



**forMed** statistics  
for medicine



## **Santé reproductive des collectivités migrantes.**

### **Disparités de risques et possibilités d'intervention.**

2006

Paola Bollini, MD Dr.PH

Philippe Wanner, PhD

en collaboration avec

Sandro Pampallona, ScD

Urszula Stotzer, BA

Alexis Gabadinho, MA

Bruce Kupelnick, BA

Ce projet de recherche a été soutenu par le contrat OFSP n° 03.001482 /2.24.02. /-232

# Résumé

## Contexte

La santé reproductive<sup>1</sup> des femmes migrantes a fait l'objet de nombreuses études récemment, qui montrent clairement un niveau de santé déficitaire par rapport à celui des natives. Parmi les risques accrus figurent des grossesses non désirées en particulier chez les adolescentes, un risque de VIH/sida plus élevé que pour les natives, et des grossesses dont l'issue est négative. Parmi les facteurs expliquant cette situation, on peut mentionner l'accès contraceptif limité, les ruptures fréquentes dans la vie familiale suite à la migration, des pratiques sexuelles et contraceptives mal adaptées en raison des coutumes importées du pays d'origine, et une barrière concernant l'accès aux messages préventifs, aux soins et aux examens prénataux. Dans ce contexte, le rôle des politiques d'intégration et des politiques sanitaires spécifiques aux étrangers sur la santé reproductive n'est pas connu. Cette étude veut combler cette lacune en faisant un tour d'horizon sur la santé reproductive des femmes migrantes en Europe, suivi par une étude approfondie de la situation en Suisse. Ces deux premiers volets utiliseront des méthodes quantitatives pour répondre à des questions ciblées, et un troisième volet examinera l'accès aux soins des collectivités migrantes en Suisse avec des méthodes qualitatives.

## Objectifs, méthodes et résultats

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.

1. 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. Au total, 119 études ont été analysées, parmi lesquelles 64 (de 12 pays différents) ont pu être retenues. Pour chaque étude, nous avons extrait des données à la fois sur les conséquences négatives de la grossesse et les facteurs de risque. Quatre indicateurs de l'issue de la grossesse ont été analysés en détail (faible poids de naissance, naissance avant terme, mortalité périnatale et malformations congénitales), après prise en compte de deux facteurs de risque (parité et âge de la mère). L'analyse a clairement démontré que les femmes immigrantes sont désavantagées pour ces indicateurs par rapport aux natives, la sur-exposition étant comprise entre 25% et 60% suivant la dimension étudiée. En outre, les suites de la grossesse sont meilleures dans les pays exerçant une politique d'intégration plus active (politique exprimée par le taux de naturalisation et l'existence de politiques sanitaires spécifiques aux minorités nationales). 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). Les

---

<sup>1</sup> Définie, selon l'OMS (*Global Policy Committee of the World Health Organization*, 2 May 1994; and the *WHO Position paper on health, Population and Development*, Cairo 5-13 September 1994), de la manière suivante : "reproductive health addresses the reproductive processes, functions and system at all stages of life. Reproductive health, therefore, implies that people are able to have a responsible, satisfying and safe sex life and that they have the capability to reproduce and the freedom to decide if, when and how often to do so. Implicit in this are the right of men and women to be informed of and to have access to safe, effective, affordable and acceptable methods of fertility regulation of their choice, and the right of access to appropriate health care services that will enable women to go safely through pregnancy and childbirth and provide couples with the best chance of having a healthy infant."

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.

