

Chantal Wyssmüller

Bülent Kaya

en collaboration avec Denise Efionayi-Mäder

Migration et santé

**Vue d'ensemble d'un choix
d'ouvrages spécialisés, publiés de
2006 à 2008**

Sur mandat de :

l'Office fédéral de la santé publique, Programme national Migration et santé

N° de contrat :

08.004762 / 704.0001 / -287

© 2009 SFM

SFM - Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population

Rue St-Honoré 2 • CH-2000 Neuchâtel Rue St-Honoré 2 • CH-2000 Neuchâtel

Tél. : +41 32 718 39 20 • Fax : +41 32 718 39 21 • secretariat.sfm@unine.ch • www.migration-population.ch

L'institut SFM est associé à la Maison d'analyse des processus sociaux (MAPS) • www.unine.ch/maps

Table des matières

1	Contexte et mandat	4
2	Démarche et limites d'ordre méthodologique	5
3	Étude bibliographique	6
3.1	<i>Migration et santé</i> : travaux fondamentaux et ouvrages généraux	7
3.2	Publications sur l'état de santé des populations migrantes	11
3.3	Ouvrages spécifiques aux champs d'action	20
3.3.1	Promotion de la santé et prévention	20
3.3.2	Formation et formation continue dans le domaine de la santé et des soins de santé	24
3.3.3	Interprétation interculturelle	29
3.4	Observations et tendances	32
4	Discussion relative à la méthode et recommandations	37
5	Ouvrages cités	41
	Annexe : Démarches méthodologiques adoptées pour la recherche et la sélection bibliographique	51

1 Contexte et mandat

En juin 2007, le Conseil fédéral a adopté la deuxième phase de la stratégie fédérale *Migration et santé* (2008-2013) et confié sa mise en œuvre à l'Office fédéral de la santé publique (BAG 2007). Cette stratégie fédérale définit quatre champs d'action, une mission transversale et les mesures y afférentes. En ce qui concerne le champ d'action *Recherche et gestion des connaissances*, la stratégie prévoit entre autres que les responsables du programme prennent régulièrement connaissance des derniers enseignements et des développements récents dans le domaine de la *migration et de la santé* — tant sur le plan national qu'international. En effet, il est important de mettre à jour les résultats publiés sur ce sujet (travaux de recherche, rapports d'évaluation, etc.), d'une part dans la perspective d'une éventuelle adaptation des mesures et des activités du programme et, d'autre part, afin d'assurer la diffusion des connaissances actuelles auprès des acteurs concernés.

En 2006 déjà, les publications parues entre 2001 et 2005/2006 avaient fait l'objet d'une analyse bibliographique dans le cadre de la préparation de la phase II de la stratégie fédérale (Wyssmüller et al. 2006a, 2006b). Cette analyse tenait également compte des travaux de recherche menés au cours de la phase I (2002-2007) et publiés jusqu'en mai 2006 environ¹, ainsi que du rapport final relatif à l'évaluation de cette première phase (vgl. Ledermann et al. 2006). Toutefois, cette analyse se limitait pour l'essentiel aux ouvrages spécialisés publiés en Suisse et n'intégrait qu'un nombre restreint de publications internationales.

La présente vue d'ensemble repose sur une étude récente qui a examiné une sélection d'ouvrages spécialisés nationaux, mais surtout internationaux, traitant de la *migration et de la santé* et publiés entre 2006 et 2008.² Il s'agit donc d'une vaste actualisation de l'analyse de 2006 citée plus haut. Elle vise à permettre aux collaborateurs et aux responsables du programme de s'informer sur les derniers résultats de la recherche et sur les tendances qui se dessinent aux niveaux suisse et international. Les tendances ont été évaluées — du moins en ce qui concerne la Suisse — sur la base des résultats de l'analyse de 2006.

1 Il s'agit notamment du premier Monitoring de l'état de santé de la population migrante en Suisse (GMM) et des analyses correspondantes (vgl. Gabadinho et al. 2007; Rommel et al. 2006).

2 Ont été exclues les publications (suisses) parues en 2006 (jusqu'en mai environ) ayant déjà été prises en compte dans l'analyse bibliographique de 2006.

Le projet réalisé par le Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population de l'Université de Neuchâtel (SFM) s'est également donné pour objectif de créer un outil efficace de recherche bibliographique en ligne, et ce, dans la perspective d'une mise à jour bibliographique qui serait effectuée tous les ans.

2 Démarche et limites d'ordre méthodologique

La démarche méthodologique adoptée pour réaliser cette étude bibliographique est décrite en détail dans l'annexe. Nous n'en ferons ici qu'une présentation succincte.

Nous avons mené une vaste **recherche par mot-clé** dans des **banques de données en ligne** appropriées³ pour la période 2006-2008. Cette recherche a d'abord livré un corpus comprenant 2200 publications potentiellement pertinentes dans le domaine de la *migration et de la santé*. Les limites inhérentes à l'infrastructure dont nous disposions (possibilités d'accès aux documents ou aux résumés) et l'emploi de stratégies de réduction définies (voir annexe) ont conduit à un premier redimensionnement de ce corpus. Les 112 titres pris en considération dans le cadre de l'analyse ont été sélectionnés à partir du corpus ainsi réduit.⁴ **Les critères de sélection** se fondent sur la pertinence des références au regard du contexte suisse et du programme de l'OFSP :

- contexte politique et démographique comparable avec celui de la Suisse ?⁵
- qualité scientifique, bien-fondé empirique/méthodique
- pertinence sur le plan politique et/ou pratique (informations sur les politiques et stratégies dans d'autres pays/entités ou évaluation d'interventions)
- nouveauté/originalité des résultats par rapport aux connaissances actuelles (étude bibliographique 2006)

Les références figurant dans le présent document constituent donc une sélection — résultant également des possibilités techniques ou de celles de l'infrastructure — faite à partir d'un grand volume de travaux publiés dans le monde sur le domaine thématique de la *migration et de la santé* entre 2006 et

³ Les banques de données prises en compte sont énumérées dans l'annexe.

⁴ Les publications sélectionnées sont énumérées et décrites dans le document *Analyalisierte Literatur_Übersichtstabelle* joint séparément.

⁵ La plupart des études et des textes sélectionnés portent sur la situation dans les pays d'immigration européens. Ont également été pris en considération quelques textes de la région nord-américaine (États-Unis, Canada) (voir dans l'annexe la description de la démarche et la discussion critique au chapitre 4).

2008. L'accent a été mis sur l'Europe pour ce qui est de l'aspect géographique, et sur la pertinence au regard des besoins de l'équipe du programme de l'OFSP pour ce qui est du contenu.

La démarche qui a été suivie pour réaliser cette étude bibliographique doit être qualifiée de pragmatique — il s'agissait de faire le point sur le flot confus de publications consacrées à ce thème particulier (sur le plan international). A ce sujet, il convient de noter que l'équipe chargée de l'étude a été soumise aux limites imposées par la technique et par les délais qui lui étaient impartis. Les différentes limites méthodiques et techniques auxquelles nous avons été confrontés ainsi que des propositions pour améliorer la marche à suivre — également dans la perspective de la mise à jour annuelle envisagée — font l'objet d'une discussion approfondie à la fin de cette étude (chapitre 4).

3 Étude bibliographique

Notre recherche a permis de trouver, d'une part, des publications générales portant sur les relations et les interactions entre la migration et la santé et tentant de les exposer et, d'autre part, des publications se concentrant sur des catégories de migrants du point de vue de la santé publique. Tout d'abord, nous évoquerons brièvement certains de ces textes fondamentaux détaillés et ouvrages généraux⁶ (3.1).

