une santé publique de qualité à des populations socialement, culturellement et linguistiquement différentes nécessite un certain nombre de compétences de la part des médecins hospitaliers: reconnaître la relation entre des facteurs socioculturels, d'une part, et des croyances et des pratiques liées à la santé, d'autre part, faire preuve de respect vis-à-vis des différences sociales et culturelles entre eux et leurs patients, être aptes à identifier et à minimiser les conséquences négatives de ces différences. Ces connaissances, attitudes et compétences sont généralement définies comme compétences culturelles en milieu hospitalier. Toutefois, s'il est communément admis que l'on peut les enseigner et les apprendre, on ne connaît pas vraiment les meilleures approches de formation. Un des obstacles majeurs à l'évaluation de ces approches réside dans le manque d'instruments appropriés pour mesurer les divers aspects de ces compétences.

### Objectifs du projet

- Développer deux instruments d'évaluation: (a) un questionnaire autoadministré pour évaluer le comportement et les connaissances des médecins hospitaliers concernant les soins des patients d'horizons sociaux et culturels divers, et (b) un instrument pour mesurer les compétences culturelles lors de consultations simulées.
- Décrire le comportement et les connaissances en matière de compétence culturelle des médecins, et étudier leur diversité selon les facteurs sociodémographiques et l'expérience professionnelle et non professionnelle.
- Étudier la relation entre comportement/connaissances en matière de compétence culturelle et l'aptitude des médecins à les utiliser.

### Pertinence

Le développement d'instruments pour mesurer le comportement, les connaissances et les aptitudes associés aux compétences culturelles clés permettra de réaliser des études pour comparer et différencier les niveaux de compétence culturelle dont disposent habituellement les médecins œuvrant dans différents domaines. Ces études permettront d'identifier et de cibler les besoins pour les formations et faciliteront la comparaison des approches. Cette comparaison est nécessaire pour identifier les méthodes les plus efficaces permettant d'établir des compétences culturelles en milieu hospitalier.

## Sintesi

La fornitura di un'assistenza sanitaria di qualità a popolazioni di origine sociale, culturale e linguistica diversa presuppone che il personale sanitario riconosca la relazione tra i fattori socioculturali e le idee e le prassi legate alla salute, dia prova di rispetto per le differenze sociali e culturali dei pazienti e sia capace di identificare e minimizzare qualsiasi effetto negativo di tali differenze. Questi atteggiamenti, conoscenze e capacità sono spesso denominati «competenza clinica transculturale». Benché sia ampiamente accettato che la competenza clinica transculturale possa essere insegnata e imparata, permangono dubbi sull'impostazione più efficace da dare all'insegnamento. Un ostacolo importante nella valutazione degli attuali metodi d'insegnamento è la mancanza di strumenti adeguati per misurare i vari aspetti della competenza transculturale.

### Obiettivi del progetto

- Sviluppare due strumenti di misura: (a) un questionario autoamministrato per valutare le conoscenze e gli atteggiamenti del personale sanitario dal punto di vista dell'assistenza a pazienti socialmente e culturalmente differenti e (b) uno strumento di valutazione della competenza transculturale nell'ambito di consultazioni simulate.
- Descrivere gli atteggiamenti e le conoscenze del personale sanitario in materia di competenza transculturale e analizzare l'influsso dei fattori sociodemografici e delle esperienze professionali ed extraprofessionali su tali atteggiamenti e conoscenze.
- Analizzare la relazione tra gli atteggiamenti e le conoscenze da un lato e le capacità in materia di competenza transculturale dei medici dall'altro.

### Interesse

Lo sviluppo di strumenti che misurano gli atteggiamenti, le conoscenze e le capacità principali della competenza transculturale permette di elaborare studi volti a confrontare ed evidenziare gli attuali livelli di competenza transculturale dei medici che lavorano in vari contesti. Questi studi contribuiranno a identificare e mirare i bisogni di formazione. Gli strumenti di misura della competenza transculturale faciliteranno anche il confronto dei metodi d'insegnamento, un'operazione necessaria per identificare i metodi più efficaci per costruire la competenza clinica transculturale.

## 1 Introduction

In Switzerland as elsewhere, clinicians increasingly encounter patients who differ from them in terms of language, illness-related beliefs and practices and health care expectations (Bischoff et al. 1999; Blöchliger et al. 1998). Patient/provider differences can lead to communication difficulties, and can have important consequences for care (Gilgen et al. 2005; Spiess and Kilcher 2003; Jager et al. 2002). As populations become increasingly diverse, physicians need to be sensitive to the ways in which culture and language can influence clinical communication and care, and learn the skills necessary to identify and respond to patients' diverse needs.

### 1.1 Cultural competence

The field of "cultural competence" has emerged as one approach for addressing sociocultural barriers to health care and ensuring patient-centered care for all patients. Cultural competence (also – and perhaps more aptly – referred to as "trans", "inter"- or "cross"-cultural competence) is founded on the acknowledgement of the importance of culture in people's lives, respect for patient/provider cultural differences and a commitment to minimize any negative consequences of cultural differences. Cultural competence interventions can operate at both the level of the institution (structural and organizational aspects) and the level of the individual. Individual-level, clinical cultural competence generally refers to clinicians' awareness of the relationship between sociocultural factors and health beliefs and behaviors, and their skills at adjusting their attitudes and behaviors to account for the impact of emotional, cultural, social and psychological issues on their patient's health (Domengig 2001; Brach and Fraser 2000).

### 1.2 Training in clinical cultural competence

Clinical cultural competence is generally recognized as something that can be taught and learned, and a variety of training approaches and learning objectives have been developed (Hudelson and Stalder 2005; Gilgen 2002; AIR 2002). However, it is unclear which training approaches are most effective for reaching the various learning objectives. A key obstacle is the lack of adequate tools to measure cultural competence knowledge, attitudes and practices. Such tools will be necessary in order to assess current attitudes and knowledge regarding cross-cultural clinical communication and care, identify training needs, and evaluate current training approaches.

### 1.3 Project objectives

Our project aims to address this need for cultural competence evaluation tools. Specifically, we aim to develop two measurement tools: (a) a self-administered questionnaire to measure clinicians' knowledge and attitudes regarding the care of socially and culturally diverse patients, and (b) a tool for rating cultural competence skills during simulated consultations. We aim to develop tools that can be used in a variety of clinical settings, and that are not linked to any particular training activity.

The tools will be used to:

- describe cultural competence attitudes and knowledge of physicians and medical students,
- explore the associations between cultural competence attitudes/knowledge and other factors (such as sociodemographic factors and professional and non-professional experiences), and

- explore the relationship between cultural competence attitudes/knowledge and skills of physicians.

## 2 Procedure / Methods

### 2.1 Development of the research tools

The first objective (development of the cultural competence questionnaire and simulated patient scenarios) involved a systematic review of the scientific literature (published literature in MEDLINE, "grey" literature, and on the Internet) on the subject of clinical cultural competence, with a specific focus on how clinical cultural competence has been operationalized and measured. A working definition of clinical cultural competence was then developed, and guided the development of the two research tools.

In developing the questionnaire, we generated items (questions) that attempt to capture relevant aspects of clinical cultural competence (attitudes and knowledge). For each aspect or dimension, a number of different questions were generated. We also reviewed a number of existing cultural competence questionnaires to explore whether and how other researchers measured the different components of cultural competence.

The draft questionnaire was then pretested with a convenience sample of 10 physicians, 2 international cultural competence experts and 5 medical students. The pretests consisted of filling out the draft questionnaire in the presence of a researcher, so that any problems or questions that arose could be discussed immediately. The researcher discussed in detail each section of the questionnaire with the physician or student, to determine whether questions were understood as intended. The questionnaire was modified several times based on pretest results, and the final version developed in December 2005.

Development of clinical scenarios for the simulated patient program could only begin once the questionnaire was developed, in order to ensure that the two tools reflected the same definition of cultural competence skills. A limited number of skills were identified that we felt could realistically be evaluated within the context of this study. These included:

- effective collaboration with an interpreter
- exploration of the patient's illness-related beliefs
- exploration of the patient's use of non-conventional treatments
- exploration of the patient's expectations
- exploration of the patient's fears and worries
- exploration of potential barriers to care (social, economic, cultural barriers)
- explanation of the patient's problem from the biomedical point of view, using appropriate language
- negotiation of an acceptable treatment plan with the patient.

Our original proposal was to train standardized patients to represent the clinical scenarios developed, and to invite physicians to conduct consultations with the standardized patients. The consultations would be filmed, and trained coders would rate the clinicians' performance using a rating checklist.

However, after much discussion among the research team members, we came to the conclusion that physicians (especially private physicians) would probably be unwilling or unable to take time out of their busy schedules to conduct consultations with standardized patients. In order to address our study objectives we need each physician to conduct several consultations, which would represent a considerable time commitment on their part. We felt that the heavy investment in terms of time and resources (training of standardized patients, scheduling of consultations, filming and analysis of consultations, etc.) would not be justified if we did not recruit a minimum of 100 physicians, which seemed unlikely.

Therefore, even though we felt that standardized patients represented a more valid method for evaluating physicians' cultural competence skills, we decided to explore the possibility of incorporating our clinical scenarios into a simulated patient program. These are interactive, computer-based programs that present a clinical situation to the physician, who must then ask questions to the "patient", and make decisions based on the answers provided. Such programs can record the formulation and sequencing of questions asked by the physician, thus allowing us to evaluate whether the physician has addressed the particular themes we are interested in.

The simulated patient programs are less realistic than standardized patients, and technical limitations of the programs mean that the skills assessment will be narrower than what would be possible with standardized patients. However, the advantage of this approach is that physicians can access the patient scenarios at their convenience via Internet – in their homes, offices or at the hospital. We hope that this flexibility will help increase our recruitment of physicians.

We are currently working with a Swiss developer, VIPS,, (Virtual Internet Patient Simulator) to incorporate our scenarios into their patient data base.

## 2.2 Administration of the two research tools

During February till April 2006, the cultural competence questionnaire will be administered to:

- a random sample of 600 physicians working at the Geneva University Hospital
- a random sample of 600 private physicians working in Geneva
- 250 Geneva medical students (all 4th-, 5th- and 6th-year students)

Once initial analyses have been conducted, we will recruit a representative sample of approximately 200 physicians who responded to the questionnaire, and invite them to conduct simulated patient consultations (medical students will not be recruited for this phase of the research). For each simulated patient consultation, a score will be generated based on whether key topics were addressed, and whether the information provided or question asked was formulated appropriately (open- vs. closed-ended questions; non-technical language, etc.). Associations between questionnaire and simulated patient scores will be explored.

## 3 Results

The project is on-going at this time (February 2006). In this section we highlight key findings from the literature review which influenced the development of our questionnaire, and describe the main features of the questionnaire.

### 3.1 Findings from the literature review

The most commonly quoted definition of cultural competence is that proposed by Cross et al. (1989): "a set of congruent behaviors, attitudes and policies that come together in a system, agency or among professionals that enables effective work in cross-cultural situations". Cultural competence can operate at the level of the health service (structures and processes), or at the level of the individual clinician, and is founded on the recognition of the importance of culture in people's lives, respect for cultural difference, and a commitment to minimize any negative consequences of cultural difference. Our study is specifically interested in physician-level cultural competence, which can be understood as the ability to provide patient-centered, culturally sensitive care to patients from diverse backgrounds.

Many professional organizations in different areas of health have developed policies and guidelines that define and promote culturally competent practices by physicians. There are also a number of examples in the medical literature of pre-graduate and postgraduate training activities aimed at increasing clinicians' cultural competence. Based on our review of these materials, there seems to be general agreement among experts with regards to the general attitudes, knowledge and skills that learners should possess in order to be able to deliver high-quality care to diverse populations. These include:

- *attitudes*: respect and tolerance for social/cultural differences; awareness and self-reflection regarding one's own culture and biases; acceptance by the clinician of his or her responsibility to understand and respond to cultural aspects of health and illness; and willingness to make their own clinical settings more accessible to patients by taking into consideration social and cultural factors.
- *general knowledge*: basic social science concepts such as culture and the illness/disease distinction; an understanding of how culture influences health, illness and health care; awareness of social and cultural barriers to health care; sources of cross-cultural misunderstandings; awareness of cross-cultural communication approaches for bridging patient/provider differences.
- *skills*: effective collaboration with translators; approaches for eliciting the patient's understanding of the illness and determining the patient's social context; negotiation of treatment and referral plans with patients and families that incorporate social and cultural issues; collaboration with other health and social resources.

However, while there appears to be general agreement about the core attitudes, knowledge and skills that culturally competent physicians should possess, it is unclear what training approaches are most effective for reaching these objectives. Betancourt (2003) identified three main approaches to teaching cross-cultural medicine: the awareness/sensitivity approach which focuses on developing attitudes; the categorical ap-

proach which has tended to focus on teaching specific cultural knowledge; and the cross-cultural approach which focuses on teaching general, cross-cultural communication skills. Most programs attempt to combine these different approaches, and use a range of different teaching methods including didactic lectures, seminar series, videos, practical exercises with standardized patients, cultural immersion, clinical rounds, etc.

A systematic review of health care provider educational interventions (Beach et al. 2005) found that an overwhelming majority of interventions were not evaluated. Other reviews (Culhane-Pera et al. 2000; RCCH 2003) have pointed to the lack of objective measures for evaluating the impact of cultural competence training activities. Nonetheless, a number of questionnaires have been developed to measure various aspects of clinical cultural competence, and quite a number of these were reviewed for this project.

Our review of the literature and of selected questionnaires revealed that evaluation methods are often not well described and tools have rarely been validated. Furthermore, many evaluation tools are linked to specific course content, and therefore cannot be used to measure clinicians' core cultural competence more generally, or to compare different training programs. In addition, evaluation has generally been limited to physicians' perceptions of the importance of social and cultural factors in clinical care (what some researchers refer to "buy in"), and self-assessment of knowledge and skills in dealing with a range of cross-cultural situations. Tools that have attempted to measure more general constructs such as intercultural sensitivity or attitudes towards migrants' adaptation to their host country have not addressed issues specific to the clinical context, such as the clinicians' sense of responsibility to bridge differences, knowledge of social and cultural barriers to health care or specific cross-cultural communication techniques.

There appear to be two main challenges involved in assessing attitudes and knowledge using a self-administered questionnaire. The first is the difficulty in formulating attitude questions that do not simply assess the respondent's knowledge of the "socially desirable" answer. The second is the difficulty in formulating objective measures of knowledge, without resorting to multiple-choice questions (which too often resemble a "test", and allow for respondents to "guess" among choices provided). Our challenge was to develop a questionnaire that could be used independently of a specific training activity, but at the same time reflect the practice context in Geneva, and objectively assess certain areas of knowledge.

### 3.2 Description of the cultural competence questionnaire

The questionnaire we developed contains seven sections:

- 5 questions regarding the physician's level of contact and experience with immigrant patients.

- 5 questions regarding the physician's general attitudes towards the accommodation of health services and providers to immigrant patients' language and culture (7-point Likert scale).

- 16 questions related to physicians' perceptions of the importance of different knowledge, information and resources for the care of socially and culturally diverse patients (5-point Likert scale). These questions are intended to allow a comparison of more generic elements with those that are more specific to patient-centered care and to the care of immigrant patients. The question is formulated: "In your opinion, how important is each of the following in ensuring quality care to immigrant patients?" General items include, for example, sufficient time or timely access to the patient's medical file. Items related to patient-centered care include, for example, knowledge of patient's illness-related beliefs. Items specific to care of immigrant patients include items such as knowledge of the patient's migration history or knowledge of specific cultures.

- 15 questions that ask the physician to rate the importance of different potential causes of difficulty, on a 5-point Likert scale. These questions look at whether the physician perceives the problem to be related to the patient (for example, patient's illness beliefs are contrary to medical knowledge), to the physician (for example, the physician's racial/ethnic biases) or to the clinical context (lack of time, lack of trained interpreters, etc.).

- 13 questions regarding physicians' self-assessed competency in specific cross-cultural situations (5-point Likert scale). For example: "How competent do you consider yourself in working with an interpreter?"

- 5 clinical scenarios that require the physician to propose possible explanations for the different situations described. For these scenarios there is no single correct answer, rather physicians are invited to use their imagination and propose as many possible explanations as possible, in short-answer form. These questions explore physician's knowledge of social and cultural factors that can impact on clinical communication and care. Following is an example of the type of scenario that was developed:

*"During a preoperative exam with a South American patient, the physician discovers that the patient has Hepatitis B. He tries to discuss the disease with the patient and his wife, and to explain the other exams that should be done and the possible treatment options. The physician is frustrated by the fact that the patient asks no questions and avoids eye contact with the physician. What might explain the patient's behavior?"*

- 16 questions about the physician's sociodemographic and professional characteristics.

About 20 to 30 minutes are required to answer the questionnaire.

## 4 Discussion

Our experience in developing the cultural competence questionnaire has highlighted the difficulties in operationalizing and objectively measuring the attitudes, knowledge and skills generally believed to be associated with the ability to provide quality care to patients from diverse social and cultural backgrounds.

More research is needed in order to determine whether standardized training in cultural competence is appropriate and effective, how established goals and objectives can be measured, and what the best approaches are for attaining identified outcomes.

The tools we develop for this project will help us to address questions such as:

- What are current levels of cultural competence attitudes and knowledge? How do these vary with regards to profession, career moment and work context? What and where are the most urgent training needs to be found?

- What are the relationships between clinicians' cultural competence attitudes, knowledge and skills? In particular, do better attitudes/knowledge predict better skills?

In the future, we hope to use these tools to address questions such as:

- Which training approaches are most effective for teaching cultural competence attitudes, knowledge and skills? Do some methods work better than others for certain types of learners or in certain contexts?

- What other factors (besides training) influence clinicians' cultural competence attitudes, knowledge and skills? (Personal characteristics, previous professional and non-professional experience, etc.)

But a number of other important questions remain to be addressed in the future, and will require additional research tools. For example:

- Are cultural competence attitudes, knowledge and skills learned during training sustainable? What factors are associated with sustainability of training results?

- What other factors influence the actual application of cultural competence skills? (For example: patient characteristics; contextual factors such as time constraints; institutional features such as an explicit cultural competence policy, etc.)

- Does the practice of cultural competence skills result in desired outcomes? (For example: patient satisfaction, adherence to treatment, keeping of follow-up appointments, appropriate utilization of health services, etc.)

## 5 Conclusions

In order to improve clinical cultural competence, tools must first be developed to measure the core attitudes, knowledge and skills considered necessary for the practice of culturally competent care. Such tools will allow us to describe and compare clinical cultural competence across professions, specialties, service contexts and geographic regions. Such tools will also be useful in evaluating the contributions of specific training activities to general goals of clinical cultural competence.

## 6 References

- American Institutes for Research (AIR), 2002: Teaching cultural competence in health care: a review of current concepts, policies and practices. Report prepared for the Office of Minority Health, Department of Health and Human Resources. Washington, D.C.
- Beach, MC, Price EG, Gary TL, Robinson KA, Gozu A, Palacio A, Smarth C, Jenckes MW, Feuerstein C, Bass EB, Powe NR, and LA Cooper, 2005: Cultural competence: a systematic review of health care provider educational interventions. *Med Care* 43(4): 356-373.
- Betancourt, JR, Green AR, Carrillo JE, and O Ananeh-Ferempong, 2003: Defining cultural competence: a practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. *Public Health Reports* 18: 293-302.
- Bischoff, A, Tonnerre C, Loutan L, and H Stalder, 1999: Language difficulties in an outpatient clinic in Switzerland. *Soz Präventivmed* 44(6): 283-287.
- Blöchliger, C, Junghanss T, Weiss R, Herzog C, Raeber PA, Tanner M, and C Hatz, 1998 (A): [Asylum seekers and refugees in general practice: problems and possible developments]. [Article in German]. *Soz Präventivmed* 43(1): 18-28.
- Blöchliger, C, Ries N, Gonon M, Loutan L, Mark K, Vetterli S, Tanner M, Hatz C, and T Junghanss, 1998 (B): [Asylum seekers and refugees in the medical polyclinic: a comparison between the Basel, Bern and Geneva polyclinics]. [Article in German]. *Soz Präventivmed* 43(1): 29-38.
- Brach, C, and I Fraser, 2000: Can cultural competency reduce racial and ethnic disparities? A review and conceptual model. *Med Care Res Review* 1: 181-217.
- Cross, TL, Bazron BJ, Dennis KW, and MR Isaacs, 1989: Towards a Culturally Competent System of Care: Vol. I. Washington, DC: National Technical Assistance Center for Children's Mental Health, Georgetown University Child Development Center.
- Culhane-Pera, KA, Like RC, Lebensohn-Chialvo P, and R Loewe, 2000: Multicultural curricula in family practice residencies. *Family Medicine* 32: 167-173.
- Domenig, D (Hg.), 2001: Professionelle transkulturelle Pflege. Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe. Bern: Hans Huber.
- Gilgen, D, Mäusezahl D, Salis Gross C, Battegay E, Flubacher P, Tanner M, Weiss MG, and Ch Hatz, 2005: Impact of migration on illness experience and help-seeking strategies of patients from Turkey and Bosnia in primary health care in Basel. *Health Place* 11: 261-273.
- Gilgen, D, 2002: Strategien zur Entwicklung migrationsspezifischer Kompetenz im Gesundheitswesen. Basel: Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Universität Basel.
- Hudelson, P, and H Stalder, 2005 : Diversité socioculturelle et formation médicale. *Revue Médicale Suisse* 1: 2214-2217.
- Jager, F, Schulze S, and P Hohlfeld, 2002: Female genital mutilation in Switzerland: a survey among gynaecologists. *Swiss Med Wkly* 32(19-20): 259-264.
- Resources for Cross-Cultural Health (RCCH), 2003: Developing a Research Agenda for Cultural Competence in Health Care: Cultural Competence Training. Draft research agenda. [http://www.diversityrx.org/HTML/RCPROJ\\_B.htm](http://www.diversityrx.org/HTML/RCPROJ_B.htm)
- Spiess, R, and A Kilcher, 2003: [Doctor-patient interaction in the context of migration]. [Article in German]. *Schweiz Rundsch med Prax* 92(15): 697-705.

## 7 Knowledge transfer

Results will be published in peer-reviewed journals. The cultural competence questionnaire and simulated patient scenarios will be made available for use by other researchers once study results have been published.

## 8 Impact

By making the questionnaire and simulated patient scenarios available to other researchers we hope to stimulate reflection and research on the issues discussed above. We see the development of these tools as only a first step, and will actively encourage others to modify and improve on what we have developed. The development of cultural competence evaluation tools will move us closer to the ultimate goal, which is to examine the contributions of clinical cultural competence to quality of care more generally. Given the global nature of the research questions addressed in this proposal, the results will be of interest not only in Switzerland, but to those working in other countries and contexts as well.

Correspondence to:

Patricia Hudelson, PhD  
Department of Community Medicine, Geneva University Hospitals  
Rue Micheli-du-Crest 24  
1211 Geneva 14  
E-mail: Patricia.Hudelson@hcuge.ch





# Potenzielle Ressourcen von Migrantinnen und Migranten im Gesundheitswesen. Eine Aktionsforschung\*

Martina Kamm, Bülent Kaya  
Schweizerisches Forum für Migrations- und Bevölkerungsstudien (SFM)



## Zusammenfassung

Das Schweizerische Forum für Migrations- und Bevölkerungsstudien (SFM) hat für das Bundesamt für Gesundheit (BAG) im Rahmen der Bundesstrategie «Migration und Gesundheit 2002–2007» eine Aktionsforschung durchgeführt. Gegenstand der Forschung war die Frage, wie potenzielle Ressourcen, die Arbeitskräfte mit Migrationshintergrund mitbringen, für das Gesundheitswesen (besser) genutzt werden könnten. Mit anderen Worten: Welchen Beitrag leisten Sprachkompetenz, Migrationserfahrung oder kultureller Hintergrund von MigrantInnen für eine Transkulturalisierung und institutionelle Öffnung des Gesundheitswesens? Die Resultate zeigen, dass Spitäler in der Praxis vor allem von den sprachlichen Ressourcen ihrer MitarbeiterInnen in bescheidenem Masse Gebrauch machen. Das Umfeld ist komplex und zeichnet sich aus durch unterschiedliche Akteure mit anders gelagerten Interessen. Strukturelle und praktische Hindernisse erschweren eine optimale Nutzung und Erfassung der Gesamtsituation. Empfohlen werden daher Massnahmen im Umfeld von Sensibilisierung, Identifizierung und Nutzung informeller Ressourcen.

**Key Words:** migration and health care, resources of migrant health workers, communication, diversity management

## 1 Einleitung

*«Es geht um den Auftrag der Gesellschaft, MigrantInnen zu pflegen. Da stellt sich uns einfach die Frage: Wie kann ich den Auftrag am besten erfüllen? Dafür brauche ich die bestmöglichen Instrumente, Wissen und Hilfsmittel! Es geht doch darum, den Drehtür-Effekt zu vermeiden. Dafür braucht es Personal. Das Personal hat man und seine Ressourcen auch.»*  
(Leiterin für Pflegequalität an einem grossen Schweizer Akutspital)

Im Zuge der gesellschaftlichen Pluralisierung sehen sich Institutionen des Gesundheitswesens mit der Tatsache konfrontiert, dass sich ihre Klientel vermehrt aus Personen unterschiedlicher Herkunft zusammensetzt. Etwas salopp ausgedrückt, bedeutet das: Auch Migranten und Migrantinnen werden pflegebedürftig, krank oder alt. Ihre Beziehung zur Gesundheit gestaltet sich komplex. Einerseits sind Gesundheitsdefizite auf Seiten der Migrationsbevölkerung auszumachen. Andererseits gibt es Hinweise darauf, dass der Zugang von MigrantInnen zum sanitären System erschwert ist. Zu nennen sind hier etwa Hürden bei der Kommunikation zwischen PatientInnen und medizinischem Personal oder beidseitige Informationsdefizite. Diese Hürden beeinflussen die Versorgungsqualität. Sie könnten abgebaut werden, indem sich die Institutionen für die Migrationsbevölkerung stärker öffnen: Durch einen Prozess der *Transkulturalisierung* würden nicht nur Hindernisse beim Zugang zum sanitären System behoben, sondern auch Arbeitskräfte mit Migrationshintergrund institutionell integriert. Ein transkultureller Wandel betrifft immer die Institution als Ganzes. Er erfordert strukturelle Anpassungen und umfasst

\* Dieses Forschungsprojekt wurde vom Bundesamt für Gesundheit mit dem Vertrag Nr. 03.001541 im Rahmen der Bundesstrategie «Migration und Gesundheit 2002–2007» unterstützt.



## Résumé

Le Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population (FSM) a effectué une action-recherche pour l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) dans le cadre de la stratégie «Migration et santé 2002 à 2007» de la Confédération. Il s'agissait de déterminer de quelle manière le domaine de la santé pourrait bénéficier (plus adéquatement) des ressources dont disposent les travailleurs issus de la migration. En d'autres mots: comment, par leur compétence linguistique, leur expérience de la migration ou leur contexte culturel, les migrants contribuent-ils à une transculturalisation et à une ouverture institutionnelle du secteur de la santé? Les résultats montrent que les hôpitaux recourent, dans la pratique, relativement peu aux ressources linguistiques de leurs collaborateurs. Le contexte est complexe et les différents acteurs qui y œuvrent n'ont pas tous les mêmes priorités. Des obstacles structurels et pratiques rendent difficile une exploitation et une compréhension optimales de l'ensemble de la situation. De fait, il est recommandé de prendre des mesures en ce qui concerne la sensibilisation, l'identification et l'exploitation de ressources informelles.

## Sintesi

Il Forum svizzero per lo studio delle migrazioni e della popolazione (SFM) ha effettuato una ricerca azione per conto dell'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP), nel quadro della strategia federale «Migrazione e salute 2002-2007». Lo studio mirava a trovare soluzioni per impiegare (meglio) il potenziale di risorse apportato dai lavoratori appartenenti al mondo della migrazione a favore della sanità pubblica. In altre parole, ci si chiedeva quale contributo possono dare la competenza linguistica, l'esperienza di migrazione o il background culturale dei migranti a una transculturalità e a un'apertura istituzionale della sanità pubblica. I risultati mostrano che nella prassi gli ospedali utilizzano poco le risorse linguistiche dei loro collaboratori. Si tratta di una problematica complessa, caratterizzata da attori diversi che si contraddistinguono per la diversità degli interessi. La comprensione e lo sfruttamento ottimale della situazione nel suo insieme sono resi difficoltosi da ostacoli di carattere pratico e strutturale. Si raccomandano pertanto provvedimenti nell'ambito della sensibilizzazione, dell'individuazione e dello sfruttamento per una valorizzazione delle risorse informali.

## Summary

The Swiss Forum for Migration and Population Studies (SFM) carried out a study for the Swiss Federal Office of Public Health (SFOPH) as part of the Federal "Migration and Public Health Strategy 2002-2007". The object of the research was the issue of how potential resources that bring a workforce with a background of migration could be (better) utilised by the health service. In other words: What can migrants' linguistic ability, experience of migration, or cultural background contribute to the transculturalisation and institutional opening up of the health service? The results show that in practice hospitals make only modest use of their employees' resources, particularly in terms of languages. The environment is complex, characterised by numerous actors whose main interests lie elsewhere. Both structural and practical hurdles prevent the optimum comprehension and exploitation of the overall situation. Measures towards sensitisation, and the identification and use of informal resources, are therefore recommended.

Massnahmen gegenüber den Mitarbeitenden, ihren Kernaufgaben und den Zielgruppen, die sie erreichen wollen. Der zunehmenden Heterogenität der Migrationsbevölkerung würde in Form eines gegenseitigen Anpassungsprozesses Rechnung getragen, indem individuelle Bemühungen zur Integration mit strukturellen Anpassungen verknüpft werden (Domenig 2001). Welche Rolle hierbei die Ressourcen spielen, die MigrantInnen am Arbeitsplatz einsetzen (könnten), ist Gegenstand der hier präsentierten Forschung.

## 2 Vorgehen / Methodik

Die Forschung basiert auf einem Grundlagenteil mit einer Typologie von Theorieansätzen zu Ressourcen von MigrantInnen im Gesundheitswesen. Terminologisch sprechen wir im Forschungskontext meist von informellen Ressourcen. Diese entstehen im Verlaufe des Sozialisationsprozesses und umfassen Ressourcen, die nicht durch ein Diplom oder Zertifikat erworben wurden. Dazu gehören Sprache, Lebenserfahrungen, kulturelle Codes, Wertesysteme, Glauben etc. Die Zielgruppe der MigrantInnen umfasst nebst der rechtlichen Kategorie der AusländerInnen ohne Schweizer Pass auch die soziologische Kategorie von MigrantInnen der ersten, zweiten oder dritten Generation. Deren statistische Merkmale werden in einem Kapitel zu Charakteristika der ausländischen Arbeitskräfte und ihren Ressourcen beschrieben. Sie beruhen auf den schweizerischen Volkserhebungsdaten des Jahres 2000.

Im zweiten Teil wird die eigentliche Aktionsforschung durchgeführt. Sie beruht auf Einzel- und Fokusgruppengesprächen,

die wir an sieben ausgewählten Spitälern und Kliniken der Deutsch- und der Westschweiz realisiert haben (Universitäts-Spital Zürich, Spitalregion St. Gallen / Rorschach, Inselspital Bern, Rheuma- und Rehabilitationsklinik Valens, Polyclinique Médicale Universitaire Lausanne, Hôpitaux Universitaires de Genève, Hôpital Psychiatrique Nant/Vevey). Die von uns befragten Akteure umfassten Kliniken oder Dienste wie Akutspital, Frauen-, Kinder- oder Rehabilitationsklinik, Notfall, Pflege sowie Pflegequalität und -entwicklung, Operationsdienste, technische Dienste, Hoteldienste, Personaldienste, Reinigung und Unterhalt etc. Zu den Interviewpartnern zählten ExpertInnen und KadermitarbeiterInnen. MigrantInnen wurden separat befragt.

## 3 Resultate

### 3.1 Merkmale der ausländischen Arbeitskräfte im Gesundheitswesen

Heute sind in der Schweiz 25% der Beschäftigten im Gesundheitswesen AusländerInnen (28'000 auf 109'000). Der Ausländeranteil an den gut qualifizierten Arbeitskräften in den Spitälern beträgt 20%, derjenige an den nicht qualifizierten Arbeitskräften 50%. Mehrheitlich entspricht der Ausbildungsgrad auch dem Tätigkeitsprofil, mit Ausnahme des intermediären Sektors, in dem im Vergleich zu SchweizerInnen mehr überqualifizierte ausländische Arbeitskräfte arbeiten.

In einer ersten Gruppe finden sich vor allem ausländische Arbeitskräfte aus West- und Nordeuropa (Deutsche respektive Franzosen), die eine gut qualifizierte Tätigkeit ausüben und

eine der hiesigen Landessprachen sprechen. Ebenfalls über ein gutes Profil verfügen indische und philippinische Arbeitskräfte, die im intermediären Sektor arbeiten. An dritter Stelle stehen Arbeitskräfte aus Italien oder dem ehemaligen Jugoslawien, von denen zirka die Hälfte eine intermediäre Tätigkeit ausübt, während die andere Hälfte einer nicht qualifizierten Arbeit nachgeht. Die vierte Gruppe setzt sich aus Arbeitskräften südeuropäischer Herkunft zusammen (Spanien und Portugal) sowie aus MigrantInnen aus der Türkei und Sri Lanka. Drei Viertel von ihnen sind nicht qualifiziert oder lassen sich nicht zuordnen.

Abgesehen von den drei Landessprachen, ist Englisch die meist verwendete Sprache am Arbeitsplatz, während 6% der Arbeitskräfte noch eine weitere Sprache benutzen. Dies kann ein Hinweis auf vielfältige sprachliche Ressourcen sein, die am Arbeitsplatz zum Einsatz gelangen. Während sich unsere statistische Datenerhebung auf die Erfassung der sprachlichen Ressourcen sowie den Ausbildungsgrad der ausländischen Arbeitskräfte im Gesundheitswesen beschränkte, fanden wir in der Praxis noch weitere Ressourcen vor. Zunächst wollten wir jedoch wissen, welche theoretischen Grundlagen zur Ressourcennutzung existieren.

### 3.2 Theoretische Grundlagen

In der wissenschaftlichen Literatur wird der Gewinn hervorgehoben, den Institutionen aus dem geübten Einsatz informeller Ressourcen ihrer MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund ziehen können. Erstens wird hierdurch oftmals der *Zugang zur Pflege und Behandlung für MigrantInnen* erleichtert, zweitens die *Qualität der Gesundheitsleistungen* verbessert. Beides ist erstrebenswert, weil auch die Gesundheitsinstitutionen ihre Leistungen zunehmend diversifizieren und den Bedürfnissen der PatientInnen anpassen müssen. Die wissenschaftliche Diskussion beruft sich auf vier Argumentationslinien:

1. Der *kommunikative Ansatz* stellt die Verständigung zwischen PatientInnen und dem medizinischen Personal in den Vordergrund der Überlegung. Im Migrationskontext fungiert das Dolmetschen als Schlüsselwort, welches als Hilfsmittel bei Kommunikationsproblemen eine zentrale Rolle spielt. So können Arbeitskräfte mit Migrationshintergrund eine wichtige Vermittlungsfunktion zwischen PatientInnen und medizinischem Personal übernehmen, indem sie zum Beispiel in ihrer Herkunftssprache respektive in der Sprache des Aufnahmelandes dolmetschen und vermitteln. Der Gesprächsinhalt kann nebst rein medizinischen Fragen auch die Vermittlung bei unterschiedlichen Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit, anderen Therapiegewohnheiten oder verschiedenen kulturellen Gepflogenheiten umfassen. Eine gute gegenseitige Verständigung wird heute weitgehend als Grundvoraussetzung für die gelungene Behandlung von PatientInnen anerkannt (Bischoff et al. 2003). Dies gilt mit dem Vorbehalt, dass sich Angehörige von PatientInnen aufgrund ihrer fehlenden Neutralität, ihrer möglichen Befangenheit und ihrer fehlenden Kenntnisse über die Klinikstrukturen und die medizinischen Fachausdrücke als Dolmetscher kaum eignen. Auch ungeschulte Ad-hoc-Dolmetscher erbringen oftmals nur unbefriedigende Leistungen. Damit stellt sich die Frage, wann interkulturelle Übersetzer von ausserhalb und wann

interne Übersetzungshilfen gerufen werden sollen. Dahinden und Chimienti (2002) machen den Dolmetschereinsatz einerseits von den Anforderungen an die Sprachkompetenz, andererseits vom Komplexitätsgrad der Kommunikation abhängig.

2. Die *moderne Medizinanthropologie* misst der individuellen Wahrnehmung von Gesundheit und Krankheit grosse Bedeutung bei (Kleinman 1980). Im Mittelpunkt der Auseinandersetzung steht die Interaktion zwischen PatientInnen und Pflegenden respektive ÄrztInnen, wenn es darum geht, unterschiedliche Wahrnehmungen von Krankheit, Diagnose oder Therapie zu vermitteln. Im Migrationskontext gewinnt diese Interaktion an Gewicht, da es aufgrund der individuellen Migrationsgeschichten eine Vielzahl von Deutungsmustern gibt. Diese können die Aushandlung eines Sinns konfliktuell und problematisch gestalten. Das gilt ganz besonders, wenn es sich bei den PatientInnen um Asylsuchende oder Flüchtlinge mit psychosozialen Problemen handelt. Empfehlungen zur Verbesserung der ärztlichen Praxis zielen dann zum Beispiel auf ein verstärkt patientenzentriertes Vorgehen einschliesslich migrationspezifischer Anamnese, auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Berufsgruppen auch ausserhalb des Medizinsystems und unter Einbezug von MigrantInnen sowie auf Interventionen in der medizinischen Ausbildung und im migrationspolitischen Bereich (Salis Gross et al. 1997).
3. Der *Management-Ansatz* betont im Migrationskontext die Diversität am Arbeitsplatz. Die soziokulturelle Diversität, die sich aus der vielfältigen Herkunft der Mitarbeitenden ergibt, kann laut wissenschaftlichen Untersuchungen einen konstruktiven Beitrag zu Prozessen der Erneuerung und Kreativität am Arbeitsplatz leisten (Cady und Valentine 1999). Ein weiterer positiver Effekt der Diversität am Arbeitsplatz liegt in einem breiteren Spektrum von Problemlösungsstrategien, die sich aus einer heterogenen Belegschaft ergeben können. Schliesslich wird *Diversität* in der ökonomischen Literatur auch als Quelle für eine gute Wettbewerbsfähigkeit bezeichnet. Forschungen belegen, dass der betriebsinterne Einsatz der Herkunftssprache von MigrantInnen durchaus gewinnbringend sein kann (Dahinden et al. 2004). Als Akteur spielt für eine breite Erfassung und Performanz informeller Ressourcen wie Mehrsprachigkeit oder kultureller Hintergrund der Bereich der *Human Resources* eine gewichtige Rolle.
4. Der *rechtstheoretische Ansatz* basiert auf dem Gleichheitsprinzip und postuliert im Migrationskontext eine Gleichbehandlung beim Zugang zu Gesundheitsleistungen sowie bei der Pflege von MigrantInnen. Er bedingt das Recht darauf, verstanden zu werden. Das Recht wird zu einem Instrument, welches es fremdsprachigen PatientInnen erlauben sollte, ihre Sprachbarrieren abzubauen. So wie der kommunikative Ansatz legt auch der rechtstheoretische Ansatz in erster Linie den Rückgriff auf interne oder externe Dolmetscherdienste nahe.

