



Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Observatoire suisse de la santé
Osservatorio svizzero della salute
Swiss Health Observatory

Résumé

Recours aux soins de la population migrante

Une comparaison des données du Monitoring de la santé des migrants (GMM II) et de l'Enquête suisse sur la santé (ESS 2007)

Mandat de l'Office fédéral de la santé publique dans le cadre de la stratégie fédérale « Migration et santé 2008-2013 »

Florence Moreau-Gruet

Neuchâtel, mars 2013

Résumé

Ce rapport compare le recours aux soins des Suisses (Enquête suisse sur la santé 2007) avec celui de certains groupes de la migration (GMM II, Portugal, Turquie, Serbie, Kosovo, requérants d'asile ou personnes acceptées provisoirement de Somalie et du Sri Lanka). Une association avec des variables liées spécifiquement à la migration comme la durée de séjour ou la raison de la venue en Suisse n'a pas pu être mise en évidence, l'appartenance à un groupe de migration étant très liée à ces dimensions. Les facteurs de besoins (santé autoévaluée, maladie de longue durée, limitations) présentent les plus fortes associations ainsi que les facteurs de prédisposition (âge, sexe, état civil, travail rémunéré, niveau d'éducation). Les facteurs favorisants tels que les revenus du ménage et le montant de la franchise ont aussi leur importance..

En ce qui concerne la nationalité, une image plus nuancée se dessine : Les migrants ressortissants du Kosovo ont un taux de consultation d'un médecin au cours des douze derniers mois plus bas que les Suisses. Par contre les Turcs et les Kosovars de la plupart des classes d'âge présentent un nombre de consultations plus élevé chez le médecin de famille. Quelques groupes d'âge du Portugal et de la Turquie ont une probabilité plus importante d'avoir été dans un service d'urgence et d'avoir été en traitement pour dépression que les Suisses. La différence principale qu'on peut observer concernant les requérants d'asile originaires de Somalie et particulièrement du Sri Lanka est leur niveau très élevé de traitement contre la dépression. Si globalement, les migrants ne consomment pas plus de médicaments que les Suisses, ils consomment plus d'analgésiques.

Contexte

L'égalité dans l'accès aux soins en Suisse pour tous est un idéal souhaitable. L'obligation depuis 1996 de contracter une assurance de soins (Loi fédérale sur l'assurance maladie) pour toute personne résidant en Suisse depuis trois mois est un pas important dans cette direction. Dans la phase II de la stratégie « Migration et santé » prévue pour les années 2008 à 2013 (Office fédéral de la santé publique 2007), la Confédération poursuit l'objectif d'une égalité des chances devant la santé. Plus spécifiquement un des champs d'action choisis concerne les soins de santé. Le but est d'assurer une prise en charge et des traitements adaptés aux personnes d'origine migrante et d'offrir à ces dernières des chances égales d'accéder au système de santé.

L'Office fédéral de la santé publique a fait réaliser un premier monitoring de la santé de la population issue de la migration en 2004 (GMM I) puis un second monitoring (GMM II) en 2010. Dans le GMM II, certains groupes de la population migrante ont été choisis pour être interrogés dans leur langue maternelle. Il s'agit de ressortissants de la population permanente du Portugal, de Turquie, de Serbie, du Kosovo, et de requérants d'asile ainsi que les personnes acceptées provisoirement de Somalie et du Sri Lanka. Les réponses de ces personnes ont été comparées à celles des Suisses (Suisses d'origine et naturalisés) ayant participé à l'Enquête Suisse sur la santé (ESS) en 2007.

Les migrants ne forment pas une population homogène. En plus du pays d'origine de la personne, d'autres dimensions liées à la migration peuvent conduire à des différences quant au recours aux soins comme la durée de séjour et la raison de la venue en Suisse, le permis de séjour et la maîtrise d'une des langues nationales en Suisse.

Méthodes

Les analyses sont basées sur le Behavioral Model of Health Care Utilization d'Andersen (1995) et prennent en compte toutes les dimensions à disposition dans les deux bases de données. Ce modèle comporte trois composantes principales. **Les facteurs de prédisposition** qui comprennent au niveau individuel les caractéristiques sociodémographiques telles que l'âge et le sexe, les facteurs sociaux

comme la formation, l'activité professionnelle, l'état civil, le nombre de personnes dans le ménage et la migration et les attitudes concernant le système de soins (seront prises en compte dans ce rapport les compétences de santé). **Les facteurs favorisant l'utilisation des services de soins** comprennent les aspects financiers et organisationnels qui permettent l'utilisation des services de soins. Les /critères retenus sont les revenus du ménage et le montant de la franchise de l'assurance-maladie. **Les facteurs de besoins** font référence aux besoins perçus de services de soins. Seront considérés la santé auto-évaluée, l'existence d'une maladie de longue durée et les limitations dans les activités.