→ *Il n'est pas indispensable de lire ce sous-chapitre pour comprendre la suite de l'analyse. Les lecteurs pressés ou connaissant suffisamment bien le sujet peuvent passer directement au chapitre 3.2.*

Le prochain sous-chapitre (3.2) donne une vue d'ensemble sur les ouvrages ayant trait à l'état de santé des populations migrantes (entre autres des études socio-épidémiologiques). Dans les sous-chapitres suivants (3.3 à 3.5), les références prises en compte sont présentées sous l'angle des différents champs d'action de l'équipe du programme de l'OFSP *Migration et santé*. Chaque sous-chapitre est divisé en deux paragraphes : l'un concernant la Suisse, l'autre les publications internationales. Pour finir, le chapitre 3.6 regroupe les observations que nous avons faites et les tendances que nous avons constatées.

⁶ Les textes sélectionnés portent en majorité sur le contexte européen.

3.1 *Migration et santé* : travaux fondamentaux et ouvrages généraux

Nous allons commencer par citer trois textes qui exposent des réflexions fondamentales dans le domaine de **la recherche (socio-)épidémiologique en rapport avec les populations migrantes**.

Gushulak/MacPherson (2006) mettent en évidence, en partant d'une perspective mondiale, la manière dont les résultats des enquêtes épidémiologiques reflètent les phénomènes de la migration et de la mobilité aujourd'hui — et de ce fait, les disparités régionales des déterminants en matière de santé ainsi que les prévalences de diverses maladies. Selon eux, les effets épidémiologiques de la migration sont manifestes, en particulier en ce qui concerne les maladies infectieuses, mais il est probable que des influences comparables s'exercent sur la situation épidémiologique prévalant dans les pays d'accueil en ce qui concerne d'autres maladies. Les politiques nationales de santé publique (*Public Health Policies*) des pays d'immigration ne parviennent pas à répondre à ce phénomène de mondialisation ; d'après les auteurs, il est nécessaire de relier les initiatives nationales aux initiatives à l'échelle mondiale pour aborder efficacement les prochains défis posés par la mobilité internationale.

Razum (2007) explique qu'il faut interpréter de manière critique les taux de mortalité enregistrés dans les groupes de migrants. Il relativise leur importance au regard des interventions de la *santé publique*. Si le taux de mortalité chez les migrants est inférieur à celui relevé au sein de la population indigène, cela ne signifie pas pour autant que la prévalence de facteurs de risque est faible et qu'aucune intervention préventive ne soit nécessaire. Si l'on désire faire la part entre la prédisposition génétique et les influences du mode de vie, seule une comparaison avec la population du pays d'origine sera probante. Toutes les données relatives à la mortalité et à la morbidité ne fournissent pas des réponses fiables à la question de savoir si les migrants vivent dans des bonnes conditions et s'ils sont traités avec respect. Pour cela, il faudrait faire appel à des indicateurs de santé comme le taux de mortalité maternelle ou à des études sur l'état psychique et la situation sociale des migrants.

L'article de Schenk (2007) tente de traduire la complexité des interactions entre la migration et la santé à l'aide de modèles. Il s'agit de donner un cadre d'analyse à l'étude des questions relatives à la santé dans le contexte de la migration et de faciliter ou même seulement de rendre possible cette étude. L'auteure a élaboré un modèle d'analyse et d'explication pour les études épidémiologiques dans le contexte de la migration. Ce modèle a pour but de créer une base d'analyse incluant tous les facteurs d'influences possibles. Mais il faut vérifier de façon empirique si et dans quelle mesure les facteurs exercent véritablement une influence sur les phénomènes de santé que l'on

désire comprendre. De même, chacun de ces facteurs n'est pas forcément pertinent au regard de chaque question. Le noyau du modèle est constitué des dimensions principales permettant de distinguer une situation liée à la migration d'une situation sans composante migratoire et qui peuvent conduire à des inégalités en matière de santé entre les populations indigènes et les populations de migrants observées. D'après Schenk, il s'agit : des différences de conditions en matière de santé dans les pays d'origine et dans les pays d'accueil, de l'événement migratoire en lui-même, de la situation sociale et juridique particulière des migrants dans le pays d'accueil, de leur appartenance ethnique ainsi que des processus d'ethnisation et des difficultés d'accès aux soins qui découlent de cette appartenance ethnique.

Il faut également mentionner plusieurs livres portant sur **la situation sanitaire et l'activité liée à la santé de groupes de migrants déterminés**.

Notons par exemple un livre consacré **aux migrants vieillissants** et à leur situation sanitaire ou à leurs activités liées à la santé (Reinprecht 2006). Il traite ce phénomène en profondeur en intégrant de nombreux facteurs d'influence tels que la situation sur le marché du travail, la transformation structurelle de la société, l'expérience de l'insécurité, le changement du projet de migration individuel/familial, les dimensions d'appartenance et d'identité. On y trouve également une réflexion sur le facteur « inégalité en matière de santé » et l'interaction entre la migration et la santé. L'auteur explique comment les discriminations socio-économiques et sanitaires ainsi que l'expérience d'une « insécurité complexe » (Reinprecht 2006: 26) vécue dans le cadre de la migration marquent et accélèrent le processus de vieillissement et comment elles influencent la perception subjective du vieillissement.

Une série de publications se consacre à la situation de santé des **migrants « précarisés »**. Achermann et coll. (2006) ont publié une étude sur les ressources et les risques courus en Suisse par les personnes admises à titre provisoire et les *sans-papiers*⁷. Tolsdorf (2008), spécialiste en science des soins, livre également une description détaillée de la situation et des soins de santé des migrants clandestins en Allemagne et en Suisse. La Croix-Rouge suisse (2006) a également publié un document regroupant des observations sur les ressources et les soins de santé des migrants sans autorisation de séjour en Suisse. S'interrogeant sur les développements politiques dans le domaine de la migration en Suisse, Bodenmann/Vanotti (2006) analysent sous l'angle médical les effets qu'ont eus sur la santé des migrants « précarisés » le durcissement de la loi sur les étrangers et surtout celui de la loi sur l'asile. Alors

⁷ Le terme habituellement employé en Suisse pour désigner les personnes sans autorisation de séjour est également utilisé dans ce texte.

que beaucoup d'entre eux ont vécu une migration involontaire, difficile et parfois même traumatisante, ils sont menacés par la pauvreté et la maladie aussi en Suisse, leur pays d'accueil. De plus, certains de leurs droits fondamentaux tels que l'accès aux soins demeurent incertains.

L'article de Lindert et coll.(2008) se base sur une étude bibliographique (non systématique) ayant trait à **la santé mentale des migrants en Europe et aux soins qui leur sont fournis**. Il apparaît qu'en matière de santé psychique, il existe de fortes disparités entre les différents groupes de migrants. Par ailleurs, la démarche suivie par les migrants pour obtenir de l'aide ainsi que les cadres légaux du pays d'accueil ont un effet déterminant sur la santé psychique, l'accès aux soins psychosociaux et le recours à l'offre de soins. D'après les auteurs, d'autres travaux de recherche sont nécessaires pour identifier les facteurs conduisant à une augmentation du risque de voir se développer des troubles psychiques et ayant une influence sur la recherche d'une aide psychosociale. Dans de nombreux pays européens, certaines catégories de migrants, en particulier les requérants d'asile et les clandestins, seraient exclues des services sociaux et des services de santé.

Les auteurs d'un recueil paru en 2007 (Borde und David 2007) sur le thème de la **migration et la santé psychique** font également référence à un phénomène largement documenté : la migration peut avoir des répercussions sur la santé et notamment entraîner des troubles de l'état psychique. L'article de Gül (2007), par exemple, décrit une série de facteurs psychosociaux qu'il faut considérer comme favorable au développement de maladies chez les migrants. De plus, les auteurs de l'ouvrage en profitent — ceci vaut en particulier pour l'article de Schultz(2007) — pour s'intéresser aux recherches menées sur le thème de la résilience et des ressources. Comment les migrants parviennent-ils à rester en bonne santé malgré des conditions de vie défavorables ? Selon Schultz, cette approche permet de mettre au point des traitements s'appuyant sur les ressources des patients, traitements qui ouvrent des possibilités prometteuses. L'auteur conseille de compléter l'approche interculturelle déjà largement adoptée par une orientation ressources.