Wie die Ressourcen in der Praxis Verwendung finden, darüber geben die nachfolgenden Ergebnisse der Befragung an sieben Spitälern der Schweiz Aufschluss.

### 3.3 Aktionsforschung an sieben ausgewählten Spitälern der Schweiz

Unsere Bestandesaufnahme ergab vier verschiedene informelle Ressourcen, die heute an den von uns untersuchten Spitälern verwendet werden: *a) sprachliche Ressourcen, b) kulturelle Ressourcen, c) Migrationserfahrungen oder d) transkulturelle Kompetenzen.* Mit grossem Abstand am häufigsten kommen sprachliche Ressourcen zum Einsatz, wenn MigrantInnen für fremdsprachige PatientInnen dolmetschen. Obwohl die Modalitäten stark variieren und die Übersetzerinsätze unterschiedlich professionell gehandhabt werden, wird an allen sieben Spitälern und Kliniken bei unterschiedlichsten Gelegenheiten für PatientInnen informell übersetzt. Kulturelle Ressourcen wie zum Beispiel der kulturelle Hintergrund, der Glaube oder persönliche Einstellungen der Arbeitskräfte spielen bis anhin eine marginale Rolle. Sie werden verwendet, wenn es im Rahmen einer länger andauernden Behandlung wie zum Beispiel der Rehabilitation darum geht, das Vertrauen der PatientInnen zu gewinnen, sich über therapeutische Massnahmen zu unterhalten oder Ratschläge zu erteilen, wie die Reintegration in den Alltag nach dem Klinikaufenthalt aussehen sollte. Auch von Migrationserfahrungen oder transkulturellen Kompetenzen war selten die Rede. Der positive Stellenwert von Migrationserfahrungen am Arbeitsplatz kam am ehesten zur Sprache, wenn es sich bei den PatientInnen zum Beispiel um Flüchtlinge oder Asylsuchende handelte. Diese konnten von Pflegenden oder ÄrztInnen, welche selbst über Migrationserfahrungen verfügten, situationsgerechter betreut werden. Unter transkulturellen Kompetenzen wiederum wird die Fähigkeit verstanden, individuelle Lebenswelten in der besonderen Situation zu erfassen und daraus Handlungen abzuleiten (Domenig 2001). Transkulturelle Kompetenzen werden intern vor allem von Diensten gefördert, die ihre Sprachdienste ein Stück weit professionalisiert und mit der Ressourcennutzung bereits Erfahrungen gesammelt haben.

Am häufigsten haben wir an den Spitälern und Kliniken eine Nutzung der Ressourcen festgestellt, die von Arbeitsgruppen oder Einzelpersonen ausgeht. Die Spitalleitung unterstützt zwar Einzelinitiativen wie die Einrichtung von Übersetzerdiensten, die Erstellung von Übersetzerlisten oder Dolmetscher-Weiterbildungen. Eine institutionalisierte und durchdachte Politik der Ressourcennutzung existiert aber nicht. Das zeigt sich auch an der Personalrekrutierung. Informelle Ressourcen wie Sprachkompetenzen oder Migrationserfahrungen, welche MigrantInnen allenfalls für eine Stelle mitbringen, können zwar von Vorteil sein. In erster Linie wird jedoch auf die rein fachliche Qualifikation geachtet.

Es sind vor allem Dienste, die in regelmässigem oder engem Kontakt mit den PatientInnen stehen, welche auf informelle Ressourcen von MigrantInnen zurückgreifen. Sie weisen einen Bedarf an zusätzlichen Ressourcen bei Kommunikationsproblemen auf. Oft spielen gesundheitliche Risiken, die mit der Behandlung der PatientInnen einhergehen, eine wesentliche Rolle. Zu den Diensten, welche Ressourcen in Anspruch nehmen, zählen die Pflege respektive Beauftragte für Pflegequalität und -entwicklung, Operationssaal, Notfall oder Sozialdienst, oder aber Kliniken wie Frauen-, Kinder- oder Rehabilitationskliniken.

Weniger sensibilisiert für die Ressourcennutzung sind die Dienste, die zwar anderen Diensten gelegentlich Ressourcen ihrer Mitarbeitenden anbieten, selbst jedoch keinen unmittelbaren Bedarf daran haben. Dazu gehören zum Beispiel der Hoteldienst, die Reinigung, der technische Dienst oder der Personaldienst. Diese Akteure stehen kaum in direktem Kontakt zum Patienten, sind weniger für dessen Bedürfnisse sensibilisiert und tragen weniger direkte Verantwortung für das gesundheitliche Risiko. Sie kommen daher kaum in Berührung mit Problemsituationen, die oftmals Ausgangspunkt für die Ressourcennutzung sind. Diese Akteure stehen der Ressourcennutzung grundsätzlich nicht ablehnend gegenüber, tun sich jedoch schwer damit, eigene Mitarbeitende für Einsätze in anderen Diensten freizustellen.

Bei den Dolmetschereinsätzen gelangen hauptsächlich zwei Vorgehensweisen alternierend zur Anwendung. Im ersten Fall werden primär interne Übersetzungshilfen verwendet, während ergänzend dazu gelegentlich externe Dolmetscher beigezogen werden. Sie werden aus Hilfswerken oder Dolmetscherdiensten rekrutiert. Das ist dann der Fall, wenn es sich beispielsweise um komplizierte oder problematische medizinische Inhalte handelt, oder aber, wenn es um planbare Gespräche wie zum Beispiel Eintritts-, Austritts- oder Diagnosegespräche geht. Für nicht planbare Gespräche, in unvorhersehbaren Situationen oder für die Alltagskommunikation, wird bei Kommunikationsproblemen auf interne Ressourcen zurückgegriffen.

Im umgekehrten Fall wird der Grossteil der Dolmetschereinsätze via externe Dolmetscher bestritten, während interne Übersetzungshilfen eine komplementäre Funktion übernehmen. Die einzelnen Spitaldienste rekrutieren ihre DolmetscherInnen entweder direkt von ausserhalb oder aber sie bilden eigene MitarbeiterInnen ausserhalb des Spitals im Dolmetschen weiter. Die internen Ressourcen werden nur für die Alltagskommunikation mit den PatientInnen benutzt. Damit beschreiten gerade grössere Institutionen einen Weg der Professionalisierung. Das erschien notwendig, weil die eigenen MitarbeiterInnen aufgrund von Befangenheit, mangelnder Kompetenz oder psychischer Belastung an ihre Grenzen gestossen waren.

Einer optimalen Nutzung der internen Ressourcen stehen immer wieder Hindernisse im Weg. Auf der strukturellen Ebene betreffen sie die fehlenden finanziellen Mittel, die bereitgestellt werden müssten, um die Ressourcen der eigenen Arbeitskräfte systematisch zu erfassen, zu nutzen und zu evaluieren. Hinzu kommen Vorurteile und diskriminierendes Verhalten den MigrantInnen gegenüber, die eine aktive Ressourcennutzung erschweren. Zur Sprache kam in den Fokusgruppen aber ebenfalls, dass die Sprachkenntnisse der MigrantInnen in ihrer Herkunftssprache respektive in der Sprache des Aufnahmelandes den Anforderungen des Dolmetschens nicht genügten. Abgesehen davon fehlte es an einer guten Planung und Begleitung der Einsätze. Das würde der Arbeitsbelastung, der DolmetscherInnen während ihrer Übersetzerfähigkeit ausgesetzt sind, ein Stück weit Rechnung tragen.

Unsere Ergebnisse decken sich mit den Resultaten anderer Forschungen, die das Gelingen einer optimalen Ressourcennutzung in erster Linie von der jeweiligen Betriebskultur abhängen.

gig machen. So kann der sporadische und unstrukturierte Einsatz von internen Ressourcen für die Teams und PatientInnen negative Folgen zeitigen, wenn er nicht kompetent erfolgt und professionell begleitet wird. Umgekehrt war es interessant, zu beobachten, dass der lokale Einsatz interner Ressourcen auch einen positiven Sensibilisierungseffekt für die Transkulturalisierung der Institution als Ganzes zur Folge haben kann.

#### 4 Diskussion

Die theoretischen Reflexionen zur Ressourcennutzung finden ihre Entsprechung in der Praxis. Indem die von uns untersuchten Institutionen vor allem die Sprachressourcen ihrer MitarbeiterInnen regelmässig nutzen, leisten sie einen Beitrag zur Transkulturalisierung des Gesundheitswesens. Der Beitrag ist bescheiden und sollte vor allem im Hinblick auf die Entwicklung weiterer Ressourcen wie kulturelle oder transkulturelle Kompetenzen, Migrationserfahrungen sowie interkulturelle Mediation ausgebaut werden.

In der Praxis erfolgt die Nutzung heute aus einer Bottom-up-Perspektive heraus. Es sind Arbeitsgruppen oder Einzelinitiativen, die dann zum Zug kommen, wenn Probleme bei der Kommunikation mit PatientInnen anderer Herkunft auftreten. Die Einsätze erfolgen ad hoc und aus einer dringlichen Situation heraus. Sie werden sowohl seitens der PatientInnen und involvierten Dienste als auch seitens der MigrantInnen, die ihre Ressourcen anbieten, honoriert. MigrantInnen empfinden ihre Tätigkeit als eine persönliche und professionelle Bereicherung und betonen, wie wichtig es im Sinne der Patientencompliance für Patienten und deren Heilungserfolg ist, verstanden zu werden.

Die positive Haltung gegenüber der Ressourcennutzung gilt mit der klaren Einschränkung, dass der Ressourceneinsatz wesentlich besser systematisiert und professionalisiert werden müsste. Was fehlt, ist ein Gesamtkonzept der Ressourcennutzung mit Zielvorgaben sowie Planungs-, Entwicklungs- und Evaluationskriterien. Das setzt eine aktivere Unterstützung seitens der Spitalleitung und des Human-Resources-Bereichs voraus.

Ebenfalls zu wenig ausgeprägt ist bei der Betriebsleitung ein positives Bewusstsein für die Diversität am Arbeitsplatz. Die Überlegung, dass informelle Ressourcen wie kultureller Hintergrund oder Migrationserfahrungen für die Arbeitsplatzgestaltung oder die Teamarbeit von Vorteil sein können, ist kaum vorhanden. Stattdessen kämpfen KadermitarbeiterInnen immer wieder gegen negative Vorurteile, mit welchen ihre Mitarbeitenden den MigrantInnen begegnen – seien das nun Arbeitskräfte oder PatientInnen. Oft werden die Probleme mit der kulturellen Vielfalt sowie die Defizite der MigrantInnen betont, statt die Chancen zu sehen, die sich aus einer kulturellen Vielfalt für die Gestaltung des Arbeitsplatzes ergeben. Was in den Fokusgruppen viel Gesprächsraum einnahm, war denn auch die Sensibilisierungsarbeit, die im Vorfeld der Ressourcennutzung geleistet werden müsste. Diese betrifft in erster Linie Massnahmen gegen Diskriminierungen und Vorurteile gegenüber MigrantInnen am Arbeitsplatz.

#### 5 Empfehlungen

Die Empfehlungen, die aus der Forschung resultieren, setzen bei diesen drei Dimensionen an: *Sensibilisierung, Identifizierung der Ressourcen* und *Nutzung der Ressourcen*.

Im Sensibilisierungsbereich geht es um eine Gesamtstrategie, deren Ziel es sein sollte, die Thematik der Ressourcennutzung in der Institution zu verankern und bereits existierende Bestrebungen zusammenzuführen. Hierfür müssten drei Zielgruppen sensibilisiert werden: Erstens müssten Betriebsleitung und Kader von der Wichtigkeit der Ressourcennutzung im Kontext der Transkulturalisierung überzeugt werden. Parallel dazu würden auch die Vorteile einer horizontalen Arbeits- und Organisationskultur hervorgehoben. An zweiter Stelle müsste das Personal für den Beitrag sensibilisiert werden, den die Arbeitskollegen mit ihren Ressourcen zur täglichen Arbeit zu leisten im Stande sind. Das gilt besonders für jene Dienste, die nicht direkt vom Ressourceneinsatz profitieren. Im Weiteren müsste das Personal gezielt gegen negative Einstellungen und Diskriminierung am Arbeitsplatz sensibilisiert werden. Dies könnte mittels eines persönlichen Coachings oder Hintergrundinformationen zu unterschiedlichen Formen des Gesundheitsverhaltens geschehen. Die dritte Zielgruppe – jene der Arbeitskräfte mit Migrationshintergrund – müsste dazu ermutigt werden, die eigenen (versteckten) Fähigkeiten stärker in den Arbeitsalltag integrieren zu wollen.

Bei der Identifizierung der Ressourcen ginge es zunächst einmal um die Frage, wie und welche Ressourcen überhaupt erfasst werden sollten. Hierbei spielen die Personalabteilungen als Akteure eine massgebliche Rolle. Informelle Ressourcen der MigrantInnen müssten bereits beim Einstellungsgespräch systematisch erfragt werden. Dann müsste eine engere Zusammenarbeit mit jenen Diensten erfolgen, welche über Ressourcen verfügen. Ein Screening bestehender Ressourcen würde es erleichtern, abzuschätzen, wo noch vorhandenes Potenzial brachliegt. Weiter könnten Instrumente zur Identifizierung der Ressourcen, die es bereits gibt (wie Übersetzerlisten, Intranet und Sprachdienste), professionalisiert werden. Schliesslich wäre es sinnvoll, weitere Instrumente zu entwickeln, die auch die Erfassung anderer als rein sprachlicher Ressourcen ermöglichen würden.

Was die Nutzung der Ressourcen als dritte Dimension anbelangt, so müssten Kontext, Einsatz, Qualität und Hindernisse bei der Ressourcennutzung hinterfragt werden. Bei den kontextuellen Faktoren ist zunächst entscheidend, zu bestimmen, bei welchen Gelegenheiten die unterschiedlichen Ressourcen verwendet werden sollen. Wann wird auf interne und wann auf externe Sprachressourcen zurückgegriffen, und welches sind die Kriterien für professionelle Dolmetscherdienste, welches hingegen die Kriterien für interne Sprachhilfen? Zu den kontextuellen Faktoren zählen auch die Rechte, die den Arbeitskräften zustehen (betreffend Arbeitszeit oder Entlohnung), sowie die Pflichten wie zum Beispiel das Berufsgeheimnis. Eine Art «Gebrauchsanleitung» wäre hier ein hilfreiches Instrument. Der Einsatz selbst müsste systematisiert und besser in die Arbeit integriert werden, um Engpässe bei den alltäglichen Verrichtungen der Arbeit zu vermeiden. Die Qualität der Ressourcennutzung könnte ebenfalls verbessert werden, in-

dem der Einsatz von Ressourcen regelmässig evaluiert wird. Auch Weiterbildungen sowie Sprach- und Dolmetscherkurse tragen unter Umständen zu einer Qualitätsverbesserung bei. Schliesslich könnten Schritte zur Verbesserung der Qualität erzielt werden, indem ein Informationsnetz den Austausch praktischer Erfahrungen bei der täglichen Arbeit ermöglicht. Und als Letztes müssten Hindernisse beseitigt werden, die einer optimalen Nutzung der Ressourcen im Wege stehen: Dazu gehört eine verbesserte Zusammenarbeit zwischen Diensten, die die Ressourcen anbieten, und solchen, welche sie primär nutzen. Damit könnten Probleme in Zusammenhang mit Status und Hierarchien, die zwischen den Diensten sowie innerhalb der Teams eines der Haupthindernisse bilden, vielleicht eher beseitigt werden.

## 6 Referenzen

- Bischoff, Alexander, et al., 2003: Improving communication between physicians and patients who speak a foreign language. *British Journal of General Practice*, July: 541-546.
- Cady, Steven, und Joanie Valentine, 1999: Team Innovation and perceptions of consideration: What difference does diversity make? *Small Group Research*, 30 (6): 730-750.
- Dahinden, Janine, Chantal Delli und Walter Grisenti, 2005: Nationale Machbarkeitsstudie. Projektmodell «Migration und Sucht». Neuchâtel: Schweizerisches Forum für Migrations- und Bevölkerungsstudien.
- Dahinden, Janine, Rosita Fibbi, Joëlle Moret und Sandro Cattacin, 2004: Integration am Arbeitsplatz in der Schweiz. Probleme und Massnahmen. Ergebnisse einer Aktionsforschung. Neuchâtel: Schweizerisches Forum für Migrations- und Bevölkerungsstudien.
- Domenig, Dagmar (Hg.), 2001: Professionelle transkulturelle Pflege: Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe. Bern: Hans Huber.
- Fassin, Didier, 2000: Repenser les enjeux de santé autour de l'immigration. *Homes & Migrations*, No 1225, Mai bis Juni.
- Nestmann, Frank, 1996: Psychosoziale Beratung – ein resourcentheoretischer Entwurf. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis* 28: 359-376.
- Kleinman, Arthur, 1980: Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland Between Anthropology, Medicine, and Psychiatry. *Comparative Studies of Health Systems and Medical Care*, 3.
- Salis Gross, Corina, Catherine Moser, Brigit Zuppinger und Christoph Hatz, 1997: Die Arzt-Patienten-Interaktion aus der Sicht von MigrantInnen: Vorschläge für die ärztliche Praxis. *Praxis: Schweizerische Rundschau für Medizin* 86(21): 887-894.
- Vertovec, Steven, 1999: Multiculturalism, culturalism and public incorporation. S. 222-242 in: Steven Vertovec (Hg.), *Migration and social cohesion*. Cheltenham: E. Elgar.

## 7 Wissenstransfer / Valorisierung

Die Resultate der Forschung sollen möglichst gezielt weitergegeben werden. Es erscheint sinnvoll, sich auf einzelne Aspekte und spezifische Fragestellungen im Umfeld der komplexen Thematik zu konzentrieren. In naher Zukunft sind zu diesem Zweck verschiedene Workshops geplant. Formen der Sensi-

bilisierung sowie die Erfassung von Ressourcen während des Einstellungsgesprächs können zusammen mit Vertretern der Personalabteilung oder der Spitalleitung diskutiert werden. Der Einsatz und die Qualität der Ressourcennutzung würden zum Beispiel mit Verantwortlichen der Pflege oder Pflegequalität besprochen. Die Wahrnehmung der informellen Ressourcen wiederum würde zusammen mit MigrantInnen oder Angestellten diskutiert. Mit VertreterInnen ganz unterschiedlicher Dienste könnte schliesslich darüber diskutiert werden, wie ein optimales Umfeld für die Verwendung informeller Ressourcen aussehen könnte.

Die Workshops werden an vier bis sechs Spitälern in der Schweiz organisiert, welche sich nicht an unserer Forschung beteiligt haben. Als TeilnehmerInnen sind VertreterInnen unterschiedlicher Dienste und Hierarchiestufen vorgesehen.

## 8 Impact

Eine fundierte Diskussion an Spitälern, wie bereits vorhandene Ressourcen von MigrantInnen am Arbeitsplatz gewinnbringend genutzt werden könnten, leistet einen Beitrag zur Chancengleichheit von PatientInnen und Angestellten, unabhängig von Herkunft, Geschlecht, Glaubens- oder Lebensform. Die Beschäftigung mit der Thematik weist damit über die eigentliche Zielgruppe der MigrantInnen hinaus. Bei der Frage nach der Qualität von Gesundheitsleistungen geht es um eine patientenfreundliche und optimale Versorgung aller PatientInnen, die den unterschiedlichsten Bedürfnissen gerecht wird. Bei der Diversität am Arbeitsplatz wiederum handelt es sich um positive Schritte zur Integration der MitarbeiterInnen, welche dem Betrieb als Ganzes zugute kommen. Um einer Chancengleichheit zum Durchbruch zu verhelfen, müssten formelle und informelle Ressourcen, welche nicht nur MigrantInnen, sondern Arbeitskräfte im Gesundheitswesen überhaupt mitbringen, bewusster zur Kenntnis genommen und entwickelt werden. So könnte die vermehrte Nutzung von Ressourcen auf lange Sicht gerade on the job dazu beitragen, anderen Lebens- und Ausdrucksformen mehr Verständnis entgegenzubringen. Dadurch würde nicht nur die Qualität der Gesundheitsleistungen längerfristig für PatientInnen verbessert, sondern zugleich ein Zeichen gegen Ausgrenzung und Diskriminierung am Arbeitsplatz gesetzt.

Korrespondenzadresse:

Martina Kamm  
Bülent Kaya  
Schweizerisches Forum für Migrations- und Bevölkerungsstudien (SFM)  
2, rue St-Honoré  
2000 Neuchâtel  
E-Mail: Martina.Kamm@unine.ch; Bulent.Kaya@unine.ch

# Gesundsein in der Migration\*

Silvia Büchi, Brigit Obrist van Eeuwijk

Unter Mitarbeit von Rosa Anaba, Abdulai Keita, Anisa Sherif, Mohomodou Houssouba und Josephine Sanvee

Ethnologisches Seminar der Universität Basel



## Zusammenfassung

Ausgehend von einer Lebensweltorientierung wird Gesundsein in der Migration aus der Sicht der betroffenen Akteure untersucht. Im Zentrum stehen MigrantInnen aus afrikanischen Ländern, die einen sicheren Aufenthaltsstatus haben und von sich und/oder anderen als resilient eingestuft werden. Auf der Basis von Fallstudien in Zürich und Basel sowie Gruppengesprächen in Bern, Biel und Genf kam das schweizerisch-afrikanische Forschungsteam zum Schluss, dass die untersuchten Personen Gesundheit mehrdimensional und dynamisch verstehen und das Gesundbleiben unter den oft schwierigen Lebensbedingungen der Migration als eigentliche Aufgabe sehen. Sie haben zudem gelernt, körperliches und psychisches Unwohlsein als «Stress» zu interpretieren. Die Aneignung dieses in der Schweiz bei Laien und ExpertInnen populären Krankheitsbildes bietet nicht nur einen Ansatzpunkt für die Selbsthilfe der Betroffenen, die durch Institutionen und Organisationen gestärkt werden kann, sondern sie eröffnet auch neue Möglichkeiten für einen Dialog zwischen MigrantInnen und VertreterInnen des schweizerischen Gesundheits- und Sozialwesens.

**Key Words:** Switzerland, migration and health, stress, resilience, qualitative research

## 1 Einleitung

Das vorliegende Projekt vertieft einen Schwerpunkt der schweizerischen Grundlagenforschung zu «Migration und Gesundheit 2002–2007»: das Verstehen der Lebenswelt (Schütz 1932, Habermas 1981) von Eingewanderten. Dieses Erkenntnisinteresse widerspiegelt eine Hinwendung zu patientenzentrierter Gesundheitsforschung. Es wirft die Frage auf, ob aus anderen – besonders aus fernen – Ländern eingewanderte Menschen Gesundheit und Krankheit anders erleben bzw. mit Gesundheit und Krankheit anders umgehen als Herr und Frau Schweizer.

Bis anhin orientierten sich Studien zu Migration und Gesundheit in der Schweiz und anderen europäischen Ländern, auch wenn sie die Lebenswelt von Eingewanderten ins Zentrum stellten, vorwiegend an der Pathologie (Weiss 2003: 283). Die Analyse der Belastungen im Migrationsprozess und deren Auswirkungen auf die Gesundheit standen im Vordergrund. In der Psychologie und der Psychiatrie wird diese Frage oft im Rahmen von Stresstheorien untersucht, wobei Stress als nicht erfolgreiche Bewältigung von Belastungen erklärt wird. Bereits an der WHO-Konferenz «Migration and Health» von 1992 sprach man in Anlehnung an Aaron Antonovsky jedoch von einer salutogenetischen Sichtweise, die die pathogenetische ablösen sollte (WHO 2000). Anstatt danach zu forschen, weshalb Menschen krank werden, sollte man untersuchen, warum sie trotz erschwerenden Bedingungen gesund bleiben. In diesem Zusammenhang spricht man heute oft von «resilienten» Menschen, die Belastungen nicht nur standhalten, sondern sie bewältigen und dadurch ihre Handlungsfähigkeit stärken. Auch die Stiftung für Gesundheitsförderung Schweiz und das

\* Dieses Forschungsprojekt wurde vom Bundesamt für Gesundheit mit dem Vertrag Nr. 03.001545 im Rahmen der Bundesstrategie «Migration und Gesundheit 2002–2007» unterstützt.





## Résumé

Dans une perspective socioculturelle, l'on a procédé à l'étude du contexte sanitaire dans lequel vivent les migrants, en partant de l'avis des acteurs concernés. Les migrants issus de pays d'Afrique, bénéficiant d'un statut de séjour stable et considérés, d'un point de vue personnel et/ou extérieur, comme résilients, se trouvent au centre de cette étude. En se basant sur les résultats des études de cas menées à Zurich et à Bâle, et des débats ayant eu lieu à Berne, Bienne et Genève, l'équipe de chercheurs suisses et africains est arrivée à la conclusion que les sujets de l'étude ont une vision multidimensionnelle et dynamique de la santé et qu'ils considèrent qu'il leur incombe personnellement d'entretenir leur santé dans les conditions de vie souvent difficiles inhérentes à la migration. Ils ont en outre appris à expliquer leur mal-être physique et mental comme un signal de stress. L'acceptation de ce tableau clinique, bien connu des profanes et des experts en Suisse, offre non seulement une perspective d'action dans le domaine de l'entraide, soutenue par les institutions et les organisations, mais elle procure également de nouvelles possibilités de dialogue entre les migrants et les représentants du système social et sanitaire suisse.

## Sintesi

In una prospettiva multicultural, si è proceduto a uno studio sul contesto sanitario nel quale vivono i migranti, partendo dal punto di vista degli attori direttamente interessati. Al centro dell'indagine vi sono i migranti originari di Paesi africani provvisti di uno statuto di residenza sicuro che si considerano e/o sono considerati persone resilienti. Dallo studio della casistica effettuato a Zurigo e a Basilea, così come negli incontri di gruppo tenutisi a Berna, Bienne e Ginevra il team di ricerca svizzero-africano è giunto alla conclusione che le persone interpellate nell'ambito della ricerca hanno una comprensione pluridimensionale e dinamica della salute e che considerano il fatto di rimanere in salute nelle condizioni di vita spesso difficili cui è confrontata la migrazione come un vero e proprio dovere. Inoltre hanno imparato a interpretare il malessere fisico e psichico come «stress». Il fatto di appropriarsi di quest'immagine della malattia molto diffusa in Svizzera tra i profani e gli esperti non offre solamente una prospettiva nell'ambito dell'autoaiuto, sostenuto dalle istituzioni e le organizzazioni, bensì apre nuove possibilità per un dialogo tra i migranti e i rappresentanti del sistema sanitario e sociale svizzero.

## Summary

With an exploration of personal experience as the point of departure, migrants' experience of health was investigated from the viewpoint of the migrants themselves. The focus was put on migrants from African countries who had secure residence status and were rated as resilient by themselves and/or others. On the basis of case studies in Zurich and Basel and group discussions in Bern, Biel and Geneva, the team of Swiss and African researchers concluded that the individuals studied regarded health as multidimensional and dynamic and staying healthy under the often difficult conditions of migration as an actual task. The migrants have also learnt to interpret physical and emotional illness as 'stress'. The appropriation of this clinical picture, which is popular among both experts and laypersons in Switzerland, is not just a basis for helping migrants to help themselves, which is an approach that can be underpinned by institutions and organizations. It also opens up new opportunities for migrants and representatives of the Swiss health care and social services systems to engage in dialogue.

Bundesamt für Gesundheit orientieren sich an diesem positiven Verständnis von Gesundheit der WHO, wie es in der Ottawa Charta ausformuliert ist. Sie verstehen Gesundheit nicht nur als Geschenk, sondern auch als etwas, was ein Stück weit erworben, erhalten und beständig gefördert werden muss. Gesundheitsförderung setzt sowohl bei den Verhaltensweisen der Menschen an als auch bei den Verhältnissen, in denen die Menschen leben, und beschränkt sich nicht auf das Gesundheits- und Sozialwesen.

Zu Migration und Gesundheit bieten neuere Studien erste Ansatzpunkte für eine Hinwendung zu einer salutogenetischen Perspektive. Laut einer quantitativen Untersuchung in Deutschland korreliert die subjektiv empfundene Gesundheit von Migrantinnen stark mit Migrationsgründen und dem Kohärenzgefühl (Pourgholam-Ernst 2002). Qualitative Studien in der Schweiz zeigen auf, dass die Auseinandersetzung mit der eigenen Gesundheit und die erzählerische Rekonstruktion bereits die Resilienz stärken können (Verwey 2006), jede Rekonstruktion aber immer auch ein komplexes Produkt der Interaktion der Beteiligten ist (Ossipow und Toscani 2006). Studien, die explizit resiliente Personen ins Zentrum des Forschungsinteresses stellten, konnten deren Mobilisierung von Ressourcen am besten verdeutlichen (Boger 2004, Ossipow und Toscani 2006). Eine dieser Studien (Boger) ging der Frage nach, auf welche Quellen von Gesundheitswissen sich in Deutschland lebende AfrikanerInnen beziehen. Leider hat sie, wie viele andere Untersuchungen vor ihr, mehr Informationen zum Wissen über Krankheitsprävention bzw. -behandlung als über Gesundheitsvorstellungen und -handeln hervorgebracht. Soweit wir die Forschungsliteratur überblicken, ist es noch weitgehend eine offene Frage, von welchen Vorstellungen von Gesund-

heit sich MigrantInnen in ihrem Alltagshandeln leiten lassen. An diese Frage knüpft das vorliegende Forschungsprojekt an. Was heisst Gesundsein in der Migration aus der Sicht der betroffenen Akteure? Wir gehen davon aus, dass das Erleben von Gesundsein und das damit einhergehende Handeln Ergebnisse von Wechselwirkungen zwischen individuellen, aber auch sozialen bzw. kulturellen Konstruktionen der Lebenswelt unter spezifischen historischen, politischen und ökonomischen Bedingungen sind.

## 2 Vorgehen / Methodik

In unserer Studie beschränken wir uns auf Eingewanderte aus Ländern südlich der Sahara. Ende 2004 lebten rund 42'700 Menschen aus Subsahara-Afrika in der Schweiz, sie stammen aus 49 Ländern und sind aus verschiedenen Gründen in die Schweiz gekommen (Flucht, Arbeitssuche, Heirat, Familiennachzug, Ausbildung). Das Erleben fremdenfeindlicher Haltungen (Fröhlicher-Stines 2004) und Schwierigkeiten beim Zugang zum Arbeitsmarkt, die sich in einer zehnmal höheren Erwerbslosenrate als in der Schweizer Bevölkerung ausdrücken (Widmer 2005: 53), gehören zu ihren Alltagserfahrungen.

Da sowohl zum Thema als auch zur Untersuchungsgruppe nur wenig bekannt war, führte unser afrikanisch-schweizerisches Forschungsteam zunächst eine explorative Studie in Form von 20 Fallstudien in Zürich und Basel durch. Wir suchten Frauen und Männer, die mit einem relativ sicheren Aufenthaltsstatus hier leben und als resilient betrachtet werden. So hofften wir, Ressourcen aufzudecken, die in der Migrationssituation ihre «salutogenetische Wirksamkeit entfalten» (Marschalck und

Wiedl 2001: 18). Unsere 9 Interviewpartnerinnen und 11 Interviewpartner fanden wir über bestehende Kontakte und nach dem Schneeballprinzip. Wir führten mit ihnen Gespräche, je nach Wunsch auf Deutsch, Französisch oder Englisch. Die Gespräche strukturierten wir mithilfe eines Leitfadens, zeichneten sie mit Einwilligung der GesprächspartnerInnen auf, transkribierten sie anschliessend und werteten sie mit dem Datenanalyseprogramm MAXqda2 aus. Die erhobenen Daten wurden laufend im Team verglichen, diskutiert und kritisch reflektiert. Diese intensive Teaminteraktion half uns, in relativ kurzer Zeit ein vorläufiges Verständnis für das Gesundsein in der Migration aus der Innensicht der von uns gewählten Untersuchungsgruppe zu entwickeln.

Um die Aussagekraft dieser Fallstudien zu überprüfen und gleichzeitig die Zielgruppe verstärkt in das Projekt einzubeziehen, weiteten wir anschliessend unser Projekt aus. Aufgrund unserer Erkenntnisse erarbeiteten wir ein Participatory Rapid Assessment (PRA) für den Themenbereich «Gesundsein in der Migration» mit 5 Visualisierungsinstrumenten, die sich für die Gruppen- und Einzelarbeit eignen (Gesundheitskurve, Bausteine der Gesundheit, wichtige Aspekte der Lebenswelt, Beziehungsnetz, Gesundheitshandeln). Wir suchten in Bern, Biel und Genf Kontakt zu dort lebenden AfrikanerInnen und testeten diese Instrumente in 5 Gruppentreffen mit insgesamt 16 Männern und 3 Frauen.

Die im Folgenden präsentierten Resultate stammen aus den explorativen 20 Fallstudien, welche weitgehend durch die nachfolgende PRA-Untersuchung bestätigt wurden. Die interviewten Personen stammen aus 13 Ländern südlich der Sahara und leben seit 3 bis 35 Jahren in der Schweiz. Altersmässig liegen sie – mit einer Ausnahme – nicht weit auseinander und sind zwischen 30 und 45 Jahre alt. Die meisten lebten in ihren Heimatländern in einem städtischen Umfeld, haben eine höhere Schulbildung und mussten in der Migration einen beruflichen Abstieg hinnehmen. Ihre Migrationsgründe sind unterschiedlich (Flucht, Begleitung des Ehepartners, Arbeitssuche, Heirat).

## 3 Resultate

### 3.1 Gesundheitskonzepte

Die Analyse der Gespräche ergab, dass die befragten Frauen und Männer über mehrdimensionale Gesundheitskonzepte verfügen: Sie gingen – wenn auch in je unterschiedlicher Weise – sowohl auf körperliche, psychische, soziale als auch auf religiöse Aspekte der Gesundheit ein. Gesundheit erkennt man bei anderen Menschen an ihrem Verhalten und ihrem Gesichtsausdruck, bei sich selber vor allem daran, dass man den Lebensalltag mit seinen Herausforderungen gut meistern kann und Zufriedenheit spürt. Die Interviewten erlebten Gesundheit ferner als etwas Dynamisches, als ein Auf und Ab, das eng an die eigene Biografie gebunden ist und durch die Lebensbedingungen und deren Veränderungen beeinflusst wird.

Für die meisten der von uns Interviewten hat Gesundheit seit der Migration eine neue Bedeutung erhalten. Gesundheit stellt die Grundlage für eine erfolgreiche Umsetzung ihres Migrationsprojektes dar. Sie haben Angst davor, krank zu werden. Kranksein kostet Geld, kann zu einem Arbeitsausfall und damit zu einem verminderten Einkommen führen. Verliert jemand gar aus gesundheitlichen Gründen seine Arbeit, so geht oft auch die Arbeits- und Aufenthaltsbewilligung verloren.

### 3.2 Gesundheitsprobleme in der Migration

Die meisten resilienten Frauen und Männer haben bei sich selbst eine Verschlechterung der Gesundheit seit Ankunft in der Schweiz festgestellt. Zwar gibt es keine tropischen Krankheiten wie die, die ihnen in Afrika zu schaffen machten. Auch sind hier Hygiene, Zugang zu Informationen über Krankheiten sowie Behandlungsmöglichkeiten viel besser als in ihrem jeweiligen Herkunftsland. Ausser von körperlichen Krankheiten (vor allem Grippe und Erkältungen) erzählen sie aber von verschiedenen Problemen, mit denen sie in der Schweiz konfrontiert sind und die sie als eigentliche Gesundheitsprobleme wahrnehmen.

In ihren Schilderungen verwenden sie häufig den Begriff «Stress». Dieses Krankheitskonzept haben sie sich im Kontakt mit Europa angeeignet, und heute ist es Teil ihrer Alltagssprache und somit ihrer Konstruktion der Lebenswelt. Mit der Metapher Stress werden oft diffuse Gefühle und unterschiedliche Empfindungen von Unwohlsein zusammengefasst. Stress wird einerseits mit einem schnelleren Tempo, mit Hetze und einer stärkeren Reglementierung des Lebens in Verbindung gebracht. Andererseits wird der Begriff auch für die Beschreibung von Sorgen und Problemen verwendet, mit denen man im Alltag konfrontiert ist. Die Analyse der Interviews zeigte, dass Stress vor allem in nahen sozialen Beziehungen, rund um die Arbeit und bei rassistischen Diskriminierungen erlebt wird. Stress kann gemäss den Interviewten zu grossen Belastungen und oft sogar zu Krankheiten führen (z.B. Depressionen, psychosomatische Leiden). Die uns erzählten Krankheitserfahrungen in der Schweiz – abgesehen von Grippe und Erkältungen – stehen in Zusammenhang mit erlebtem Stress in diesen drei Lebensbereichen.

Bei den nahen sozialen Beziehungen spielen Partnerschaft und Familie eine besonders wichtige Rolle. Viele Interviewte berichten von schwierigen bzw. gescheiterten Partnerschaften sowie Gewalt in der Partnerschaft, und einige vermissen auch ihre Herkunftsfamilien. Bezüglich der Arbeitssituation reicht das Spektrum von Arbeitslosigkeit über unterqualifizierte Jobs bis hin zu Überforderung durch zu viel Arbeit oder Ausbeutung. Rassistische Diskriminierung durch ArbeitskollegInnen oder Kunden, Unbekannte auf der Strasse und Behörden stellen gesellschaftliche Belastungen dar.

### 3.3 Gesundheit als Aufgabe

Alle Frauen und Männer anerkennen, dass sie persönlich Einfluss auf ihre Gesundheit nehmen können, und erzählen von Lebensereignissen, bei denen sie gewisse Verhalten verändert haben. Ihre Erfahrung hat ihnen ihre Handlungsfähigkeit aufgezeigt, und das gibt Mut.