Les questions étudiées relatives au recours aux soins sont la consultation d'un médecin au cours des douze derniers mois, le nombre de consultations chez le médecin, le médecin de famille, le gynécologue, le nombre de jours à l'hôpital, le nombre de visites aux services d'urgence d'un hôpital, au service ambulatoire d'un hôpital ou dans une polyclinique, l'existence d'un traitement pour dépression et la consommation d'un quelconque médicament et d'un analgésique au cours des sept derniers jours.

Résultats

Consultation d'un médecin

La consultation d'un médecin au cours des douze derniers mois est globalement plus faible parmi les étrangers : 67,2% d'entre eux ont rendu visite à leur médecin contre 78,6% des Suisses de naissance et 81,2% des Suisses naturalisés. En tenant compte de l'âge et du sexe, les immigrés du Kosovo de toutes classes d'âge et les hommes serbes de 50 à 74 ans se sont significativement moins rendus chez un médecin que les Suisses. Être arrivé en Suisse pour des raisons familiales (par rapport à des raisons politiques ou économiques) augmente de manière indépendante la probabilité d'avoir consulté un médecin. Les personnes qui disposent de plus de 3000.- de revenu d'équivalence du ménage¹ sont plus nombreuses à avoir fait recours au médecin mettant en évidence l'importance de l'aspect financier dans les comportements de recours aux soins. Les personnes qui ont des franchises basses se sont plus rendues chez le médecin. Le choix d'une franchise basse peut être lié à un mauvais état de santé.

Hospitalisation et consultation d'un service d'urgence

L'absence d'un suivi par un médecin de famille peut être remplacé par une hospitalisation ou la consultation de services d'urgence. C'est ce que l'on constate dans la population du GMM II : les étrangers sont plus nombreux à avoir été hospitalisés au cours des douze derniers mois (16,3%) que les Suisses d'origine et les Suisses naturalisés (respectivement 10,7% et 10,6%). Quant aux visites dans les services d'urgence d'un hôpital, au service ambulatoire d'un hôpital ou dans une polyclinique au cours des 12 derniers mois, les étrangers et les Suisses naturalisés ont aussi une probabilité plus élevée de s'y être rendus dans l'année. Les Suisses sont 11,7% à y avoir été admis, les Suisses naturalisés 14,5% et les étrangers 17,7%. Les Portugais (21,6%) et les Turcs (22,9%) sont plus nombreux à avoir été dans un tel service (mais les différences en fonction de l'âge et du sexe ne sont pas toutes significatives) et les Somaliens nettement moins nombreux (9,7%, différence non significative). Les femmes portugaises de 17 à 49 ans, les hommes portugais de 35 à 49 ans, les femmes turques de 35 à 49 ans et les hommes turcs de 17 à 34 ans ont une probabilité significativement plus élevée d'avoir été admis dans un tel service.

¹ Le revenu du ménage est la somme des revenus perçus par les différents membres qui composent le ménage, pondéré par le nombre et l'âge des membres du ménage.

Consultation chez le gynécologue

La consultation chez le gynécologue est légèrement plus élevée parmi les étrangères que parmi les Suissesses. Il y a probablement un lien avec le taux de fécondité plus élevé des étrangères.. Il y a peu de différences parmi les différents groupes de migrants du GMM II, seules les femmes du Kosovo de 50 à 74 ans ont une moyenne du nombre de visites plus bas que les Suissesses du même âge. Un précédent rapport avait montré que certains groupes de femmes migrantes avaient des taux d'hospitalisation pour grossesse plus élevés que les Suissesses (Moreau-Gruet et Luyet 2012).

Traitement pour dépression

Les répondants du GMM II sont deux fois plus nombreux à avoir été en traitement pour dépression que les Suisses (10% versus 5%) avec des taux élevés pour les ressortissants du Portugal, de la Turquie, de la Somalie et du Sri Lanka. Les femmes ont une probabilité plus élevée d'être en traitement, particulièrement les femmes portugaises et turques de 35 ans et plus.

Consommation de médicaments

La consommation d'au moins un médicament au cours de la semaine est moins fréquente dans la population migrante du GMM II que dans la population suisse : 44% des Suisses en ont consommé et 45,7% des Suisses naturalisés par rapport à 40,2% des répondants du GMM II. Les Turcs de plus de 35 ans ont toutefois une consommation nettement plus élevée que les Suisses du même âge et les ressortissants du Kosovo en consomment moins (les femmes de 35 à 49 ans et les hommes de 17 à 49 ans). Par contre, la consommation d'analgésiques est plus importante parmi les migrants du GMM II que parmi les Suisses. C'est particulièrement le cas des hommes et des femmes de Turquie et de Serbie et parmi les hommes du Portugal. Les ressortissants de Somalie et du Sri Lanka en consomment moins.