La recherche axée sur les ressources fait également l'objet du livre d'Eichler (2008). Dans le cadre de son étude qualitative, elle observe **les activités sanitaires des migrantes possédant une expérience de vie dans plusieurs pays**. Son enquête auprès des migrantes lui permet de distinguer des ressources importantes en la matière : la connaissance des systèmes de santé dans le pays d'origine et le pays d'accueil ainsi que l'expérience de vie dans différents pays permettent de développer un mode de vie bénéfique à la santé, des méthodes de soin alternatives efficaces et une attitude critique concernant la consommation de médicaments. Les connaissances de ces migrantes constituent un potentiel que les acteurs œuvrant dans le secteur de la promotion de la santé pourraient également exploiter dans différents cadres. L'auteur souli-

gne qu'à l'avenir les recherches menées sur le thème de la migration et de la santé ne devront pas se limiter à ce que l'on appelle les « différences culturelles », marquant les conceptions relatives à la santé et la maladie ni à la perception des symptômes par chaque individu mais devront prendre en compte les conditions structurelles des systèmes de santé dans les pays d'origine ainsi que leur contexte politique et socioéconomique. Les activités de santé des migrants ne doivent pas être réduites à des activités conditionnées par la culture, par exemple, à une activité « irrationnelle » trouvant son origine dans la religion ou la médecine populaire. Bien au contraire, elles devraient être évaluées dans le contexte socioculturel, structurel et socioéconomique dans lequel elles apparaissent.

Un manuel paru en Grande-Bretagne sur les thèmes de la **culture, de la santé et de la maladie** (Helman 2007), basé sur l'analyse secondaire de nombreux travaux de recherche, montre dans quelle mesure la culture (comprise ici dans le sens de représentations et de pratiques traditionnelles) peut revêtir des fonctions symboliques, religieuses et sociales dans le quotidien des immigrants. Les habitudes alimentaires en découlant ainsi que d'autres facteurs qu'ils ne contrôlent pas eux-mêmes peuvent aussi avoir un impact sur leur santé.

Plusieurs études générales et des manuels mettant l'accent sur la pratique sont également parus sur le sujet de **l'accès aux soins de santé et sur l'attitude des systèmes et des institutions de santé face à la diversité**.

Scheppers et coll. (2006) ont procédé à une analyse de la littérature consacrée aux difficultés d'accès au secteur de la santé rencontrées par les minorités ethniques. Ils classent les difficultés d'accès qui peuvent se présenter en trois catégories : obstacles au niveau des patients (dus à des caractéristiques propres au patient, par exemple des variables sociales, la compréhension que le patient a de sa santé, l'évaluation de sa propre santé, les ressources personnelles, l'attitude en matière de santé), obstacles au niveau des prestataires de soins (savoir-faire et conceptions) et obstacles au niveau du système de santé (organisation des soins). Les auteurs insistent sur le fait que les difficultés d'accès sont toujours liées à la situation particulière de chaque patient et qu'elles changent au fil du temps. Ils conseillent donc d'éviter les généralisations.

Un recueil portant sur la situation en Suède et en Suisse (Björngren und Cattacin 2007) regroupe des articles consacrés aux discours spécifiques et à la sensibilité à la différence dans les systèmes et les organisations de santé. Par ailleurs, il contient un calendrier de recherche pour le domaine de la *migration et de la santé* (Maggi 2007).

Au niveau de la Suisse, un manuel a vu le jour dans le cadre du projet *Migrant Friendly Hospitals*. Destiné aux institutions du domaine de la santé, il leur explique comment aborder le phénomène de la diversité (Saladin et al.

2006). Divers articles décrivent les résultats obtenus et les enseignements tirés dans le cadre du projet (etwa Kocher-Longerich 2008). Domenig a publié une deuxième édition remaniée et complétée de son manuel pour les métiers des soins et de la santé ainsi que les métiers sociaux (Domenig 2007). Cet ouvrage, orienté vers la pratique, explique le concept théorique et l'approche pratique de la compétence interculturelle pour les élèves du domaine social et du domaine de la santé en Suisse. Il fournit également des informations relatives à la migration, à l'intégration, à la culture, à la santé ainsi que des explications sur les liens et les interactions de ces différents facteurs en Suisse. Certains chapitres portent sur des sujets d'actualité allant des *enfants de la migration* à la souffrance et aux troubles mentaux dans un contexte migratoire en passant par la *grossesse et l'accouchement dans un contexte de migration*, les mutilations génitales féminines (MGF), *la vieillesse et la migration*. Pour finir, Kilcher/di Bernardo (2008) ont publié un manuel destiné aux institutions du système de santé sur le thème du *racisme à l'hôpital*. Il constitue une source d'information et une aide argumentaire. De plus, il contient un guide de mise en œuvre et des recommandations. L'ouvrage s'adresse aux décideurs et aux professionnels des institutions des secteurs médical et médico-social. Les recommandations se fondent tant sur les résultats d'études et la littérature spécialisée que sur les expériences faites dans le cadre du projet *Racisme et discrimination en milieu hospitalier*.

Enfin et surtout, *la migration et la santé* sont également l'un des thèmes abordés par le premier Rapport national sur la santé paru fin 2008 : un chapitre entier présente une synthèse des réflexions théoriques autour des interactions entre *la migration et la santé*, des connaissances empiriques et des activités dans le domaine de *la migration et de la santé* en Suisse (Efionayi-Mäder und Wyssmüller 2008).

3.2 Publications sur l'état de santé des populations migrantes

Suisse

Au niveau de la Suisse, notre recherche documentaire n'a livré que quelques publications d'analyses vraiment (socio-)épidémiologiques afférentes à la santé des populations migrantes pendant la période considérée. De plus, ces quelques articles comportent peu de nouveaux résultats. Ils se fondent sur des données que les responsables du programme connaissent déjà.⁸

⁸ Par exemple, sur des analyses de données de l'ESS publiées en 2002 ou du GMM de 2004.

Bischoff/Wanner (2007), par exemple, ont publié l'analyse qu'ils ont faite des données de l'Enquête suisse sur la santé (ESS) datant de l'année 2002. Ces dernières portent sur **l'auto-évaluation de l'état de santé** parmi les principaux groupes de ressortissants étrangers en Suisse. Dans plusieurs domaines, les étrangers originaires de pays du Sud notamment (Italie, ancienne Yougoslavie, Portugal, Espagne et Turquie) affichent de plus mauvais résultats que les Suisses. Toutefois, les différences ne sont notables que pour le groupe italien (femmes et hommes) et ce, principalement en raison de la méthode employée (échantillons trop petits pour les autres groupes). Les différences les plus nettes concernent **l'activité physique**⁹ et la **santé mentale**, les valeurs les plus basses dans ce domaine revenant surtout aux femmes étrangères.