Alle Befragten sprachen davon, dass *gute soziale Beziehungen* wichtig sind, um gesund bleiben zu können. Dabei steht die Partnerschaft im Vordergrund. Liebe, Verständnis und die Bereitschaft zur Kommunikation werden als wichtige Eigenschaften in der Partnerschaft betont. Daneben ist es wichtig, eine eigene Familie mit Kindern zu haben. Praktisch alle Interviewten sind zudem in verschiedenen sozialen, politischen oder religiösen Gruppen oder Organisationen aktiv. Ein Zusammenhang zwischen persönlichem sozialem Engagement und der eigenen gesundheitlichen Befindlichkeit wird häufig hergestellt. Das Aufrechterhalten von Kontakten zu FreundInnen, NachbarInnen und Verwandten in der Schweiz, im Heimatland oder anderswo wird betont; dabei spielen Telefon und Internet eine zentrale Rolle.

Auch regelmässige Reisen ins Heimatland und Besuche bei der Herkunftsfamilie sind für das emotionale Wohlbefinden wichtig. Kontakte zur Herkunftsfamilie sollten möglichst aufrechterhalten und Verpflichtungen – besonders den leiblichen Eltern (und insbesondere der Mutter) gegenüber – wahrgenommen werden.

*Arbeiten* ist für die Gesundheit wichtig. Auffallend ist, wie viele Personen durch eine Aus- oder Weiterbildung ihre Chancen auf dem Arbeitsmarkt zu verbessern suchen. Nicht immer reicht das Erwerbseinkommen dafür aus (meist höhere Schulbeiträge für AusländerInnen), und oft helfen EhepartnerInnen oder Familienangehörige bei der Finanzierung.

*Glaube und religiöse Aktivitäten* sind im Alltagsleben fest verankert. Fast alle – egal welcher Religionszugehörigkeit – praktizieren ihren Glauben, sei es bei sich zu Hause oder beim regelmässigen Besuch eines Gebetshauses, einer Kirche oder Moschee. Einige sind auch aktiv engagiert in ihrer Religionsgemeinschaft. Um Gesundheit aufzubauen, sie zu schützen oder verlorene Gesundheit wiederzuerlangen, werden verschiedene religiöse Aktivitäten ausgeführt.

*Ernährung* wird vor allem in Bezug auf die körperliche Gesundheit als ein Schlüsselfaktor betrachtet. Die Fülle von Lebensmitteln und die Verschiedenheit des Angebots bereiten aber den meisten Personen vor allem in der Anfangszeit Orientierungsprobleme. Bestimmte Nahrungsmittel aus der Kindheit sind oft für eine Person auch heute noch wichtig. Mit ihnen werden heimatliche Gefühle verbunden.

In ihrer Heimat war *Bewegung* mit den Alltagsaktivitäten eng verbunden. Aus Zeitmangel können einige hier kaum Sport treiben, andere sehen ihre körperlich anstrengende Tätigkeit (z.B. Putzen) als Sport. Von mehreren wird körperliche Bewegung als Antistressmittel empfunden.

Der *jährliche Gesundheitscheck* wird von vielen als eine Selbstverständlichkeit betrachtet. Andere gehen aus Kostengründen nur dann zum Arzt, wenn es sich nicht mehr vermeiden lässt. Das Vertrauen in die Biomedizin ist nicht ungebrochen. Bevor ein Arzt aufgesucht wird, holt man sich Rat bei PartnerInnen, FreundInnen und Bekannten und versucht, sich mit Hausmitteln selbst zu kurieren.

Bei Konflikten sucht man nach Möglichkeit die Hilfe von älteren oder jüngeren Vertrauenspersonen aus der Verwandtschaft oder Bekanntschaft in der Nähe. In Ermangelung solcher *KonfliktvermittlerInnen* wurden hiesige Eheberatungsstellen, das Frauenhaus, aber auch PsychologInnen, PsychiaterInnen oder SozialarbeiterInnen aufgesucht.

Mit der Schilderung all dieser Aktivitäten wollen die Interviewten verdeutlichen, wie sie gelernt haben, mit diesem kumulierten Stress zu leben. Einige betonen zudem, welche Einstellung ihnen hilft, besser mit Stress umzugehen: Sie versuchen, ihre Situation zu akzeptieren, wehren sich aber auch für ihre Rechte. Wichtig ist es, mit anderen zu sprechen, nicht allein daheim zu sitzen und über seinen Problemen zu brüten. Sich selbst gesetzte Ziele zu verfolgen und eigene Projekte zu verwirklichen, sind weitere Elemente, die zu einem guten Wohlbefinden beitragen. Eine religiöse Haltung ist für viele ebenfalls eine Stütze. Dass sie diese Aktivitäten und Einstellungen explizit mit dem Abbau oder besseren Umgang mit Stress in Verbindung bringen, zeigt klar auf, dass für sie das Erklärungsmodell Stress auch eine Handlungsanleitung bietet.

## 4 Diskussion

Unsere konsequent salutogenetische Perspektive brachte mehrere neue Erkenntnisse. Mithilfe einer Lebensweltorientierung lässt sich das Gesundsein – und vor allem das Gesundbleiben – aus der Sicht von untersuchten Personen, auch von MigrantInnen aus Afrika, rekonstruieren.

Die von uns Befragten erleben Gesundsein und Kranksein in Auseinandersetzung mit ihrer vielgestaltigen und sich verändernden Umwelt und setzen in ihrem Alltag verschiedene Handlungsansätze um. Dabei folgen sie nicht blind einem durch ihre Herkunft festgelegten kulturellen Muster. Im Gegenteil, sie setzen sich aktiv mit ihren körperlichen und/oder emotionalen Erfahrungen vor dem Hintergrund der sozialen Felder ihres Alltags auseinander und bauen sich ihren persönlichen Umgang mit Gesundheit und Krankheit auf.

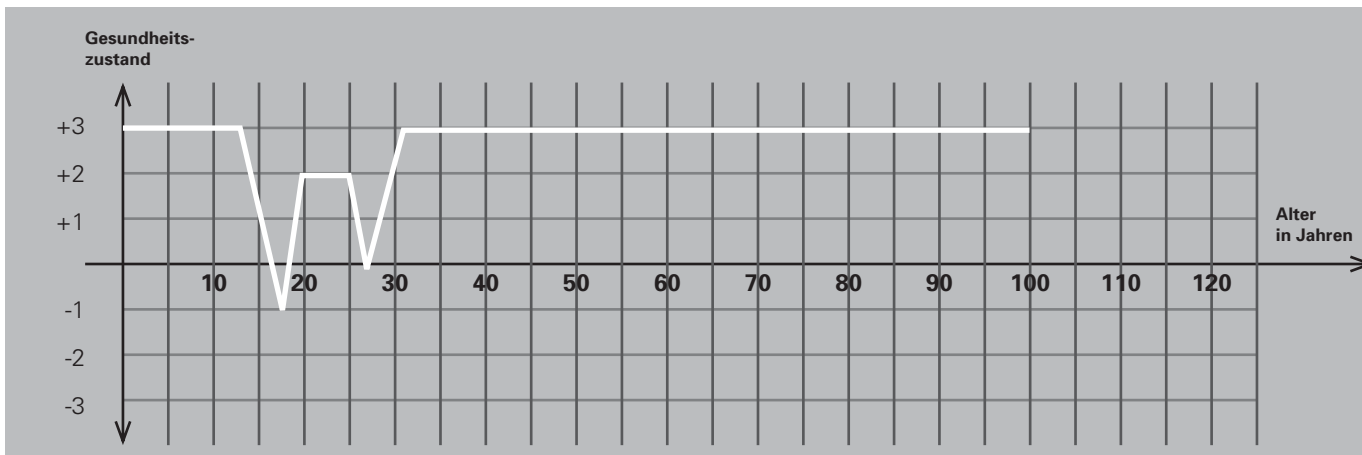
Die MigrantInnen aus Afrika verstehen Gesundheit mehrdimensional und dynamisch. Sie brachten sowohl körperliche als auch psychische, soziale und ökologische Dimensionen von Gesundheit zur Sprache. Duetz Schmucki und Abel (2003) zeigen, dass auch in der Schweizer Bevölkerung ein ähnlich umfassendes biopsychosoziales Verständnis des Begriffs Gesundheit vorhanden ist. Die meisten der von uns befragten Frauen und Männer betonten jedoch zudem eine spirituell-religiöse Dimension von Gesundheit, welche von SchweizerInnen weder erfragt noch erwähnt wurde.

Gesundbleiben steht für die Interviewten in einem engen Zusammenhang mit persönlichen, sozialen und materiellen Ressourcen, die entfaltet bzw. mobilisiert werden müssen, um mit den Anforderungen der Lebensbedingungen im Migrationsalltag fertig zu werden. Dieses Gesundheitsverständnis bietet viele Ansatzpunkte für die Gesundheitsförderung. Gerade weil sich durch die Migration viele Lebensbereiche verändern, geht es vor allem darum, trotzdem gesund zu *bleiben*. Das Bild einer Gesundheitskurve (eines unserer Visualisierungsinstrumente) fasst dieses Verständnis besonders gut (siehe Abb. 1). Die Betonung des *Gesundbleibens* drückt eine salutogenetische Haltung aus. Mit der Orientierung auf resiliente Eingewanderte konnten wir diese gesundheitsfördernde Ressource aufdecken. Weniger die Gesundheit an sich als deren Wertschätzung und daraus abgeleitet das Verständnis von Gesundbleiben als Aufgabe stellen wesentliche Elemente von Resilienz gegenüber den Belastungen der Migration dar.

Insgesamt sehr nahe stehen sich das Erleben von Gesundheit der afrikanischen Eingewanderten in der Schweiz und die Sicht der WHO. Unsere StudienteilnehmerInnen sehen Gesundheit nicht nur als Geschenk (sie nennen sie einen Reichtum), sondern auch als etwas, das erworben, erhalten und beständig gefördert werden muss (sie sprechen von einer Aufgabe). Wie ihre Lebensberichte zeigen, haben sie als mündige Menschen eine aktive Rolle übernommen, sich gesundheitsrelevantes Wissen angeeignet, Lebensgewohnheiten umgestellt und sich bemüht, Rückfällen in Altgewohntes vorzubeugen.

Die AfrikanerInnen haben in vieler Hinsicht mit ähnlichen Schwierigkeiten zu kämpfen wie die SchweizerInnen. Sie haben Probleme mit PartnerInnen, der Familie, bei der Arbeit und im Zusammenhang mit gesellschaftlicher Anerkennung. Diese Schwierigkeiten manifestieren sich aber zum Teil unterschiedlich, sie sind vielschichtiger und facettenreicher. Oft sind die AfrikanerInnen – wie viele andere AusländerInnen

Abbildung 1: Beispiel einer ausgefüllten Gesundheitskurve



auch – konfrontiert mit einer Kumulation von Problemen, die mit migrationsspezifischen Lebensbedingungen zu tun hat und ihre Lebenswelt mitprägt. So erschweren bestimmte rechtliche Bedingungen ihre Situation, etwa in Bezug auf die Unsicherheit des Aufenthaltsrechts, die Vermischung von Aufenthaltsstatus und Ehebeziehung, die Nichtanerkennung von Ausbildungen und das Vorhandensein von Diskriminierung auf dem Arbeitsmarkt. Hinzu kommen Vereinsamung aufgrund der geografischen Trennung von Familienangehörigen, die moralische und materielle Hilfe leisten könnten, und oft auch die Sorge um Angehörige, die zu Hause in Gefahr sind. Zudem hat sich leider unsere Annahme bestätigt, dass MigrantInnen aus Afrika in der Schweiz Erfahrungen mit rassistischer Diskriminierung machen.

Dass die von uns Befragten Gesundheitsprobleme in der Schweiz mit Stress in Verbindung brachten, ist an sich nicht erstaunlich, denn das populäre Konzept Stress bietet ihnen ein Erklärungsmodell für die als unangenehm erlebten Schattenseiten ihres Lebens in einer (post)modernen Gesellschaft. Schwierige Lebensbedingungen als Gesundheitsprobleme zu betrachten und in einen Erklärungszusammenhang mit Stress zu stellen, deuten wir als eine Annäherung an den in der Schweiz heute üblichen Umgang mit Gesundheit und Krankheit. Zum einen hilft ihnen dieses Krankheitsbild, ihre physischen und psychischen Symptome einzuordnen, zum anderen bietet es ihnen eine Anleitung zum Handeln, nämlich die Besinnung auf eigene Widerstandsressourcen.

Über die konkrete Erklärungshilfe und Handlungsanleitung hinaus trägt unserer Ansicht nach die Aneignung des sowohl bei Laien wie ExpertInnen populären Konzepts Stress zur Stärkung des sozialen Zugehörigkeitsgefühls bei. Einfach ausgedrückt heisst das: Man hat etwas, was die SchweizerInnen – und darüber hinaus die Menschen in anderen europäischen Ländern und in den USA – ebenfalls haben. Dies ermöglicht eine persönliche Identifikation mit den anderen Mitgliedern in diesen modernen Gesellschaften und gleichzeitig eine Reflexion über die unterschiedlichen Lebenssituationen.

Personen, die über Stress sprechen, psychologisieren, anstatt zu somatisieren. Insofern bietet dieses Erklärungsmodell nicht nur eine Hilfe für die Betroffenen selbst, sondern auch einen wichtigen Ansatzpunkt für die Mitarbeitenden im schweizerischen Gesundheitswesen. Über das Krankheitsbild Stress könnte somit PatientInnen geholfen werden, bei denen trotz

genauer medizinischer Abklärung keine organischen Befunde nachweisbar waren, die aber unter diffusen Schmerzen, Angstzuständen oder anderen emotional als unangenehm oder gar bedrohlich erlebten Symptomen leiden.

Aus dieser Überlegung und den davor dargelegten Erkenntnissen leiten wir unser Hauptargument ab: Resiliente Eingewanderte aus Afrika haben gelernt, körperliches und emotionales Unwohlsein als durch Stress verursachte Gesundheitsprobleme «positiv» zu interpretieren. Dieses Krankheitsbild hilft ihnen, die schwierigen Lebensbedingungen, die mit der Migration in eine moderne Leistungsgesellschaft verbunden sind, besser zu meistern. Die Aneignung eines bei Schweizer Laien und ExpertInnen populären Krankheitsbildes und die damit erworbene Lebenskompetenz verstärken das Gefühl der sozialen Zugehörigkeit. Dieses ermutigende Gefühl kann wiederum einen positiven Einfluss auf das alltägliche Erleben von Gesundheit in der Migration haben. Wie unsere Studie zeigt, haben resiliente Eingewanderte aus Afrika über ihr in der Schweiz bzw. in Europa erworbenes Verständnis von Stress bereits beachtliche Ressourcen entwickelt. Auf der Basis dieser zentralen Erkenntnis können Entscheidungshilfen für Politik und Praxis erarbeitet werden.

Die hier präsentierten Daten, Erkenntnisse und Argumente sind aus einer vertieften Auseinandersetzung mit den an der Studie Teilnehmenden und im schweizerisch-afrikanischen Forschungsteam hervorgegangen und weisen unserer Meinung nach eine hohe innere Validität auf. Ob und inwiefern sie sich auf Eingewanderte anderer Altersgruppen oder aus anderen Herkunftsländern übertragen lassen, müsste in Folgestudien untersucht werden.

## 5 Empfehlungen

Zu den in unserer Studie herausgearbeiteten Gesundheitsproblemen in der Migration sollten weiterführende vertiefte Reflexionen unternommen werden, damit handlungsrelevante Aktionsfelder breiter ausgelegt und priorisiert werden könnten.

Für die gesundheitsfördernde Forschung und Praxis bietet sich Stress als ein Schwerpunkt an. Zukünftige Forschungen zum Thema Stress sollten auch eine Lebensweltorientierung in Betracht ziehen und migrationsspezifische Fragen speziell berücksichtigen. Neu ist nicht, dass Migration Stress verursacht, sondern dass diese Erkenntnis betroffenen Menschen helfen kann, besser mit ihrer Situation umzugehen. Innovative Forschungen sollten Widerstandskräfte untersuchen, die über das Konzept von Stress offenbar mobilisiert werden können und sich (auch) im Migrationsalltag bewähren.

Sowohl in den Einzelinterviews wie im PRA machten wir die Erfahrung, dass resiliente Personen nicht nur über ihr eigenes Gesundbleiben reflektieren und diskutieren, sondern auch mehr über Lebenskompetenzen und Fähigkeiten zur Bewältigung von Stress lernen wollen. Diese Neugier widerspiegelt nicht nur Eigeninteressen; viele der resilienten Personen sind, wenn auch eher informell, bereits als InformationsvermittlerInnen und BeraterInnen in ihren Gemeinschaften tätig. Ihre Vorbildfunktion sollte gezielt weiter gestärkt werden, denn sie kennen nicht nur viele Aspekte der Lebenswelt von Eingewanderten aus eigener Anschauung, sondern sie können auch überzeugend auftreten, weil sie schwierige Situationen gemeistert haben. Je mehr Kompetenzen sie entwickeln, desto mehr können sie weitergeben.

Das Erklärungsmodell Stress hat nicht nur grosses Potenzial in der Selbsthilfe auf individueller und gemeinschaftlicher Ebene, es kann auch eine Brücke zwischen dem Gesundheits- und Sozialwesen und den Eingewanderten bilden. Gerade weil Stress sowohl bei Laien als auch bei ExpertInnen ein populäres Krankheitsbild darstellt, eignet er sich als Fokus für einen Dialog. Über das Krankheitsbild Stress lässt sich eine gemeinsame – Kulturalisierungen vermeidende – Sprache entwickeln und lassen sich materielle sowie immaterielle Ressourcen auf beiden Seiten mobilisieren. Auf diese Weise könnte auch einem Teil jener PatientInnen geholfen werden, die unter psychosomatischen Beschwerden leiden.

Auf der Policy-Ebene sollten die Anstrengungen zur Verbesserung der Chancengleichheit, auch im Bereich Gesundheitsförderung, unbedingt weitergeführt werden. Zudem sollten Massnahmen zum Abbau sozialer Ungleichheit (v.a. im Bereich beruflicher und rassistischer Diskriminierung) getroffen werden. Dadurch würde ein Rahmen geschaffen, in dem sich die oft zitierte «salutogenetische Wirksamkeit entfalten» (Marschalck und Wiedl 2001: 18) kann.

## 6 Referenzen

- Boger, Julia, 2004: Gesundheit in der «Fremde» – Gesundheitsvorstellungen afrikanischer Frauen und Männer im Migrationskontext. Mainz: Institut für Ethnologie und Afrikastudien der Johannes Gutenberg Universität, Arbeitspapiere Nr. 37.
- Duetz Schmucki, Margreet, und Thomas Abel, 2003: Gesundheitskonzepte im intra-nationalen Vergleich: empirische Explorationen zwischen der West- und der Deutschschweiz. S.155-173 in: Pasqualina Perrig-Chiello und François Höpflinger (Hg.), Gesundheitsbiographien. Bern: Hans Huber.
- Fröhlicher-Stines, Carmel, und Kelechi Monika Mennel, 2004: Schwarze Menschen in der Schweiz. Ein Leben zwischen Integration und Diskrimination. Bern: Eidgenössische Kommission gegen Rassismus.
- Habermas, Jürgen, 1981: Theorie des kommunikativen Handelns. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Marschalck, Peter, und Karl Heinz Wiedl, 2001: Migration, Krankheit und Gesundheit: Probleme der Forschung, Probleme der Versorgung – eine Einführung. S. 9-34 in: Peter Marschalck und Karl Heinz Wiedl (Hg.), Migration und Krankheit. Osnabrück: Universitätsverlag Rasch.
- Ossipow, Laurence, und Letizia Toscani, 2006: Vulnérabilité, héroïsation et résilience: l'exemple de quinze récits recueillis à Genève en policlinique de médecine communautaire. S. 48-66 in: Piet van Eeuwijk und Brigit Obrist (Hg.), Medizinethnologie im Spannungsfeld von Theorie und Praxis. Anthropologie médicale entre théorie et pratique. Zürich: Seismo Verlag.
- Pourgholam-Ernst, Azra, 2002: Das Gesundheitserleben von Frauen aus verschiedenen Kulturen. Münster: Telos Verlag.
- Schütz, Alfred, 1932: Der sinnhafte Aufbau der sozialen Welt. Eine Einleitung in die verstehende Soziologie. Wien: Springer.
- Verwey, Martine, 2006: Vulnerabilität und Spannkraft. Perspektiven der Gesundheitsförderung traumatisierter Gewaltflüchtlinge. S. 67-96 in: Piet van Eeuwijk und Brigit Obrist (Hg.), Medizinethnologie im Spannungsfeld von Theorie und Praxis. Anthropologie médicale entre théorie et pratique. Zürich: Seismo Verlag.
- Weiss, Regula, 2003: Macht Migration krank? Zürich: Seismo Verlag.
- Widmer, Lorenz, 2005: Chômage et population étrangère. S. 39-70 in: Werner Haug und Philippe Wanner (Hg.), Migrants et marché du travail. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.

## 7 Wissenstransfer / Valorisierung

Die Ergebnisse unserer Studie sollen in Programme einfließen, die die individuelle und gemeinschaftliche Selbsthilfe fördern (z.B. SUPPORT von Radix Gesundheitsförderung). Wir regen an, dass MigrantInnen, unterstützt von ExpertInnen, spezifische Module zur Stärkung des Gesundheitsbewusstseins sowie der Lebenskompetenzen und Widerstandskräfte erarbeiten und für eine breitere Öffentlichkeit anbieten. In diesen Modulen soll eine kritisch-reflexive und proaktive Haltung im Umgang mit Gesundheitsproblemen und Stress vermittelt werden.

Weiter sollen unsere Ergebnisse in die Aus-, Fort- und Weiterbildung von Personal im Gesundheits- und Sozialbereich einfließen. Unterrichtseinheiten zu Sensibilisierung und Kompetenzbildung im Umgang mit Stress bei MigrantInnen sollten entwickelt und angeboten werden. Im Vordergrund soll das gesundheitsfördernde Potenzial der Verwendung des Krankheitsbildes Stress im Dialog mit Eingewanderten stehen.

Auf nationaler Ebene sollen unsere Ergebnisse in die Erarbeitung der langfristigen Strategie der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz einfließen. Migrationsspezifische Fragestellungen aus der Sicht der Betroffenen müssen aufgenommen werden, insbesondere im Kernthema «Psychische Gesundheit – Stress». Dabei soll das Hauptaugenmerk auf Resilienz gerichtet sein.

## 8 Impact

MigrantInnen werden unterstützt, ihr Gesundheitsbewusstsein, ihre Lebenskompetenzen und Widerstandskräfte zu stärken und schwierige Lebensbedingungen besser zu meistern resp. zu verändern. Dadurch werden sie als vollwertige Gesellschaftsmitglieder anerkannt, was zusätzlich ihre Resilienz stärkt.

Das Personal im Gesundheits- und Sozialbereich thematisiert bewusst *Gesundsein* und *Gesundbleiben* sowie die Zusammenhänge von (migrationspezifischen und anderen) Lebensbelastungen und Gesundheitsproblemen. Dies trägt zu einem verbesserten Dialog mit MigrantInnen bei. Die Verwendung des Krankheitsbildes Stress kann den Weg für eine gemeinsame Suche nach lebensweltorientierten Problemlösungen freilegen, ohne zu Kulturalisierungen zu führen. Spezifische Instrumente, wie beispielsweise die Gesundheitskurve, können in der Anamnese helfen, die konkrete Lebenswelt von PatientInnen zu erfassen.

Die langfristige Strategie der Gesundheitsförderung Schweiz bezieht migrationspezifische Fragestellungen aus der Sicht der Betroffenen mit ein. Im Bereich «Psychische Gesundheit – Stress» zielen die entwickelten Massnahmen darauf hin, «dass sich eine Kultur der Wertschätzung und Anerkennung in Arbeitswelt und Gesellschaft etabliert» (2006: 15). Es wird berücksichtigt, dass diese Wertschätzung und Anerkennung spezifisch auch AusländerInnen zugute kommt.

Korrespondenzadresse:

Dr. Brigit Obrist van Eeuwijk  
Ethnologisches Seminar der Universität Basel  
Münsterplatz 19  
4051 Basel  
E-Mail: brigit.obrist@unibas.ch



# Migration, précarité et santé. Risques et ressources de santé de personnes sans autorisation de séjour ou admises provisoirement en Suisse\*

Christin Achermann, Milena Chimienti  
Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population (SFM)



## Résumé

Cette étude traite des risques et ressources de santé au niveau individuel et structurel de populations migrantes en situation de séjour précaire dans deux contextes territoriaux distincts (Genève et Zurich). D'autre part, l'étude identifie les déterminants des comportements de santé de ces différentes populations. La population étudiée regroupe des personnes sans autorisation de séjour et des personnes admises provisoirement (permis F). Partant d'une démarche qualitative, l'étude aboutit à une typologie des comportements de santé.

**Key Words:** health behaviour, health promotion, health risk, undocumented migrants, asylum seekers, migration, precarious situations

## 1 Introduction

La question du lien entre la pauvreté et la santé a été abondamment traitée dans la recherche. On connaît par exemple les effets concomitants à la pauvreté tels qu'une pauvre nutrition, des conditions de logement inadéquates au ménage en termes de promiscuité et de chauffage et des atteintes à la santé mentale des personnes. Celle-ci est touchée en raison de l'absence de possibilité d'avoir des activités externes, de la pénibilité de la vie de tous les jours ou de difficultés dans la prise en charge des enfants (Marmot et Wilkinson 2001).

Cet article relate les résultats principaux d'une étude dans laquelle nous nous sommes interrogées sur les possibilités de se maintenir en santé et les moyens d'agir pour sa santé pour des personnes en situation de séjour précaire. L'objectif principal était d'identifier les risques et les ressources de santé de migrants en situation de séjour précaire dans deux contextes territoriaux distincts (Genève et Zurich). Nous avons défini les ressources comme l'ensemble des potentialités et moyens mobilisables dont dispose ou que mobilise un individu pour accomplir une action. Nous nous sommes intéressées tant aux ressources individuelles qu'aux ressources structurelles.

Il s'agissait en outre d'observer quels sont les déterminants structurels (par exemple offres cantonales de soutien, permis de séjour et régulation vis-à-vis des différents types de permis) et individuels (par exemple origine géographique, niveau socio-économique) qui influencent soit une prise de risque, soit des comportements de maintien en santé.

\* Ce projet a été soutenu par le contrat de recherche n° 03.001569 de l'Office fédéral de la santé publique dans le cadre de la stratégie «Migration et santé 2002-2007» de la Confédération.





#### Zusammenfassung

Die Studie befasst sich mit Gesundheitsrisiken und -ressourcen auf individueller und struktureller Ebene bei Migrantinnen und Migranten in prekären Aufenthaltssituationen in zwei bestimmten Gebieten (Genf und Zürich). Weiter werden die Determinanten des Gesundheitsverhaltens dieser verschiedenen Migrantengruppen bestimmt. Die untersuchten Gruppen umfassen Personen ohne Aufenthaltsbewilligung und vorläufig Aufgenommene (Bewilligung F). Mit einem qualitativen Ansatz erstellt die Studie eine Typologie von Gesundheitsverhaltensweisen.

#### Sintesi

Nel presente studio sono presi in esame i rischi e le risorse per la salute, a livello individuale e strutturale, per le popolazioni migranti in situazione di soggiorno precario in due contesti territoriali diversi (Ginevra e Zurigo). Lo studio individua i determinanti dei comportamenti di queste diverse popolazioni in relazione alla salute. La popolazione oggetto dello studio raggruppa persone sprovviste di permesso di soggiorno e persone ammesse provvisoriamente (permesso F). Partendo da un approccio qualitativo, lo studio si conclude con una tipologia di comportamenti legati alla salute.

#### Summary

This study addressed the health risks and resources at the individual and structural levels in migrant populations living in precarious circumstances in two distinct territorial contexts (Geneva and Zurich). Moreover, the study identified determining factors in the health behaviour of these different populations. The study population included individuals with no residence permit and those with a temporary residential permit (F permit). Employing a qualitative approach, the study ended with a classification of health behaviours.

Pour cette étude, nous avons choisi de mettre en parallèle la situation de personnes admises provisoirement (permis F) et de personnes sans autorisation de séjour (lesdits sans-papiers). Bien que les premières disposent d'un permis de séjour, leur situation comporte un important degré de précarité qui permet de confronter leur cas à celui des sans-papiers. Dans leur cas la précarité a donc non seulement un sens économique et social mais porte également sur leur limitation en droit et donc aux possibilités de s'intégrer. Ces deux groupes doivent faire face à des restrictions importantes imposées par leur situation de séjour: incertitude de la durée de leur séjour, limitation d'accès au marché du travail et dans leur accès aux soins. Ces personnes représentent dans ce sens des figures d'exclusion radicale: illégalité du séjour, incertitude à long terme de la situation de séjour, faible niveau socio-économique, restriction de la mobilité géographique, etc. Les risques proviennent tant de leur faible niveau économique que de facteurs sociaux. Plusieurs recherches ont ainsi montré que ces populations affrontent des risques plus importants par rapport à leur santé et que de ce fait leur état de santé est moins bon en comparaison de celui des autochtones et d'autres migrants.

## 2 Déroulement de l'étude / méthode

La méthode utilisée est qualitative. Nos résultats sont fondés sur 63 entretiens en profondeur (d'une durée moyenne de deux heures): 30 avec des personnes admises provisoirement et 33 avec des personnes sans autorisation de séjour dont une partie avait toujours vécu en Suisse sans autorisation de séjour et une autre partie avait perdu leur autorisation de séjour (par

exemple des anciens requérants d'asile dont la demande a été refusée). Partant de ces deux situations de séjour (personnes admises provisoirement et sans autorisation de séjour), nous avons essayé d'obtenir des groupes en nombre comparable des trois régions géographiques suivantes: Afrique, région albanophone et Amérique latine. A ces entretiens s'ajoutent treize semi-structurés avec des personnes clés (représentants des autorités, travailleurs sociaux, professionnels de santé, etc.). Les entretiens ont été menés pour moitié à Genève et l'autre moitié à Zurich.

## 3 Résultats

### 3.1 Degré de précarité des personnes admises provisoirement et des sans-papiers

Pour comprendre les liens entre les déterminants individuels et structurels des comportements de santé de personnes en situation de séjour précaire, il nous faut tout d'abord discuter du degré de précarité des personnes de cette étude. Cette estimation repose sur trois aspects. Elle porte tout d'abord sur les offres ou les limitations mises en place par l'Etat. Elle s'intéresse ensuite aux ressources individuelles mobilisées par les personnes. Nous nous intéressons tant aux ressources créées (de toute pièce) qu'à celles qui sont développées (à partir de l'usage actif de ressources préexistantes, c'est-à-dire en déployant l'apport de celles-ci de manière personnelle) ou utilisées par les personnes (à partir de l'usage passif de ressources préexistantes, on pense ici à l'utilisation de services existants mais sans implication personnelle dans la démarche). Dans ce sens, l'ensemble de ces ressources représente la

marche de manœuvre mise en place par les personnes partant de leur situation de précarité. Pour finir, nous discutons dans quelle mesure le contexte étatique et la marche de manœuvre individuelle agissent sur leurs comportements de santé. Cette mise en parallèle des différents niveaux de la précarité repose d'une part sur le cadre législatif et son application et d'autre part sur le point de vue subjectif des personnes interviewées. Elle distingue quatre groupes partant des deux variables les plus déterminantes des degrés de précarité et des styles de vie et de santé des personnes: d'une part la situation de séjour (avec un permis de séjour et sans autorisation de séjour) et d'autre part l'activité rémunérée (personnes avec un travail et celles ne travaillant pas). A ce stade il nous faut souligner que si la hiérarchie élaborée permet d'identifier des groupes en situations plus favorables que d'autres, cette échelle s'inscrit dans une comparaison de positions précaires. En d'autres termes, les plus «chanceux» n'en demeurent pas moins des «précaires» ou «précarisés» (si on veut accentuer la responsabilité du contexte structurel dans cette situation).

Ainsi, on constate que les personnes admises provisoirement et actives professionnellement sont celles qui bénéficient et développent le plus grand nombre de ressources, structurelles et individuelles. Il existe chez ces personnes un équilibre entre ces deux niveaux. Parmi les composantes structurelles, l'insécurité liée à ce permis provisoire et les limitations qu'il implique par rapport à la mobilité sociale, géographique et économique sont les éléments les plus négatifs pour le bien-être des personnes. Nonobstant ces restrictions, elles bénéficient de par leur autorisation de séjour d'une certaine sécurité: d'une part une sécurité sociale, telle l'assistance financière et sociale, et d'autre part l'appui du système de santé. Ces deux éléments jugulés suffisent aux personnes admises provisoirement qui travaillent pour appréhender avec une relative confiance leur séjour en Suisse. Elles parviennent de manière volontaire à capitaliser leur situation en développant toutes sortes de ressources personnelles telles que le fait d'acquérir une indépendance financière et ainsi de réaliser un projet dans le cadre de leur migration. En utilisant les potentialités du système sans se laisser limiter par les nombreux obstacles, elles acquièrent un sentiment d'être reconnues par la société, une meilleure conscience et estime d'elles-mêmes ainsi qu'un certain contrôle sur leur vie. Sans avoir mesuré le sentiment de cohérence qu'elles éprouvent par rapport à leur vie, on note que ses trois composantes clés sont dans ce cas rejointes: la compréhension des événements de leur vie est possible de par notamment les agencements qu'elles ont réalisés tels que l'obtention d'un emploi et d'un logement indépendant; les personnes témoignent également d'une maîtrise de leur vie en réagissant et combattant les limitations du cadre légal. Dès lors qu'elles perçoivent certaines améliorations dans le temps et en comparaison de leur vie dans le pays d'origine, leur séjour en Suisse prend sens. Pour toutes ces raisons, leur santé subjective s'en trouve améliorée et elles adoptent des comportements qui les maintiennent en santé, du moins à court terme. Mais c'est seulement une fois qu'ils ont accédé à une situation de vie stable qui va de pair avec les premiers pas d'intégration, que nos informateurs commencent à se soucier de leur santé et à s'en occuper. Et ce sont bien les ressources produites par une activité rémunérée qui leur permettent d'obtenir cette stabilité et estime d'eux-mêmes. Parce qu'ils

travaillent, ils ont la perspective d'obtenir un permis B, ce qui leur ouvre la possibilité d'élaborer des perspectives d'avenir. Face à cet effet stabilisateur, les ressources économiques créées par l'activité ne sont donc pas les plus importantes. En bref, ces personnes représentent le groupe le moins précarisé selon notre échelle. On suppose cependant que ce groupe est moins nombreux tant il paraît difficile de surpasser les restrictions juridiques propres à ce permis et leurs conséquences handicapantes.

A l'autre extrême de l'échelle se trouvent les personnes sans autorisation de séjour qui n'ont pas trouvé de travail. Dans ce groupe figurent d'anciens demandeurs d'asile dont la demande a été refusée. Ces personnes ne disposent d'aucune ressource institutionnelle. Parallèlement elles ne parviennent à pallier cette carence par des stratégies individuelles, leur situation est par conséquent souvent dramatique. Même les aides d'urgence qui leur sont adressées ne permettent de les aider dans la mesure où elles ne sont pas suffisamment associées à des structures indépendantes garantissant aux personnes la confiance nécessaire pour qu'elles s'y rendent sans craindre d'être dénoncées aux autorités. Le réseau social s'avère le seul élément leur permettant de vivre en Suisse. Il demeure cependant insuffisant à lui seul pour permettre aux personnes de mobiliser des ressources personnelles. Le passage d'une situation où l'Etat les prenait complètement en charge lorsque leur séjour était autorisé (assurance financière et sociale, aide au logement, etc.) à une situation où le même Etat les exclut de manière radicale, entre en complète contradiction avec leur entendement et elles ne parviennent à s'y adapter. Ce changement brutal et décalage extrême sont responsables non seulement de leur incompréhension envers le sens de la régulation étatique qui les a déboutées et qui leur ôte dès lors leurs précédents droits, mais en outre de la perte de confiance en elles, ainsi qu'en leur faculté de maîtrise et donc de modification de leur vie. Cette perte de sens aboutit donc à des conséquences en chaîne sur les ressources individuelles. L'impact sur la santé et les comportements de santé est d'ailleurs évident dans les témoignages souvent dramatiques des personnes rencontrées. C'est dans ce cadre qu'il faut comprendre les pensées suicidaires qui ont été évoquées dans plusieurs entretiens. Pour peu que l'on veuille résoudre l'état de crise actuel dans lequel se trouvent les personnes déboutées, c'est donc ce décalage qu'il s'agit de combler (nos recommandations s'inscrivent d'ailleurs dans cette logique). Des mesures en aval, d'autant plus si elles sont boiteuses (nous pensons notamment aux aides d'urgence qui s'avèrent insuffisantes et inadéquates comme déjà évoqué), ne permettront pas de réparer les dommages causés par la perte de l'autorisation de séjour. Si le coût des dommages individuels est dans ce cas inestimable, on peut aussi se demander quels seront les coûts économiques et en termes d'image de marque pour la Suisse à long terme.

Entre ces deux situations s'insèrent deux cas de figure intermédiaires: d'une part celui des personnes admises provisoirement qui ne travaillent pas et d'autre part celui des sans-papiers qui ont une activité rémunérée. Même si ces deux groupes se situent à un degré équivalent selon notre échelle de la précarité (ayant tous deux un nombre total de ressources équivalent), leur situation diffère à tous points de vue comme d'ailleurs les types de ressources mobilisées ou créées. Tandis que les personnes admises provisoirement qui ne travaillent pas s'appuient en grande partie sur des ressources structurelles, elles ne parviennent pas à mobiliser, ni surtout à développer des ressources personnelles. L'effet pathogène du chômage ou de l'absence d'activité est d'ailleurs prouvé par un grand nombre d'études récentes. Celles-ci montrent notamment que le niveau du chômage a une influence sur l'augmentation ultérieure de la mortalité. A l'inverse l'augmentation de l'emploi apparaît comme une manière d'améliorer la santé publique (cf. notamment rapport de la Commission européenne 2001). Dès lors, l'apport structurel, qu'il provienne directement de l'Etat ou d'associations paraétatiques ou communautaires, ne parvient à contrebalancer les limitations de la situation de séjour de ces personnes, ni les carences dues à leur précarité. Ce groupe se distance de l'anomie des sans-papiers et sans-travail. Subissant le cadre et les conditions dans lesquelles elles vivent sans parvenir à modifier cette structure et n'ayant aucun signe leur permettant d'espérer d'obtenir un permis B et par conséquent de voir leur situation se stabiliser, ces personnes n'ont pas de perspectives futures d'amélioration. Dès lors, elles demeurent victimes en stand-by dans un présent qui ne leur convient pas, mais sans parvenir à imaginer et créer un futur, que celui-ci soit en Suisse ou ailleurs. Mais le travail n'est pas l'unique ressource qu'elles n'ont pas développée. En effet, ces personnes vivent souvent dans une importante solitude, sans avoir créé un réseau social personnel avec lequel s'entraider. Seules les personnes qui ont des enfants s'ouvrent un peu vers l'extérieur, mais ici encore ce pas ne se fait que par l'intermédiaire de ces derniers et ne va que rarement au-delà. La conséquence de ce déséquilibre se ressent au niveau de leur santé subjective et de leurs comportements de santé ayant parfois pour effet des troubles psychosomatiques qui s'ajoutent aux traumatismes du passé. Si dans ce cas les témoignages ne s'avèrent pas aussi morbides que pour les sans-papiers sans travail, ils demeurent graves et inquiétants. Ce qu'illustre notamment le témoignage d'une personne admise provisoirement qui disait ne parvenir à voir son avenir que jusqu'à son balcon et se demandant comment elle vivra demain et comment ses enfants grandiront ici. Ou de cette autre qui disait avoir l'impression d'attendre un train depuis dix ans qui ne vient pas. Ces personnes font dès lors une forte consommation des services de soins qui représentent un soutien souvent plus social que médical.