2. Les données suisses relatives à la mortalité infantile et à la santé reproductive sont discutées et analysées dans une deuxième partie, en considérant trois dimensions (poids de naissance, mortinatalité, mortalité infantile classée selon la durée de survie depuis la naissance). Ces données n'ont pas donné lieu, au cours des récentes années, à une analyse focalisée sur la nationalité de la mère ou de l'enfant. En outre, depuis 1998, la statistique de la mortalité ne recueille plus la date de naissance de la mère au moment du décès d'un enfant. Ce fait limite sensiblement la possibilité de retrouver l'enfant dans la statistique des naissances, et conduit à l'impossibilité de relier la mortalité infantile à des variables telles que la nationalité de la mère, son âge, son état civil ou le rang de naissance. Certains déterminants proches de la mortalité entre la naissance et l'âge d'un an tels que le poids et le rang de l'enfant ou la nationalité de la mère ne sont pas disponibles dans le fichier des décès. L'appariement des fichiers des naissances vivantes et des décès permet cependant de résoudre en partie ce problème en récupérant pour chaque décès d'enfant des variables disponibles dans l'enregistrement de la naissance. Compte tenu des limites méthodologiques, on n'a pas pu prendre en compte la période de décès après le 31 décembre 1997 pour l'analyse reposant sur les données appariées (les données pour la période 1998-2001 ont pu être considérées en tenant compte uniquement des informations disponibles dans la statistique de la mortalité). Durant les trente dernières années du 20<sup>e</sup> siècle, la mortalité infantile a considérablement diminué en Suisse. La probabilité de décès avant l'âge d'un an est passée de 10,4 pour 1000 naissances vivantes durant la période 1972-81 à 5 pour 1000 en 1992-2001, soit une diminution de moitié du risque. Entre 1972-81 et 1992-2001, les quotients des enfants étrangers ont convergé vers celui des enfants suisses, à l'exception notable des enfants de nationalité turque. Quelle que soit la période, ces derniers connaissent un risque de décès nettement plus élevé que les enfants d'une autre nationalité. On peut en outre regretter l'absence d'informations, dans les statistiques de l'état civil, sur la profession ou la catégorie socioprofessionnelle des parents. Pour l'étude des déterminants de la mortalité infantile, de telles informations seraient pourtant indispensables dans le but d'attribuer les différences de risque selon la nationalité aux conditions socioéconomiques (différences dans la composition de la population selon le niveau socioéconomique), à la dimension culturelle (différences dans les pratiques de soins) ou institutionnelle (barrières dans l'accès aux soins).
3. Dans une troisième étape, une étude par « focus group » (groupe de discussion) a été effectuée au sein de femmes suisses (groupe de référence), turques et portugaises. L'objectif était de comprendre le vécu de la grossesse et les relations avec le système sanitaire en Suisse. Les résultats confirment l'importance d'une approche qualitative pour aider à comprendre les variations du niveau de santé de groupes nationaux différents qui sont décrites par des études quantitatives. En résumé, cette partie de l'étude révèle 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. Toutes les femmes étaient couvertes par une assurance de santé et elles résidaient légalement en Suisse. Elles sont arrivées en Suisse soit dans le cadre de la migration de travail (en tant que conjointes d'un époux actif, le plus souvent), soit dans le cadre de l'asile. 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. Le stress, le travail inadéquat et la discrimination peuvent entraîner une mauvaise santé reproductive par différents mécanismes. Par exemple, l'association entre le sentiment de discrimination, le niveau de pression sanguine élevé et différents indicateurs de mauvaise santé reproductive (faible poids de naissance, naissance prématurée) a été documentée dans d'autres populations, et en particulier dans la communauté noire américaine.

## Conclusions et recommandations

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.

La revue de la littérature internationale montre des résultats différents de la grossesse dans les pays d'Europe, suivant la présence ou non de politiques d'intégration. Les résultats de cette méta-analyse signalent 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, celles-ci étant dès lors susceptibles d'améliorer la situation non seulement pour les migrantes, mais également pour la société d'accueil. 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 seront améliorées que dans le cadre d'une plus grande acceptation 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 action de santé visant les migrants doit être une partie d'un effort plus large pour promouvoir l'équité 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.