Le chapitre *Santé* du rapport *La population étrangère en Suisse - édition 2008*, publié par l'Office fédéral de la statistique (OFS (Rausa und Reist 2008)), présente de nouveaux éléments, par exemple des **données sur l'hospitalisation** comparant la population étrangère établie sur le territoire helvétique à la population suisse. Les femmes étrangères sont plus souvent hospitalisées pour cause **d'adiposité** que les femmes suisses, alors que c'est le contraire pour les hommes. Les étrangers des deux sexes âgés de moins de 25 ans sont plus souvent hospitalisés pour une surcharge pondérale que les Suisses du même âge. La population étrangère séjourne plus souvent à l'hôpital pour cause de **diabète de type 2**, alors que les taux d'hospitalisation suite à des **cardiopathies ischémiques** sont très proches (sexes confondus). Les étrangers de sexe masculin sont plus souvent hospitalisés suite à une **broncho-pneumopathie** chronique obstructive ou un **cancer du poumon**, ce qui pourrait s'expliquer par une tabagie plus importante et des expositions au froid et à la poussière plus fréquentes dans le cadre du travail. Le **cancer de l'estomac** est également une cause d'hospitalisation plus fréquente pour les étrangers que pour les Suisses. Les étrangers, en particulier en âge de travailler, présentent plus souvent que les Suisses un **état dépressif** nécessitant une hospitalisation. Les étrangers sont aussi plus souvent hospitalisés en raison de **maladies infectieuses**, en particulier en cas de tuberculose et d'infection par le VIH/SIDA.

La santé des réfugiés fait l'objet d'un rapport de l'ODM lancé dans le cadre du controlling de l'intégration (Bundesamt für Migration 2008). D'après ce rapport, 28 % des réfugiés interrogés sont malades ou handicapés. De plus, la proportion de personnes souffrant d'une maladie ou d'un handicap augmente au fil du temps. Généralement, l'évaluation que font les réfugiés de leur pro-

⁹ Toutefois, ces résultats doivent être interprétés avec beaucoup de prudence et en tenant compte de la situation socioprofessionnelle de nombreux étrangers.

pre état de santé est plus négative que celle faite par les travailleurs sociaux qui ont également été interrogés. Le rapport recommande des mesures pour promouvoir l'intégration sociale et professionnelle des réfugiés la plus rapide possible. En effet, selon le rapport, cette intégration a un impact positif sur la manière dont ils perçoivent leur état de santé.

Plusieurs autres textes signalent la prévalence de certains phénomènes déterminants pour la santé au sein de la population migrante en Suisse, même si les auteurs ne s'appuient pas forcément sur des études qu'ils ont réalisées eux-mêmes.

Bischofberger (2008) note que la **prévalence du VIH** parmi les immigrés venus de l'Afrique subsaharienne a augmenté de manière continue durant les vingt dernières années et que ces patients se font soigner plus tardivement et qu'ils se trouvent alors dans un état de santé plus mauvais que les immigrés non africains. L'étude de Thierfelder se consacre au problème de « **l'importation de la malaria** » (2008). Elle constate que les visites aux parents ou amis dans le pays d'origine sont les causes les plus fréquentes de « **l'importation** » de cette maladie infectieuse et que la plupart des infections sont contractées en Afrique. Elle en conclut que le travail de prévention devrait s'adresser spécialement aux migrants africains qui retournent provisoirement dans leur pays d'origine.

Dans le domaine de la **santé reproductive**, Bollini et coll. (2007) ont publié les résultats de l'étude qu'ils ont menée auprès de migrantes sur le déroulement de leur grossesse. Ils identifient des situations de stress auxquelles les migrantes enceintes sont plus souvent exposées que les femmes autochtones, ainsi que des difficultés d'accès à des soins appropriés. Les auteurs concluent que les interventions de santé publique visant à améliorer la santé reproductive des migrants méritent une attention particulière. Deux autres études (Carbajal et al. 2006; Wollff et al. 2008) signalent une prévalence accrue de grossesses non désirées et d'interruption de grossesse parmi les migrantes (avec et sans autorisation de séjour) et du recours plus rare aux soins prénataux. Un article de Renteria (2008) estime que le nombre de jeunes filles et de femmes issues de la migration et séjournant en Suisse qui, enfants, ont souffert de **mutilations génitales** dans leur pays d'origine ou qui en sont menacées varie entre 6000 et 7000. Ce phénomène est particulièrement important pour les actions menées au niveau des soins gynécologiques.

Bodenmann et coll. (2007b) s'intéressent aux soins médicaux reçus par les migrants en situation précaire, en particulier concernant la **santé bucco-dentaire**, les maladies chroniques comme le **diabète** et les **troubles mentaux**. Dans un de leurs articles, ils mettent en exergue trois types de troubles mentaux fréquemment observés chez les migrants.

Ils évoquent premièrement une prévalence des caries du biberon dans certains groupes de migrants, en particulier parmi les migrants en situation de séjour précaire (personnes relevant de la législation sur l'asile et migrants sans autorisation de séjour) qui vivent par ailleurs dans des conditions socioéconomiques défavorables. D'après les auteurs, ces problèmes découlent d'une série de facteurs liés non seulement à l'histoire précédant la migration, par exemple à une alimentation surprotéctionniste et à une perception particulière de la dentition temporaire développées dans le contexte du pays d'origine, mais aussi aux conditions de vie post-migratoires, notamment aux conditions dans les logements communautaires du domaine de l'asile (la promiscuité des hébergements a pour conséquence qu'on donne des boissons sucrées aux enfants pour les calmer) ou à l'accès à une alimentation plus riche en hydrates de carbone dans le pays d'accueil. Cette maladie engendre des coûts importants, tant du point de vue de la santé publique que pour les personnes touchées.

Deuxièmement, ils observent que de plus en plus de migrants, en particulier ceux qui sont originaires des pays émergents, souffrent de diabète (les auteurs parlent de *pandémie de diabésité*, faisant ainsi allusion au lien entre l'obésité et le diabète). Cette maladie chronique est associée à des facteurs génétiques et hygiéniques ainsi qu'à un statut social bas. Le traitement de cette maladie (asymptomatique au début) doit prendre en compte les conditions pré-migratoires (facteurs génétiques, hygiène quotidienne), ainsi que post-migratoires : selon le rôle assumé par le patient dans sa communauté ou sa famille, des difficultés peuvent se greffer sur la gestion des différents temps de la vie quotidienne, empêchant une prise en charge adéquate de sa maladie.

Troisièmement, il est signalé une fois de plus que les migrants involontaires sont particulièrement touchés par des maladies psychiques. Les auteurs y reconnaissent les conséquences de l'expérience de migration, de la situation vulnérable du migrant dans son pays d'origine et des conditions d'accueil dans le pays d'accueil. Dans ce genre de cas, le professionnel qui traite ces migrants se trouve face à des manifestations spécifiques, éventuellement inconnues, d'une maladie psychique dont la complexité est accrue par les contraintes administratives et sociales et les décisions politiques du pays d'accueil.

D'autres études publiées pendant la période considérée traitent de la **situation de santé et de l'activité sanitaire des groupes vulnérables** comme les *sans-papiers* (Achermand et al. 2006; Chimienti und Achermand 2007) ou les prostituées (Chimienti 2007a, 2007b).

International

Sur le plan international, notre recherche documentaire a livré un nombre d'études (socio-)épidémiologiques liées à la migration bien plus important

que pour la Suisse. L'aspect systématique des analyses réalisées par les états nord-européens (Scandinavie et GB), par les Pays-Bas et, de plus en plus, par l'Allemagne, sur la santé de la population migrante d'un point de vue

(socio-)épidémiologique saute aux yeux.

Alors que la contraction de maladies parasitaires et infectieuses (comme la malaria ou la tuberculose) et surtout le VIH/SIDA par les populations migrantes a longtemps été mise au premier plan, il semble que les chercheurs européens et nord-américains portent de plus en plus leur attention sur la contraction par les migrants de maladies chroniques ou des maladies dites « de la prospérité ». Par ailleurs, la santé mentale et reproductive ainsi que la santé des migrants âgés ont fait actuellement l'objet d'études (socio-)épidémiologiques dans le monde entier.