En revanche, les travailleurs clandestins mènent, malgré la limitation importante du cadre légal en raison de l'illégalité de leur séjour, une vie qui tend vers la normalité: ils travaillent, certains ont de la famille en Suisse et des enfants qui vont à l'école ici, ils paient parfois des assurances sociales et un grand nombre d'entre eux utilisent, lorsqu'il en existe, les offres de santé parallèles. Chez ces personnes les ressources ne se situent pas au niveau structurel – de ce point de vue le contexte étatique est plus limitatif que producteur de soutien

– mais à un niveau individuel. Acteurs de leur condition dans la mesure où ils savaient qu'en venant en Suisse ils se trouveraient dans une situation irrégulière, ou s'ils ne l'avaient pas prévu en ces termes exacts, ils acceptent et s'adaptent très vite à la situation rencontrée. Malgré les circonstances précaires, les travailleurs clandestins parviennent grâce à une volonté importante à aménager un quotidien dont les contours s'apparentent – par certains aspects – au vécu de tout résident en Suisse. Malgré ces limitations, leur santé subjective s'avère plus à même de développer des comportements de maintien en santé que les admis provisoire ou sans-papiers sans travail, bien que celle-ci ait une signification avant tout mécanique, celle de préserver leurs forces de travail.

### 3.2 Principaux déterminants des comportements de santé

L'étude dégage *cinq facteurs principaux déterminant les comportements de santé*. Si certains comportements sont liés à l'autorisation de séjour, cette dernière n'explique pas toutes les différences.

Ainsi, les comportements de santé se distinguent en premier lieu en fonction du contexte de la migration. Lorsque la personne formule un projet migratoire avant de partir de son pays d'origine ou peu après son arrivée en Suisse, elle parvient à développer davantage de comportements de maintien en santé. Le projet migratoire – celui-ci se distinguant bien entendu en fonction de la situation dans les pays d'origine – détermine généralement la situation de séjour et conditionne les possibilités d'imaginer et de prévoir un futur. Ainsi, en comparaison avec d'autres facteurs, l'origine géographique des personnes apparaît comme secondaire.

L'emploi est le deuxième facteur ayant une influence positive sur les comportements de santé et permettant d'expliquer des différences dans notre population d'étude. Même si les personnes de notre population sont actives dans des secteurs du marché du travail à forte charge physique, souvent mal rémunérées et bénéficiant rarement de charges sociales de la part de leur employeur, l'activité lucrative a toujours été décrite comme une importante ressource.

Au niveau des ressources apportées par les autorités cantonales, on distingue une nette différence entre Zurich et Genève. A Zurich, les personnes sans-papiers ne savent souvent pas où se rendre en cas de problèmes de santé, alors qu'à Genève, les offres à bas seuil sont connues, du moins des personnes latino-américaines.

Le quatrième facteur d'influence a trait à la perception de la temporalité. Outre la faculté de se projeter dans le futur qui va de pair avec la faculté de formuler un projet migratoire, la temporalité liée au séjour est importante dans le processus d'intégration. Lorsque les personnes perçoivent une amélioration dans le temps de leur situation, même si celle-ci est faible, et encore plus si elle est importante (par exemple une meilleure connaissance de la ville, un logement plus grand, une activité pour ceux qui n'en ont pas, de meilleures conditions de travail ou encore la venue d'un membre de la famille), elles parviennent à mieux développer des comportements de défense et de maintien en santé. Deux moments de la migration sont en revanche apparus «à risque». D'une part, le moment

de l'arrivée en Suisse où la personne ne dispose pas des connaissances nécessaires lui permettant de s'orienter (notamment une connaissance suffisante de la ville, un réseau social) ni de moyens de subsistance (notamment une source de gains et un logement). D'autre part, le moment où le provisoire tend à se prolonger sans signe d'une issue possible, en d'autres termes lorsque la situation précaire tend à devenir la norme. Enfin, on constate que la famille est une ressource importante pour les personnes interrogées. Que celle-ci soit en Suisse ou dans le pays d'origine, elle donne un sens aux difficultés que rencontrent les migrants en situation précaire. Et cela même si d'un autre point de vue, la famille représente aussi une charge financière et une source de préoccupation. La famille donne sens à la migration, aux sacrifices et joue un rôle de garde-fou par rapport à l'estime de soi.

### 3.3 Typologie des comportements de santé des migrants précaires

A partir de ces facteurs d'influence, nous distinguons quatre types de comportements propres aux différentes situations de précarité en fonction du contexte étatique et de la marge de manœuvre utilisée et/ou développée par les personnes. Ces quatre types permettent d'expliquer qui développe des comportements en santé et qui se trouve dans l'incapacité non seulement de créer ou mobiliser de tels comportements mais de penser même à sa santé et son bien-être.

1. *Volontariste*. S'apparentent à ce type les personnes avec un permis F au bénéfice d'une activité lucrative. Ces personnes tirent profit selon leurs possibilités de leur autorisation de séjour malgré les handicaps de celle-ci. Ce modèle est gagnant par rapport aux trois autres mais il s'avère sans doute minoritaire. L'attitude volontariste tire un bénéfice qui s'étend aux comportements de santé. Ces personnes sont celles qui se rapprochent le plus de comportements de maintien en santé qui vont au-delà de la simple prévention et d'une perspective mécanique du corps. Non seulement elles utilisent les offres de santé existantes mais de plus elles développent leurs propres stratégies de maintien en santé.
2. *Anomique*. Ce concept développé par Emile Durkheim est utilisé pour décrire une situation où les normes et valeurs sociétales manquent ou ne sont pas comprises et où dès lors les personnes se sentent perdues face aux choix qu'elles doivent faire. Nous utilisons ce concept ici dans un sens plus large faisant à la fois référence à une situation et aux comportements des personnes qui en découlent. Ce type représente le décalage que rencontrent des personnes ayant bénéficié d'un statut de séjour et des droits correspondants les ayant complètement pris en charge et de ce fait infantilisées et qui se retrouvent privées de ceux-ci sans avoir pu développer les ressources individuelles nécessaires à leur autonomie en l'absence de ce cadre. Elles se retrouvent dans une situation d'anomie: d'une part elles ne comprennent les règles de la société où elles résident et qui les privent de droits dont elles bénéficiaient; d'autre part elles se trouvent propulsées dans une situation de survie face à laquelle elles sont démunies. Dans leur cas la santé est seulement considérée comme un luxe qu'elles ne peuvent se permettre. Elles ne parviennent ni à créer ni à mobiliser des stratégies de santé.
3. *Fataliste*. On regroupe ici des personnes qui subissent le cadre structurel dont elles tirent les ressources minimales. Victimes de la situation dont elles ne parviennent à tirer profit, elles sont enlisées – en stand-by – dans les problèmes du présent. Comme pour les autres aspects de leur vie, ces personnes adoptent un comportement passif par rapport à leur santé et se laissent davantage influencer par les événements externes. Elles perdent avec le temps la responsabilité et le contrôle de leur corps qui sont délégués à des personnes externes (aux professionnels de santé ou aux autorités). Ainsi, elles ne parviennent à développer des ressources propres de santé mais se bornent à utiliser les offres de soins disponibles.
4. *Acteur*. Ces personnes se différencient du type volontariste dans leur processus de migration proactif tandis que les seconds s'apparentent à une migration réactive (faisant suite à une situation de guerre ou de violence). Ce type comprend en outre les personnes qui, ne bénéficiant pas ou de manière anecdotique de soutiens structurels, s'appuient uniquement sur leurs propres ressources. Sachant pour certaines avant d'arriver en Suisse qu'elles ne pourraient compter sur les structures étatiques, ces personnes ont pu s'adapter très rapidement à leurs nouvelles conditions de vie. Ces personnes adoptent des comportements de prévention par rapport à leur santé, mais ceux-ci ne sont pensés qu'en vue de pouvoir poursuivre leurs activités quotidiennes et en particulier leurs activités lucratives. Elles développent pour leur santé des ressources importantes et mobilisent également des stratégies quotidiennes de résistance. Cependant ces stratégies s'insèrent dans leurs conditions actuelles et ne tendent pas vers une promotion de la santé avec une visée à plus long terme.

## 4 Conclusions

L'étude parallèle de ces quatre situations où le séjour est soumis à des limitations législatives permet de constater les problèmes particuliers à ces groupes de migrations en raison de leur situation de séjour précaire. Ces résultats mettent en outre en évidence que les facteurs individuels prennent une importance considérable dans des situations de précarité radicale. Les ressources personnelles s'avèrent même primordiales lorsque l'apport structurel se borne à proposer des mesures sectorielles, portant notamment sur la santé.

Au vu de ces résultats, il est nécessaire de questionner les ressources développées par les précaires. Force est de constater que ces ressources sont davantage une manière de compenser les manques et doivent donc être interprétées par rapport à un contexte de précarité. Il est fort probable que la génération des personnes interviewées ne parviendra à quitter ce statut de précaire. Elles seront parvenues cependant à capitaliser leur situation si leurs descendants quitteront celui-ci. Une autre distinction de taille concerne l'apport à court terme de ces ressources. Nous n'avons aucun moyen à l'heure actuelle pour prétendre que ce qui est positif aujourd'hui pourra l'être demain. Notre étude se focalise sur les circonstances d'une vie dans la précarité sur une durée relativement brève (les personnes interviewées séjournant en Suisse entre un et dix-sept ans). Tandis que nous constatons aujourd'hui les dégâts sur la santé des migrants saisonniers (ouvriers) des années 1960 arrivés à l'âge de la retraite, que penser de la vieillesse des migrants précaires que nous avons rencontrés? Bien que nos résultats mettent en évidence la nécessité de traiter la question migratoire au-delà du seul secteur de la santé, nos recommandations se concentreront sur ce que peuvent faire les acteurs et décideurs de ce secteur en esquissant cependant quelques pistes allant au-delà.

## 5 Recommandations

Partant de ces résultats, nos recommandations portent sur cinq aspects en particulier:

### 5.1 Droit et politique des migrations

*Personnes admises provisoirement.* Il s'agirait d'élargir l'accès aux mesures d'intégration aux personnes admises provisoirement et de leur permettre et de les encourager dès leur arrivée à accéder au marché du travail comme l'a proposé l'ODM en septembre 2005.

*Sans-papiers.* Des mesures urgentes devraient être mises en place en ce qui concerne les personnes ayant perdu les droits liés à un statut de demandeur d'asile et séjournant dès lors clandestinement, car elles sont confrontées à des risques importants. Une mesure serait de soutenir les personnes qui ont des problèmes chroniques de santé dans la poursuite de leur traitement. De manière générale, il s'agirait de promouvoir l'application de leurs droits en matière de santé et de sécurité sociale.

### 5.2 Accès et qualité des soins

*Personnes admises provisoirement.* De manière générale, l'accès et la qualité des soins ont été évalués positivement par les personnes concernées. Pour ce groupe, il s'agirait cependant d'assurer une meilleure qualité des soins afin d'éviter une médicalisation trop longue et contreproductive des personnes, en assurant par exemple une continuité au niveau du personnel soignant. De cette manière, la confiance des bénéficiaires serait moins facilement entamée, et ils auraient moins à subir des diagnostics différents.

*Sans-papiers.* La question de l'accès aux soins est cruciale pour ces personnes. Deux possibilités sont envisagées, qu'il s'agira d'évaluer en fonction de leur coût pour l'Etat et les bénéficiaires: soit inciter les personnes à s'affilier à une assurance-maladie de sorte à bénéficier du système général de santé dans la mesure où des subsides existent, soit proposer des structures parallèles avec des moyens de paiements facilités.

### 5.3 Information, prévention, promotion de la santé

Des informations de prévention adaptées sont nécessaires sur certains thèmes de santé: le VIH/sida, la santé reproductive, la santé mentale (dépression, traumatisme, suicide, *burnout*), la santé au travail. Pour transmettre cette information, il s'agit d'utiliser les canaux spécifiques aux styles de vie des personnes et à leurs lieux de rencontre. Une collaboration est nécessaire à ce niveau entre les associations et les structures étatiques.

Il s'agit également de sensibiliser les professionnels de santé et les personnes en contact avec des migrants en situation précaire aux problèmes spécifiques que ces derniers rencontrent.

### 5.4 Promotion des ressources des populations migrantes

Différentes mesures doivent être mises en place afin de promouvoir et de développer les ressources personnelles des populations migrantes en situation précaire. L'échange entre les pairs sur différents problèmes de la vie courante (vie de couple, projet migratoire, séparation avec la famille, etc.) est un des moyens de soutien de ces personnes. Il s'agit également de trouver des lieux où ces personnes se sentent en confiance pour avoir ces échanges.

### 5.5 Recherches futures

Différents aspects restent encore à étudier par rapport à ces populations:

- une étude prenant en compte d'autres groupes de migrants en situation précaire (par exemple les jeunes et les enfants, les personnes âgées, les personnes ayant reçu une décision de non-entrée en matière);
- une comparaison européenne afin de considérer l'impact plus général du contexte et/ou visant à identifier les meilleures réponses structurelles et les échecs («*best practices*» et «*failure stories*»);
- une analyse longitudinale des effets de la précarité sur la santé;
- une étude quantitative des risques et des ressources de santé.

## 6 Références

- Achermann, Christin, Milena Chimienti unter Mitarbeit von Fabienne Stants, 2006: Migration, Prekarität und Gesundheit. Ressourcen und Risiken von vorläufig Aufgenommenen und Sans-Papiers in Genf und Zürich. Neuchâtel: SFM.
- Achermann, Christin, et Denise Efionayi-Mäder, 2003: Leben ohne Bewilligung in der Schweiz: Auswirkungen auf den sozialen Schutz. Bern: Bundesamt für Sozialversicherung.
- Antonovsky, Aaron, 1993: The structure and properties of the sense of coherence scale. Soc. Sci. Med. 36(6): 725-733.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG), 2002: Migration und Gesundheit: Strategische Ausrichtung des Bundes 2002-2006. Bern: BAG.
- Chimienti, Milena, Denise Efionayi-Mäder et al., 2003: La répression du travail clandestin à Genève. Rapport de recherche. Neuchâtel: SFM.
- Kamm, Martina, Denise Efionayi-Mäder, Anna Neubauer, Philippe Wanner et Fabienne Zannol, 2003: Aufgenommen, aber ausgeschlossen? Die vorläufige Aufnahme in der Schweiz. Bern: Eidg. Kommission gegen Rassismus EKR.
- Marmot, Michael, et Richard Gerald Wilkinson, 2001: Social determinants of health. Oxford: Oxford University Press.
- Schär Sall, Heidi, 1999: Überlebenskunst in Übergangswelten. S. 77-107 in: Dorothee Ninck Gbeassor et al. (Hg.), Überlebenskunst in Übergangswelten: Ethnopsychologische Betreuung von Asylsuchenden. Berlin: Reimer.
- Salis Gross, Corina, 2002: Trauma und Medikalisierung: Die Flüchtlingserfahrung in der Schweiz. Tsantsa 7: 22-30.
- Wolff, Hans, 2004: Unité mobile de soins communautaires (Umsco): un modèle d'accès aux soins pour les plus démunis à Genève. Mémoire MPH. Genève.

## 7 Transfert de connaissances / valorisation

Le transfert des connaissances devra servir en particulier à informer les différents agents ayant des contacts avec ces populations des problèmes spécifiques auxquelles elles sont confrontées. Partant des ressources identifiées chez les personnes, il s'agit par ailleurs d'amplifier leur portée. L'outil audiovisuel accompagné d'une brochure retraçant les principaux résultats est proposé comme moyen de valorisation et de transfert des connaissances. Concrètement la valorisation audiovisuelle envisagée consiste en la réalisation d'un film documentaire présentant une illustration des typologies de styles de vie et de santé des migrants avec permis F et des sans-papiers, qui sera basée essentiellement sur le témoignage direct de ces personnes et sur la visualisation de leur parcours de vie et de santé.

## 8 Impact

Ce projet met en évidence les facteurs influençant les comportements de santé de la population migrante en situation de séjour précaire, il constitue dans ce sens un outil pour l'intervention mettant en évidence les particularités d'action des personnes migrantes précaires. La connaissance des comportements de santé permet de comprendre les raisons de certains blocages face à la prévention et de construire des stratégies d'intervention adaptées aux personnes.

Adresse de correspondance:

Christin Achermann  
Milena Chimienti  
Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population  
2, rue St-Honoré  
2000 Neuchâtel  
E-mail: Christin.Achermann@unine.ch; Milena.Chimienti@unine.ch



# Aufenthaltsstatus und Gesundheit. Eine ressourcenorientierte qualitative Untersuchung zur Unsicherheit des Aufenthaltsstatus im Zusammenhang mit der psychosozialen Gesundheit bei Migrantinnen in der Stadt Zürich\*

Brigitte Hunkeler, Eva Müller  
Psychologisches Institut, Sozial- und Gesundheitspsychologie, Universität Zürich



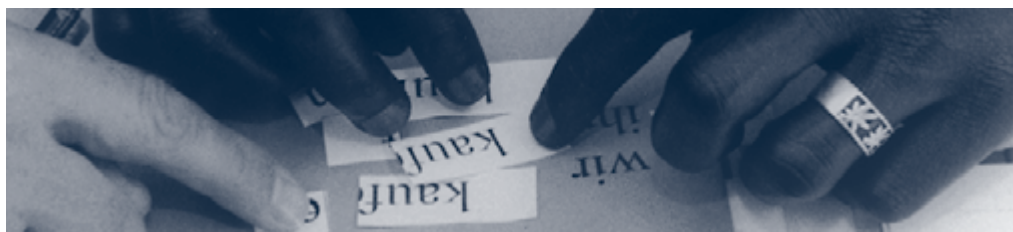
## Zusammenfassung

Diese auf einem ressourcenorientierten Ansatz aufbauende empirische Arbeit dient der Exploration des bisher wenig untersuchten Zusammenhangs zwischen Aufenthaltsstatus und psychosozialer Gesundheit von Migrantinnen. Innerhalb eines Zeitraumes von drei Monaten wurden mit zwanzig Migrantinnen aus der Stadt Zürich Interviews durchgeführt und diese anschliessend mittels qualitativer Methodik ausgewertet. Die zentrale Fragestellung lautete: Stellt die Unsicherheit des Aufenthaltsstatus in der Wahrnehmung der Migrantinnen einen Risikofaktor für ihre psychosoziale Gesundheit dar? Die Auswertung zeigte, dass die Mehrheit der Migrantinnen ihren unsicheren Aufenthaltsstatus als ihre psychosoziale Gesundheit beeinträchtigend wahrnehmen. Der negative Einfluss eines unsicheren Status auf die Gesundheit ist umso grösser, je weniger externe Ressourcen einer Migrantin zur Verfügung stehen. Eine unsichere Aufenthaltssituation ist mit so vielen Schwierigkeiten verbunden, dass die vorhandenen internen Ressourcen der Gesundheit nicht als Schutz dienen können. Im Sinne der Gesundheitsförderung ist es daher empfehlenswert, betroffene Menschen so kurz als möglich in dieser Ungewissheit verweilen zu lassen und ihnen während der Zeit der Unsicherheit gezielte externe Unterstützung zukommen zu lassen.

**Key Words:** migration, migrant women, psychosocial health, salutogenese, resilience, resources, entitlement, uncertainty, uncertainty of residence, sans-papiers, asylum seekers, refugees, resident permit, legal status, psychosocial determinants, psychosocial problems, physical health, mental health, health behavior, social support, qualitative research

\* Dieses Forschungsprojekt wurde vom Bundesamt für Gesundheit mit dem Vertrag Nr. 03.001058 im Rahmen der Bundesstrategie «Migration und Gesundheit 2002–2007» unterstützt.





## Résumé

Ce travail empirique ayant pour base une approche axée sur les ressources permet d'examiner la relation, jusqu'ici peu explorée, intervenant entre le statut de séjour et la santé psychosociale des migrants. Sur une période de trois mois, des entretiens ont été effectués avec vingt migrants de la ville de Zurich, puis évalués au moyen d'une méthodologie qualitative. L'interrogation centrale était: l'insécurité liée au statut de séjour constitue-t-elle, dans la perception des migrants, un facteur de risque pour leur santé psychosociale? L'analyse a montré que la majorité des migrants perçoivent leur statut de séjour précaire comme un élément influençant défavorablement leur santé psychosociale. L'influence négative qu'un statut incertain exerce sur la santé est d'autant plus grande que les ressources externes du migrant sont faibles. Une situation de séjour peu sûre s'accompagne de si nombreuses difficultés que le migrant ne dispose pas, au niveau de sa santé, des ressources internes suffisantes pour se protéger. Au sens de la promotion de la santé, il est de fait recommandé de laisser les personnes concernées le moins longtemps possible dans l'incertitude quant à leur statut de séjour et de leur faire parvenir un soutien extérieur ciblé tout au long de la période en question.

## Sintesi

Il presente lavoro empirico, incentrato sulle risorse, serve ad esplorare il nesso, finora poco indagato, tra lo statuto di residenza e la salute psicosociale dei migranti. Sull'arco di tre mesi sono state effettuate interviste a venti migranti stabilitisi a Zurigo che sono state in seguito valutate mediante un metodo qualitativo. La domanda centrale era la seguente: la precarietà dello statuto di residenza, così come percepita dai migranti, rappresenta un fattore di rischio per la loro salute psicosociale? Dalla valutazione è emerso che la maggioranza dei migranti percepiscono la precarietà del loro statuto di residenza incerto come un pregiudizio alla salute psicosociale. Minori sono le risorse esterne dei migranti, maggiore è l'influsso negativo che uno statuto incerto può avere sulla loro salute. Di conseguenza, una situazione di precarietà legata allo statuto di residenza implica difficoltà tali da rendere impossibile l'utilizzazione di risorse interne a favore della salute. Ai fini della promozione della salute è pertanto raccomandabile limitare al minimo la durata di tale precarietà, fornendo un sostegno mirato esterno durante questo periodo.

## Summary

This empirical study, which is based on a resource-oriented approach, explores the relationship between the residence status of migrants and their psychosocial health, which has so far been underresearched. Interviews were carried out with twenty migrants in the city of Zurich over a period of three months, and analysed using qualitative methodology. The central question was: Do migrants perceive insecurity about residence status as a risk factor for their psychosocial health? The evaluation shows that the majority of the migrants perceive their uncertain residence status as being hazardous for their psychosocial health. The fewer the external resources available to a migrant, the more damaging the health effect of uncertain status becomes. An insecure residence situation is associated with so many difficulties that available internal health resources are overwhelmed. For the promotion of health it is therefore recommended that affected persons be left in such uncertainty for as short a period as possible, and that targeted external support is given to them during the period of insecurity.

## 1 Einleitung

*«Ich glaube, das ist ein Grundbedürfnis für die Menschen, die Sicherheit.»*

[Esra, 43, Türkei]

Die Gesundheitssituation der Migrationsbevölkerung ist aufgrund der Heterogenität dieser Bevölkerungsgruppe äusserst komplex. Einen Einfluss auf diese Komplexität hat ein Faktor, welcher bei Einheimischen wegfällt: der Aufenthaltsstatus. Der negative Einfluss eines unsicheren Aufenthaltsstatus auf die Gesundheit wird in der Literatur und von Fachpersonen immer wieder bestätigt. Jedoch existieren zum Zeitpunkt dieser Untersuchung kaum Studien, die diesen Einfluss näher beschreiben oder belegen. Ausgehend von einer salutogenetischen Perspektive, gewichteten die Autorinnen den gesundheitserhaltenden Umgang der befragten Migrantinnen mit den meist sehr schwierigen Lebensbedingungen. Aus Gründen der Vertrauensbildung (gleiches Geschlecht von Interviewerinnen und Probandinnen), wegen der zunehmenden Feminisierung der Migration und wegen des generell schlechteren Gesundheitszustandes der weiblichen Migrationsbevölkerung wurde die Untersuchung nur mit Frauen durchgeführt.

Die Studie soll zu einer besseren und begründeten Kenntnis über den Zusammenhang zwischen einem unsicheren Aufenthaltsstatus bei Migrantinnen und ihrer psychosozialen Gesundheit beitragen. Sie soll aufzeigen, wie die nach Aufenthaltsstatus variierenden Umweltressourcen mit den individuellen Ressourcen der Migrantinnen interagieren und welchen Einfluss diese Interaktionen auf die Gesundheit ausüben.

## 2 Vorgehen / Methodik

### 2.1 Wahl der Methodik

Die Arbeit hat den Anspruch, ein bisher wenig untersuchtes Thema zu explorieren – dazu sind qualitative Methoden gut geeignet. Es soll also nicht ein *quantitativer* Beleg für das generelle Gesundheitsrisiko eines unsicheren Status geliefert werden, sondern das Thema wird auf einer *qualitativen* Ebene angegangen. Die subjektive Wahrnehmung von einzelnen Betroffenen wird untersucht und beschrieben. Somit ist der vorgefundene Zusammenhang zwischen Aufenthaltsstatus und Gesundheit nicht auf die Gesamt-Migrationsbevölkerung verallgemeinerbar, sondern müsste in weiteren Studien umfassend quantitativ erhoben werden. Zu diesem Zweck wurden aus den vorliegenden Ergebnissen Hypothesen entwickelt.

### 2.2 Fragestellungen

1. Stellt die Unsicherheit des Aufenthaltsstatus in der subjektiven Wahrnehmung der Migrantinnen einen Risikofaktor für ihre psychosoziale Gesundheit dar?
2. Über welche Ressourcen verfügen die Migrantinnen, um mit ihrer Lebenssituation umzugehen?
  - 2.1 Unterscheiden sich diese Ressourcen je nach Sicherheit des Aufenthaltsstatus?
  - 2.2 In welchem Zusammenhang stehen die subjektive Gesundheit, die Ressourcen und die Sicherheit des Aufenthaltsstatus?
3. Wie gehen die Migrantinnen mit der Unsicherheit des Aufenthaltsstatus um?

- 3.1 Wie gehen die Migrantinnen, welche die Unsicherheit des Aufenthaltsstatus als gesundheitsgefährdend wahrnehmen, mit dieser Unsicherheit um?
- 3.2 Wie gehen die Migrantinnen, welche die Unsicherheit des Aufenthaltsstatus *nicht* als gesundheitsgefährdend wahrnehmen, mit dieser Unsicherheit um?
4. Welchen Schwierigkeiten und Hindernissen begegnen die Migrantinnen in ihrem Alltag?

### 2.3 Stichprobe

Die Autorinnen gelangten mit Hilfe von folgenden Personen/ Institutionen an ihre Stichprobe: Caritas Zürich; Asyl-Organisation Zürich; Zürcher Freiplatzaktion; Missione católica española; ENAIP; FIF; Infodona; einem Arzt; einem Rechtsanwalt und zwei Privatpersonen. Die Befragung von Migrantinnen aus *verschiedenen* Kulturen diente der Minimierung eines kulturbedingten Einflusses auf die Ergebnisse; die vorgefundene Verteilung war zufällig.

**Tabelle 1:** Stichprobe, sortiert nach Sicherheit des Aufenthaltsstatus

Sicherheit des Status	Aufenthaltsstatus	Name*	Alter	Herkunftsland	
1	Sicher	B**	Yasemin	33	Türkei
2		B**	Maria	39	Peru
3		C	Latifete	32	Kosovo
4		C	Gracia	36	Kolumbien
5		Eingebürgert	Erica	43	Peru
6		Eingebürgert	Esra	43	Türkei
7	Mittel	B**	Adela	39	Chile
8		B**	Suwanna	23	Thailand
9		B**	Shanna	30	Litauen
10	Unsicher	Sans-Papier	Janaina	28	Brasilien
11		Sans-Papier	Rosanna	42	Peru
12		Sans-Papier	Margarida	38	Kolumbien
13		Sans-Papier	Dolores	33	Ecuador
14		N	Séraphine	32	Kongo
15		N	Fatima	32	Irak
16		F	Asha	50	Somalia
17		F	Assana	46	Somalia
18		F	Barisa	53	Bosnien-Herzegowina
19		B/ohne**	Habie	40	Kosovo
20		B/ohne**	Claire	43	Kamerun

\* Pseudonyme

\*\* Unterscheidung der B-Bewilligung:

Sicher: wenn mit Schweizer verheiratet oder anerkannte Flüchtlingsfrau

Mittel: in unsicherer Partnerschaft / in Trennung; mit Ausländer verheiratet und/ oder von Arbeitsstelle abhängig

Unsicher: am Warten auf Verlängerung

### 2.4 Verfahren

Die Datenerhebung wurde mittels *problemzentrierter Interviews* durchgeführt. Die Strukturierung der Interviews mittels eines von den Autorinnen entwickelten halbstrukturierten Interviewleitfadens, der sich unter anderem an der «migrationsspezifischen Anamnese» von Flubacher (1997) orientiert, diente dem Setzen von Redeimpulsen. Durch das Formulieren offener Fragen ohne vorgegebene Antwortkategorien wurde den Migrantinnen ermöglicht, ihre persönliche Sichtweise in das Gespräch einzubringen. Der Leitfaden umfasste folgende Themenschwerpunkte: Aufenthaltsstatus und rechtliche Situation in der Schweiz; Aufnahme und Integration in der Schweiz; Gesundheit: physisches und psychisches Wohlbefinden / sexuelle und reproduktive Gesundheit / Gesundheitswissen und -verhalten / Inanspruchnahme des Schweizer Gesundheitssystems; Arbeits- und Lebenssituation; soziales Netzwerk; persönliche Ressourcen.

Die Interviews wurden wenn möglich in der Muttersprache der Probandinnen durchgeführt – sechs Interviews wurden auf Deutsch gehalten, bei zehn Interviews wurden professionelle *Sprachmittlerinnen* eingesetzt. Diese wurden über den HEKS-Linguadukt-Dolmetscherdienst rekrutiert. Allen Interviewpartnerinnen wurde die Anonymität zugesichert.

### 2.5 Datenanalyse

Als Hilfsmittel zur Auswertung der Texte wurde das Computerprogramm MAXqda verwendet. Das Programm dient nicht der Analyse, sondern der blossen *Strukturierung* und *Organisation* der Textdaten. Auf einem Codierbaum wurden alle für die Fragestellungen relevanten Codes festgelegt. Die Codierung der einzelnen Textpassagen erleichterte die Verwaltung der grossen Textmenge. Die Formulierung der Ergebnisse erfolgte durch die Zusammenfassung relevanter Aussagen und deren Illustration durch Zitate.

## 3 Resultate

### 3.1 Ergebnisse Fragestellung 1

Von den zwanzig interviewten Migrantinnen haben *sechzehn* ihren jetzigen oder ehemals unsicheren Aufenthaltsstatus als Risikofaktor für ihre psychosoziale Gesundheit erlebt. Alle Migrantinnen ausser einer, die je selbst in einem *unsicheren* Status waren bzw. immer noch sind, nehmen diesen als ihre psychosoziale Gesundheit beeinflussend wahr. Demgegenüber waren jene Frauen, die nie in einer unsicheren Aufenthaltssituation waren, subjektiv gesund, d.h., der Aufenthaltsstatus hatte keine Auswirkung auf ihre Gesundheit.

Es zeigte sich, dass sich die gesundheitsbeeinträchtigende Wirkung eines ungewissen Aufenthaltes als Erstes und ausgeprägter auf die *psychische* Gesundheit auswirkt. Die physische Angeslagenheit – psychosomatische Struktur aufweisend – beginnt sich später zu entwickeln, zunehmend, je länger die Betroffenen in grosser Unsicherheit verweilen.

### 3.2 Ergebnisse Fragestellung 2

Unter dieser Frage wurden die Ressourcen jeder einzelnen Frau beschrieben. Dabei unterschieden die Autorinnen drei verschiedene Arten von Ressourcen:

■ *Interne personale Ressourcen:* zum Beispiel Optimismus, Glaube, Selbstwirksamkeit, Selbständigkeit.

■ *Externe psychosoziale Ressourcen:* zum Beispiel Liebe, Anerkennung, Unterstützung (durch Partner/Familie, Freundinnen und Freunde, Organisationen).

■ *Gesundheitsverhalten:* positives Gesundheitsverhalten wie bewusste Ernährung, Sport, Entspannung. Negatives Gesundheitsverhalten wie übermässiger Tabak-, Alkohol- oder Medikamentenkonsum. Umgang mit Unwohlsein und Schmerzen.

#### Ergebnisse Fragestellung 2.1

Da die *internen personalen Ressourcen* eine grosse Zeit- und Situationsstabilität aufweisen, werden sie erst unter Fragestellung 3 näher betrachtet, wo es um darum geht, inwieweit die Ressourcen den Migrantinnen beim Umgang mit den Herausforderungen des Lebens helfen können.

*Externe psychosoziale Ressourcen:* Ein Vergleich der externen Ressourcen zwischen den drei Aufenthaltskategorien zeigt, dass die Ressourcen sehr individuell verteilt sind. Es gibt in

jeder Kategorie sowohl Frauen, welche über gute psychosoziale Ressourcen verfügen, als auch solche, bei welchen diese Ressourcen weniger oder gar nicht vorhanden sind. Jedoch fällt auf, dass die *Unterstützung durch den Partner* ungleich verteilt ist. So ist die Mehrheit der Frauen, welchen ihre Partnerschaft und Familie grossen Halt gibt, in einer sicheren Aufenthaltssituation.

*Gesundheitsverhalten:* Frauen in unsicherer Aufenthaltssituation weisen zwei Unterschiede zum Rest der Stichprobe auf: Sie zeigen ein positiveres Gesundheitsverhalten (weniger Tabak- und Alkoholkonsum) und scheinen sehr auf ihre Gesundheit bedacht zu sein. Andererseits sind sie aus finanziellen Gründen in ihrem Gesundheitsverhalten sehr eingeschränkt.

#### *Ergebnisse Fragestellung 2.2*

Die Ergebnisse entsprechen dem zu erwartenden Bild, dass in den meisten Fällen die Unsicherheit des Aufenthaltsstatus unabhängig von den Ressourcen mit einer negativ erlebten subjektiven Gesundheit einhergeht.

Insbesondere fällt auf, dass die Frauen, welche unter mangelnder Unterstützung durch den Partner leiden, ihren unsicheren Aufenthaltsstatus als die psychische Gesundheit beeinflussend erleben. Die einzige Migrantin, welche in unsicherem Status lebt und diesen nicht als gesundheitsgefährdend wahrnimmt, lebt in einer tragenden Partnerschaft.

### **3.3 Ergebnisse Fragestellung 3**

#### *Ergebnisse Fragestellung 3.1*

Die Gruppe der Frauen, die ihren Status als Bedrohung für ihre Gesundheit wahrnimmt, weist vielfältigste interne Ressourcen auf. Diese reichen von «Glaube an Gott» über «Optimismus» und «Ich-Stärke» bis hin zu «Selbständigkeit im Alltag».

Auffallend ist, dass fast alle diese Migrantinnen ohne stabile Partnerschaft leben. Die meisten lebten in der Vergangenheit oder leben heute noch in Beziehungen mit Männern, die sie psychisch und/oder physisch misshandeln. Sie können also keine Unterstützung durch eine Zweierbeziehung erwarten.

#### *Ergebnisse Fragestellung 3.2*

Die zwei Migrantinnen, welche die Unsicherheit ihres Status *nicht* als ihre Gesundheit beeinflussend erleben, berichten über reiche interne *und* externe Ressourcen. Beide sind optimistische, selbständige Frauen, denen ihr Glaube an Gott und eine tragende Beziehung mit dem Ehemann viel Unterstützung bieten.

### **3.4 Ergebnisse Fragestellung 4**

Die von den Migrantinnen in ihrem Alltag erlebten Schwierigkeiten zeigten sich klar beeinflusst von der (Un-)Sicherheit des jeweiligen Aufenthaltsstatus. Die aufenthaltsrechtlichen Bestimmungen wirkten sich eindeutig auf den Lebens-, Handlungs- und Entfaltungsspielraum aller interviewten Migrantinnen und von deren Kindern aus. Neben seiner einschränkenden Wirkung macht ein unsicherer Status angreifbar, bringt Betroffene schnell in Abhängigkeitsverhältnisse und verunmöglicht ihnen jegliche Zukunftsperspektive. Dies zeigte sich bezüglich Erwerbs-, Wohn- und Ausbildungssituation, bezüglich Gesundheitswesen und der Kinder. Die Frauen erleben infolge ihrer unsicheren Lage Schwierigkeiten in weit ausgeprägterem Ausmass als Migrantinnen in sicheren aufenthaltsrechtlichen Verhältnissen. Gemäss den Ergebnissen müssen Menschen

in einer unsicheren Aufenthaltssituation als vulnerable Bevölkerungsgruppe bezeichnet werden. Diese Vulnerabilität gilt auch für die Anfälligkeit auf physische und psychische Beeinträchtigungen.

## **4 Diskussion**

### **4.1 Diskussion der Fragestellung 1**

Der Befund, dass sich ein unsicherer Aufenthaltsstatus als Erstes auf der Ebene der psychischen Gesundheit manifestiert, bevor er sich auf die physische Gesundheit auswirkt, unterstreicht die Tatsache, dass die Psyche auf innere und äussere Einflüsse sensibel reagiert. Dieses Wissen könnte gezielt zur Gesundheitsförderung eingesetzt werden. Denn durch das rechtzeitige Erkennen und Wahrnehmen von psychischen Reaktionen kann ihrer Steigerung zu psychiatrischen Störungsbildern und Somatisierungen vorgebeugt werden (vgl. Scharfetter, 1996). Es gilt also einerseits, das Bewusstsein von Hausärzten und medizinischem Personal für psychische Reaktionen zu stärken und zu schulen. Andererseits untermauert dieser Befund die Bedeutung von Gesundheitsdienstleistungen im psychologischen Bereich.

### **4.2 Diskussion der Fragestellung 2**

Fragestellung 2 wird nicht diskutiert, da deren Auswertung lediglich der Beschreibung und Aufzählung der verschiedenen Ressourcen diene. Die dabei gefundenen Ressourcen sind sehr individuell und unterscheiden sich nicht von Ressourcen der «Einheimischen».