La Suisse, comparée aux autres pays européens (Luxembourg excepté), présente une proportion de migrants très élevée (que ce soient des immigrants résidant permanent, des travailleurs admis à court terme ou des personnes du domaine de l'asile), et une sur-représentation de la part des naissances vivantes au sein de ses 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 comparées aux natives (Degrade et al., 1999 ; Lehmann et al., 1990). Ces deux études ont montré des désavantages, en termes de risque, pour certaines collectivités migrantes. Il serait nécessaire, compte tenu de la réalité migratoire de la Suisse et du fait que des problèmes de santé reproductive sont avérés dans certaines collectivités migrantes, d'améliorer la capacité de la recherche dans ce domaine, afin de fournir des réponses à des questions spécifiques à la santé des collectivités migrantes. Communément à la recommandation précédente, il conviendrait que la recherche en la matière ne soit pas confinée à des aspects de santé, mais qu'elle explore également, selon un axe pluridisciplinaire, les aspects juridiques, économiques, éducationnels et culturels qui interagissent avec la santé des individus.

En outre, des indicateurs standardisés, simples et sensibles aux évolutions sociétales, devraient être disponibles plus systématiquement. De tels indicateurs, qui devraient être validés, devraient pouvoir mesurer à la fois la santé reproductive (et en particulier les suites de la grossesse) et les facteurs de risque (qui incluent le statut socioéconomique, le support social, le type d'activité, le permis de séjour, etc.). Un effort de coordination devrait être effectué afin de pouvoir disposer de données non seulement issues de l'état civil (telles que celles utilisées dans le deuxième chapitre de cette étude), mais également des données hospitalières, des services de prématurité ou de médecine néonatale, ainsi que des données d'assurances. L'accès à de telles données est la condition nécessaire non seulement pour autoriser le monitoring et l'implémentation de programmes spécifiques visant à améliorer la santé reproductive des femmes migrantes, mais aussi pour développer les études sur les

mécanismes intervenant sur l'accroissement des risques dans certaines collectivités, en vue d'en combattre les causes.

Des collectivités ethniques ou nationales spécifiques sont victimes d'un risque élevé de mortalité infantile, par rapport à la population de référence de nationalité suisse. Une analyse qualitative décrivant les expériences des femmes de nationalité turque et portugaise montre que des barrières, en termes d'information, liées à la langue freinent l'utilisation appropriée des services de santé. En outre, pour les femmes de nationalité turque, le sentiment d'être exposées à un isolement au sein de la société et à un certain racisme est également un facteur de risque. Par ailleurs, les focus groups effectués auprès de la population de référence - les femmes de nationalité suisse - ont également montré des situations de stress, en particulier lorsqu'il s'agit de concilier l'activité professionnelle et la grossesse / maternité, ou de négocier certaines prestations avec les caisses d'assurances maladie. Nous devons mettre en évidence le fait que les focus groups effectués représentent une étude pilote, qui documente la faisabilité et l'utilité d'une telle approche. Cependant, compte tenu des ressources disponibles (8 focus groups ont été réalisés), il n'était pas possible de conduire une étude qualitative fournissant une image complète de l'expérience sociale et reproductive des deux collectivités migrantes incluses à l'échelle de l'ensemble du pays. De même, les focus groups effectués ne couvrent pas l'ensemble des collectivités migrantes et ne permettent pas de fournir des informations adéquates pour l'implémentation de solutions qui interviendraient sur l'ensemble des problèmes de la santé reproductive chez les migrantes en Suisse. Un effort multidisciplinaire, regroupant les différents secteurs mentionnés ci-dessus (en particulier les secteurs de la santé, juridiques, économiques et en charge de l'éducation), serait nécessaire pour analyser plus en détail les problèmes spécifiques à chaque groupe migrant formant la population étrangère de la Suisse. Le recueil des opinions et suggestions d'autres groupes, mais également d'autres personnes concernées à l'échelle locale ou nationale par la problématique de la santé reproductive des femmes migrantes, serait également nécessaire. La mise en œuvre de certains projets, dans des régions géographiques spécifiques en Suisse ou à l'étranger, intégrant à la fois les responsables de la santé et les membres des collectivités migrantes, illustre comment les autorités sanitaires et les communautés pourraient travailler ensemble pour trouver des solutions efficaces aux questions de santé reproductive. De telles expériences ne devraient par ailleurs pas être limitées à la santé reproductive, mais porter également vers d'autres aspects de la santé jugés pertinents, en utilisant pour cela le pragmatisme et la créativité que la Suisse a montrés dans d'autres questions délicates de santé publique.