Les **maladies chroniques et les maladies cardio-vasculaires** touchant les migrants sont abordées dans des ouvrages publiés en France, au Danemark, au Canada et en Suède. En France, Stanojevich et Veisse constatent que l'adiposité, les maladies cardiovasculaires et le diabète représentent les troubles chroniques les plus courants parmi les étrangers titulaires d'une autorisation d'établissement (Stanojevich und Veisse 2007). L'enquête de Folman (2007) sur le recours aux structures de soin au Danemark met en exergue le fait que les groupes de minorités (à l'exception du groupe vietnamien) consultent beaucoup plus souvent les structures de soin à cause de maladies se développant à l'âge jeune (diabète de type 2, maladies touchant les muscles et le squelette, asthme) que les Danois. Shah (2008) rapporte une prévalence du diabète parmi les immigrants originaires du sud de l'Asie et la minorité noire au Canada. En Suède, une étude a observé le lien entre le pays de naissance des immigrants et la première hospitalisation ou le décès à la suite d'un infarctus. Puis elle a analysé si ce lien se vérifiait pour la génération suivante (Sundquist und Li 2006). Les immigrants de la première génération originaires de pays d'Europe centrale et d'Europe de l'Est ont présenté des taux d'infarctus plus élevés que les groupes de références (hommes et femmes). Les femmes de la première génération originaires d'Europe de l'Ouest ou du Sud présentaient un risque d'infarctus plus faible que le groupe de référence. Les fils d'immigrants ont présenté un risque équivalent ou légèrement plus élevé que leurs parents.

En ce qui concerne les **cancers**, il convient de mentionner plusieurs études réalisées en Allemagne et en Suède. En Allemagne, les *Aussiedler*¹⁰ présentent dans l'ensemble un taux de mortalité par cancer égal voire même infé-

¹⁰ Immigrés de souche allemande venant d'Europe de l'Est, en particulier de Russie, qui peuvent faire valoir leur droit à obtenir la citoyenneté allemande.

rieur aux *autochtones* et aux ressortissants de la Fédération de Russie. Chez certains *Aussiedler* de sexe masculin, le taux de mortalité suite à un cancer de l'estomac ou du poumon est supérieur à celui relevé chez les Allemands (la mortalité due à un cancer du poumon est semblable à celle des hommes russes) et le taux de mortalité suite à un cancer de la prostate est inférieur à celui enregistré chez les Allemands. Chez les *Aussiedler* de sexe féminin, le taux de mortalité suite à un cancer du sein, du poumon ou généralisé est inférieur à celui relevé chez les Allemandes (Kyobutungi et al. 2006; Ronellenfitsch et al. 2006). Zeeb et coll. (2008) évoquent un risque plus faible, bien qu'en lente progression, pour les migrants turcs et les *Aussiedler* en Allemagne de contracter un cancer que les autochtones. Les migrants semblent courir un risque plus important que la population de comparaison uniquement en ce qui concerne le cancer de l'estomac. Beiki et coll. (2008) ont réalisé une étude de cohorte en Suède qui traite du risque qu'encourent les immigrées de souffrir d'un cancer de l'utérus, des ovaires ou de la muqueuse utérine. Dans l'ensemble, les risques sont similaires ou inférieurs à ceux encourus par les femmes nées en Suède. Cependant, il est apparu que quelques groupes étaient particulièrement menacés par le cancer de l'utérus : les femmes âgées de 35 à 49 ans originaires de Pologne et de Bosnie ainsi que les femmes de plus de 50 ans originaires d'Amérique du Sud encourent davantage le risque de développer cette maladie, ce qui, d'après l'étude, est lié au fait qu'elles ont émigré à un âge plus avancé.

La **santé mentale** des migrants fait l'objet de publications dans de nombreux pays européens. De manière générale, Schouler Ocak (2007) constate que les dépressions peuvent se manifester de manière très spécifique chez les personnes issues de la migration. Le danger est donc qu'elles ne soient pas détectées.

Dans le cadre de leur étude sur le recours aux structures d'urgence en Allemagne, Schwartau et coll. (2007) ont analysé les problèmes psychiques de patients issus de la migration consultant ces mêmes structures. Le groupe des patients d'origine turque, notamment les femmes, se singularise par des valeurs particulièrement élevées de l'indicateur « problèmes psychiques généraux ». Franz et coll. (2007) ont étudié la conception qu'ont les personnes souffrant d'une maladie psychique de leur propre maladie. Ils ont observé que les patients turcs croient davantage que les patients allemands que leur maladie aura un caractère chronique et qu'elle aura un impact négatif pour eux. En revanche, les patients allemands croient davantage à l'efficacité de leur traitement et ont davantage confiance en leur capacité de contrôle. Aux Pays-Bas, les migrants turcs se singularisent également au niveau de leur santé psychique : dans le cadre d'une auto-évaluation, ils ont présenté des valeurs nettement plus mauvaises que les Marocains ou les Hollandais interrogés (Fassaert et al. 2007).

Une étude norvégienne (Syed et al. 2006) se penche sur les facteurs expliquant la moins bonne santé psychique des migrants pakistanais. Elle parvient à la conclusion que le manque de soutien social et les mauvaises conditions socioéconomiques ont une influence déterminante sur la santé psychique des migrants. En Suède, une étude révèle que les migrants kurdes ont fortement tendance à évaluer négativement leur propre état de santé et de souffrance psychique. Il apparaît que, même en prenant en compte des facteurs d'influence comme la formation, l'activité professionnelle, la qualité du logement et l'état civil, les femmes kurdes souffrent nettement plus souvent d'angoisses que les hommes. D'après les chercheurs, ces résultats s'expliquent par des expériences négatives ayant précédé et suivi la migration et liées à des difficultés économiques, des inquiétudes concernant la situation politique de leur pays d'origine, à la discrimination ressentie et au sentiment d'avoir peu de contrôle sur leur propre vie (Taloyan et al. 2008). Tinghog et coll. (2007) ont voulu mieux comprendre les causes de la prévalence élevée des maladies psychiques parmi les immigrés. Ils ont vérifié si l'on pouvait expliquer cette prévalence par une plus grande fréquence parmi ces populations de facteurs de risque connus. Cette étude confirme l'hypothèse : pour tous les groupes d'immigrés étudiés, les facteurs dont on sait qu'ils résultent d'un bas statut socioéconomique ont expliqué l'évaluation négative que ces groupes faisaient de leur propre santé psychique. Seule la prévalence plus élevée de dépression parmi les immigrés non européens n'a pas pu être expliquée complètement par la discrimination socioéconomique.

Lindencrona et coll. (2008) ont examiné de près la fréquence plus élevée de troubles mentaux et de syndromes de stress post-traumatique (SSPT) touchant les réfugiés. L'analyse du sondage mené auprès de 124 réfugiés venant du Moyen-Orient a conclu que la mauvaise santé psychique pouvait être due en grande partie aux problèmes sociaux et économiques, aux expériences d'aliénation, à la discrimination, à la perte de statut et à la violence (aux menaces). Les troubles mentaux « habituels » sont surtout liés aux problèmes sociaux et économiques ainsi qu'aux expériences d'aliénation suivant la migration. Pour ce qui est des SSPT, il semble que les traumatismes endurés avant la migration exercent l'influence la plus importante. Les auteurs soulignent que la capacité d'un individu à faire face à ces problèmes joue un rôle décisif dans ces deux cas. En outre, ils analysent dans quelle mesure les troubles mentaux sont liés à des facteurs de stress survenant dans le pays d'accueil au cours de l'ensemble du processus de migration.

En Grande-Bretagne, Bhui et coll. (2006) ont constaté dans une étude quantitative que sur 143 réfugiés somaliens, plus d'un tiers souffraient de troubles mentaux. La consommation de khat apparaît comme un facteur de risque supplémentaire, alors qu'une activité professionnelle et une formation réduisent le risque. En France aussi, les migrants présentent bien plus souvent des

SSPT ou des états d'angoisses que la population autochtone (Stanojevich und Veisse 2007). En ce qui concerne l'Espagne, une étude montre que les migrants consultent une clinique principalement en raison de troubles liés au stress de la migration (Perez-Rodriguez et al. 2006).