#### *Diskussion der Fragestellung 2.1*

*Externe psychosoziale Ressourcen:* Aus den untersuchten Fällen geht hervor, dass Frauen ohne gesicherte Aufenthaltslage der Möglichkeit beraubt werden, die durch die Migration abhanden gekommene psychosoziale Unterstützung neu aufzubauen. Um die Gesundheit von Frauen in unsicherer Aufenthaltslage präventiv zu schützen, muss den Migrantinnen beim Aufbau externer Ressourcen geholfen werden. Dazu ist sowohl die Unterstützung bestehender als auch das Erschaffen neuer Netzwerke sinnvoll. Andererseits muss es den Frauen ermöglicht werden, solche Netzwerke zu nutzen. Dazu sollte ihre finanzielle Situation verbessert und die Betreuung der Kinder sichergestellt sein.

*Gesundheitsverhalten:* Die Ergebnisse drängen das Bild auf, dass Migrantinnen in unsicherem Status noch mehr um ihre Gesundheit besorgt sind als die Frauen mit sicherer Bewilligung. Es kann ein Zusammenhang mit der Tatsache vermutet werden, dass bei den «unsicheren Frauen» viel mehr von ihrer Gesundheit abhängt als bei «sicheren Frauen». Da bei Frauen mit unsicherem Status mehr auf dem Spiel steht (gesundheitliche Probleme können bei ihnen oftmals existenzielle Folgen haben), erleben diese beinahe einen «Zwang» zu guter Gesundheit.

Der Grund, warum Migrantinnen mit unsicherem Status trotz grosser Bemühungen oft nicht ausreichend für ihre Gesundheit sorgen können, ist ihre schlechte finanzielle Lage. Es ist also nicht fehlendes Wissen, welches die grössten Unterschiede im Gesundheitsverhalten ausmacht, sondern die *finanzielle Situation* der Migrantinnen (infolge des unsicheren Status).

### *Diskussion der Fragestellung 2.2*

Aufgrund der fehlenden Unterstützung durch eine Partnerschaft ist eine Frau vulnerabler gegenüber der Unsicherheit des Aufenthaltsstatus. Deshalb erleben Frauen, die in keiner oder in einer zerrütteten Partnerschaft leben, ihren unsicheren Aufenthaltsstatus auf der psychischen Ebene als bedrohlicher als Frauen, die in einer stabilen Partnerschaft leben. Die Unsicherheit des Aufenthaltsstatus kommt *nicht* mit einer negativ erlebten subjektiven Gesundheit einher, wenn bei einer Migrantin folgende Bedingungen erfüllt sind:

- wenn genügend soziale Unterstützung vorhanden ist;
- wenn eine stabile, tragende Partnerschaft vorhanden ist;
- wenn optimale selbst eingeschätzte personale Ressourcen vorhanden sind und
- wenn aus all diesen positiven Ressourcen ein positives Gesundheitsverhalten resultiert.

### **4.3 Diskussion der Fragestellung 3**

#### *Diskussion der Fragestellung 3.1*

Es kann davon ausgegangen werden, dass die unsichere Aufenthaltssituation die Frauen in eine dermassen prekäre Lage bringt, dass sie ihre gut entwickelten internen Ressourcen nicht gesundheitsschützend nutzen können. Dies führt zu folgender Annahme:

Migrantinnen mit einem unsicheren Aufenthaltsstatus können ihre vorhandenen personalen Ressourcen nicht als Schutz für ihre Gesundheit einsetzen. Deshalb nehmen auch Frauen mit gut ausgeprägten internen Ressourcen ihre unsichere Bewilligung als gesundheitsschädigend wahr.

#### *Diskussion der Fragestellung 3.2*

Auch diese Ergebnisse stützen die Vermutung, dass gut entwickelte interne *und* externe Ressourcen nötig sind, damit eine Migrantin ihre unsichere Situation als nicht krankmachend erlebt. Es sollten Rahmenbedingungen geschaffen werden, die es den Frauen erleichtern, einerseits ihre vorhandenen internen Ressourcen besser zu nutzen, andererseits vermehrt externe Ressourcen aufzubauen.

### **4.4 Diskussion der Fragestellung 4**

Der schwierige Alltag, wie ihn die befragten Migrantinnen in unsicherer Aufenthaltssituation schilderten, steht nicht in Einklang mit der der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung zugrunde liegenden Chancengleichheit. Bereits in der Ottawa-Charta wurde formuliert, dass Gesundheitsförderung auch die Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik, die Schaffung gesunder Lebenswelten, die Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen und die Neuorientierung der Gesundheitsdienste beinhaltet. Während diese Neuorientierung (Öffnung für Migrationsbevölkerung) bei den Gesundheitsdiensten spürbar ist, scheint das Bewusstsein für die Wichtigkeit der Lebenswelt für die Gesundheitsförderung von Migrantinnen und Migranten vor allem im politischen Bereich minim zu sein.

## **5 Empfehlungen**

Es folgen einige ausgewählte Empfehlungen an das Bundesamt für Gesundheit, welche die Autorinnen aufbauend auf den Ergebnissen formulierten. (Die Empfehlungen richten sich indirekt auch an andere Stellen, z.B. das Bundesamt für Flüchtlinge.)

### **5.1 Sicherheit des Aufenthaltsstatus verbessern**

Der vorgefundene negative Einfluss eines unsicheren Aufenthaltsstatus auf die psychosoziale Gesundheit impliziert im Sinne des WHO-Zieles «Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert», die Sicherheit aller unsicheren und mittel sicheren Bewilligungen möglichst zu verbessern (v.a. legale Bewilligung für Sans-Papiers und Bewilligung B für vorläufig Aufgenommene nach einer gewissen Anzahl Jahre in der Schweiz). Es kann davon ausgegangen werden, dass so Kosten im Gesundheitsbereich gespart werden können.

### **5.2 Verfahren beschleunigen**

Sämtliche Verfahren, welche die Aufenthaltsbewilligung betreffen, sollten beschleunigt werden, damit möglichst schnell Klarheit bezüglich des Verbleibes entsteht. Die rasche Bearbeitung von Asylanträgen wäre präventiv sehr wirksam. Auch den Migrantinnen und Migranten, die jahrelang mit Bewilligung F in der Schweiz leben, oder jenen, die ebenso lange auf die Verlängerung des B-Ausweises warten, wäre damit gesundheitlich gedient.

### **5.3 Zugang zum Arbeitsmarkt verbessern**

Eine Arbeitsstelle hat, indem sie zum Spracherwerb, zum Knüpfen sozialer Kontakte, zu Selbständigkeit und finanzieller Unabhängigkeit beiträgt, einen bemerkenswerten Einfluss auf die Gesundheit. Deshalb sollte der Zugang von Migrantinnen zum Arbeitsmarkt generell verbessert werden.

### **5.4 Privatleben schützen, Partnerschaften stützen**

Der Befund, dass externe Ressourcen, insbesondere eine intakte Partnerschaft, einen sehr positiven Einfluss auf das subjektive Gesundheitsempfinden von Migrantinnen haben, betont die Bedeutung von Gesetzen und Angeboten, die das Privatleben dieser Frauen schützen und eingewanderte Paare oder bikulturelle Ehen unterstützen. Auch wenn die Abhängigkeit der migrierten Ehefrau vom Schweizer Partner nicht ganz aus der Welt geschafft werden kann, sollte immerhin dem Abhängigkeitsgefälle innerhalb einer bikulturellen Ehe Rechnung getragen werden. Angebote wie interkulturelle Paartherapien sind zu institutionalisieren. Das neue Ausländergesetz sollte vermehrt Möglichkeiten zu individuellen Freiräumen und Rückzug beinhalten (d.h. Rückzug des/der Betroffenen in Krisensituationen z.B. durch das Mieten einer eigenen Wohnung oder die Trennung vom gewalttätigen Partner, ohne dass damit die Aufenthaltsbewilligung in der Schweiz gefährdet wird).

### **5.5 Zugang von Sans-Papiers zum Gesundheitswesen regeln**

Die gesundheitliche Versorgung von Migrantinnen und Migranten muss unabhängig von der Sicherheit ihres Aufenthaltsstatus gewährleistet sein. Um Sans-Papiers den Zugang zum Gesundheitswesen zu erleichtern, raten die Autorinnen zu einer Gesundheitskarte, wie sie Winizki (2002) vorschlägt.

Versicherte würden als anonyme Nummern bei einer eidgenössischen Kasse gemeldet und erhielten eine Karte mit ihren Daten auf einem Magnetstreifen. Sie wären gegen Bezahlung eines geringen Selbstbehaltes grundversichert und könnten Gesundheitsdienste ohne Angst vor Ausschaffung nutzen.

### 5.6 Behandlungszeit als Gesundheits- und Kostenfaktor

Die Auswertung der Interviews hat klar gezeigt, dass eine anteilnehmende, wertschätzende, nicht unter Zeitdruck stehende Haltung eines Arztes einen positiven Einfluss auf das subjektive Gesundheitsempfinden von Migrantinnen hat. Die Verrechnung jeder Minute des Arztbesuches (siehe Tarmed) setzt finanziell schwache Personen, wie es Migrantinnen oft sind, unter Druck. Auch Ärzte fühlen sich unter Umständen nicht mehr frei, so viel Zeit wie nötig für eine Konsultation einzusetzen. Deshalb ist die Konklusion «Je kürzer die Behandlungszeit, desto grösser die Kostenersparnisse» langfristig kurzsichtig.

### 5.7 Transparenz bei Kosten und Behandlung

Klarere Information über den preislichen Rahmen von Gesundheitsdienstleistungen, damit schlecht Bemittelte ihr Budget besser einteilen können. Verständlichere Bezeichnung der beanspruchten Leistungen auf der Rechnung.

### 5.8 Fremdsprachige Psychotherapeuten

Schulung fremdsprachiger transkultureller Psychotherapeuten. Denn Dolmetscherdienste haben dort ihre Grenzen, wo es um länger dauernde Behandlungen geht, in denen eine tiefe zwischenmenschliche Beziehung aufgebaut werden soll.

### 5.9 Trennung von Aufenthaltsstatus und Erwerbssituation

Vor allem vorläufig Aufgenommene berichten, schon über Jahre in einem Teufelskreis zu sein: Ihr Aufenthaltsstatus ist ihnen ein Hindernis, eine Arbeitsstelle zu finden – ohne selbständiges Arbeiten erhalten sie keine bessere Aufenthaltsbewilligung. Hier werden zwei Faktoren voneinander abhängig gemacht, die alleine schon einen negativen Einfluss auf die Gesundheit haben. Durch ihre Verknüpfung verstärkt sich der gesundheitsschädigende Einfluss.

### 5.10 Ausbildungssituation

Bei einigen interviewten Migrantinnen zeigte sich ein grosses Lernbedürfnis und ein grosser Lernwille. Diese – wie auch die häufige Überqualifikation von Migrantinnen und Migranten – sind brachliegende Ressourcen. Es könnten Studien in Auftrag gegeben werden, welche untersuchen, wie Lernbedürfnis, Lernwille und Überqualifikationen von Migrantinnen und Migranten sinnvoll gefördert und in die Arbeitswelt einbezogen werden können.

## 6 Referenzen

- Bundesamt für Gesundheit, 2002: Migration und Gesundheit. Strategische Ausrichtung des Bundes 2002–2006 [online]. Available: [www.suchtund aids.bag.admin.ch/imperia/md/content/migration/strategie/4.pdf](http://www.suchtund aids.bag.admin.ch/imperia/md/content/migration/strategie/4.pdf). [2003, 25. Juli].
- Flubacher, P., 1997: Ausländische Patienten in der hausärztlichen Praxis: Unlösbare Probleme für Arzt und Patient? *Praxis* 86 (19): 811-816.
- Scharfetter, Ch., 1996: Allgemeine Psychopathologie. Eine Einführung. 4. Aufl. York: Thieme.
- Winizki, D., 2002: Schattenmedizin für Menschen ohne Aufenthalts- und Arbeitsbewilligung. *Grundversorgung für «Sans Papiers»*. *Sozmed* 3/02: 54-55.

Korrespondenzadresse:

Brigitte Hunkeler  
Obermülistrasse 65  
8320 Fehraltorf  
E-Mail: [brigittehunkeler@gmx.ch](mailto:brigittehunkeler@gmx.ch)

Eva Müller  
Albisstrasse 140  
8038 Zürich  
E-Mail: [eva@lacigale.ch](mailto:eva@lacigale.ch)

# Inanspruchnahme stationär-psychiatrischer Versorgung durch SchweizerInnen und AusländerInnen im Kanton Zürich 1995–2002\*

Ulrich Frick (1), (2), Ralph Lengler (1), Martin Neuenschwander (3), Jürgen Rehm (1), (4), Corina Salis Gross (1), (5)



## Zusammenfassung

**Hintergrund:** Über die psychische Gesundheit der AusländerInnen in der Schweiz existieren lediglich Studien mit subjektiven Befragungsdaten.

**Ziel:** Gewinnung deskriptiver versorgungsepidemiologischer Daten zur psychischen Gesundheit von AusländerInnen im Vergleich zur Schweizer Wohnbevölkerung in einem grösseren Schweizer Kanton über einen längeren Zeitraum.

**Methoden:** Bestimmung von alters-, geschlechts- und gemeindespezifischen Hospitalisierungsraten für Ausländer und Schweizer aufgrund eines psychiatrischen Fallregisters für die Jahre 1995 bis 2002.

**Ergebnisse:** Ausländer beider Geschlechter im mittleren Lebensalter (35–49 Jahre) sowie junge ausländische Frauen (< 35 Jahre) zeigen ein klar niedrigeres Niveau an Hospitalisierungen und einen Anstieg der Raten parallel zur schweizerischen Bevölkerung. Junge ausländische Männer (< 35 Jahre) und ältere ausländische Männer (50+ Jahre) gleichen sich in den Hospitalisierungsraten bis 2002 weitgehend dem Risiko der Einheimischen an. Ausländische Frauen ab 50 Jahren überholten in jüngster Zeit die schweizerischen Frauen in der Hospitalisierungsraten.

**Schlüsse:** Ein möglicher «Healthy Migrant»-Effekt tritt vermutlich zeitnah zum Migrationsereignis auf. Bei Ausländern mit langer Aufenthaltsdauer oder in der zweiten Generation verliert sich dieser Effekt, wobei für ausländische Frauen mit längerer Aufenthaltsdauer in der Schweiz möglicherweise eine spezifische Risikokonstellation mit einer erhöhten psychiatrischen Inanspruchnahme einhergeht. Junge Frauen könnten mit erheblichen Zugangsbarrieren (familiärer und struktureller Art) konfrontiert sein.

**Key Words:** migration, mental health, health system utilization, population trends, gender health

---

\* Dieses Forschungsprojekt wurde vom Bundesamt für Gesundheit mit dem Vertrag Nr. 03.001542 im Rahmen der Bundesstrategie «Migration und Gesundheit 2002–2007» unterstützt.

(1) Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung, Zürich

(2) Fachhochschule Technikum Kärnten, Österreich

(3) vormals Arbeitsgruppe Public Mental Health, Psychiatrische Universitätsklinik, Zürich; jetzt: Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung, Zürich

(4) University of Toronto, Canada

(5) Institut für Sozialanthropologie der Universität Bern



## Résumé

*Contexte:* Concernant la santé psychique des étrangers en Suisse, il existe uniquement des études comportant des données subjectives tirées d'enquêtes.

*Objectif:* Recueil de données descriptives en matière d'épidémiologie des soins concernant la santé psychique des étrangers en comparaison à celle des autochtones dans un canton suisse d'assez grande taille pour une période significative.

*Méthodes:* Détermination des taux d'hospitalisation des étrangers et des Suisses selon l'âge, le sexe et la commune, en se fondant sur une statistique psychiatrique couvrant les années 1995 à 2002.

*Résultats:* Les étrangers, hommes et femmes, d'âge moyen (35 à 49 ans) ainsi que les jeunes femmes étrangères (moins de 35 ans) sont bien moins souvent hospitalisés et ont connu une augmentation des taux d'hospitalisation parallèle à celle de la population suisse. Les jeunes hommes étrangers (moins de 35 ans) et les plus âgés (plus de 50 ans) ont été exposés à un risque d'hospitalisation comparable à celui des Suisses jusqu'en 2002. Les femmes étrangères de 50 ans et plus ont récemment atteint un taux d'hospitalisation similaire à celui des femmes suisses.

*Conclusions:* L'effet du travailleur en bonne santé a peut-être joué un rôle pour les personnes qui ont migré récemment. Pour les étrangers arrivés depuis longtemps ou ceux de la deuxième génération, cet effet devient nul; en outre, les femmes étrangères dont la durée de séjour en Suisse est assez longue sont exposées à une constellation de risques comportant une plus forte probabilité de recours à une aide psychiatrique. Les jeunes femmes pourraient être confrontées à des difficultés d'accès considérables (d'ordre familial et structurel).

## Sintesi

*Contesto:* la tematica della salute psichica degli stranieri in Svizzera è trattata unicamente in studi basati su dati soggettivi rilevati mediante sondaggi.

*Obiettivo:* acquisizione di dati descrittivi in materia di epidemiologia dei trattamenti concernenti la salute psichica di stranieri comparati con quelli relativi alla popolazione di nazionalità svizzera di un grande Cantone e riferiti ad un periodo lungo.

*Metodologia:* determinazione dei tassi di ospedalizzazione specifici a seconda dell'età, dell'appartenenza sessuale e del Comune, per stranieri e Svizzeri in base a un registro psichiatrico dei casi per gli anni dal 1995 al 2002.

*Risultati:* gli stranieri di media età (35-49 anni) di entrambi i sessi e le giovani donne straniere (< 35 anni) sono ospedalizzati con una frequenza nettamente inferiore e l'aumento del tasso è parallelo a quello della popolazione svizzera. Fino al 2002 il tasso di ospedalizzazione degli uomini stranieri giovani (< 35 anni) e meno giovani (50+ anni) era per lo più simile a quello degli autoctoni. Recentemente le donne straniere a partire dai 50 anni hanno superato le donne svizzere per quanto riguarda il tasso di ospedalizzazione.

*Conclusioni:* si può presumere che un possibile effetto «Healthy Migrant» si produca poco dopo il momento della migrazione. Tale effetto sembra tuttavia scomparire quando la durata di soggiorno degli stranieri è prolungata o nel caso di immigrati della seconda generazione; inoltre è possibile che le donne straniere con una lunga durata di soggiorno in Svizzera siano esposte a una costellazione di rischi specifici che comportano un aumento del ricorso a cure psichiatriche. Giovani straniere potrebbero essere confrontate con seri ostacoli (di natura familiare e strutturale) all'accesso.

## Summary

*Background:* Mental health of the migrant population in Switzerland so far was only described using survey data with subjective assessment.

*Aims:* To determine population-based trends of psychiatric hospital utilization for the Swiss and non-Swiss population living in one of the larger cantons of Switzerland, Zurich, over an 8-year period.

*Method:* Using the psychiatric case registry of the canton of Zurich, trends of population-based hospitalization rates in psychiatric institutions were calculated stratified by sex, age and community.

*Results:* Middle-aged men and women of the non-Swiss population displayed a significantly lower though increasing level of psychiatric hospitalizations. Young foreign females showed the same trend. Young males (of the second generation) and older males had a sharper increase of hospitalization rates during the observation period that equaled those of the respective Swiss age groups. Non-Swiss females aged 50+ reached a level of psychiatric hospitalizations that outperformed the level of their Swiss counterparts in 2002.

*Conclusion:* Evidence for a healthy migrant effect is probably restricted to the time shortly after migration. For foreigners with longer stay or second generation migrants, this effect can no longer be observed. Females with a longer stay in Switzerland seem to face a specific living condition associated with an increased risk of psychiatric hospitalization. Young females could be confronted with significant barriers to access (of a family-related and structural nature).

## 1 Einleitung

Mit einem Anteil von 21,7% der ausländischen Bevölkerung an der Wohnbevölkerung im Jahr 2003 (Heiniger et al., 2004) gehört die Schweiz zu den Ländern Europas mit dem relativ höchsten Ausländeranteil. Die Raten schwanken dabei sehr stark zwischen maximal 37,8% im Kanton Genf und minimal 8,2% im Kanton Uri; der Kanton Zürich liegt mit 22,0% nahe beim gesamtschweizerischen Durchschnitt (Statistisches Amt, 2003). Typischerweise leben die in der Schweiz wohnenden Ausländer schon sehr lange im Lande (36% seit mindestens 15 Jahren (Heiniger et al., 2004). Der hohe Ausländeranteil und die lange Aufenthaltsdauer werden auch über die sehr niedrigen Einbürgerungsraten in den schweizerischen Kantonen (z.B. Zürich 1,8% jährlich im Vergleich zu 3,0% im EU-Durchschnitt (ohne, 2000)) vermittelt. In der politischen Bewältigung der besonderen Lebenssituation von Ausländern wird von einem schlechteren Gesundheitszustand bei der ausländischen Bevölkerung ausgegangen, der auch eine verbesserte Responsivität des schweizerischen Gesundheitssystems auf die besonderen Bedürfnisse dieses Bevölkerungsteils erfordert.

Zur psychischen Gesundheit von MigrantInnen existieren (in der Schweiz wie andernorts) bislang nur wenige Untersuchungen (Weiss, 2003). Dieser Umstand lässt sich wohl zurückführen auf die grosse Heterogenität, welche Migrationsprozesse vor, während und nach dem Faktum des Wohnsitzwechsels annehmen können. Zudem wird generell festgestellt, dass für den Erhalt der psychosozialen Gesundheit juristische, strukturelle und gesellschaftliche Bedingungen im Migrationsprozess und in den Aufnahmelandern ausschlaggebend sind. Diese variieren erheblich (Weiss, 2003). Zu den nachweislichen Belastungen nach der Ankunft im Zielland gehörte für die ausländische Bevölkerung im Kanton Zürich beispielsweise die in den späten 90er-Jahren drei- bis fünffach höhere Arbeitslosenquote in Zeiten der wirtschaftlichen Rezession (Diethelm et al., 1999). Im Vorfeld manifester psychiatrischer Erkrankungen existieren für die Schweiz in diesem Zusammenhang Daten aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung, inwieweit sich MigrantInnen im psychischen Wohlbefinden von der schweizerischen Bevölkerung unterscheiden: Demnach fühlten sich die SchweizerInnen im Jahr 2002 psychisch schlecht ausgeglichen zu 19,5% (Männer: 18,8% Frauen: 20,1%), während AusländerInnen die entsprechende Frage klar häufiger mit 25,9% (Männer: 23,7% Frauen: 28,2%) für sich bejahten (Tabelle P36D in: Heiniger et al., 2004). Diese höhere psychische Belastung von Ausländern in der Schweiz ist allerdings nicht verbunden mit einer einheitlich höheren Inanspruchnahme von stationär-psychiatrischen Leistungen. Im Vergleich zum gesamtschweizerischen Ausländeranteil an der Wohnbevölkerung von über 20% ist in der Population der stationären psychiatrischen Behandlungen in der Schweiz nur ein Ausländeranteil von 16,6% zu beobachten (vgl. Christen & Christen, 2003, für die Jahre 1998–2000).

Neben der Gesamtzahl an stationären Behandlungen ist aber auch die Art der Diagnosen in der Regel abweichend (Weiss, 2003). Für die Schweiz wurden solche veränderten Diagnosenzusammensetzungen innerhalb der behandelten ausländischen PatientInnen in stationärer Psychiatrie für alle drei Sprachregionen berichtet: Für das Tessin nennen Testa-Mader

et al., 2003, für das Jahr 1995 höhere Hospitalisierungsraten bei nicht italienischen männlichen Ausländern für F2-Diagnosen (ICD10-Code für Schizophrenien) und eine höhere Hospitalisierungsraten bei nicht italienischen Frauen hinsichtlich substanzgebundener Abhängigkeitsstörungen (F1-Diagnosen). Demgegenüber sahen Baleydiere und Kollegen in Genf weniger Alkoholstörungen, weniger Persönlichkeitsstörungen und mehr affektive Erkrankungen, als im Vergleich zur schweizerischen Patientenpopulation zu erwarten gewesen wäre (Baleydiere et al., 2003). Für den Kanton Zürich 1995 bis 2001 gelangen Lay und Mitarbeiter zu der differenzierteren Aussage, dass MigrantInnen aus Bosnien und aus der Türkei in der Inanspruchnahmepopulation bei alkoholbezogenen Störungen unterrepräsentiert, aber südeuropäische und osteuropäische MigrantInnen klar überrepräsentiert sind, während Anpassungs- und Belastungsstörungen (F4-Diagnosen) vor allem in der Patientengruppe aus Ex-Jugoslawien und der Türkei deutlich überrepräsentiert sind (Lay et al., 2005). Affektive Erkrankungen (F3-Diagnosen) und Persönlichkeitsstörungen (F6-Diagnosen) unterscheiden sich dagegen in Zürich weniger deutlich nach regionaler Herkunft (vgl. Tabelle 2 im genannten Artikel). Für die Genfer und die Zürcher Studie bleibt festzuhalten, dass nicht das Hospitalisierungsrisiko populationsbezogen ausgewertet wurde, sondern lediglich die Inanspruchnahmepopulationen mit dem Diagnosemix der schweizerischen PatientInnen verglichen wurden.

Vor diesem Hintergrund nimmt sich die vorliegende Studie zum Ziel, die Gesamtzahl aller stationären psychiatrischen Behandlungen populationsbezogen zwischen SchweizerInnen und AusländerInnen im bevölkerungsreichsten Kanton der Schweiz erstmals über einen längeren Zeitraum hinweg zu verfolgen. Es soll untersucht werden, ob stationär-psychiatrische Behandlungen insgesamt bei SchweizerInnen und bei in der Schweiz wohnhaften AusländerInnen unterschiedlich häufig sind, und ob sich nach Geschlecht, Alter, Herkunftsland und Sozialstruktur des Wohnortes charakteristische Muster der stationären Inanspruchnahme beobachten lassen. Dadurch können für die Schweiz erstmals zeitliche Trends im Vergleich dieser Bevölkerungsgruppen nachvollzogen werden.

## 2 Stichproben und Methoden

Stationäre psychiatrische Behandlungen werden im Kanton Zürich seit dem Jahr 1995 von allen regionalen Grundversorgungskliniken, seit 1998 auch von einigen (kleineren) zunächst noch nicht beteiligten Spezialversorgern (vor allem im Suchtbereich) der Arbeitsgruppe Public Mental Health an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich gemeldet. Die Wohnorte der stationären PatientInnen werden mit der Postleitzahl registriert, aus der sich in der überwiegenden Zahl aller Fälle die Herkunftsgemeinde zuordnen lässt. Für Postleitzahlen innerhalb der Stadt Zürich wurde eine Gebietsunterteilung anhand der 12 Stadtkreise vorgenommen.

Populationsbezogene Auswertungen wurden analog zur Nationalitäten-Einteilung der amtlichen Bevölkerungsstatistik lediglich nach Schweizer/Nichtschweizer unterschieden, Auswertungen der Patientendaten dagegen mit einer genaueren Unterscheidung der Herkunftsländer. Das Aufnahmealter der



PatientInnen wurde in drei Gruppen unterteilt, um einerseits auch bei kleineren Gemeinden noch ausreichend Fälle für eine altersspezifische Analyse zu erhalten, und um andererseits erwartbare kurvilineare Risikoverläufe im Altersgang abbilden zu können. Die Grenzen für die Altersgruppen wurden nahe an den Terzilen der Patientenpopulation, und zugleich aber entlang der nächsten 5-Jahre-Gruppe der Bevölkerungsdaten vorgenommen. Konkret wurden daher PatientInnen bis unter 35 Lebensjahre, 35–49-jährige PatientInnen und PatientInnen im Lebensalter ab 50 Jahren in die drei Altersgruppen «jung», «mittel» und «alt» unterteilt.

Auf Ebene der Gemeinden des Kantons Zürich lagen für die Jahre 1995 bis 2002 die Daten für die Wohnbevölkerung (zivilrechtlicher Wohnsitzbegriff) nach Geschlecht und in 5-Jahre-Gruppen vor. Von den rund 1,2 Millionen Einwohnern des Kantons Zürich lebten 2002 gut 330'000 innerhalb des Stadtgebiets Zürich. Neben den 170 politischen Gemeinden des Kantons (Stadt Zürich nicht mitgerechnet) wurden auch die 12 Stadtkreise Zürichs in den nachfolgenden Analysen als Beobachtungs- und Zählseinheiten für die gemeindebezogenen Analysen getrennt berechnet (n=182).

Aus den Daten des statistischen Amtes der Stadt Zürich können für die Jahre 1995 bis 2002 die 5-Jahre-Altersklassen der Wohnbevölkerung nach Geschlecht, Nationalität (Schweizer/Nichtschweizer) und Stadtkreis unterschieden werden. Für die 170 restlichen politischen Gemeinden lag die Information für die Nationalität detailliert aufgrund der Volkszählungsdaten 1990 und 2000 zu zwei Zeitpunkten vor. Daher wurde eine Schätzung des alters- und geschlechtsspezifischen Ausländeranteils pro Gemeinde durch lineare Interpolation für die Jahre 1995 bis 1999 vorgenommen. Die absoluten Zahlen für die ausländische Wohnbevölkerung wurden anschliessend aus den bekannten alters- und geschlechtsspezifischen Zahlen mittels der geschätzten Anteile berechnet.

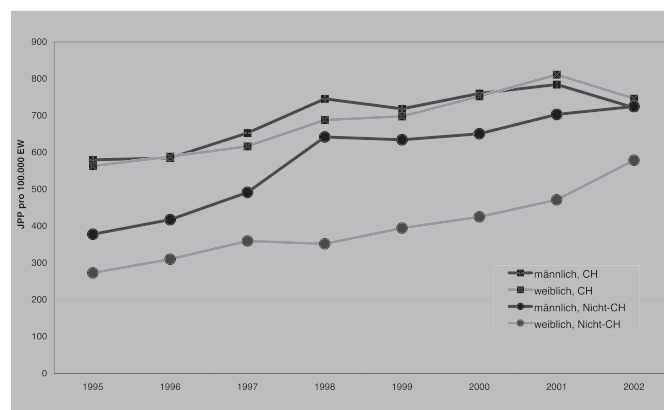
### 3 Resultate

Zwischen 1995 und 2002 ist die Erkrankungshäufigkeit (Jahrespatientenprävalenzen [JPP] pro 100'000 Einwohner) innerhalb der schweizerischen Wohnbevölkerung im Kanton Zürich um 19,7% bei den Männern und um 24,5% bei den Frauen gestiegen. Das Ausgangsniveau der JPP lag bei Männern bei rund 580 jährlichen Hospitalisierungen pro 100'000 Einwohner, das der schweizerischen Frauen knapp tiefer mit 563 Hospitalisierungen. Bis zum Jahr 2002 ist diese Rate (nach einem Allzeit-Hoch im Jahr 2001) bei Männern auf 721 Hospitalisierungen, bei Frauen auf 746 jährliche Hospitalisierungen pro 100'000 Einwohner gestiegen. Damit ist das Risiko in jüngster Zeit also für inländische Frauen grösser als das für inländische Männer in Zürich.

Für die ausländischen PatientInnen mit Wohnsitz im Kanton Zürich lag das Ausgangsniveau im Jahre 1995 deutlich unterhalb der schweizerischen Rate bei lediglich 378 Hospitalisierungen (Männer) bzw. bei 273 jährlichen Hospitalisierungen bei Frauen pro 100'000 Einwohner. In der ausländischen Wohnbevölkerung ist also das Hospitalisierungsrisiko sehr viel deutlicher zwischen den Geschlechtern ungleich verteilt. Für

das Jahr 1995 lagen die Raten der Männer mit schweizerischer Staatsbürgerschaft um 2,9% über der von Schweizer Frauen. Ausländische Männer dagegen haben 1995 eine um 38,4% höhere Hospitalisierungsrate als ausländische Frauen erfahren. Dieser Geschlechtsunterschied verringerte sich etwas bis zum Jahr 2002, bleibt aber mit 25,2% sehr gross. Die Hospitalisierungsrate ausländischer Frauen hat sich bis 2002 um 52,8% auf 579 Hospitalisierungen pro 100'000 Einwohner (EW) erhöht, diejenige der Männer wuchs etwas schwächer um 47,9% auf 725 Hospitalisierungen. Damit liegen ausländische Männer bezüglich ihrer stationär-psychiatrischen Behandlungen im Kanton Zürich in jüngster Zeit auf gleicher Höhe mit den schweizerischen Männern. Abbildung 1 verdeutlicht diese Entwicklung.

**Abbildung 1:** Verlauf der jährlichen Patientenprävalenzraten im Kanton Zürich 1995 bis 2002. Psychiatrische Hospitalisierungen nach Nationalität und Geschlecht



Die Alterszusammensetzung der ausländischen und der schweizerischen Wohnbevölkerung unterscheidet sich (Bentz, 2003). Zur Vermeidung von interpretativen Artefakten wurde daher in Tabelle 1 die Entwicklung der Hospitalisierungsraten bei AusländerInnen und SchweizerInnen nach Altersgruppen unterteilt dargestellt. Demzufolge haben bei den Männern die Nicht-Schweizer bis zum Jahr 2002 in der jungen Altersgruppe (< 35 J.) in ihrem Hospitalisierungsrisiko die schweizerischen Männer knapp überholt, und zwar aufgrund eines sehr deutlichen Anstieges der JPP um 95% in acht Jahren (verglichen mit 15% bei den Schweizern dieser Altersgruppe). Im Jahr 2002 liegen sie im Niveau um 11% über ihren schweizerischen Altersgenossen. Die männlichen Ausländer zwischen 35 und 49 Jahren haben die höheren Hospitalisierungsraten der schweizerischen Männerbevölkerung in Zürich dagegen noch nicht erreicht: Sie liegen mit 883 Hospitalisierungen pro 100'000 Einwohner nur bei 82% des Risikos ihrer schweizerischen Altersgenossen, obwohl auch sie ein sehr starkes Wachstum der stationären Inanspruchnahme gezeigt haben (110% in 8 Jahren verglichen mit 27,5% im selben Zeitraum). Die älteren Ausländer haben in acht Jahren ihr Hospitalisierungsniveau «nur» um rund 56% gesteigert und liegen mit 533 JPP pro 100'000 Einwohner auf einem Niveau von 92% der Schweizer Männer (deutlicher Anstieg zwischen 1995 und 2002 um 35%).

**Table 1:** Jahrespatientenprävalenzen (pro 100'000 EW) nach Nationalität, Geschlecht und Altersgruppe

Jahr	Schweizer/innen						Ausländer/innen					
	Männer			Frauen			Männer			Frauen		
	< 35 J.	35-49 J.	50+ J.	< 35 J.	35-49 J.	50+ J.	< 35 J.	35-49 J.	50+ J.	< 35 J.	35-49 J.	50+ J.
1995	581	799	428	446	689	611	382	397	343	190	393	376
1996	580	788	453	439	712	668	445	404	363	232	497	321
1997	636	887	517	478	743	680	513	523	395	256	536	453
1998	732	1033	569	568	887	692	705	707	393	270	481	435
1999	684	1008	565	594	922	670	692	685	417	349	534	359
2000	710	1051	622	639	965	740	680	781	401	333	562	525
2001	757	1046	637	699	1099	752	699	903	444	378	644	524
2002	668	1018	579	658	1056	651	743	833	533	426	703	867
<b>Durchschnitt</b>	<b>668</b>	<b>957</b>	<b>548</b>	<b>564</b>	<b>887</b>	<b>683</b>	<b>609</b>	<b>662</b>	<b>413</b>	<b>308</b>	<b>551</b>	<b>488</b>
Wachstum über 8 Jahre in %	15,0	27,5	35,1	47,6	53,3	6,6	94,6	109,6	55,6	124,0	79,0	131,0

Für die Ausländerinnen sind die Ergebnisse völlig anders: Hier überholten in den acht Beobachtungsjahren die Frauen über 50 Jahre mit einem Wachstum von insgesamt 131% ihre schweizerischen Altersgenossinnen ganz deutlich hinsichtlich der stationären Behandlungen in der Psychiatrie: Mit 867 Hospitalisierungen pro 100'000 Einwohner liegen sie im Jahr 2002 um 33% über der Inanspruchnahme von Schweizerinnen, deren Wachstum in der Hospitalisierungsrate bei lediglich 6,6% in acht Jahren (mit einem leichten Rückgang am Ende der Beobachtungsperiode) lag. Die jüngeren (< 35 Jahre sowie 35-49 Jahre) Altersgruppen sind trotz eines deutlichen Anstiegs ihrer Inanspruchnahme (um 124% bzw. 79%) im Jahr 2002 immer noch deutlich vom Niveau der schweizerischen Altersgenossinnen entfernt. Sie kommen jeweils nur auf rund zwei Drittel der Hospitalisierungszahlen von Schweizerinnen gleichen Alters. Für Ausländerinnen ist im Jahr 2002 erstmals und bislang einzig kein kurvilinearer Zusammenhang zwischen Lebensalter und psychiatrischem Hospitalisierungsrisiko zu erkennen, sondern es gilt: je älter, umso höher die Jahrespatientenprävalenz.

Die regionalen Unterschiede zwischen den verschiedenen Gemeinden als Lebensorte wurden anhand der sozialräumlichen Gemeindekategorisierung des Bundesamts für Statistik untersucht. Im Durchschnitt der Jahre 1995 bis 2002 ergaben sich die Ergebnisse der Tabelle 2. Zentrumsgemeinden weisen sowohl bei den Männern wie bei den Frauen die deutlich höchsten Jahrespatientenprävalenzen auf. An zweiter Stelle liegen bei männlichen Schweizern und Nicht-Schweizern, wie bei den schweizerischen Frauen, die Arbeitsplatzgemeinden. Die geringsten Inanspruchnahmen entstehen in ländlichen Ge-

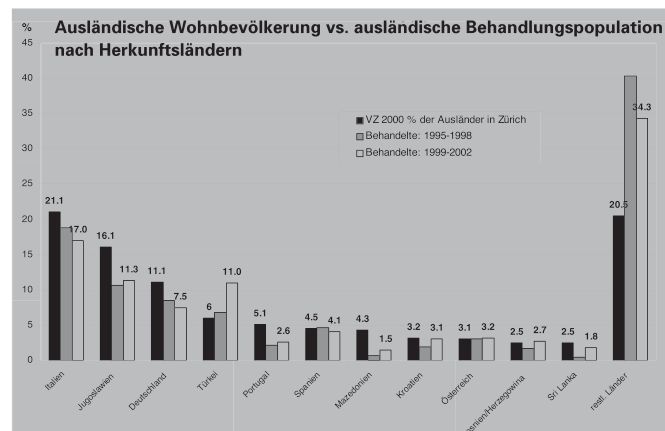
meinden, sowohl bei SchweizerInnen wie bei AusländerInnen. In reichen Gemeinden hatten schweizerische Frauen ein um 17% höheres Hospitalisierungsrisiko als schweizerische Männer, während es in Zentrumsgemeinden für schweizerische Frauen nur 93% des männlichen Hospitalisierungsrisikos betrug. In periurbanen Wohngemeinden erreichten ausländische Männer ein um rund 50 Hospitalisierungen (pro 100'000 EW) höheres Risiko als schweizerische Männer, ansonsten lagen ausländische Männer bezüglich ihres Hospitalisierungsrisikos jeweils unterhalb der männlichen Schweizer. Die Unterschiede zwischen den Inanspruchnahmen von Ausländern und Schweizern sind bei beiden Geschlechtern in Zentrumsgemeinden am grössten, dort lag das Hospitalisierungsrisiko von ausländischen Männern und Frauen am tiefsten im Vergleich mit der Hospitalisierungsquote von SchweizerInnen. Es sind speziell die mittleren Altersgruppen der AusländerInnen, die hier nur 47% des Hospitalisierungsrisikos von Schweizern bzw. 41% des Hospitalisierungsrisikos von Schweizerinnen in Zentrumsgemeinden zeigten (eigene Berechnung ohne gesonderte Tabellierung in dieser Arbeit).