Principales différences de recours aux soins selon les groupes de migrants

L'appartenance à un des groupes de migrants étudiés a une influence sur tous les types de recours étudiés. Les différences suivantes sont contrôlées en fonction du sexe et de l'âge. Les Portugais ont un comportement de recours aux soins assez peu différent de celui des Suisses, sauf pour les consultations en urgence plus fréquentes chez les femmes jusqu'à 49 ans et les hommes de 35 à 49 ans et pour le traitement pour la dépression qui est plus fréquent chez les femmes de plus de 35 ans. Le taux de recours au médecin au cours de l'année des Turcs standardisé en fonction de l'âge et du sexe ne fait pas apparaître de différences significatives. Par contre, lorsque ces derniers font appel au médecin, le nombre de leurs consultations est nettement plus élevé parmi les femmes de plus de 35 ans. De même le nombre de leurs consultations chez le médecin de famille est plus élevé que celui des Suisses pour toutes les classes d'âge. Les femmes turques de plus de 35 ans et les hommes de 35 à 49 ans sont aussi nettement plus souvent en traitement pour dépression. Les Turcs (sauf les 17 à 34 ans) consomment plus de médicaments en général et d'analgésiques. Le comportement de recours aux soins des Serbes est assez proche de celui des Suisses : seul le groupe des hommes de 50 à 74 ans fait significativement moins recours au médecin au cours de l'année. Les hommes et les femmes serbes consomment un peu plus d'analgésiques. Les ressortissants du Kosovo sont nettement moins souvent allés voir un médecin au cours de l'année, par contre, les femmes kosovares ont eu un nombre de visites chez leur médecin de famille plus élevé. Les femmes kosovares de 35 à 49 ans et les hommes kosovars de 17 à 49 ans consomment moins de médicaments. La différence principale qu'on peut observer concernant les requérants d'asile originaires de Somalie et particulièrement du Sri Lanka est leur niveau très élevé de traitement contre la dépression.

Les variables liées spécifiquement à la migration (durée de séjour, raison de la venue en Suisse) ne sont souvent pas associées indépendamment aux différentes dimensions du recours aux soins étudiées. Ce sont les facteurs de prédisposition (âge, sexe, nombre de personnes dans la famille, état civil, travail rémunéré, niveau d'éducation) et les facteurs de besoins (santé autoévaluée, maladie de longue durée, limitations) qui présentent les associations les plus élevées avec le recours aux soins. Mais les facteurs favorisant tels les revenus du ménage et le montant de la franchise de l'assurance-maladie ont aussi leur importance. Ainsi les personnes qui ont un revenu d'équivalence supérieur à 3000.- ont plus de probabilité d'avoir vu le médecin au cours de l'année et celles dont le revenu d'équivalence est supérieur à 4500.- d'avoir consommé un médicament. Les personnes qui ont une franchise basse ont aussi plus de probabilité d'avoir fait recours à tous les types de recours aux soins. Les considérations financières influencent donc fortement la décision de recourir au système de soins.

Recommandations

La population étrangère en Suisse n'est pas homogène. Il importe donc de mettre en œuvre des mesures différenciées. Quelques possibilités s'offrent ici:

1. Une partie de la population étrangère sollicite très peu, vraisemblablement trop peu, le système de santé: des informations concernant l'accès à ce dernier sont importantes pour cette population. Une autre partie de celle-ci recourt avant tout aux services des urgences: il serait donc particulièrement judicieux de bien expliquer le système des médecins de famille en Suisse.
2. Une partie non négligeable de la population étrangère est traitée pour des dépressions. Les parts correspondantes sont notablement élevées chez les requérants d'asile, les titulaires d'un permis B et les personnes venues en Suisse en raison de problèmes politiques dans leur pays. Ce groupe est particulièrement vulnérable et l'attention que lui porte le premier interlocuteur rencontré dans le système de santé est d'une grande importance pour parvenir à offrir le soutien nécessaire suffisamment tôt et éviter des complications plus sévères. Il paraît ici opportun de former et de sensibiliser le personnel à cette problématique.
3. On observe que les hommes immigrés vivant en Suisse depuis longtemps tendent à consommer beaucoup d'analgésiques. Cette consommation pourrait être liée à des charges physiques importantes au travail. Ce groupe mérite d'être analysé de manière plus détaillée, notamment aussi quant au risque d'invalidité accru auquel il est exposé.
4. Un monitoring de la population migrante à intervalles réguliers peut montrer si les mesures prises ont été efficaces. Il serait indiqué de comparer les données de ce monitoring avec les données correspondantes concernant la population suisse. Une meilleure harmonisation des enquêtes serait alors nécessaire.