La **santé reproductive** des migrants fait également l'objet de nombreuses études. En Norvège, Vangen et coll. (2008) ont observé des taux d'interruption de grossesse bien plus élevés parmi les réfugiées, mais aussi parmi les travailleuses immigrées, que parmi les non-migrantes. Les non-migrantes et les réfugiées ayant déjà deux enfants ou plus présentent un risque plus élevé d'interruption de grossesse, alors que pour les travailleuses immigrées, ce n'est le cas qu'à partir de quatre enfants. De manière générale, le risque diminue avec l'augmentation du niveau de formation, ce lien apparaissant le plus nettement chez les non-migrantes. En France, Stanojevich et Veisse observent une prévalence plus élevée de grossesses non désirées et de complications lors de l'accouchement parmi les migrantes (Stanojevich und Veisse 2007). David et coll. (2007) ont étudié la présence d'une forme grave des vomissements de grossesse parmi les migrantes et ce, à l'aide d'une étude bibliographique et d'une enquête qu'ils ont réalisée eux-mêmes en Allemagne. Ce travail de recherche laisse penser que ce phénomène touche plus souvent les femmes enceintes migrantes que les femmes autochtones. On suppose que ce phénomène est dû à des problèmes psychiques. Les auteurs expliquent que les traitements prenant en compte l'aspect psychosomatique se heurtent souvent à des barrières linguistiques.

Concernant la Suède, Litorp et coll. (2008) consacrent une étude qualitative à la perception et à la pratique des MGF par les femmes originaires de pays dans lesquels cette pratique est courante. Ils parviennent à la conclusion que cette pratique perdure certainement après la migration même si une partie des femmes expriment un avis négatif concernant les MGF et que les risques qu'elles représentent pour la santé sont connus.

La **santé des migrants âgés** est également d'actualité. Une étude menée en Autriche (Reinprecht 2006) montre dans quelle mesure les discriminations socioéconomiques — en interaction avec les discriminations liées à la migration — nuisent au processus de vieillissement, à la santé des migrants âgés et dans quelle mesure elles accélèrent la sensation de vieillir. Selon cette étude, les personnes âgées autochtones peuvent retarder l'impression qu'elles vieillissent par des activités bénéfiques à la santé alors que les migrants sont confrontés plus directement au vieillissement, ce qui aurait des répercussions négatives sur la manière dont ils perçoivent leur état de santé.

En France, on observe que les personnes âgées issues de l'immigration se distinguent par un état de santé sensiblement moins bon et un vieillissement prématuré. Ils doivent donc être considérés comme un groupe particulière-

ment vulnérable d'un point de vue sanitaire(Stanojevich und Veisse 2007). Un article britannique (Shah et al. 2006) attire l'attention sur l'augmentation, pour des raisons démographiques, du nombre de personnes âgées issues de minorités et présentant des états de démence et de dépression. Toutefois, la prévalence de ces maladies parmi les personnes âgées issues de différents groupes ethniques est égale ou plus élevée que dans la population autochtone. Par ailleurs, une étude bibliographique a montré qu'on ne peut pas forcément appliquer aux personnes issues de minorités les résultats des études épidémiologiques portant sur les facteurs de risques relatifs aux maladies mentales chez les personnes âgées. La recherche doit donc étudier davantage les populations âgées issues de minorités afin de planifier des programmes de promotion de la santé et des soins appropriés(Shah et al. 2008).

Une étude suédoise a comparé la qualité de vie liée à la santé de personnes âgées originaires d'Iran, de personnes âgées vivant en Iran et de Suédois âgés en Suède (Koochek et al. 2007). Les Iraniennes vivant en Suède depuis peu de temps ont présenté des valeurs moins bonnes que les autres groupes de femmes pris en compte dans l'étude en ce qui concerne la joie de vivre et la force vitale (*vitality*). L'augmentation de la durée du séjour correspond à un épanouissement social (*social functioning*). Dans l'ensemble, la qualité de vie liée à la santé des Iraniens âgés vivant en Suède se rapproche davantage de celle de leur compatriotes en Iran que de celle des Suédois. En ce qui concerne les femmes, il semble que le facteur « années en Suède » ait un impact positif sur la qualité de vie liée à la santé, alors qu'il n'a pas d'importance en ce qui concerne les hommes.

L'étude de Bissar et coll. a révélé qu'en Allemagne les enfants issus de l'immigration avaient une **santé bucco-dentaire** manifestement plus mauvaise que les enfants allemands bénéficiant de conditions de vie semblables(2007).

L'article de Haasen et coll. (2007) indique qu'il n'existe aucun élément signalant une prévalence plus élevée de problèmes de **dépendance** parmi les migrants vivant en Allemagne. Toutefois, on constate une mortalité plus élevée parmi les *Aussiedler* toxicomanes (ce qui laisse supposer des modes de consommation plus risqués) de même qu'un taux plus élevé d'hépatites parmi les migrants toxicomanes.

3.3 Ouvrages spécifiques aux champs d'action

Nous tenterons, ci-après, de présenter la documentation examinée sous l'angle particulier de chaque champ d'action de la stratégie fédérale.¹¹

3.3.1 Promotion de la santé et prévention

Suisse

Les ouvrages examinés concernant la Suisse révèlent que dans plusieurs domaines, il existe des **besoins** particuliers en matière de **prévention** ou de **promotion de la santé** auprès de certains groupes cibles de la population migrante :

adiposité (surtout pour les femmes et les jeunes) ; **maladies respiratoires** (surtout pour les hommes, en particulier les fumeurs) (Rausa und Reist 2008) ; **maladies infectieuses et parasitaires** et **VIH/Sida** (migrants originaires de pays avec une prévalence élevée)(Bischofberger 2008; Meystre-Agustoni et al. 2007; Rausa und Reist 2008; Thierfelder et al. 2008) ; **planning familial et soins prénataux** (en particulier pour les femmes sans autorisation de séjour) (Carbajal et al. 2006; Wollff et al. 2008) ; **MGF** (femmes originaires de pays dans lesquels cette pratique est courante, ainsi que leur famille) (Renteria 2008); ; **examens de prévention et de dépistage du cancer** (migrantes sans autorisation de séjour) (Wollff et al. 2008), **santé sur le lieu de travail** (migrants exerçant une activité professionnelle) (Kilcher 2006).

Pour ce qui est de la **mise en œuvre d'interventions de prévention et de promotion de la santé qui soient adaptées aux situations de migration**, Bischoff/Wanner (2007) conseillent, sur la base de leur analyse des données de l'ESS de 2002, d'élaborer systématiquement une prévention s'adressant à des groupes cibles. Ils insistent en particulier sur la nécessité de réaliser des interventions spécifiques dans les langues de migration et de travailler en collaboration avec des médiateurs/personnes clés qui connaissent la situation des groupes cibles de migrants. L'étude qualitative de Bischofberger (2008) met en évidence le fait que les migrants venant d'Afrique subsaharienne considèrent que l'infection par le VIH est invisible, honteuse et dangereuse, mais également soignable. Les personnes interrogées vivent avec des réalités contradictoires, ce qu'il convient de prendre en compte lors de l'élaboration de mesures de prévention du VIH/sida. Wollff et coll. (2008) soulignent la nécessité de proposer une information adéquate sur le plan linguistique et

¹¹ Chaque publication comportant souvent des informations intéressantes pour plusieurs champs d'action, il est recommandé que l'ensemble de l'équipe du programme prenne connaissance de tous les chapitres.

culturel, que ce soit en matière de contraception, de planning familial ou que cela concerne les mesures de prévention du cancer de l'utérus. Dans le domaine de la promotion de la santé sur le lieu de travail, Kilcher (2006) a étudié l'exemple de Bächli, un établissement médico-social pour personnes âgées situé à Basserdorf (ZH). Ce travail montre que les migrants sont un groupe cible difficile à atteindre et explique comment adapter les mesures de promotion de la santé sur le lieu de travail à ce groupe spécifique.