Die Zusammensetzungen der Nationalitäten der ausländischen Wohnbevölkerung des Kantons Zürich und der Inanspruchnahmepopulationen 1995-1998 versus 1999-2002 weichen bedeutsam voneinander ab (Abbildung 2): Von den elf wichtigsten

**Table 2:** Hospitalisierungsraten 1995-2002 nach Regionalstruktur, Geschlecht und Nationalität

Gemeindetyp laut Klassifikation BfS	Männer		Frauen		Insgesamt
	CH	Nicht-CH	CH	Nicht-CH	
Ländliche Gemeinde	283	197	289	154	279
Periurbane Wohngemeinde	349	406	329	217	337
Gemischte Gemeinde	489	484	453	337	463
Arbeitsplatzgemeinde	569	520	568	339	536
Suburbane Wohngemeinde	529	451	546	357	511
Reiche Gemeinde	447	371	524	272	463
Zentrumsgemeinde	1088	705	1009	489	924

**Abbildung 2:** Relative Anteile der 11 wichtigsten Herkunftsländer bei der ausländischen Wohnbevölkerung und den stationär-psychiatrischen Behandlungen von Ausländern im Kanton Zürich vor und nach 1999.



Herkunftsländern der ausländischen Wohnbevölkerung (laut Volkszählung 2000, vgl. Bentz, 2003, Tabelle 1) sind Italiener, Ex-Jugoslawen, Deutsche, Portugiesen und Mazedonen sowohl in der Behandlungspopulation der Jahre 1995–1998 wie auch in derjenigen aus den Jahren 1999–2002 klar unterrepräsentiert. Drastisch überrepräsentiert sind dagegen die aus den sonstigen Ländern in die Schweiz migrierten Ausländer sowie insbesondere nach 1999 die türkischen Staatsbürger.

Auf dem Aggregationslevel von 182 Gebietseinheiten (170 Gemeinden und die 12 Stadtkreise in Zürich) verhalten sich die Hospitalisierungsrisiken der schweizerischen Bevölkerung über Alters- und Geschlechtsgruppen hinweg durchwegs ähnlich (siehe Pearson-Korrelationen der JPP in Tabellen 3 und 4). Dies gilt sowohl für die Jahre 1995 wie 2002. Für den schweizerischen Bevölkerungsteil ist also eine zeitlich stabile Risikokumulierung in bestimmten Gemeinden bzw. Stadtkreisen feststellbar. Für die ausländische Wohnbevölkerung ist jedoch der Wohnort kein über die Alters- und Geschlechtsgruppen hinweg systematischer «Risikofaktor»: die Korrelationen der JPP sind (mit einer einzigen Ausnahme) im Zufallsbereich. Die Risikoverteilung für Nicht-Schweizer folgt eher dem regionalen Muster für Schweizer, als dass ein eigenes regionales Risikoprofil für Nicht-Schweizer entstände.

Der ökologische Zusammenhang zwischen den gemeindebezogenen Indikatoren Arbeitslosenquote und Erwerbsquote und dem psychiatrischen Hospitalisierungsrisiko innerhalb derselben Gemeinde ist für den schweizerischen Bevölkerungsanteil zwar nicht sehr hoch ausgeprägt, im Kanton Zürich aber (insbesondere im Jahr 1999, vgl. Tabelle 5) doch substantiell feststellbar. Für die ausländische Bevölkerung ist eine vergleichba-

re Systematik aber nicht feststellbar. Bei der Interpretation von Tabelle 5 ist zu beachten, dass die Stadt Zürich keine Arbeitslosen- bzw. Erwerbsquoten nach Stadtkreisen ausweist und daher in Tabelle 5 die zugrunde liegende Stichprobe die 170 Gemeinden ohne die Stadt Zürich darstellt.

## 4 Diskussion

Mit der vorliegenden Arbeit können in einem wichtigen Kanton der Schweiz erstmalig zeitliche Trends der Inanspruchnahme stationärpsychiatrischer Leistungen von AusländerInnen und SchweizerInnen alters- und geschlechtsspezifisch nachvollzogen werden. Für die stationäre Psychiatrie ergibt sich in den acht Beobachtungsjahren ein deutlicher Wandel im Hospitalisierungsrisiko: Für junge (< 35 J.) und alte (50+ J.) ausländische Männer ist eine starke Angleichung in den Hospitalisierungsrisiken von Ausländern und Schweizern festzustellen. Dagegen weisen ausländische Männer im Alter zwischen 35 und 49 Jahren eine zwar wachsende, aber stabil unterhalb der schweizerischen Inanspruchnahme liegende Hospitalisierungsrate auf. Psychische Erkrankungen sind in diesem Lebensabschnitt bei beiden Geschlechtern am häufigsten. Auch bei Frauen entwickelte sich die Hospitalisierungsrate im mittleren Lebensalter parallel zwischen Ausländerinnen und Schweizerinnen nach oben. Dasselbe gilt für junge Frauen. Aber bei älteren Frauen (50+ J.) haben im Jahr 2002 die ausländischen Frauen erstmals die Schweizerinnen in der Hospitalisierungsrate überholt.

Ob mit der Entwicklung zu mehr stationären Behandlungen einer erhöhten Morbidität in der Bevölkerung Rechnung ge-

**Tabelle 3:** Pearson-Korrelation der alters-, geschlechts- und nationalitätenspezifischen JPP in 170 Gemeinden und 12 Stadtkreisen im Jahre 1995.

1995	CH Männer jung	CH Männer mittel	CH Männer alt	CH Frauen jung	CH Frauen mittel	CH Frauen alt	Nicht-CH M. jung	Nicht-CH M. mittel	Nicht-CH M. alt	Nicht-CH F. jung	Nicht-CH F. mittel	Nicht-CH F. alt
<b>CH-Männer jung</b>	1	0,413(**)	0,186(*)	0,258(**)	0,414(**)	0,071	0,136	-0,007	0,143	0,024	0,187(*)	-0,008
<b>CH Männer mittel</b>	0,413(**)	1	0,249(**)	0,393(**)	0,427(**)	0,142	0,145	-0,026	0,150(*)	0,117	0,126	0,117
<b>CH Männer alt</b>	0,186(*)	0,249(**)	1	0,231(**)	0,196(**)	0,174(*)	0,1	-0,026	0,214(**)	-0,013	0,139	0,059
<b>CH Frauen jung</b>	0,258(**)	0,393(**)	0,231(**)	1	0,396(**)	0,128	0,048	-0,054	0,356(**)	-0,013	0,087	0,055
<b>CH Frauen mittel</b>	0,414(**)	0,427(**)	0,196(**)	0,396(**)	1	0,179(*)	0,207(**)	-0,001	0,144	0,063	0,388(**)	-0,02
<b>CH Frauen alt</b>	0,071	0,142	0,174(*)	0,128	0,179(*)	1	0,036	0,002	0,076	-0,02	0,145	-0,002
<b>Nicht-CH Männer jung</b>	0,136	0,145	0,1	0,048	0,207(**)	0,036	1	-0,03	0,005	0,061	0,069	0,025
<b>Nicht-CH Männer mittel</b>	-0,007	-0,026	-0,026	-0,054	-0,001	0,002	-0,03	1	-0,026	-0,005	0,085	-0,01
<b>Nicht-CH Männer alt</b>	0,143	0,150(*)	0,214(**)	0,356(**)	0,144	0,076	0,005	-0,026	1	0,005	-0,003	-0,019
<b>Nicht-CH Frauen jung</b>	0,024	0,117	-0,013	-0,013	0,063	-0,02	0,061	-0,005	0,005	1	0,091	-0,014
<b>Nicht-CH Frauen mittel</b>	0,187(*)	0,126	0,139	0,087	0,388(**)	0,145	0,069	0,085	-0,003	0,091	1	0,027
<b>Nicht-CH Frauen alt</b>	-0,008	0,117	0,059	0,055	-0,02	-0,002	0,025	-0,01	-0,019	-0,014	0,027	1

**Tabelle 4:** Pearson-Korrelation der alters-, geschlechts- und nationalitätenspezifischen JPP in 170 Gemeinden und 12 Stadtkreisen im Jahre 2002.

2002	CH Männer jung	CH Männer mittel	CH Männer alt	CH Frauen jung	CH Frauen mittel	CH Frauen alt	Nicht-CH M. jung	Nicht-CH M. mittel	Nicht-CH M. alt	Nicht-CH F. jung	Nicht-CH F. mittel	Nicht-CH F. alt
<b>CH Männer jung</b>	1	0,343(**)	0,251(**)	0,219(**)	0,288(**)	0,272(**)	0,038	-0,002	0,173(*)	0,166(*)	0,300(**)	-0,007
<b>CH Männer mittel</b>	0,343(**)	1	0,281(**)	0,411(**)	0,399(**)	0,214(**)	0,122	-0,011	-0,052	0,106	-0,02	-0,011
<b>CH Männer alt</b>	0,251(**)	0,281(**)	1	0,158(*)	0,174(*)	0,186(*)	0,093	0,065	0,274(**)	0,095	-0,055	-0,032
<b>CH Frauen jung</b>	0,219(**)	0,411(**)	0,158(*)	1	0,255(**)	0,191(**)	0,018	0,094	-0,055	0,141	-0,043	0,086
<b>CH Frauen mittel</b>	0,288(**)	0,399(**)	0,174(*)	0,255(**)	1	0,369(**)	0,002	0,067	-0,05	0,061	-0,023	0,084
<b>CH Frauen alt</b>	0,272(**)	0,214(**)	0,186(*)	0,191(**)	0,369(**)	1	0,013	0,044	-0,046	0,220(**)	-0,045	0,071
<b>Nicht-CH Männer jung</b>	0,038	0,122	0,093	0,018	0,002	0,013	1	-0,032	-0,039	0,111	-0,009	-0,03
<b>Nicht-CH Männer mittel</b>	-0,002	-0,011	0,065	0,094	0,067	0,044	-0,032	1	0,180(*)	0,026	-0,033	-0,022
<b>Nicht-CH Männer alt</b>	0,173(*)	-0,052	0,274(**)	-0,055	-0,05	-0,046	-0,039	0,180(*)	1	-0,051	-0,015	0,026
<b>Nicht-CH Frauen jung</b>	0,166(*)	0,106	0,095	0,141	0,061	0,220(**)	0,111	0,026	-0,051	1	-0,015	-0,029
<b>Nicht-CH Frauen mittel</b>	0,300(**)	-0,02	-0,055	-0,043	-0,023	-0,045	-0,009	-0,033	-0,015	-0,015	1	-0,02
<b>Nicht-CH Frauen alt</b>	-0,007	-0,011	-0,032	0,086	0,084	0,071	-0,03	-0,022	0,026	-0,029	-0,02	1

tragen wird oder ob die höhere Inanspruchnahme die Folge von geringeren (objektiven oder subjektiven) Zugangsschwellen für die psychiatrischen Behandlungen oder veränderten Behandlungsgewohnheiten darstellt, kann aus den Registerdaten der kantonalen Entlassungsstatistik nicht entschieden werden. Immerhin gilt zumindest für depressive Erkrankungen eine positive Korrelation zwischen stationärer Inanspruchnahme und bevölkerungsbezogener Morbidität als erwiesen. Andererseits sind aber steigende Inanspruchnahmeraten in anderen Behandlungssystemen (z.B. Niederlande) klar auf einen früheren Behandlungsbeginn im Lebenszyklus von psychisch Erkrankten und eine insgesamt bessere Zugänglichkeit stationärer Angebote zurückgeführt worden. Beide Trends können für Zürich mangels epidemiologischer Surveys mit standardisierter Beurteilung der psychischen Morbidität, wie sie z.B. für Deutschland existieren, als Erklärung nicht ausgeschlossen werden. Für die Schweiz wäre weiter abzuklären, inwiefern sich durch den Strukturwandel im Versorgungsangebot (Reduktion der Bettenzahlen, kürzere Aufenthaltsdauer) allenfalls auch ein Drehtüreffekt einstellt, der sich auch in den Ergebnissen der vorliegenden Studie bemerkbar macht.

Dass sich im Verlauf der Beobachtungsperiode gerade junge und ältere männliche Ausländer in ihren Hospitalisierungsraten den schweizerischen Altersgenossen annäherten, könnte eine Folge der sozialen Integration in einem doppelten Sinne sein: Bei jungen männlichen Ausländern handelt es sich in verstärktem Masse um schon in der Schweiz geborene Ausländer der zweiten Generation. Bei alten Ausländern ist die Aufenthaltsdauer in der Schweiz ebenfalls verlängert, weil der lebensgeschichtliche Zeitpunkt der Einwanderung in die Schweiz meist

im jüngeren Erwachsenenalter liegt (Heiniger et al., 2004). Bei den Männern mittleren Alters wäre die geringere psychiatrische Hospitalisierung dann ein sogenannter «Healthy Migrant»-Effekt (Wingate & Alexander, 2006). Asylsuchende und deren verschlechterter psychischer Gesundheitszustand (Weiss, 2003) sind unter der ausländischen Wohnbevölkerung Zürichs mit 2,1% nämlich klar eine kleine Minderheit (Bentz, 2003). Das Phänomen des Rückgangs des Healthy-Migrant-Effekts bei längerer Aufenthaltsdauer im Zielland wird in der internationalen Literatur im somatischen Bereich zurzeit intensiv diskutiert. Es wird dabei angesprochen, dass die längere Aufenthaltsdauer (mit vollzogener Integration) zu verstärkten Konflikten mit den Erwartungen der Herkunftsgemeinschaft führen kann und dies dann einen gesundheitsschädigenden Einfluss nimmt. Generell wird auch davon ausgegangen, dass längere Erfahrungen mit Rassismen und Diskriminierungen ursächlich beteiligt sein könnten (Wingate & Alexander 2006). Umgekehrt könnte für unsere Ergebnisse auch argumentiert werden, dass sich für die Ausländer mit kurzem Aufenthalt in der Schweiz erhebliche Zugangsbarrieren (sei es aufgrund mangelnder Integration oder aufgrund von Barrieren im Gesundheitswesen selber) stellen, so dass sie im Krankheitsfall gar nicht zu einer (allenfalls notwendigen Hospitalisation) kommen. Für eine differenzierte Antwort auf diese Interpretationsstränge wäre weitere Forschung notwendig.

Wenn unsere Hypothese einer Angleichung psychischer Behandlungsraten durch soziale Integration bei den Männern zutrifft, dann kann daraus für die jungen ausländischen Frauen abgeleitet werden, dass die Angleichung ihrer Inanspruchnahmen an die gleichaltrigen Schweizerinnen derzeit

**Tabelle 5:** Zusammenhang (Pearson-Korrelation) des psychiatrischen Hospitalisierungsrisikos mit kommunalen Erwerbsindikatoren in den Jahren 1995, 1999 und 2002 in 170 kantonalen Gemeinden (ohne Stadt Zürich)

Indikator für JPP			Korrelation 1995 mit Indikator		Korrelation 1999 mit Indikator		Korrelation 2002 mit Indikator	
Nationalität	Geschlecht	Altersgruppe	Arbeitslosen- quote	Erwerbsquote	Arbeitslosen- quote	Erwerbsquote	Arbeitslosen- quote	Erwerbsquote
CH	Männer	< 35 J.	0,105	0,021	.195(*)	0,008	0,106	-.177(*)
CH	Männer	35–49 J.	.257(**)	-0,068	.228(**)	0,047	.157(*)	-0,059
CH	Männer	50+ J.	0,036	-0,102	0,031	-0,085	-0,004	-0,09
CH	Frauen	< 35 J.	.273(**)	0,135	.314(**)	0,024	.159(*)	-0,048
CH	Frauen	35–49 J.	.253(**)	.234(**)	0,122	-0,128	.181(*)	-0,026
CH	Frauen	50+ J.	-0,006	-0,049	.243(**)	-0,054	0,061	-0,103
Nicht-CH	Männer	< 35 J.	.196(*)	.188(*)	.151(*)	0,042	0,023	0,069
Nicht-CH	Männer	35–49 J.	0,082	0,119	-0,033	-0,054	-0,036	.164(*)
Nicht-CH	Männer	50+ J.	0,054	0,058	0,018	-0,03	-0,049	0,08
Nicht-CH	Frauen	< 35 J.	-0,028	-0,064	0,130	-.162(*)	0,029	-0,012
Nicht-CH	Frauen	35–49 J.	0,093	0,127	0,120	-0,035	-0,059	-0,018
Nicht-CH	Frauen	50+ J.	0,136	-0,022	.222(**)	0,069	-0,008	-0,04

noch weit weniger gewährleistet erscheint als bei den jungen ausländischen Männern. Auch hier stellen sich wieder analoge Fragen wie oben angeführt (Wingate & Alexander, 2006). Für die älteren ausländischen Frauen könnte man ebenfalls eine nicht vollzogene Integration in die Schweizer Gesellschaft vermuten, allerdings im gegenläufigen Sinne: Denn der sonst übliche Altersgang mit geringeren psychiatrischen Hospitalisierungsraten im höheren Alter hat sich bei den ausländischen Frauen verflüchtigt, und sie überholen sowohl das Risiko der mittelalten ausländischen Frauen wie das Hospitalisierungsrisiko der älteren Schweizerinnen. Möglicherweise wird hier ein zeitlicher Akkumulierungseffekt eines längeren Aufenthalts in der Schweiz bei einer persistierenden Belastungssituation speziell für Frauen deutlich. Die im Kanton Zürich wohnenden ausländischen Frauen arbeiten deutlich häufiger (Erwerbsquote 1990 war 54,9% im Vergleich zu 44% bei Schweizerinnen, vgl. Diethelm et al., 1999). Die Art der Beschäftigungsverhältnisse ist sowohl im Vergleich zu den ausländischen Männern wie auch zur weiblichen schweizerischen Bevölkerung deutlich anders (Schwerpunkte im Gastgewerbe, bei persönlichen Dienstleistungen und im Gesundheitswesen; vgl. Tab. 3.31 bei Diethelm et al., 1999). Es fehlen bislang epidemiologische Erkenntnisse über die spezifischen Belastungen dieser älteren Migrantinnengruppe und deren Auswirkungen.

## 5 Empfehlungen

Für die Forschung ergeben sich u.a. folgende zwei Schwerpunkte, die weiter verfolgt werden sollten:

Dem Phänomen des Rückgangs des Healthy-Migrant-Effekts mit längerer Aufenthaltsdauer oder in der zweiten Generation ist brisant, weil es u.a. auch die strukturellen Effekte von Zugangsbarrieren und Diskriminierungen im gesellschaftlichen Rahmen wie auch im Gesundheitswesen selber thematisiert. International wird im Bereich der somatischen Medizin dieser Thematik vermehrt Beachtung geschenkt. Hier bestehen für die Schweiz und für den Bereich des Mental Health Forschungslücken. Dabei geht es vor allem um die Ausdifferenzierung und Belegung von verschiedenen möglichen Interpretationssträngen.

Unklar bleibt bei der hier vorgelegten Analyse, inwieweit Rückwanderungen speziell von psychisch erkrankten MigrantInnen mittlerer Altersstufen mit dazu beigetragen haben könnten, dass die Hospitalisierungsraten in diesen Altersgruppen im Vergleich zur schweizerischen Bevölkerung zeitlich jeweils geringer ausfallen. Immerhin entfielen im Jahr 2003 auf 1000 Zuwanderungen 517 Rückwanderungen in der Schweiz, davon über 50% in den ersten fünf Aufenthaltsjahren (Heiniger et al., 2004). Nur ein auf der Verlaufsbeobachtung von Individuen basierendes Gesundheitsmonitoring von Migrant/innen könnte hier Klarheit schaffen.

Aus den Analysen ergeben sich drei Zielgruppen, für die sich im Bereich Mental Health im Zusammenhang mit ihrem Migrationsstatus besondere Konsequenzen aufdrängen:

a) *Jüngere und ältere Männer mit Migrationshintergrund*  
Migranten, die jünger als 35 Jahre alt sind oder 50 Jahre und älter haben in der Zeit zwischen 1995 und 2002 einen zuvor feststellbaren Anteil geringerer psychiatrischer Hospitalisierungen nahezu gänzlich verloren.

#### b) Jüngere Frauen mit Migrationshintergrund

Bei den jüngeren Frauen mit Migrationshintergrund ist die Angleichung ihrer Inanspruchnahmegewohnheiten an die gleichaltrigen Schweizerinnen derzeit noch weit weniger gewährleistet als bei den jungen ausländischen Männern.

#### c) Ältere Frauen mit Migrationshintergrund

Frauen mit Migrationserfahrung mit einem Lebensalter von 50 Jahren haben entgegen der bei den übrigen Alters- und Geschlechtsgruppen für MigrantInnen eher niedrigeren Hospitalisierungsquote in stationärpsychiatrischer Behandlung im Jahr 2002 die gleichaltrige schweizerische Bevölkerung im Morbiditätsrisiko überholt.

Als weiteren Zielpunkt einer Valorisierung der hier vorgelegten Ergebnisse schlagen wir vor, die weiteren Integrationsbemühungen in den Gemeinden mit hohem Anteil an ausländischen BewohnerInnen und mit hohen Pro-Kopf-Ausgaben im Sozialbereich zu konzentrieren. Wie gezeigt werden konnte, war in solchen Gemeinden für MigrantInnen der geringste «Healthy Migrant»-Effekt feststellbar und stieg die psychiatrische Hospitalisierungsrate zwischen 1995 und 2002 dort besonders steil an und betraf nicht nur MigrantInnen mit einem steileren Anstieg der Hospitalisierungszahlen, sondern auch den schweizerischen Bevölkerungsanteil. Gemeindenahe Präventionsarbeit könnte sich dabei am Konzept niedrigschwelliger, stadtteilbezogener Kontaktmöglichkeiten orientieren. Zudem wäre genau abzuklären, inwiefern der Strukturwandel in der schweizerischen Psychiatrielandschaft für die generelle Zunahme an Hospitalisationen verantwortlich ist und ob z.B. die daraus entstandenen kürzeren Hospitalisationsaufenthalte und reduzierten Bettenzahlen zu einem Drehtüreffekt führen, der sich auch in den Resultaten der vorliegenden Studie bemerkbar macht.

## 6 Referenzen

- Baleyrier, B., C. Damsa, C. Schutzbach, O. Stauffer und D. Glauser, 2003: Étude comparative des caractéristiques sociodémographiques et des facteurs prédictifs de soins de patients suisses et étrangers consultant un service d'urgences psychiatriques. *Encephale* 29(3): 205-212.
- Bentz, D., 2003: Die ausländische Bevölkerung im Kanton Zürich – Ergebnisse der Volkszählung 2000 für den Kanton Zürich (No. statistik.info 05/2003). Zürich: Statistisches Amt des Kantons Zürich.
- Christen, L., und S. Christen, 2003: Beschreibung der Basisdaten stationärer psychiatrischer Behandlungen in der Schweiz 1998–2000. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Diethelm, R., S. Kux, F. Bosshard, C. Büttel und R. Marro-ne, 1999: Erwerbstätigkeit und Aufenthalt von Ausländerinnen und Ausländern im Kanton Zürich. Zürich: Statistisches Amt des Kantons Zürich.
- Heiniger, M., E. Moresi und F. Rausa (Hg.), 2004: Ausländerinnen und Ausländer in der Schweiz. Bericht 2004. Neuchâtel: BFS.
- Lay, B., C. Lauber und W. Rössler, 2005: Are immigrants at a disadvantage in psychiatric in-patient care? *Acta Psychiatrica Scandinavica* 110: 1-9.
- Statistisches Amt des Kantons Zürich, 2003: Statistisches Jahrbuch des Kantons Zürich 2004. Zürich: Statistisches Amt des Kantons Zürich.
- Testa-Mader, A., N. Clerici und A. Degrate, 2003: Die ausländische Bevölkerung im Tessin: psychische Krankheiten und Nutzung der öffentlichen psychiatrischen Einrichtungen. S. 531–550 in: H.R. Wicker, R. Fibbi und W. Haug (Hg.), *Migration und die Schweiz. Ergebnisse des Nationalen Forschungsprogramms «Migration und interkulturelle Beziehungen»*. Zürich: Seismo.
- Weiss, R., 2003: Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten. Zürich: Seismo.
- Wingate, M.S., und G.R. Alexander, 2006: The healthy migrant theory: Variations in pregnancy outcomes among US-born migrants. *Social Science and Medicine* 62: 491-498.

## 7 Wissenstransfer / Valorisierung

Die zuständigen kantonalen Behörden und Fachstellen bei Bundesbehörden werden mit dem Executive Summary des Studienreports informiert und erhalten ebenso die publizierten Artikel. Eine Information der breiten Öffentlichkeit wird wegen des schwierigen Umgangs mit dem doppelten Stigmatisierungsrisiko einerseits als «AusländerInnen», andererseits als PsychatriepatientInnen beim gegenwärtigen Forschungsstand noch nicht als zweckdienlich erachtet. Vor weiteren Forschungsergebnissen sollte vor allem eine Information der Fachöffentlichkeit angestrebt werden. Es bietet sich an, bei psychiatrisch-klinischen Arbeitsgruppen, die Fortbildungsangebote z.B. zum Entlassungsmanagement in der Psychiatrie organisieren, die Ergebnisse zu den Aufenthaltsdauern ausländischer PatientInnen gezielt zu kommunizieren.

## 8 Impact

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt kann der Einfluss der hier vorgestellten Arbeiten noch nicht abschliessend beurteilt werden, da die parallele Veröffentlichungen dieser und weiterer Ergebnisse in den betreffenden Fachforen und -journalen noch nicht erfolgt ist.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Ulrich Frick  
Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung  
Postfach  
8031 Zürich

# Santé reproductive des collectivités migrantes. Disparités de risques et possibilités d'intervention\*

Paola Bollini, Philippe Wanner\*\*

en collaboration avec Sandro Pampallona, Urszula Stotzer\*\*, Alexis Gabadinho\*\*, Bruce Kupelnick

ForMed, Statistics for Medicine, Evolène



## Résumé

Dans le cadre de ce projet, trois études complémentaires ont été effectuées, afin de contribuer à l'analyse et la compréhension des facteurs intervenant sur la grossesse et son issue au sein des populations migrantes en Europe et en Suisse. La première étude consiste en une revue de la littérature et une analyse quantitative de toutes les études épidémiologiques publiées en Europe concernant l'issue de la grossesse parmi les migrantes par rapport aux natives. La deuxième étude discute et analyse les données suisses relatives à la mortalité infantile et à la santé reproductive, en considérant trois dimensions (poids de naissance, mortinatalité, mortalité infantile classée selon la durée de survie depuis la naissance). La troisième étude essaye de comprendre, avec une méthode qualitative, le vécu de la grossesse et le rapport avec le système sanitaire en Suisse de deux groupes de femmes immigrées, turques et portugaises.

La première étude a mis en évidence que les indicateurs de la grossesse sont plus favorables pour les migrantes dans le cas où le pays d'accueil présente des politiques d'intégration adéquates, mesurées par la présence d'un taux de naturalisations élevé et, dans la majorité des cas, par l'adoption de politiques de santé ethniques pour améliorer la communication et l'accès aux soins. La deuxième étude, à travers l'appariement des fichiers des naissances vivantes et des décès en Suisse, a montré un risque accru de mauvaise issue de la grossesse pour les femmes turques, sri lankaises et africaines par rapport aux Suissesses. Enfin, les groupes de discussion avec les femmes migrantes ont révélé que les femmes migrantes en Suisse doivent faire parfois face à un nombre élevé de situations de

stress, situations dont la teneur peut différer en fonction de la nationalité et probablement en fonction de la durée de résidence en Suisse. Le stress était lié aux conditions de vie difficiles, à la tâche professionnelle inadaptée durant la grossesse, à la communication inadéquate avec les fournisseurs de soins de santé (qui restreint sévèrement l'accès aux soins de santé dans les cas les plus extrêmes) et au sentiment de racisme et de discrimination dans la société. En outre, des lacunes dans l'information sur la santé reproductive ont été reportées.

**Key Words:** reproductive health, migration, immigration, emigration, inequalities in health

\* Ce projet a été soutenu par le contrat de recherche n° 03.001482 de l'Office fédéral de la santé publique dans le cadre de la stratégie «Migration et santé 2002-2007» de la Confédération.

\*\* Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population





## Zusammenfassung

Im Rahmen dieses Projekts wurden drei sich ergänzende Studien durchgeführt, um einen Beitrag zur Analyse und zum Verständnis der Faktoren zu erhalten, die sich auf Schwangerschaften und deren Verlauf bei Migrantengruppen in Europa und in der Schweiz auswirken. Die erste Studie besteht aus einer Literaturübersicht und einer quantitativen Analyse aller in Europa publizierten epidemiologischen Studien zum Thema Schwangerschaftsverlauf bei Migrantinnen im Vergleich zu einheimischen Frauen. Die zweite Studie diskutiert und analysiert die Schweizer Daten zu Kindersterblichkeit und reproduktiver Gesundheit (Geburtsgewicht, Totgeburten, Kindersterblichkeit klassifiziert nach Überlebensdauer nach der Geburt). In einer dritten Untersuchung wird mit einer qualitativen Methode zu verstehen versucht, wie zwei Migrantengruppen, Türkinnen und Portugiesinnen, ihre Schwangerschaft erleben und welche Beziehung sie zum schweizerischen Gesundheitssystem haben. Die erste Studie weist nach, dass die Schwangerschaftsindikatoren für Migrantinnen besser ausfallen, wenn das Einwanderungsland über eine angemessene Integrationspolitik verfügt, die gemessen wird an einer hohen Einbürgerungsrate und, in den meisten Fällen, am Vorhandensein von ethnospezifischen Gesundheitsprogrammen zur Verbesserung der Kommunikation und des Zugangs zur Gesundheitsversorgung. Die zweite Studie weist mit der paarweisen Zuordnung von Daten aus Geburts- und Todesscheinen in der Schweiz nach, dass türkische, srilankische und afrikanische Frauen im Vergleich zu Schweizerinnen ein erhöhtes Risiko für einen ungünstigen Schwangerschaftsausgang aufweisen. Und schliesslich haben die Diskussionsrunden mit Migrantinnen ergeben, dass Migrantinnen in der Schweiz oft mit vielerlei Stresssituationen konfrontiert sind, deren Schweregrad je nach Nationalität und vermutlich auch je nach Dauer ihres Aufenthalts in der Schweiz variieren kann. Der Stress stand in Zusammenhang mit schwierigen Lebenssituationen, mit ungeeigneter Arbeit während der Schwangerschaft, mit ungenügender Kommunikation mit den Leistungserbringern des Gesundheitswesens (was in Extremfällen zu einem stark eingeschränkten Zugang zum Gesundheitswesen führt) sowie mit der Wahrnehmung von Rassismus und gesellschaftlicher Diskriminierung. Zudem wurden Lücken bei der Information zu Fragen der reproduktiven Gesundheit genannt.

## Sintesi

Nel quadro del presente progetto, sono stati effettuati tre studi complementari al fine di contribuire all'analisi e alla comprensione dei fattori che intervengono sulla gravidanza e sul suo esito presso le popolazioni migranti in Europa e in Svizzera. Il primo studio consiste in una panoramica della bibliografia e in un'analisi quantitativa di tutti gli studi epidemiologici pubblicati in Europa che concernono l'esito della gravidanza, in un confronto tra le migranti e le native. Nel secondo studio si discutono e si analizzano i dati svizzeri relativi alla mortalità infantile e alla salute riproduttiva, tenendo conto di tre fattori (il peso alla nascita, la mortalità e la mortalità infantile classificata secondo la durata della sopravvivenza dalla nascita). Nel terzo studio si cerca di capire, mediante un metodo qualitativo, il vissuto della gravidanza e il rapporto con il sistema sanitario in Svizzera di due gruppi di donne immigrate, di nazionalità turca e portoghese. Il primo studio ha messo in evidenza che gli indicatori della gravidanza sono più favorevoli per le migranti nel caso in cui il Paese d'accoglienza presenta politiche d'integrazione adeguate, confermate da un tasso di naturalizzazioni elevato e, nella maggior parte dei casi, dall'adozione di politiche sanitarie etniche volte a migliorare la comunicazione e l'accesso alle cure. Il secondo studio, effettuato mediante un'unificazione degli schedari delle nascite vive e dei decessi in Svizzera, ha mostrato un rischio accentuato di cattivo esito della gravidanza per le donne turche, singalesi e africane rispetto a quelle svizzere. Per concludere, i gruppi di discussione hanno rilevato che le donne migranti in Svizzera devono, a volte, far fronte a un numero elevato di situazioni di stress che possono variare a seconda della nazionalità e probabilmente della durata della residenza in Svizzera. Lo stress è legato alle condizioni di vita difficili, ai compiti professionali non adatti svolti durante la gravidanza, alla comunicazione inadeguata con i prestatori di cure sanitarie (che restringono severamente l'accesso alle cure sanitarie nei casi più estremi) e al sentimento di razzismo e di discriminazione presente nella società. Inoltre, sono state rilevate lacune nell'informazione sulla salute riproduttiva.

## Summary

In this project, three complementary studies were conducted with the aim of contributing to the analysis and understanding of factors affecting pregnancy and its outcome in migrant populations in Europe and Switzerland. The first study involved a literature review and a quantitative analysis of all the epidemiological studies published in Europe on the outcome of pregnancy among migrants in relation to the indigenous population. The second study discussed and analysed the Swiss data on infant mortality and reproductive health, taking three factors into account (birth weight, stillbirth rate and infant mortality classed by the survival period since birth). The third study employed a qualitative approach in an attempt to understand the experience of pregnancy and the relationship with the healthcare system in Switzerland of two groups of immigrant women, namely Turks and Portuguese.

The first study demonstrated that the pregnancy indicators are more favourable for migrants if the receiving country has appropriate integration policies, as measured by a high naturalization rate and, in the majority of cases, the adoption of ethnic healthcare policies designed to improve communication and access to treatment. After matching the records of live births and deaths in Switzerland, the second study found an increased risk of a poor outcome of pregnancy for Turkish, Sri Lankan and African women compared to Swiss women. Finally, the discussion groups with migrant women revealed that women who migrate to Switzerland sometimes have to cope with an increased number of stress situations. The type of situation differs depending on nationality, and probably on the duration of residence in Switzerland. The stress was connected to difficult living conditions, inappropriate occupational work during pregnancy, inadequate communication with healthcare providers (which seriously restricted access to healthcare in the most extreme cases) and to the experience of racism and discrimination in society. Gaps in the provision of information about reproductive health were also reported during the study.

## 1 Introduction

L'issue de la grossesse dans les collectivités migrantes a reçu une attention importante de la part de la communauté scientifique, car elle fait référence à une situation concrète concernant les enfants, individus les plus fragiles de la société. En principe, l'hypothèse de référence est que les femmes migrantes sont en bonne santé et que leur interaction avec les systèmes de santé de pointe, disponibles dans les pays d'accueil occidentaux, devrait conduire à des grossesses aussi réussies en termes sanitaires que celles des femmes natives du pays. En fait, une telle hypothèse est remise en question dans différents pays ou au sein d'un même pays pour des groupes ethniques spécifiques, en relation avec les barrières linguistiques et culturelles, les connaissances et la compréhension parfois réduites du système de soins et avec tout ce qui se réfère aux comportements de santé et aux inégalités socio-économiques, sinon aux discriminations avérées au sein de la société (Bollini et Siem 1995; Bender et al. 1993). Ce résultat suggérerait dès lors une expérience migratoire et d'intégration qui varie d'un pays à l'autre (Bollini et Siem 1995).

Les pays d'accueil ont montré différentes attitudes concernant l'immigration et plus spécifiquement concernant la santé et le bien-être des communautés migrantes (Bollini 1993). Bien qu'il soit difficile d'effectuer un tour d'horizon généralisé, on peut mettre en évidence les pays ayant adopté une attitude passive, où les migrants sont supposés s'adapter aux institutions du pays d'accueil, et les pays ayant une attitude plus active, où différentes mesures sont introduites pour prendre en considération les spécificités culturelles et les besoins spécifiques qui en résultent. Cette deuxième approche conduit à deux types de politiques sociales, qui peuvent être appliquées soit de manière isolée, soit ensemble: 1) *les politiques ethniques de santé* qui se concentrent sur un accès croissant aux soins, et en particulier sur l'amélioration de la communication entre les patients et les fournisseurs de services de soins, et 2) *les politiques d'intégration* qui visent une participation sociale accrue et une intégration des communautés migrantes dans le pays d'accueil, pour réduire les problèmes psychosociaux liés à la vie dans une pauvreté relative et à l'exclusion de la participation sociale. Jusqu'à présent, l'impact des politiques d'intégration et des politiques ethniques de santé sur la santé des collectivités migrantes, et plus particulièrement sur les suites de la grossesse, n'a pas été étudié par une approche comparative.

Dans la présente étude, nous abordons la problématique de la santé reproductive des femmes migrantes en adoptant trois approches distinctes: 1) le rôle des politiques d'intégration et de santé, spécifiques aux migrants, est étudié par une étude comparative européenne, 2) la situation suisse et les différences de risque observées, pour plusieurs indicateurs, sont analysées en fonction de la nationalité, et 3) les facteurs intervenant sur la grossesse et ses suites sont explorés dans deux communautés de femmes migrantes en Suisse.