L'enquête qualitative de Büchi/Obrist dont les résultats ont été publiés dans deux articles contribue à une meilleure **orientation vers les ressources** de la recherche et de la pratique dans le cadre du thème *migration et santé* (Büchi und Obrist 2006; Obrist und Büchi 2008). Cette enquête indique que les migrants résilients possèdent une compréhension dynamique et multidimensionnelle de leur santé et qu'ils ont appris à interpréter leurs difficultés comme étant du « stress », comme on le fait habituellement en Europe. Il faut donc promouvoir plus fortement ces facteurs de résilience auprès des migrants.

International

Les publications examinées sur le plan international précisent également que certaines populations migrantes ont un besoin particulier de mesures de **prévention** et de **promotion de la santé**, et ce dans plusieurs domaines.

Tabagisme et excès pondéral : pour la première fois, Reeske et coll. (2007) présentent des données sur la prévalence de ces facteurs de risque pour les maladies cardiovasculaires parmi les migrants turcs en Allemagne. Il apparaît qu'un travail de prévention du tabagisme est absolument nécessaire au sein de ce groupe cible, en particulier auprès des femmes et des hommes de la première ainsi que de la deuxième génération ayant un faible niveau de formation. En ce qui concerne l'excès pondéral, les personnes d'origine turque appartenant à la première génération semblent particulièrement menacées.

Santé bucco-dentaire : Bissar et coll. (2007) mentionnent la mauvaise santé bucco-dentaire des enfants issus de l'immigration en Allemagne et la nécessité de mener des actions de prévention.

Dépendance : bien que jusqu'à présent, on ne dispose d'aucun élément établissant une prévalence plus élevée de toxicomanie parmi les migrants en Allemagne, Haasen et coll. (2007) affirment que ces troubles doivent être considérés comme étant un problème pertinent chez les migrants. Les auteurs justifient leur propos par les données disponibles indiquant que les migrants toxicomanes adoptent des modes de consommation plus dangereux.

Planning familial : l'étude réalisée en Norvège par Vangen et coll. (2008) met en évidence la nécessité d'améliorer la prévention des grossesses non désirées auprès des migrants (travailleuses immigrées ainsi que réfugiées).

MGF : dans le cadre d'une étude qualitative menée en Norvège, Litorp et coll. (2008) se sont penchés sur la perception et la pratique des MGF par les femmes originaires de pays dans lesquels les FGM sont une pratique courante. Ils parviennent à la conclusion que cette pratique perdure très probablement après la migration même si une partie des femmes expriment un avis négatif concernant les MGF et que les risques qu'elles représentent pour la santé sont connus.

Prévention du cancer : au Danemark, une enquête a révélé que les groupes de minorités effectuaient plus rarement des examens préventifs (Folmann 2007). En outre, Norredam et coll. (2008) ont constaté une tendance générale indiquant que pour les migrantes atteintes d'un cancer, il y avait plus de risques que le stade de la maladie ne soit pas connu au moment du diagnostic, alors qu'en ce qui concerne les femmes danoises, le cancer est souvent diagnostiqué à un stade local. Ce résultat peut également être interprété comme la conséquence de difficultés d'accès aux examens de prévention du cancer. Une étude bibliographique se penche sur le comportement des immigrées en matière de prévention du cancer de l'utérus au Canada (Oelke und Vollman 2007). Les ouvrages spécialisés qui ont été examinés suggèrent que cette maladie est plus rarement détectée à un stade précoce chez les immigrées parce que ces dernières ont moins fréquemment recours à des examens de prévention. Selon ces ouvrages, les offres de prévention proposées au Canada seraient peu adaptées à ces groupes cibles.

Concernant les **migrants âgés**, nous avons déjà évoqué les travaux de recherche menés par Reinprecht (2006) qui montrent que le degré d'autonomie fonctionnelle au quotidien est en lien direct avec la façon dont les personnes âgées perçoivent leur état de santé. Leur perception réagit donc aux changements que leur santé subit, en particulier à la réduction de leurs capacités fonctionnelles. Un mode de vie actif et l'attention portée à sa propre santé peuvent avoir un impact positif sur cette perception. Les activités de santé ont donc une grande part dans le fait qu'une personne se sente en bonne santé ou non. Une étude réalisée en Autriche auprès de travailleurs immigrés venant de Turquie et de l'Ex-Yougoslavie a conclu que les personnes âgées immigrées pratiquent moins d'activités bénéfiques à la santé ¹² que les personnes âgées autochtones. Selon cette étude, les personnes âgées autochtones peuvent retarder l'impression qu'elles vieillissent en s'adonnant à des activités bonnes pour la santé alors que les migrants sont confrontés plus directement au vieillissement. Sur la base de cette étude, l'auteur recommande de pro-

¹² Par exemple : se nourrir sainement, ne pas fumer, conserver son poids idéal, faire du sport, mesurer sa tension.

mouvoir les activités bénéfiques à la santé auprès de ce groupe cible et de lutter contre la ségrégation dans l'espace social.

Plusieurs études commentent également **l'élaboration d'interventions de prévention et de promotion de la santé** qui répondent aux besoins des migrants. Aux Pays-Bas, la méthode *Intervention Mapping* s'est révélée utile à l'élaboration d'un programme de prévention des maladies sexuellement transmissibles auprès des hommes migrants hétérosexuels (Wolfers et al. 2007). Walter et coll. (2007) traite de manière générale le problème de l'accès des groupes de migrants aux mesures de prévention et de promotion de la santé en Allemagne. Selon eux, l'intervention dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé de conseillers ayant la même langue maternelle que les migrants concernés constitue une tentative d'améliorer l'accès des migrants aux offres de prévention via des structures à bas seuil. En se référant à son étude, Eichler (2008) conseille de reconnaître le potentiel des migrants ayant acquis dans plusieurs pays des connaissances en matière de santé. Celles-ci peuvent être utilisées dans différents cadres par les acteurs de la promotion de la santé. Une étude qualitative menée sur les effets des politiques de prévention du tabagisme sur les fumeurs bangladais en Grande-Bretagne (Croucher und Choudhury 2007) a montré que les initiatives lancées pour promouvoir le contrôle du tabagisme touchent très peu les Bangladais. Par exemple, les personnes interrogées ignoraient le but et les possibilités d'une thérapie de substitution de la nicotine. L'étude recommande donc de mettre au point des politiques et des initiatives plus inclusives de manière à mieux répondre aux besoins de ce groupe cible. Une publication parue aux États-Unis (Viswanath und Bond 2007) examine à l'aide d'une revue bibliographique les facteurs qui influencent la réception par le groupe cible de messages portant sur l'alimentation. Selon les auteurs, il est important que les messages visant à changer le comportement alimentaire des migrants respectent les points suivants : sélection attentive des mécanismes de diffusion, stratégies de communication qui correspondent aux conceptions et aux valeurs du groupe cible, recommandations alimentaires incluant des aliments habituellement privilégiés par le groupe cible.

Deux études se penchent sur les **activités de santé des migrants**. Selon Eichler (2008), il faut prendre en compte le fait que la structure du système de santé du pays d'origine a une grande influence sur le comportement des migrants en matière de santé et sur leur attitude face au système de santé du pays d'accueil, surtout au début de leur séjour. Par exemple, les migrantes originaires d'un pays dans lequel le système de santé ne fonctionne pas accordent une grande importance au système de santé non professionnel. Ou encore, dans les premiers temps de leur séjour, les femmes venant de pays dans lesquels le système de santé est très marqué par la médecine conventionnelle et une consommation irrationnelle de médicaments s'attendent

d'abord à ce que le médecin leur prescrive des médicaments. Aux Pays-Bas, une étude quantitative (Hansen et al. 2007) a révélé que les migrants n'avaient pas entièrement conscience que leur propre comportement contribue à ce qu'ils restent en bonne santé.