## 2 Déroulement de l'étude / méthode

### 2.1 Etude 1 – Revue de la littérature internationale

Toutes les études épidémiologiques (abordant une approche cas-témoin, longitudinale ou transversale) menées dans les pays européens depuis 1966 jusqu'en juin 2004 comparant par différents indicateurs l'issue de la grossesse de femmes migrantes et de femmes natives ont constitué la source de cette méta-analyse. Dans le but d'identifier ces études, on a eu recours à la base de données Medline, en utilisant les mots-clés suivants: emigration and immigration, ethnic groups, infant mortality, fetal death, infant, newborn, diseases, pregnancy complications, pregnancy outcome. En outre, une recherche complémentaire a été effectuée avec le terme «foreigner», traduction anglaise du mot «Ausländer», fréquemment utilisé dans la littérature germanophone lorsqu'il est question de migrants. Le taux de naturalisation des migrants (comme indicateur de l'intégration) et la présence d'une politique ethnique de santé qui favorise l'accès aux soins (en particulier l'amélioration de la communication par la création de services d'interprètes) ont été analysés pour chaque pays. On a étudié la corrélation entre l'issue de la grossesse, les facteurs de risque et les politiques d'intégration et de santé par le biais de différents modèles de régression logistique.

### 2.2 Etude 2 – Analyse des données existant en Suisse sur la mortalité infantile et la santé reproductive

La statistique des naissances enregistre depuis 1876 l'ensemble des naissances vivantes survenues en Suisse. Depuis 1969, ces données figurent dans le registre informatisé des naissances (BEVNAT). Les décès d'enfants, issus du registre des décès de l'état civil, sont également disponibles sous forme informatique depuis la même année. La population incluse dans l'enregistrement regroupe l'ensemble des personnes domiciliées en Suisse, quel que soit le statut de séjour. Les données des registres de l'état civil fournissent différentes informations: les dates de naissance de l'enfant et des parents (de la mère uniquement en cas de naissance hors mariage et en cas de décès d'enfant au cours de la première année de vie), le lieu de domicile de la mère au moment de la naissance, la nationalité de l'enfant (en cas de décès) et des parents (au moment de la naissance). Le rang de naissance est également disponible dans le fichier des naissances vivantes. On fait généralement l'hypothèse que la nationalité de la mère est un meilleur indicateur du risque de décès de l'enfant: on a fait un appariement entre le registre des naissances vivantes (qui fournit la nationalité de la mère) et le registre des décès (qui informe uniquement sur la nationalité de l'enfant), pour les naissances entre 1987 et 1996, pour lesquelles on dispose de suffisamment de variables non modifiables permettant d'attribuer à chaque décès d'enfant la naissance correspondante. On a considéré cinq indicateurs: faible poids de naissance (<2500 grammes), mortalité infantile (décès survenu avant l'âge d'un an), mortalité néonatale (entre la naissance et 28 jours), mortalité postnéonatale (entre 28 jours et un an) et mortinatalité. En outre, on a considéré les différentes variables socio-économiques des mères âgées de 15 à 49 ans résidant en Suisse fin 2000, ayant donné naissance à un enfant au moins entre 1987 et 1996. Ces données issues du recensement de la population ne font pas référence strictement à l'échantillon des mères ayant donné naissance à un enfant en Suisse entre 1987 et

1996, mais informent clairement sur les différences dans la structure socio-économique des différentes collectivités.

### 2.3 Etude 3 – Santé reproductive des migrantes en Suisse. Résultats d'une étude par focus groups

On a exploré les expériences et pratiques concernant la grossesse et l'accès au système de soins en conduisant des focus groups (Fossey et al. 2002) avec deux collectivités – portugaises et turques – qui avaient des niveaux différents dans les indicateurs de la santé reproductive (celle-ci est bonne pour les femmes portugaises, mais moins favorable pour les femmes turques). En même temps, deux focus groups ont été conduits avec des femmes suisses, pour clarifier quels facteurs sont communs aux femmes quelle que soit leur nationalité et quels facteurs sont spécifiques aux différents groupes nationaux. Il est important de souligner que, pour le but de notre étude, la nationalité des femmes immigrantes n'a pas d'influence sur les déterminants de leur santé reproductive, qui sont indépendants de la taille du group national en Suisse. Comme l'étude était par nature essentiellement de type exploratoire, nous avons recruté un échantillon non représentatif de femmes de chaque nationalité. Les natives et immigrantes devaient avoir comme condition pour participer au moins une expérience de grossesse en Suisse.

## 3 Résultats

### 3.1 Etude 1 – Revue de la littérature internationale

Parmi les 119 études examinées, 64 ont été retenues dans l'analyse. Le Royaume-Uni et la France comptent le plus grand nombre d'études ayant pu être extraites (26 et 11 respectivement), suivies par la Suède (5), l'Italie et les Pays-Bas (4), la Belgique et la Norvège (3). Parmi les deux études recensées pour la Suisse, une seule a été considérée comme valable pour l'extraction.

L'expérience de plus de 17 millions de mères, parmi lesquelles 1,5 million étaient des émigrantes, a été considérée dans les 64 études retenues. Toutefois, on peut effectuer de manière correcte des régressions et obtenir des résultats ajustés ou non ajustés seulement pour les indicateurs les plus représentés: faible poids de naissance, naissance avant terme, mortalité périnatale et malformations congénitales. En outre, nous avons considéré seulement les études présentant une information complète sur l'âge et la parité, pour estimer les odds ratios ajustés (tableau 1).

**Tableau 1:** Nombre de femmes avec des données complètes sur les variables incluses dans le modèle, issues des 64 publications considérées, selon l'indicateur et le statut migratoire (une même étude peut reporter différents indicateurs de l'issue de la grossesse)

Indicateur	Evénements		Total des observations	
	Nombre de femmes		Nombre de femmes	
	Natives	Immigrantes	Natives	Immigrantes
Faible poids de naissance	29 501	4 567	634 960	84 880
Naissance avant terme	34 249	11 024	553 353	141 527
Mortalité périnatale	19 837	4 551	1 408 049	176 569
Malformations congénitales	6 590	753	430 011	53 032

Le tableau 2 montre que, quel que soit le groupe de femmes incluses (ensemble des femmes ou femmes recensées dans les études présentant les variables d'ajustement) et le cas échéant le statut d'ajustement, le risque de faible poids de naissance est beaucoup plus important pour les immigrantes dans les pays sans politique d'intégration: en particulier, lorsque l'on considère les estimations ajustées, le risque est 77% plus élevé dans les pays sans politique d'intégration pour les migrantes que pour les natives. A l'opposé, ce risque est seulement légèrement plus élevé que pour les natives (OR=1,08, p<0,001) dans les pays qui ont une politique d'intégration, la différence en fonction de la catégorie de pays est systématiquement confirmée de manière significative. Il est important de souligner que dans notre échantillon, une politique de santé ethnique n'était présente que dans les pays avec une politique d'intégration.

**Tableau 2:** Odds ratios pour le faible poids de naissance

Immigrantes vs natives				
	OR	95% CI		p-value
<b>Toutes les séries, non ajusté</b>				
OR non ajusté	1,43	1,42	1,44	<0,001
<b>Uniquement les séries comprenant l'ensemble des variables</b>				
OR ajusté	1,08	1,03	1,12	<0,001
Immigrantes vs natives par politique				
<b>Uniquement les séries comprenant l'ensemble des variables, ajusté</b>				
Test de la différence entre «pas de politique» et «naturalisation et/ou politique ethnique de santé»: p<0,001				
	OR	95% CI		p-value
<b>Pas de politique d'intégration*</b>	1,77	1,63	1,92	<0,001
<b>Politique d'intégration avec ou sans politique de santé ethnique**</b>	1,08	1,03	1,13	<0,001

\* Pas de politique d'intégration, mesurée par un taux de naturalisations inférieur à 25 pour 1000 personnes de nationalité étrangère en 1995.

\*\* Présence de politique d'intégration, mesurée par un taux de naturalisations supérieur à 25 pour 1000 personnes de nationalité étrangère en 1995. Dans ce groupe de pays, trois (Suède, Norvège et Pays-Bas) avaient adopté une politique de santé ethnique, une caractéristique essentielle étant un effort systématique pour rendre disponible les services d'interprètes.

**Tableau 3:** Odds ratios pour les naissances avant terme

Immigrantes vs natives				
	OR	95% CI		p-value
<b>Toutes les séries, non ajusté</b>				
OR non ajusté	1,24	1,22	1,26	<0,001
<b>Uniquement les séries comprenant l'ensemble des variables</b>				
OR ajusté	1,19	1,15	1,13	<0,001
Immigrantes vs natives par politique				
<b>Uniquement les séries comprenant l'ensemble des variables, ajusté</b>				
Test de la différence entre «pas de politique» et «naturalisation et/ou politique ethnique de santé»: p<0,001				
	OR	95% CI		p-value
<b>Pas de politique d'intégration*</b>	2,88	2,50	3,32	<0,001
<b>Politique d'intégration avec ou sans politique de santé ethnique**</b>	1,18	1,14	1,22	<0,001

\* Pas de politique d'intégration, mesurée par un taux de naturalisations inférieur à 25 pour 1000 personnes de nationalité étrangère en 1995.

\*\* Présence de politique d'intégration, mesurée par un taux de naturalisations supérieur à 25 pour 1000 personnes de nationalité étrangère en 1995. Dans ce groupe de pays, trois (Suède, Norvège et Pays-Bas) avaient adopté une politique de santé ethnique, une caractéristique essentielle étant un effort systématique pour rendre disponible les services d'interprètes.

**Tableau 4:** Odds ratios pour la mortalité périnatale

Immigrantes vs natives				
	OR	95% CI		p-value
<b>Toutes les séries, non ajusté</b>				
OR non ajusté	1,50	1,47	1,53	<0,001
<b>Uniquement les séries comprenant l'ensemble des variables</b>				
OR ajusté	1,26	1,18	1,35	<0,001
Immigrantes vs natives par politique				
<b>Uniquement les séries comprenant l'ensemble des variables, ajusté</b>				
Test de la différence entre «pas de politique» et «naturalisation et/ou politique ethnique de santé»: p=0,241				
	OR	95% CI		p-value
Pas de politique d'intégration*	1,45	1,13	1,86	0,003
Politique d'intégration avec ou sans politique de santé ethnique**	1,25	1,17	1,34	<0,001

\* Pas de politique d'intégration, mesurée par un taux de naturalisations inférieur à 25 pour 1000 personnes de nationalité étrangère en 1995.

\*\* Présence de politique d'intégration, mesurée par un taux de naturalisations supérieur à 25 pour 1000 personnes de nationalité étrangère en 1995. Dans ce groupe de pays, trois (Suède, Norvège et Pays-Bas) avaient adopté une politique de santé ethnique, une caractéristique essentielle étant un effort systématique pour rendre disponible les services d'interprètes.

**Tableau 5:** Odds ratios pour les malformations congénitales

Immigrantes vs natives				
	OR	95% CI		p-value
<b>Toutes les séries, non ajusté</b>				
OR non ajusté	1,61	1,57	1,65	<0,001
<b>Uniquement les séries comprenant l'ensemble des variables</b>				
OR ajusté	0,91	0,83	0,98	<0,020
Immigrantes vs natives par politique				
<b>Uniquement les séries comprenant l'ensemble des variables, ajusté</b>				
Test de la différence entre «pas de politique» et «naturalisation et/ou politique ethnique de santé»: p=0,001				
	OR	95% CI		p-value
Pas de politique d'intégration*	1,20	0,95	1,52	0,134
Politique d'intégration avec ou sans politique de santé ethnique**	0,87	0,78	0,95	<0,003

\* Pas de politique d'intégration, mesurée par un taux de naturalisations inférieur à 25 pour 1000 personnes de nationalité étrangère en 1995.

\*\* Présence de politique d'intégration, mesurée par un taux de naturalisations supérieur à 25 pour 1000 personnes de nationalité étrangère en 1995. Dans ce groupe de pays, trois (Suède, Norvège et Pays-Bas) avaient adopté une politique de santé ethnique, une caractéristique essentielle étant un effort systématique pour rendre disponible les services d'interprètes. Il est important de souligner que dans notre échantillon il n'y a pas d'études sur les malformations congénitales conduites dans des pays avec un taux de naturalisations supérieur à 25 pour 1000 personnes de nationalité étrangère.

En ce qui concerne les naissances avant terme, le tableau 3 détaille des résultats très similaires, les femmes migrantes dans des pays sans politique étant à risque plus élevé, risque pouvant atteindre une valeur proche de trois (OR=2,88, p<0,001) pour les analyses ajustées. Lorsque l'on considère la mortalité périnatale (tableau 4), les immigrantes semblent être systématiquement exposées à un risque plus accru que les natives et quel que soit le statut concernant la présence des politiques. Les différences sont significatives excepté lorsque l'on considère les modèles non ajustés appliqués aux études comprenant les variables d'ajustement. Finalement, pour les malformations congénitales (tableau 5), le même schéma s'observe que pour les faibles poids de naissance et les naissances avant terme: à savoir, un désavantage systématique

**Tableau 6:** Poids de naissance des enfants classés selon la nationalité et la période (naissances simples uniquement)

	1987-1991		1992-1996		1997-2002		Ensemble	
	très faible poids	faible poids	très faible poids	faible poids	très faible poids	faible poids	très faible poids	faible poids
Suisse/Liechtenstein	0,5	4,0	0,5	4,2	0,6	4,7	0,5	4,3
Italie	0,5	3,7	0,6	4,2	0,6	4,5	0,6	4,1
Espagne	0,6	4,4	0,5	4,5	0,8	5,0	0,6	4,6
Portugal	0,4	3,7	0,5	3,8	0,6	4,7	0,5	4,1
Europe Ouest et Nord	0,6	4,5	0,6	4,0	0,6	3,9	0,6	4,0
ex-Yougoslavie	0,8	4,1	0,7	3,6	0,8	3,9	0,7	3,8
Turquie	0,7	4,0	0,8	4,2	0,8	4,6	0,7	4,3
Afrique	0,8	4,7	1,0	4,8	1,5	5,7	1,2	5,3
Sri Lanka	1,1	8,8	0,9	7,4	1,0	6,9	0,9	7,2
Autre Asie	0,6	5,1	0,5	4,4	0,6	4,7	0,6	4,7
Autres	0,8	3,8	0,6	3,5	0,7	3,7	0,7	3,7
Ensemble	0,5	4,1	0,5	4,2	0,7	4,6	0,6	4,3

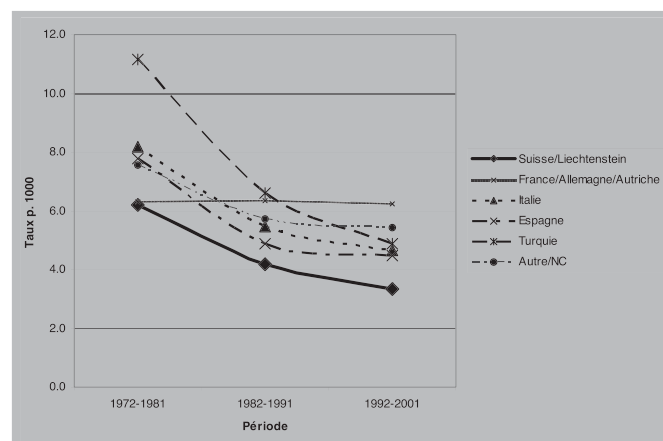
Source: Statistique de l'état civil BEVNAT.

pour les femmes migrantes, toujours par rapport aux natives, en absence de politiques.

### 3.2 Etude 2 – Analyse des données existant en Suisse sur la mortalité infantile et la santé reproductive

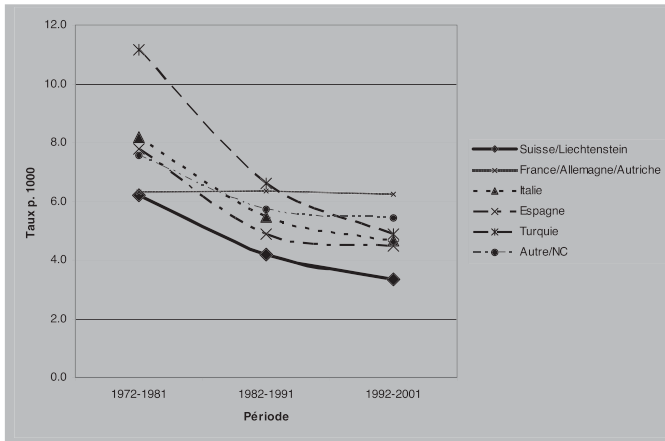
Le tableau 6 présente les proportions d'enfants nés avec un faible ou très faible poids de naissance (<1500 grammes), selon la période. Pour l'ensemble de la période 1987-2002, la proportion d'enfants pesant moins de 2500 grammes à la naissance s'élève à 4,3% pour les mères suisses. Cette proportion est sensiblement inférieure pour les mères ressortissantes des pays d'ex-Yougoslavie (3,8%) et, dans une moindre mesure, pour les femmes portugaises (4,1%) et des pays d'Europe de l'Ouest et du Nord (4,0%). Par contre, 5,3% des mères africaines et surtout 7,2% des mères sri lankaises donnent naissance à un enfant pesant moins de 2500 grammes. Les variations selon la nationalité subsistent lorsque l'on considère des femmes présentant des caractéristiques démographiques identiques (âge, rang de naissance, type de naissance). Ce résultat suggère l'importance de facteurs socio-économiques, liés au contexte de vie. Compte tenu de l'absence d'information sur bon nombre de ces facteurs, un modèle explicatif visant à isoler le rôle de la nationalité, après contrôle des variables de confusion, donne des résultats faibles.

**Graphique 1:** Evolution du taux de mortalité depuis 1972 pour quelques nationalités



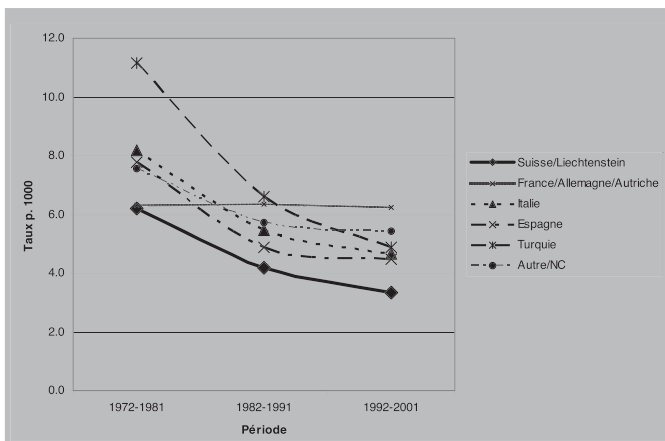
Source: Statistique du mouvement naturel de la population, OFS

**Graphique 2:** Quotient de mortalité infantile, selon la période



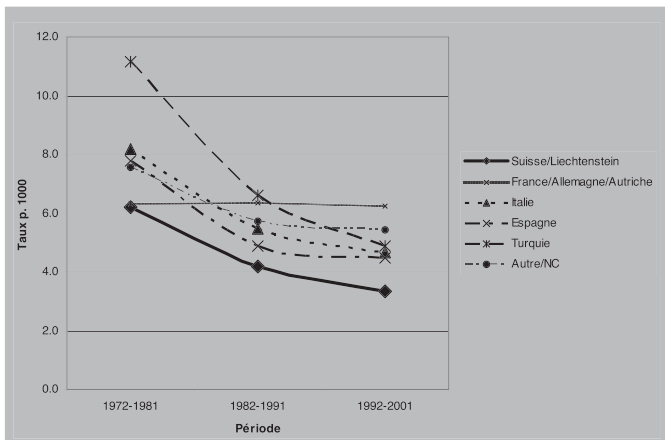
Source: Statistique du mouvement naturel de la population, OFS

**Graphique 3:** Quotient de mortalité néonatale, selon la période et la nationalité



Source: Statistique du mouvement naturel de la population, OFS

**Graphique 4:** Quotient de mortalité postnéonatale, selon la période



Source: Statistique du mouvement naturel de la population, OFS

Deuxième indicateur considéré, le taux de mortinatalité a sensiblement diminué entre 1972-1981 et 1992-2001 puisqu'il est passé, pour l'ensemble des naissances, de 6,6 à 3,8 pour 1000 (graphique 1). Quelle que soit la période, le risque pour une femme de nationalité suisse d'accoucher d'un enfant mort-né est assez nettement inférieur à celui des femmes des autres nationalités. De manière surprenante, le niveau de mortinatalité n'a quasiment pas évolué pour le groupe comprenant les femmes françaises, allemandes et autrichiennes (1997-2001), données qui nécessitent des recherches plus approfondies. En revanche, les enfants de femmes turques présentent une rapide diminution du risque, qui reste pourtant élevé. La mortinatalité est particulièrement élevée pour les enfants de femmes africaines et sri lankaises (données pas détaillées dans le graphique), les seules pour lesquelles le nombre de mort-nés est supérieur à 6 pour 1000 naissances vivantes. En ce qui concerne les Sri Lankaises, une nette tendance à la baisse s'observe cependant, puisque le taux est passé de 9,8 pour 1000 en 1987-1991 à 5,2 pour 1000 en 1997-2001.

La mortalité infantile en Suisse est passée de 10,4 pour 1000 naissances vivantes durant la période 1972-1981 à 5 pour 1000 en 1992-2001. Le graphique 2 présente l'évolution du quotient de mortalité infantile, pour certaines nationalités repérables dans les statistiques depuis 1972. Entre 1972-1981 et 1992-2001, les quotients des enfants étrangers ont convergé vers celui des enfants suisses, à l'exception notable des enfants de nationalité turque. En se focalisant sur la période comprise entre 1987 et 2001, on peut élargir l'analyse à d'autres nationalités. Pour l'ensemble de cette période, les enfants de nationalité turque et les enfants africains se distinguent par un risque élevé de décès avant l'âge d'un an (respectivement 8,0 et 8,2 pour 1000 contre 5,5 pour les enfants suisses). Le risque de décès le plus faible est observé pour les enfants portugais, avec 4,9 décès pour 1000 naissances vivantes, mais, là encore, cette différence n'est pas statistiquement significative.

On distingue généralement deux composantes de la mortalité infantile, qui correspondent globalement à deux grands groupes de causes de décès. La mortalité néonatale, entre la naissance et le 28<sup>e</sup> jour de vie, est plus typiquement liée à des causes de décès endogènes, telles que les suites de l'accouchement, la prématurité ou les malformations congénitales, alors que la mortalité postnéonatale, entre 28 jours et un an, doit plus à des causes «exogènes», par exemple les accidents. La majorité des décès infantiles ont désormais lieu entre 0 et 28 jours. La mortalité néonatale est systématiquement plus faible pour les enfants suisses, ainsi que pour les enfants de nationalité espagnole, pour la première et la dernière période (graphique 3). Durant la période 1987-2001, le risque de décès néonatal est particulièrement élevé pour les enfants africains (6,0 pour 1000 contre 3,5 pour 1000 pour les enfants suisses,  $p < 0,01$ ), les enfants sri lankais, turcs, ex-yougoslaves et italiens connaissent également une mortalité néonatale significativement plus élevée que les enfants suisses.

A nouveau on constate que les décès postnéonataux pénalisent particulièrement les enfants turcs. Le quotient pour la période 1987-2001 s'élève à 3,2 pour 1000, contre 2,0 pour les enfants suisses. En revanche, le risque de décès postnéonatal des nouveau-nés sri lankais, (ex-)yougoslaves et italiens est significativement inférieur à celui des enfants suisses (graphique 4).

Les facteurs de contrôle disponibles dans les données utilisées pour expliquer le risque soit de donner naissance à un enfant de faible poids, soit de voir l'enfant décéder en bas âge, sont les suivants: l'âge de la mère (<20 ans et >40 ans), le sexe de l'enfant (sexe masculin), le rang de l'enfant (après le 3<sup>e</sup>) et l'état civil de la mère (mère célibataire). Or, la répartition de ces facteurs de risque dans les différentes collectivités peut en partie expliquer les variations qu'on a observées. Toutefois, compte tenu de l'existence d'une association importante entre situation socio-économique du ménage et niveau de mortalité infantile / faible poids de naissance, on ne peut pas exclure le fait que le statut socioprofessionnel explique une partie des écarts de risques pour les enfants classés selon la nationalité. Le rôle exact de ces facteurs ne peut pas être mesuré à partir des données disponibles en Suisse.

### 3.3 Etude 3 – Santé reproductive des migrantes en Suisse. Résultats d'une étude par focus groups

Tableau 7: Principaux indicateurs sociodémographiques des participants

	Suisse	Turquie	Portugal
<b>Age</b>			
<30	–	2	1
31-50	9	9	15
>50	–	3	1
<b>Formation</b>			
Ecole primaire ou moins	–	6	4
Ecole secondaire	1	3	9
Formation professionnelle	–	2	4
Diplôme universitaire ou équivalent	8	3	–
<b>Position actuelle</b>			
Mère au foyer	1	7	1
Ouvrière non qualifiée	–	5	13
Employée	–	1	3
Employée qualifiée	8	1	–
<b>Statut d'état civil</b>			
Célibataire	3	1	–
Mariée	5	10	15
Séparée / Divorcée	1	3	2
<b>Nombre d'enfants</b>			
1	5	3	3
2	2	5	11
>2	2	6	3
<b>Longueur du séjour en Suisse</b>			
<5 ans	–	2	–
5-14 ans	–	6	3
>14 ans	–	6	14
<b>Type de permis de résidence</b>			
Permis permanent	–	12	16
Permis annuel	–	1	1
Requérant d'asile	–	1	–

Nous avons donc effectué au total huit groupes qui ont concerné 40 femmes: 14 femmes turques, 17 femmes portugaises et 9 Suissesses (tableau 7). Malgré l'absence de caractère représentatif, il importe de noter que les caractéristiques socio-économiques des femmes migrantes traduisent fidèlement la structure observée parmi les nationalités couvertes au recensement fédéral de la population 2000. En revanche, l'échantillon des femmes de nationalité suisse présente un niveau de formation supérieur à l'ensemble de la population féminine suisse.

Pour les femmes migrantes, le stress et la discrimination sur le lieu de travail sont les principaux facteurs de risque pour la grossesse, de même que l'exercice d'activité professionnelle, mais aussi domestique, trop dure compte tenu de la situation de grossesse, ainsi que des tensions dans la vie quotidienne et au sein de la famille.

*«Le fait de penser à tomber enceinte en Suisse nous fatigue, ça nous stresse et nous fait peur, car comme on est étrangère on a peur d'annoncer ça à l'employeur et d'être licenciée. Les premiers jours de grossesse sont donc très stressants, ce qui est un facteur négatif. Quand je suis tombée enceinte, deux mois après avoir commencé un nouveau travail, n'ayant pas droit à l'assurance chômage, et sachant que les employeurs n'aiment pas que les femmes tombent enceintes, j'ai avorté par peur d'être licenciée. Maintenant j'ai une copine suisse qui est enceinte, qui l'a annoncé à son patron qui est heureux, mais nous, les étrangères, on a peur d'être enceinte.»*

L'expérience du système de soins en Suisse a beaucoup d'aspects positifs. Tout d'abord, presque toutes les femmes ont une opinion très positive de l'assistance durant l'accouchement et la période néonatale. En revanche, la communication avec le personnel de santé a présenté différents problèmes, comme une compréhension inadéquate des détails, une traduction insatisfaisante effectuée par des amis ou connaissances, ou l'accès inadéquat aux soins en raison de la langue.

*«J'aurais bien sûr eu besoin d'une traductrice. Pendant que j'étais enceinte j'ai recouru à une de mes amies qui a accepté de venir avec moi pour traduire, mais ça s'est mal passé, car même si cette amie parlait très bien allemand, elle ne connaissait pas les termes médicaux, donc ça ne m'a pas apporté grand chose.»*

*«Comme je n'arrivais pas à parler en allemand, je ne suis pas allée chez le gynécologue pendant plus de quatre ans. Je demandais à mon mari qu'il m'aide à trouver quelqu'un pour traduire, mais il ne connaissait personne. En plus c'est une question de pudeur aussi, c'est gênant d'aller demander à quelqu'un d'amener sa femme chez le gynécologue.»*

Les femmes suisses ont mentionné les problèmes avec les assurances-maladie, le manque de continuité de soins entre la grossesse et l'accouchement (puisque les gynécologues suivant les femmes durant la grossesse n'accouchent que dans des cliniques privées, qui sont très chères en l'absence d'une assurance complémentaire privée), le manque d'information sur les services de suivi et sur les droits des mères, et le congé maternité trop court. Nous devons relever en outre que les femmes suisses, en mentionnant les problèmes dont elles doivent faire face vis-à-vis du système de santé, ont montré une compréhension et de la solidarité avec la situation sociale des immigrantes en Suisse.

*«J'avais une copine d'Erythrée qui faisait le ménage le matin à 5 heures à la Migros; si elle loupait une ou deux fois, c'était très mal vu (comme ça elle a dû continuer le travail pendant toute la grossesse).»*

Finalement, différentes suggestions pour l'amélioration de la situation actuelle furent proposées par les participantes: la nécessité d'une information dans leur propre langage, un congé maternel plus long, un meilleur suivi social et économique pour les familles qui en ont besoin et la nécessité d'efforts supplémentaires de la part des institutions pour améliorer la communication.

## 4 Discussion

A partir des trois axes de cette étude, de nombreux aspects nécessitant l'attention des autorités publiques concernées par la santé ont été mis en évidence. L'analyse de la littérature internationale a clairement démontré que les femmes immigrantes sont désavantagées pour ces indicateurs (faible poids de naissance, naissance avant terme, mortalité périnatale et malformations congénitales) par rapport aux natives, la surexposition étant comprise entre 43% et 61% suivant la dimension étudiée dans les séries non ajustées. L'effet de la variable «origine» reste significatif même après l'ajustement par l'âge et la parité (les seuls facteurs pouvant être contrôlés dans un nombre suffisant d'études). Malheureusement, les données disponibles ne nous ont pas permis d'ajuster nos analyses par la classe sociale des femmes, même si dans les études où la classe sociale a été considérée l'effet net de l'origine ne disparaissait pas. Les suites de la grossesse sont meilleures dans les pays exerçant une politique d'intégration plus active (politique exprimée par un taux de naturalisation plus élevé et l'existence de politiques sanitaires spécifiques aux minorités nationales). Les résultats de notre analyse confirment la relation entre des facteurs environnementaux et sociétaux au sens large et des indicateurs sanitaires, et mettent en évidence le besoin d'efforts supplémentaires pour intégrer et accepter les immigrants et les minorités ethniques dans les pays d'immigration (Marmot et Wilkinson 1999).

Comparée aux autres pays européens (Luxembourg excepté), la Suisse présente une proportion de migrants très élevée. En outre, la population migrante est, comparativement aux Suisses, une population présentant une structure par âge relativement jeune, d'où une surreprésentation de la part des naissances vivantes au sein de ces collectivités migrantes. Malgré la réalité de ce fait migratoire, seules deux études épidémiologiques ont porté, récemment, sur la mesure du niveau de risque concernant la grossesse des immigrantes en Suisse comparées aux natives. Dans les autres pays européens comprenant un nombre élevé d'étrangers, le nombre d'études de ce type dépasse la dizaine. Le faible intérêt de la part des spécialistes de l'épidémiologie reproductive ne s'explique pourtant pas par l'absence de différences de risques. Ces deux études ont en effet montré des désavantages, en termes de risque, pour certaines collectivités migrantes (Lehmann et al. 1990; Degrate et al. 1999). Nos analyses confirment l'existence d'un risque accru pour différentes collectivités migrantes, en particulier la collectivité turque, africaine, voire, pour le faible poids de naissance, la collectivité sri lankaise. L'explication d'un niveau de risque élevé dans ces collectivités migrantes est relativement complexe à mettre en avant à partir des données disponibles (âge, état civil de la mère, rang de naissance, sexe du nouveau-né). En outre, on doit bien évidemment regretter

l'absence d'informations, dans les statistiques de l'état civil, sur la profession ou la catégorie socio-économique des parents. Quant au statut de séjour, il est également ignoré. Pour l'étude des déterminants de la mortalité infantile, de telles informations sont indispensables dans le but d'expliquer les différences de risque selon la nationalité (Masuy-Stroobant 2002; Maher et Macfarlane 2004).

Finalement, les focus groups avec les femmes migrantes en Suisse révèlent qu'elles doivent faire parfois face à un nombre élevé de situations de stress, situations dont la teneur peut différer en fonction de la nationalité et probablement en fonction de la durée de résidence en Suisse. Les participantes à nos séances ont identifié un stress lié aux conditions de vie difficiles, à la tâche professionnelle inadaptée durant la grossesse, à la communication inadéquate avec les fournisseurs de soins de santé (qui restreint sévèrement l'accès aux soins de santé dans les cas les plus extrêmes) et au sentiment de racisme et de discrimination dans la société. En outre, des lacunes dans l'information sur la santé reproductive ont été reportées, particulièrement par les femmes turques.

## 5 Conclusions

La revue de la littérature internationale signale que les indicateurs de la grossesse sont moins favorables pour les migrantes (comparativement aux natives) dans le cas où le pays d'accueil ne présenterait pas des politiques d'intégration adéquates. Celles-ci seraient dès lors susceptibles d'améliorer la situation non seulement pour les migrantes, mais également pour la société d'accueil dans son ensemble. Ce résultat fondamental doit être pris en compte dans les actions futures des autorités responsables de la santé: l'état de santé des collectivités migrantes ne sera en effet amélioré que dans le cadre d'une plus grande acception et valorisation de la contribution de ces diverses communautés migrantes dans la société. En Suisse, cette contribution est largement ignorée et parfois même mise en doute par le discours public. Une politique de santé visant les migrants, surtout pour améliorer la communication, est sans doute un instrument précieux pour comprendre les besoins de santé et promouvoir un accès aux soins équitable. Nos résultats indiquent que cette politique devrait faire partie d'un effort plus large pour promouvoir la justice et la tolérance, et pour développer un sentiment d'appartenance et de participation de toutes les collectivités migrantes à la société et à son développement.

## 6 Références

- Bollini, Paola, 1993: Health policies for immigrant populations in the 1990s. A comparative study in seven receiving countries. *Innovation in Social Sciences Research* 6: 101-110.
- Bollini, Paola, et Harald 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: 819-828.
- Bender, D., T. Rivera et D. Madonna, 1993: Rural origin as a risk factor for maternal and child health in periurban Bolivia. *Social Science and Medicine* 37: 1345-1349.
- Degrate, Alessandro, Anita Testa-Mader et Nathalie Clerici, 1999: La mortalità negli svizzeri e negli stranieri immigrati nel cantone Ticino. *Epidemiologie e Prevenzione* 23: 84-89.
- Fossey, Ellie, Carol Harvey, Fiona McDermott et Larry Davidson, 2002: Understanding and evaluating qualitative research. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 36: 717-732.
- Lehmann, Philippe, Catherine Mamboury et Christoph E. Minder, 1990: Health and Social Iniquities in Switzerland. *Social Science and Medicine* 31: 369-386.
- Marmot, Michael, et Gregg R. Wilkinson, 1999: *Social Determinants of Health*. Oxford: Oxford University Press.
- Maher, J., et A. Macfarlane, 2004: Inequalities in infant mortality: trends by social class, registration status, mother's age and birthweight: England and Wales, 1976-2000. *Health Statistics Quarterly* 24: 14-22.
- Masuy-Stroobant, Godelieve, 2002: Inégalités sociales et santé: le cas des enfants nés hors mariage. *Reflets et perspectives de la vie économique et sociale* 41: 51-60.
- Wanner, Philippe, 2004: *Migration et Intégration. Populations étrangères en Suisse*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.

## 7 Transfert de connaissances / valorisation

Les résultats des trois études devraient être mis en valeur par la communication aux professionnels de la santé, aux politiciens et aux bureaux d'intégration, soit en Suisse qu'au niveau international. En outre, des séminaires et des rencontres organisés par l'OFSP entre politiciens, professionnels de la santé et associations de migrantes pourraient être très utiles pour discuter les causes de la mauvaise santé reproductive des collectivités migrantes et proposer des remèdes. Mais peut-être le message le plus important de cette étude est qu'une réflexion sur la discrimination de certains groupes de migrants devrait être engagée au niveau de la société (ciblant les politiciens, les syndicats, les associations, les médias), pour améliorer la vie de ces communautés, leur participation dans la société suisse et, de façon indirecte, la santé de toute la société.

## 8 Impact

On s'attend que les trois études puissent contribuer au niveau international à l'enrichissement du débat sur les causes de l'inégalité de la santé, en particulier sur la santé des collectivités migrantes. Au niveau national, on souhaite qu'elles aident la promotion d'une réflexion sur les statistiques de l'état civil, un meilleur accès aux soins de santé des collectivités migrantes, et une valorisation de l'apport de ces collectivités à la vie de la Suisse, pour augmenter l'intégration, la participation et l'équité.

Adresse pour la correspondance:

Paola Bollini, MD Dr. PH  
ForMed  
1983 Evolène

Philippe Wanner, PhD  
Swiss Forum for Migration and Population Studies  
Rue St-Honoré 2  
2000 Neuchâtel





# Perception du risque pour la santé lié à la consommation excessive d'alcool, au tabagisme et aux comportements sexuels à risque chez les migrants et les autochtones: nécessité d'une prévention différente?\*

Patrick Bodenmann, Jacques Cornuz, Christiane Ruffieux\*\*, Marie Pin, Bernard Favrat  
Policlinique Médicale Universitaire de Lausanne



## Résumé

Dans le domaine de la prévention, les moyens utilisés en termes de counselling devraient s'adapter aux spécificités des populations migrantes; dans le cadre du counselling, une évaluation de la perception du ou des risque(s) par le patient devrait être réalisée par le médecin.

Nous nous intéressons dans cette étude à la perception du risque d'une patientelle ethnoculturellement diversifiée d'une policlinique médicale universitaire urbaine; les trois comportements auxquels nous nous intéressons sont la consommation d'alcool à risque, le tabagisme et les comportements sexuels à risque. Nous postulons que la perception du risque pour ces trois comportements diffère entre les populations migrantes et la population autochtone; nous postulons également que l'impact d'une intervention brève sera différencié, puisque cette intervention n'est pas adaptée aux besoins spécifiques des populations autres qu'autochtones.

Les patients adultes venant consulter en urgence pendant les heures ouvrables de la Policlinique Médicale Universitaire se sont vu proposer un premier questionnaire et une intervention brève intégrant la perception du risque par le patient dans l'un ou plusieurs des domaines précités avant de voir le médecin. Les questionnaires étaient traduits dans les principales langues connues des patients consultant à la Policlinique (français, anglais, espagnol, serbo-croate, albanais); ces questionnaires ont été réalisés auprès des patients par une psychologue de recherche. A trois mois, un second questionnaire, par téléphone,

a été réalisé pour mesurer l'impact de l'intervention brève en termes de différences de perception du risque et de comportement. Des analyses univariées et multivariées ont été effectuées.

La perception du risque général diffère entre le groupe autochtone / le groupe des migrants originaires de l'Europe de l'Ouest et de l'Amérique du Nord et le groupe des migrants originaires des pays en voie de développement. Si l'ensemble des trois groupes surévalue le risque de façon générale, le groupe des migrants provenant des pays en voie de développement le surévalue de manière plus prononcée. Hormis des facteurs connus pouvant influencer la perception du risque en particulier chez les migrants les plus précaires (ethnicité, race, religion), le vécu en termes d'expériences subjectives de la vulnérabilité et de l'injustice environnementale («hypothèse de la vulnérabilité») pourrait être une explication à la surévaluation très importante du risque chez le groupe issu des pays en voie de développement.

L'évaluation de la perception du risque général en analyse multivariée confirme l'importance de l'origine mais aussi de la consommation d'alcool (plus l'individu consomme de l'alcool, plus il évalue le risque général comme important) et le fait d'être une femme, cette dernière ayant une tendance systématique mais non significative (sauf pour les maladies cardiovasculaires) à évaluer le risque comme plus important.

\* Ce projet a été soutenu par le contrat de recherche n° 03.001568 de l'Office fédéral de la santé publique dans le cadre de la stratégie «Migration et santé 2002-2007» de la Confédération.

\*\* Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive de Lausanne



## Zusammenfassung

Im Bereich der Prävention sollten die verwendeten Beratungsinstrumente auf die spezifischen Bedürfnisse der Migrationsbevölkerung zugeschnitten sein. Beim Beratungsgespräch sollte sich die Ärztin / der Arzt ein Bild der Risikowahrnehmung der Patientin / des Patienten machen.

In dieser Studie interessieren wir uns für die Risikowahrnehmung einer ethnisch-kulturell durchmischten Klientel einer städtischen medizinischen Universitätspoliklinik. Im Mittelpunkt stehen dabei drei Verhaltensweisen: übermäßiger Alkoholkonsum, Tabakmissbrauch und sexuelles Risikoverhalten. Unsere Annahme lautet, dass sich die Risikowahrnehmung für diese drei Verhaltensweisen zwischen den Migrantinnen und Migranten und der einheimischen Bevölkerung unterscheidet, und ferner, dass die Wirkung einer Kurzintervention unterschiedlich ausfallen wird, da diese nicht migrationspezifisch, sondern auf die Bedürfnisse der Einheimischen ausgerichtet ist.

Die erwachsenen Patientinnen und Patienten, die während der Öffnungszeiten der medizinischen Poliklinik des Universitätsspitals in die Notfall-Sprechstunde kamen, wurden vor der Untersuchung durch die Ärztin / den Arzt gebeten, einen Fragebogen zu einem oder mehreren der drei genannten Themenbereiche auszufüllen. Die Fragebögen lagen in den gängigen Sprachen vor, die diese Patientinnen und Patienten üblicherweise beherrschen (Französisch, Englisch, Spanisch, Serbokroatisch, Albanisch), und wurden unter Anleitung einer Forschungspsychologin ausgefüllt. Drei Monate später wurde anhand einer telefonischen Nachbefragung mit einem zweiten Fragebogen ermittelt, inwiefern die Kurzintervention eine Veränderung von Risikowahrnehmung und Verhalten bewirkt hatte. Es wurden uni- und multivariate Analysen erstellt.

Hinsichtlich der allgemeinen Risikowahrnehmung wurden zwischen der Einheimischengruppe / der Migranten-Gruppe aus Westeuropa und Nordamerika einerseits und den Migrantinnen und Migranten aus Entwicklungsländern andererseits Unterschiede beobachtet: Eine Überbewertung des Risikos findet zwar in allen drei Gruppen statt, ist aber in der Migrantengruppe aus Entwicklungsländern stärker ausgeprägt. Bei der massiven Überbewertung des Risikos durch Migrantinnen und Migranten in besonders prekären Lebenssituationen spielen neben den bekannten Faktoren (Ethnizität, Rasse, Religion) möglicherweise auch subjektive Erfahrungen eine Rolle, die das Vulnerabilitätsempfinden und das Gefühl eines ungerechten Umfelds bei der Gruppe aus Entwicklungsländern verstärken (Vulnerabilitätshypothese).

Die multivariate Analyse der allgemeinen Risikowahrnehmung bestätigt die Bedeutung von Herkunft, aber auch von Alkoholkonsum (die Einschätzung des Risikos

## Sintesi

Nel campo della prevenzione, i mezzi utilizzati in termini di counselling dovrebbero adattarsi alle specificità delle popolazioni migranti; nel quadro del counselling, una valutazione della percezione del rischio / dei rischi da parte di un paziente dovrebbe essere effettuata da un medico.

Il presente studio, condotto presso un policlinico medico universitario urbano, evidenzia la percezione del rischio da parte di un gruppo di pazienti etnicamente e culturalmente diversificato; i tre comportamenti oggetto della ricerca sono il consumo a rischio di alcolici, il tabagismo e i rapporti sessuali a rischio. Postuliamo una diversa percezione del rischio in merito a queste tre componenti tra le popolazioni migranti e la popolazione autoctona; postuliamo anche che l'impatto di un intervento breve sarà differenziato, visto che non è adeguato alle necessità specifiche delle popolazioni non autoctone.

I pazienti adulti, che in casi urgenti consultano il Policlinico medico universitario durante le ore d'apertura, si sono visti proporre un primo questionario e un breve intervento che integrava la percezione del rischio del paziente in uno o nei diversi ambiti summenzionati, prima di una visita medica. I questionari, tradotti nelle principali lingue conosciute dai pazienti che si erano rivolti al policlinico (francese, inglese, spagnolo, serbocroato, albanese), sono stati sottoposti ai pazienti da una psicologa ricercatrice. Dopo tre mesi, è stato loro sottoposto un secondo questionario, questa volta per telefono, al fine di misurare l'impatto del breve intervento in termini di differenze di percezione del rischio e del comportamento. Sono state effettuate analisi univariate e multivariate.

La percezione generale del rischio varia tra il gruppo autoctono o il gruppo di migranti originari dell'Europa occidentale e dell'America del Nord, da una parte, e il gruppo dei migranti originari dei Paesi in via di sviluppo, dall'altra. Se, in generale, l'insieme dei tre gruppi sopravvaluta il rischio, il gruppo dei migranti provenienti dai Paesi in via di sviluppo lo fa in modo più marcato. Oltre ai fattori noti in grado d'influenzare la percezione del rischio, in particolare presso i migranti più precari (l'etnia, la razza e la religione), l'esperienza a livello soggettivo della vulnerabilità e dell'ingiustizia ambientale («ipotesi della vulnerabilità») potrebbe spiegare la sopravvalutazione molto accentuata del rischio presso il gruppo originario dei Paesi in via di sviluppo.

La valutazione della percezione del rischio generale nell'analisi multivariata conferma l'importanza dell'origine, nonché del consumo di alcolici (maggiore è la quantità di alcolici consumata dall'individuo, maggiore è l'importanza attribuita al rischio generale) e

## Summary

In a preventive context, the methods used in counselling should be adapted to the specific needs of migrant populations; as part of the counselling process, the doctor should evaluate the perception of risk(s) by the patient.

In this study we were interested in how risks were perceived by patients from diverse ethnic and cultural backgrounds attending an urban university outpatient department; we were particularly interested in the three behaviours of high-risk alcohol consumption, smoking and high-risk sexual behaviour. We postulated that the perception of the risk involved in these three behaviours differs between the migrant populations and the indigenous population; we also postulated that a short intervention has differing impacts, since this intervention is not adapted to the specific needs of populations other than the indigenous inhabitants.

Adult emergency patients attending the University Outpatient Department during its opening hours completed an initial questionnaire and a short intervention relating to their perception of risk in one or more of the specified situations prior to seeing the doctor. The questionnaires were translated into the main known languages of the patients attending the outpatient department (French, English, Spanish, Serbo-Croatian and Albanian); these questionnaires were completed by the patients with the aid of a research psychologist. Three months later, a second questionnaire, this time by telephone, was completed with the aim of measuring the impact of the short intervention in terms of differing perceptions of risk and behaviour. Univariate and multivariate statistical analyses were performed.

There are differences in the general perception of risk between the indigenous group / the group of migrants originating from Western Europe and North America and the group of migrants originating from developing countries. While all three groups tended to overestimate risk generally, the migrants from developing countries overestimated risk to a greater extent. Apart from the known factors that potentially influence the perception of risk particularly among migrants in the most precarious situation (ethnicity, race and religion), the subjective experience in terms of vulnerability and environmental injustice ("hypothesis of vulnerability") could provide one explanation for the substantial overestimation of risk in the group from developing countries.

The evaluation of perceptions of general risk by multivariate analysis confirmed the importance of origin, but also the importance of alcohol consumption (individuals that consumed alcohol were more likely to evaluate the general risk as high), and the fact of being a woman, since

steigt mit dem Alkoholkonsum) sowie des weiblichen Geschlechts: Frauen weisen eine systematische, aber nicht signifikante (ausser bei kardiovaskulären Krankheiten) Tendenz auf, das Risiko als höher einzustufen.

Nachdem die Vulnerabilitätshypothese für die Bewertung sowohl des persönlichen als auch des allgemeinen Risikos gilt, wäre es denkbar, dass der Optimismus-Bias bei der persönlichen Risikowahrnehmung gegenüber dem Vulnerabilitätsempfinden überwiegt. Tatsächlich wird die persönliche Risikowahrnehmung im Vergleich mit dem allgemeinen Risiko systematisch als niedriger eingestuft.

Der Schluss, die nicht migrationsspezifische Kurzintervention wirke bei Migrantinnen und Migranten anders als bei Einheimischen, ist aus methodischen Gründen nicht zulässig. Nach drei Monaten können sehr wohl auch andere Faktoren als die Risikowahrnehmung (Störfaktoren) die Risikowahrnehmung und das Verhalten beeinflusst haben.

dell'appartenenza al sesso femminile: infatti, le donne propendono in modo sistematico, ma non significativo (salvo per le malattie cardiovascolari), a dare maggiore importanza al rischio.

Dato che l'ipotesi della vulnerabilità è applicabile alla valutazione di entrambi i rischi, personale e generale, è possibile che la «prospettiva ottimista» pesi più del sentimento di vulnerabilità nella valutazione del rischio personale, la cui percezione è ritenuta sistematicamente meno importante rispetto al rischio generale.

Per ragioni metodologiche non è stato possibile determinare se l'impatto di un intervento breve (non adeguato ai bisogni degli immigrati) divergesse a seconda dei gruppi. Dopo tre mesi, la percezione del rischio e il comportamento possono essere stati influenzati anche da altri fattori (fattori di disturbo), diversi dalla percezione del rischio.

women consistently – but not to a statistically significant extent (except for cardiovascular disorders) – tended to assess the general risk as being higher.

Since the hypothesis of vulnerability applies equally to assessments of personal risk and general risk, it is possible that the bias of optimism is stronger than the feeling of vulnerability when evaluating personal risk. In fact, perceptions of personal risk were consistently found to be lower in relation to general risk.

For methodological reasons, it was not possible to draw any conclusions about the differing impacts of the short intervention (which was not adapted to migrants) on the different groups. At the three-month point, compounding factors other than risk perception could have influenced both risk perception and behaviour.

L'hypothèse de la vulnérabilité s'appliquant aussi bien à l'évaluation du risque personnel qu'à l'évaluation du risque général, il est possible que le biais d'optimisme soit plus important dans l'évaluation du risque personnel que le sentiment de vulnérabilité. En effet, la perception du risque personnel est systématiquement évaluée comme plus basse par rapport au risque général.

Pour des raisons méthodologiques, il n'est pas possible de conclure à l'impact différencié de l'intervention brève (non adaptée aux migrants) sur les différents groupes. A trois mois, d'autres facteurs que la perception du risque (facteurs confondants) ont pu influencer aussi bien la perception du risque que le comportement.

**Key Words:** prevention, risk perception, alcohol, tobacco, risky sexual behaviour, migrants, natives

## 1 Introduction

Les moyens utilisés pour la prévention, en particulier le «counselling», devraient s'adapter aux caractéristiques des populations migrantes (Litrownik et al. 2000: 124), notamment en ce qui concerne leurs attentes, leurs besoins, mais aussi leurs craintes et leurs croyances. Ainsi, il est important de s'intéresser également à la perception du risque («risk perception») pour la santé des populations d'ethnies différentes. Jusqu'à ce jour, les études sur la perception du risque se sont surtout intéressées à des communautés migrantes très spécifiques, en particulier les sous-populations d'origine asiatique aux Etats-Unis (Grace et al. 2002: 233).

Dans cette étude, nous nous intéressons à la perception du risque pour la santé chez des personnes présentant un tabagisme, et/ou une consommation excessive d'alcool et/ou un comportement sexuel à risque, parmi les différentes ethnies représentatives de la population ambulatoire consultant à la Policlinique Médicale Universitaire de Lausanne.

Notre première hypothèse est que la perception du risque concernant les trois aspects susnommés (tabagisme, consommation d'alcool à risque, comportements sexuels à risque) diffère entre les populations migrantes et la population autochtone (groupe contrôle); cette perception du risque serait moins bonne chez les patients migrants, avec une sous-évaluation du risque plus marquée chez ces patients. Notre seconde hypothèse est qu'il y a un impact différencié d'une intervention brève non adaptée pour les populations différentes à la population autochtone dans le sens que l'impact sera moins

important auprès des populations migrantes, et ceci aussi bien en termes de différence de la perception du risque après l'intervention brève que de modifications comportementales.

Cette étude vise à déterminer la présence ou l'absence de différences dans la perception du risque dans les trois domaines précités entre la population migrante et la population autochtone, et, le cas échéant, à déterminer les paramètres qui pourraient influencer cet état de fait. Le second objectif est d'évaluer l'impact d'une intervention brève intégrant la perception du risque (telle que pratiquée habituellement auprès de la population autochtone, donc ne tenant pas compte de certaines dimensions spécifiques à la population migrante) en termes de modifications de la perception du risque et du comportement.

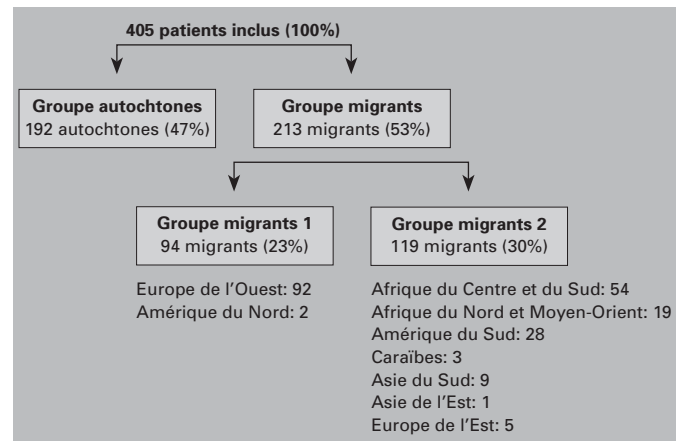
## 2 Déroulement de l'étude / méthode

Il s'agit d'une étude réalisée auprès de patients adultes se présentant à la consultation générale de la Polyclinique Médicale Universitaire de Lausanne sans rendez-vous, du lundi au vendredi, pendant les heures ouvrables (de 8 heures à 18 heures).

Chaque patient d'origine native (le natif étant tout citoyen suisse ou enfant de migrants né en Suisse, groupe autochtone contrôle) ou étranger (patients bénéficiant d'un permis B, C, L, N, F ou «sans-papiers», groupe migrant) se présentant à la consultation générale pendant les horaires précités s'est vu proposer de participer à cette étude; après signature du formulaire de consentement, deux questionnaires dans les principales langues connues des patients consultant à la Polyclinique (français, anglais, espagnol, albanais) ont été réalisés par une psychologue de recherche. Les questionnaires ont été traduits soit par des soignants ayant vécu dans des régions où la langue traduite est la principale langue du pays, soit par des soignants originaires de ces régions, soit par des traducteurs.

Un premier entretien concernant les caractéristiques sociodémographiques du patient, le degré d'intégration des patients étrangers, la présence d'éventuelles comorbidités psychiatriques et les différentes dimensions de la perception du risque, a été effectué avant la consultation en urgence par la psychologue de recherche. L'intervention brève a été effectuée à l'issue de cet entretien par la même psychologue, en fonction des informations récoltées au préalable. A trois mois, un questionnaire adressé au patient et effectué par téléphone par la psychologue de recherche a permis d'évaluer un éventuel changement de la perception du risque, un éventuel changement de comportement et l'utilité subjective d'une intervention brève qui intègre la perception du risque.

Figure 1: Caractéristiques de base et origine



## 3 Résultats

### 3.1 Caractéristiques de base

Parmi les 405 patients inclus dans l'étude, 192 étaient des autochtones et 213 des migrants (groupes migrants 1 et migrants 2); le détail des groupes migrants est présenté dans la figure 1.

Nous avons opté pour une classification des migrants en fonction de leur origine, à savoir les pays industrialisés et développés pour le groupe migrants 1, les pays en voie de développement pour le groupe migrants 2; cette classification se base sur la classification internationale par régions de l'Organisation Mondiale de la Santé, classification que nous avons utilisée dans une publication antérieure (Bodenmann et al. 2005: 256).

L'âge moyen des deux groupes de migrants est similaire, le groupe autochtone ayant en moyenne 5 ans de plus. La proportion d'hommes dans chaque groupe est comparable; les deux groupes de migrants sont répartis uniformément par degré d'intégration. La proportion de patients dépressifs et anxieux est plus importante chez les migrants du groupe 2. Les femmes présentent significativement plus d'états dépressifs et anxieux que les hommes.

### 3.2 Comportements à risque

En termes de consommation d'alcool, les autochtones de notre collectif sont moins abstinentes, et ils ont tendance à boire plus fréquemment par rapport au groupe des migrants. La consommation d'alcool à risque (CAGE  $\geq$  2) est significativement plus fréquente chez le groupe des autochtones.

La prévalence de fumeurs est plus importante chez le groupe migrants 1 (58,5%) et la plus basse pour le groupe migrants 2 (30,5%). Les autochtones fument de manière significative plus de cigarettes par jour par rapport aux groupes migrants. Il n'y a pas de différence significative concernant la première cigarette de la journée.

Il n'y a pas de différence significative de comportements sexuels entre les trois groupes de notre collectif.

Hormis pour les MST où les hommes prennent significativement plus de risque que les femmes, il n’y a pas de différence significative de prévalence des comportements à risque selon le genre.

### 3.3 Perception du risque

Pour réaliser les analyses multivariées, nous avons retenu comme variable dépendante la perception du risque, et différentes variables indépendantes sur la base des résultats des analyses univariées et de la littérature scientifique:

- l’origine en classant les migrants par zone géographique (migrants 1, migrants 2) et en analysant le groupe migrants 1 par rapport au groupe autochtone, et le groupe migrants 2 par rapport au groupe autochtone;
- les comportements à risque, en différenciant les abstinents des consommateurs pour l’alcool, les non-fumeurs des fumeurs, et la présence de multiples partenaires par rapport à l’absence de multiples partenaires pour ce qui est de prise de risque au niveau sexuel;
- le genre;
- l’âge.

Nous n’avons pas retenu comme variable indépendante le degré d’intégration, les comorbidités psychiatriques et les motifs de consultation qui ne ressortaient pas comme significatifs lors des analyses univariées.

Les résultats qui ressortent de l’analyse multivariée pour la perception élevée du risque général sont les suivants (tableau 1):

- Le fait d’appartenir au groupe migrants 2 implique que le patient a par exemple 2,5 fois plus de chance d’évaluer le risque général comme étant élevé d’avoir une cirrhose du foie. Ceci se vérifie pour l’ensemble des risques associés aux différentes pathologies étudiées (cirrhose, cancer 1 et 2, maladie cardiovasculaire 1 et 2, maladies sexuellement transmissibles, sida), les odds ratios allant de 2,1 à 3,1.
- Une autre variable importante est le fait de consommer ou de ne pas consommer de l’alcool: en effet, les abstinents ont tendance à répondre plus souvent de manière significative qu’ils perçoivent un risque général comme étant plus modéré (ceux qui consomment de l’alcool perçoivent donc le risque comme plus important).
- Il existe enfin une tendance non significative à ce que l’homme perçoive le risque général comme étant moins élevé, et ce pour l’ensemble des pathologies étudiées, tendance qui est significative dans le cadre des maladies cardiovasculaires.

L’analyse multivariée a été faite pour l’ensemble des comportements à risque, à savoir le fait de fumer et de consommer de l’alcool, ainsi que le fait de prendre des risques en termes de maladies sexuellement transmissibles. Les analyses avec des résultats non significatifs n’apparaissent pas sur le tableau 1 pour des raisons de clarté par rapport aux résultats significatifs ou à la limite du significatif.

L’analyse multivariée pour la perception du risque personnel ne met pas en avant de variable, que ce soit dans le cadre de la cirrhose, du cancer ou des maladies cardiovasculaires.

Finalement, quel que soit le comportement et la pathologie associée, la perception du risque personnel est moins importante que la perception du risque général.

Tableau 1: Perception élevée du risque général (analyse multivariée)

Perception du risque général (M 70)		ODDS - RATIO	P-VALUE
<b>Cirrhose</b>	N=312		
	Migrants 1	1,6	0,2
	Migrants 2	2,5	0,005
	Abstinents/Alcool	0,46	0,009
	Homme	0,85	0,6
	>35 ans	1,0	0,9
<b>Cancer</b>	N=311		
	Migrants 1	1,2	0,6
	Migrants 2	2,7	0,004
	Abstinents/Alcool	0,38	0,002
	Homme	0,56	0,058
	>35 ans	1,12	0,7
<b>Cancer 2</b>	N=255		
	Migrants 1	1,3	0,5
	Migrants 2	3,1	0,001
	Abstinents/Alcool	0,48	0,018
	Homme	0,66	0,2
	>35 ans	1,80	0,08
<b>Maladie cardiovasculaire</b>	N=311		
	Migrants 1	1,2	0,6
	Migrants 2	2,1	0,02
	Abstinents/Alcool	0,45	0,006
	Homme	0,51	0,019
	>35 ans	1,2	0,5
<b>Maladie cardiovasculaire 2</b>	N=255		
	Migrants 1	1,5	0,3
	Migrants 2	2,5	0,008
	Abstinents/Alcool	0,48	0,019
	Homme	0,74	0,3
	>35 ans	1,5	0,2
<b>Maladies sexuellement transmissibles</b>	N=402		
	Migrants 1	0,87	0,6
	Migrants 2	2,7	0,001
	Abstinents/Alcool	0,52	0,012
	Homme	0,78	0,3
	>35 ans	1,1	0,7
<b>Sida</b>	N=311		
	Migrants 1	1,2	0,6
	Migrants 2	3,0	0,001
	Abstinents/Alcool	0,5	0,01
	Homme	0,84	0,5
	>35 ans	0,68	0,2

### 3.4 «Follow-up» et «lost to follow-up»

Il apparaît dans le follow-up des migrants que 38% des personnes incluses n’ont pas pu être atteintes par téléphone à trois mois, et ceci dans 50% des cas pour des raisons indéterminées (figure 2).

### 3.5 Impact de l'intervention brève

L'impact de l'intervention brève sur le comportement et sur la perception du risque a été évalué par la proportion des personnes ayant reçu l'intervention qui ont modifié leur comportement. Le test statistique est un one-sample test basé sur l'intervalle de confiance.

A trois mois, 22,8% (95% CI [0,15-0,31]) des patients ne présentent plus de comportement à risque relatif à l'alcool; 13,5% (95% CI [0,07-0,20]) des patients ont cessé de fumer. Bien qu'il y ait des changements de comportement notamment dans le sens de l'arrêt de la consommation d'alcool et de tabac, la valeur des n fait que notre étude ne soit pas assez puissante pour être conclusive sur ce point. Pour les patients ayant eu une intervention pour les maladies sexuellement transmissibles, la valeur du n du follow-up est trop faible (27 patients) pour mettre en évidence des tendances.

L'impact de l'intervention brève sur la perception du risque général et personnel ne montre pas de tendance significative entre les trois groupes, que ce soit par rapport à la cirrhose (et la prise d'alcool) ou au cancer pulmonaire, ou les maladies cardiovasculaires (et la consommation de tabac). Au vu de la grande variabilité des résultats (écarts types importants) et de la faible corrélation entre la réponse à la même question avant et après l'intervention, il est difficile d'en tirer une conclusion définitive. A noter que cette analyse n'a pas été effectuée pour les pa-

tients ayant eu une intervention brève pour les maladies sexuellement transmissibles au vu des petits n par sous-groupes.

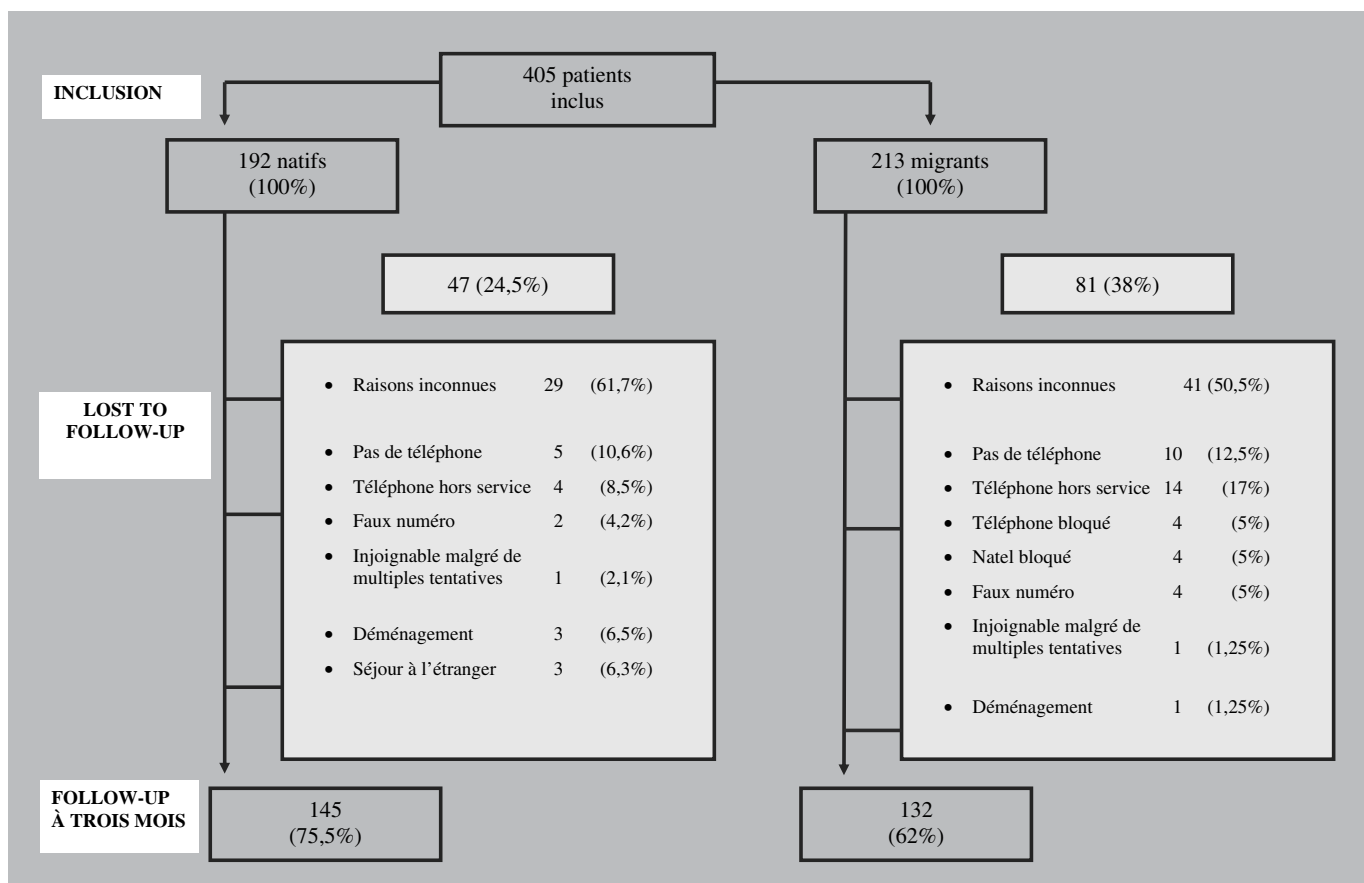
Concernant l'utilité subjective de l'intervention brève intégrant la perception du risque, 230 réponses à cette question ont pu être analysées à trois mois: dans 74% des cas, l'intervention a été jugée utile, alors que dans 26% des cas elle n'a pas été jugée utile.

## 4 Discussion

### 4.1 Différences dans la perception du risque

L'analyse multivariée de la perception élevée du risque général a permis de mettre en évidence trois variables d'intérêt ayant une influence significative (ou partiellement significative pour le genre) sur la perception du risque. D'une part l'origine, les migrants venant de pays en voie de développement ayant une tendance systématique à évaluer le risque comme étant plus important par rapport au groupe des migrants de l'Europe de l'Ouest et de l'Amérique du Nord, et des autochtones. En effet, même si d'une façon générale nous pouvons dire que l'ensemble des trois groupes surévalue le risque (puisque nous avons des valeurs standardisées de risque pour les questions concernant les maladies cardiovasculaires et le cancer), le groupe des migrants issus de pays défavorisés a tendance à le surestimer encore plus. Le vécu en termes d'expériences subjectives de la vul-

Figure 2: Follow-up et lost to follow-up



néralité (discrimination notamment) et de l'injustice environnementale (faisant allusion au danger des zones d'habitats) pourrait être plus influent sur la perception de certains risques pour les populations préteritées représentées dans notre étude en particulier par les migrants provenant des pays en voie de développement (Satterfield et al. 2004: 115).

Une autre variable qui apparaît comme significativement importante dans la perception du risque général est la présence d'une consommation d'alcool; d'une façon générale pour les différents comportements à risque, les personnes consommant de l'alcool ont tendance à évaluer le risque général comme plus important. Ce phénomène a été bien décrit dans la littérature sur la perception du risque et la prise d'alcool, notamment pour la perception du risque personnel (Sjöberg 1998: 277S). Nous postulons que l'une des explications possibles de cet état de fait est une augmentation de l'état d'anxiété lors de la prise d'alcool en quantités allant au-delà de la modération, anxiété qui a tendance à augmenter le niveau de perception du risque.

Cette hypothèse pourrait s'appliquer également aux différences concernant le genre, qui, bien que non significatives (hormis pour les maladies cardiovasculaires), rejoignent un résultat que nous avons publié précédemment (Bodenmann et al. 2005: 256); les femmes ont tendance à évaluer le risque comme étant plus important parce qu'elles sont porteuses au sein de la famille de la responsabilité de la santé, de par leur contact régulier auprès du gynécologue, mais aussi parce que leur niveau d'anxiété par rapport au risque est plus élevé que celui de l'homme (Olsson et al. 2005: 109; Zubieta et al. 2003: 1240).

L'hypothèse de la vulnérabilité (Satterfield et al. 2004: 115) s'appliquant aussi bien à l'évaluation du risque personnel qu'à l'évaluation du risque général, il est possible que le biais d'optimisme puisse en partie expliquer l'absence de résultats significatifs pour la perception du risque personnel et l'origine; Weinstein en particulier a démontré à plusieurs reprises que les personnes se considèrent comme étant moins à risque que les autres personnes face aux mêmes dangers (Weinstein 1999: 15). En d'autres termes, la perception du risque personnel est toujours moins importante que la perception du risque général.

## 4.2 Impact de l'intervention brève intégrant la perception du risque

### a) Impact de l'intervention brève sur la perception du risque

Bien que nous ayons mis en évidence des tendances pour un impact différencié de l'intervention brève sur la perception du risque, ces tendances ne sont pas significatives. Plusieurs raisons peuvent être évoquées:

- d'un point de vue méthodologique, il y a une variabilité des résultats (écarts types importants) et une faible corrélation entre la réponse à la même question avant et après l'intervention;

- à trois mois, la perception du risque peut être influencée non seulement par une intervention brève, mais aussi par d'autres facteurs de l'environnement de chaque patient tels que les médias (Alaszewski 2003: 728);

- les difficultés de communiquer certains risques dans le cadre d'une intervention brève lors d'une consultation en urgence (prédisposition psychologique du patient);

- la complexité d'intégrer dans l'évaluation de la perception du risque les différentes dimensions permettant au patient de se faire une idée du risque et de ses conséquences (Weinstein 2001).

### b) Impact de l'intervention brève sur le comportement

Des changements importants de comportement ont eu lieu en particulier pour ce qui est de l'arrêt de la consommation d'alcool (respectivement 28,1% et 26,7% chez les migrants 1 et 2!) et pour ce qui est du tabagisme (16,3% et 16,0% d'arrêt à trois mois respectivement chez les autochtones et des migrants 2); vu le peu de cas recensés à trois mois (27 sur 61 inclus), les chiffres obtenus concernant les comportements sexuels à risque ne sont pas interprétables.

Les mêmes considérations méthodologiques que celles concernant l'influence de l'intervention brève sur la perception du risque sont retenues ici. De plus, il faut souligner que la décision (aboutissant à un comportement) n'est pas uniquement déterminée par la perception du risque. D'autres aspects fondamentaux tels que la pression sociale, le contexte environnemental et économique, les émotions et les valeurs personnelles jouent un rôle clé. Ainsi, un changement dans la perception du risque n'implique pas forcément un changement de comportement.

### c) Utilité subjective de l'intervention brève intégrant la perception du risque

Malgré les difficultés mentionnées ci-dessus pour évaluer l'impact de l'intervention brève sur un changement de la perception du risque et du comportement, trois quarts des patients du follow-up ont jugé cette intervention comme utile: il a notamment été souligné que l'intervention permettrait de sensibiliser, rappeler et réfléchir aux différents risques et de rester vigilants. Dans un quart des cas, l'intervention a été jugée comme peu utile ou inutile, car il n'y avait pas de prise de risque ou la personne jugeait qu'elle avait déjà suffisamment d'informations.

## 5 Conclusions

La perception du risque général est différente entre le groupe de migrants les plus précarisés et le groupe des autres migrants et autochtones. Parmi les migrants venant de pays en voie de développement, différents facteurs peuvent différencier leur perception du risque; le vécu en termes d'expériences subjectives de la vulnérabilité et de l'injustice environnementale peut expliquer une surévaluation plus importante du risque par les patients migrants précarisés. La consommation d'alcool et le genre féminin sont les deux autres facteurs allant dans le sens d'une évaluation plus importante du risque.

La perception du risque personnel ne diffère pas significativement entre les trois groupes, mais elle est systématiquement évaluée comme moins importante par rapport au risque



général; le sentiment de vulnérabilité pourrait être moins important dans l'évaluation du risque personnel que le «biais d'optimisme».

Suite à l'intervention brève, malgré les tendances en faveur d'un impact différencié de cette intervention sur le changement de la perception du risque et du comportement à trois mois, les considérations méthodologiques ne nous ont pas permis de conclure de manière définitive sur cette deuxième question.

Ceci souligne notamment l'importance d'évaluer la perception du risque par des questions s'interrogeant sur les différentes dimensions du risque, de réaliser une communication du risque adaptée lors de l'intervention brève et de tenir compte des nombreux facteurs pouvant influencer la perception du risque et le comportement, ce dernier ne dépendant pas uniquement de la perception du risque. Il faut cependant souligner que pour trois quarts des patients, à trois mois l'intervention brève a été jugée comme utile.

## 6 Références

- Alaszewski, A., et T. Horlick-Jones, 2003: How can doctors communicate information about risk more effectively? *BMJ* 327: 728-731.
- Bodenmann, P., N. Murith, B. Favrat et al., 2005: Perception of the damaging effects of smoking, and brief cessation counselling by doctors. *SWISS MED WKLY* 135: 256-262.
- Grace, X., et al., 2002: Perceived risks of certain types of cancer and heart disease among Asian American smokers and non-smokers. *Journal of Community Health* 27(4): 233-46.
- Litrownik, AJ., JP. Elder, NR. Campbell, GX. Ayala, DJ. Slymen, D. Parra-Medina, FB. Zavala et CY. Lovato, 2000: Evaluation of a tobacco and alcohol use prevention program for Hispanic migrant adolescents: promoting the protective factor of parent-child communication. *Preventive Medicine* 31(2 Pt 1): 124-33.
- Olsson, CA., RJL. Anney, M. Lotfi-Miri et al., 2005: Association between the COMT Val 158 Met polymorphism and propensity to anxiety in an Australian population-based longitudinal study of adolescent health. *Psychiatric Genetics* 15(2): 109-115.
- Satterfield, TA., CK. Mertz et P. Slovic, 2004: Discrimination, Vulnerability, and Justice in the Face of Risk. *Risk analysis* 24(1): 115-129.
- Sjöberg, L., 1998: Risk Perception of Alcohol Consumption. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 22(7): 277S-284S.
- Weinstein, ND., 2001: Smokers' recognition of vulnerability to harm. pp. 81-96 in: P. Slovic, (Ed.), *Smoking, Risk, Perception, and Policy*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.
- Weinstein, ND., 1999: What Does It Mean to Understand a Risk? *Evaluating Risk Comprehension*. *Journal of the National Cancer Institute Monographs* (25): 15-20.
- Zubietta, J., MM. Heitzeg, YR. Smith et al., 2003: COMT val 158 met Genotype Affects mu-Opioid Neurotransmitter Responses to a Pain Stressor. *Science* 299: 1240-1243.

## 7 Transfert de connaissances / valorisation

La perception du risque est différente en fonction de l'origine des patients; les personnes venant des pays en voie de développement ont tendance à surévaluer de manière plus importante les risques que nous avons étudiés. Le fait de consommer de l'alcool et d'être une femme sont les deux autres facteurs allant dans le sens d'une surévaluation plus importante du risque.

L'impact différent d'une intervention brève (intégrant la perception du risque et non adapté aux différences ethnoculturelles) sur un changement au niveau de la prise de risque ou du comportement n'a pu être démontré, et ce essentiellement pour des raisons méthodologiques. En général, l'intervention brève a été jugée comme utile par les patients du follow-up.

Même si des tendances concernant un impact apparaissent entre les différents groupes, il faudra de nouvelles études interventionnelles pour démontrer qu'une intervention brève spécifique (intégrant l'étude de la perception du risque) pour les migrants venant de pays en voie de développement et distants de la Suisse est nécessaire; d'une façon plus large, ces études devraient apporter des éléments en faveur du développement d'un counselling – lors de la prévention – adapté aux spécificités des patients autres que des patients autochtones.

## 8 Impact

L'enseignement de l'évaluation de la perception du risque des patients autochtones et migrants mais aussi de l'utilisation des instruments permettant d'améliorer la communication du risque devrait faire partie de toute formation dans le domaine de la prévention.

De nouvelles études interventionnelles doivent être faites afin de prouver l'intérêt d'une intervention brève centrée sur la perception du risque et adaptée aux spécificités ethnoculturelles de patients d'origines diverses.

Adresse pour la correspondance:

Dr Patrick Bodenmann  
Policlinique Médicale Universitaire de Lausanne  
Rue du Bugnon 44  
1011 Lausanne  
E-mail: Patrick.Bodenmann@hospvd.ch