Ces mêmes études fournissent également des informations concernant **l'orientation vers les ressources**. Eichler (2008) discerne parmi des migrantes d'origines diverses (chacune ayant une bonne formation et ayant migré de son plein gré) des ressources importantes en matière de santé : leur regard croisé sur le système de santé de leur pays d'origine et de leur pays d'accueil ainsi que leur expérience de vie dans plusieurs pays leur ont permis de développer au cours du temps des connaissances précieuses sur des modes de vie favorables à la santé et des thérapies alternatives efficaces ainsi qu'une attitude éclairée concernant la consommation de médicaments. Selon Eichler, il faut comprendre que ces migrantes se comportent comme des patientes dûment informées, qu'elles ont une attitude critique motivée par un point de vue transnational. On ne doit pas assimiler trop vite ce comportement à un manque d'information ou à des problèmes de compréhension relevant de la culture ou de la langue. L'étude de Hansen et coll. (2007) montre qu'au Danemark les immigrés non occidentaux ont un comportement plus sain concernant leur consommation d'alcool et de légumes que les Danois.

3.3.2 Formation et formation continue dans le domaine de la santé et des soins de santé

Concernant les soins de santé, on distingue deux domaines de recherche dans la documentation examinée : certaines enquêtes examinent la manière dont les **populations migrantes ont recours aux offres de santé**. Outre le fait que les types de comportements en matière de santé soient un objet de recherche intéressant en soi, le recours aux offres de santé peut révéler les difficultés d'accès rencontrées par divers groupes cibles ou des lacunes au niveau des offres de soin. D'un autre côté, les publications étudient les possibilités **d'amélioration et de développement des prestations** de manière à offrir des soins adaptés à une population diversifiée (compétence interculturelle, prestations spécifiques complémentaires pour certains groupes, plus grande orientation ressources).

Dans le même temps, ces publications appellent souvent à offrir des soins mieux adaptés, mettant en pratique des compétences interculturelles plus importantes. Selon elles, il faut agir sur ces soins dans le cadre de la formation et de la formation continue également.

Suisse

Recours et difficultés d'accès aux soins de santé : Wollff et coll.(2008) soulignent les difficultés d'accès au système de santé en ce qui concerne le

planning familial et les soins prénataux pour les migrantes sans autorisation de séjour. Ils appellent à une amélioration de l'accès à ces offres. En prenant l'exemple de *l'Unité mobile de soins communautaires* à Genève, Wollff et coll. (2006) décrivent les moyens d'améliorer de façon générale l'accès aux soins de santé pour les *sans-papiers*. Bodenmann et coll. (2007a) ont évalué à l'aide d'une étude quantitative la qualité des prestations offertes par un système de gatekeeping pour des requérants d'asile mis en œuvre dans le canton de Vaud. Ils concluent que les traitements assurés par les professionnels non médicaux sont de bonne qualité, mais qu'ils peuvent être améliorés. Le rapport de l'ODM réalisé dans le cadre du Controlling de l'intégration (Bundesamt für Migration 2008) indique que les réfugiés entrés sur le territoire helvétique ne profitent que de manière limitée des soins, généralement bons, qui sont disponibles en Suisse. En effet, le nombre de personnes malades ou handicapées accuse plutôt une augmentation au fil du temps. Selon ce rapport, le système de santé suisse est souvent différent des systèmes que connaissent les immigrants et il n'est pas forcément adapté à leurs besoins.

Amélioration des prestations : la demande de soins adaptés présentant une composante interculturelle fait l'objet de très nombreuses publications. L'article de Renteria (2008) traite de l'adaptation des soins aux victimes de MGF. Considérant le fait que les immigrants d'Afrique subsaharienne présentent une prévalence de VIH élevée et ayant observé que ces patients se rendent en consultation plus tard et dans un état de santé plus mauvais que les non-Africains, Bischofberger (2008) souligne qu'il est nécessaire que le personnel qui les traite soit en mesure d'appréhender de manière rapide et adaptée les conceptions spécifiques et parfois contradictoires des Africains subsahariens concernant l'infection au VIH et d'y faire face. Le rapport de l'ODM réalisé dans le cadre du Controlling sur l'intégration (Bundesamt für Migration 2008) préconise l'introduction d'un *case management* tenant compte des besoins des individus en les mettant en phase avec le système existant, notamment en rendant possible l'accès à des structures spécialisées dans les cas lourds (traumatisés, victimes de torture, etc.). Selon le rapport, les personnes qui fournissent des soins et des conseils aux réfugiés doivent être mieux formées et mieux renseignées sur la santé des migrants. Il faut systématiquement faire appel à un interprète interculturel lorsqu'un réfugié rencontre des problèmes de santé. Plusieurs articles que nous abordons plus en détail dans le chapitre suivant (3.3.3) ont traité ces situations de *triologie* entre le personnel médical (ou autre), les interprètes et les patients ainsi que les moyens de les rendre efficaces. Björngren/Cattacin (2007) et Domenig (2007) abordent de façon générale le développement de l'organisation vers une sensibilisation à la diversité et à une compétence interculturelle.

International

Recours et difficultés d'accès :

Une enquête menée sur le recours aux structures de soins au Danemark (Folmann 2007) constate que les groupes de minorités (à l'exception du groupe vietnamien) ont bien plus souvent recours aux hôpitaux ainsi qu'aux praticiens généralistes que les ressortissants danois. Aux Pays-Bas, une étude a révélé que tous les groupes de migrants examinés consultent une polyclinique de Rotterdam bien plus souvent que les ressortissants locaux — cette plus grande fréquence de consultation se limitant en grande partie à la première génération (Lanting et al. 2008). Elle semble être liée davantage à l'appartenance ethnique et à la génération qu'au statut socioéconomique. Une étude quantitative réalisée au Danemark examine le recours aux services d'urgence par les patients selon qu'ils sont issus de l'immigration ou non (Norredam et al. 2007). Elle met en évidence des éléments indiquant que les migrants font plus souvent appel de manière inopportune aux services d'urgence en raison des difficultés d'accès aux consultations des praticiens généralistes. De la même façon, une étude allemande examine la pertinence du recours aux structures d'urgence par différents groupes de patients (Schwartau et al. 2007). L'analyse estime que le recours aux structures d'urgence par les migrants est pertinent au regard de leur interprétation/perception du symptôme et de leur savoir populaire.

La situation diffère sensiblement en ce qui concerne les prestations de soins prénataux et psychiatriques. En effet, on observe que les migrants y ont moins souvent recours que les ressortissants locaux.

Une étude espagnole affirme que les migrants ont moins souvent recours aux services d'urgence et aux services hospitaliers (Perez-Rodriguez et al. 2006). Une étude réalisée en Grande-Bretagne attire l'attention sur le fait que les personnes âgées appartenant à des minorités ont peu souvent recours aux services psychiatriques spécialisés (Shah et al. 2006). Aux Pays-Bas, Koopmans/Foets (2007) constatent que les migrants d'origine turque ont plus souvent recours aux soins psychiatriques que les ressortissants locaux, mais que l'évaluation négative de leur propre état de santé — et le fait que l'offre de soins soit considérée comme insuffisante¹³ (Fassaert et al. 2007) — explique la fréquence du recours à l'offre de soins. D'après Koopmans/Foets, si l'on

¹³ Aux Etats-Unis, une étude a révélé que les malades psychiques sont généralement victimes de stigmatisation lorsqu'ils accèdent aux premiers soins et que cette expérience a une plus grande influence sur leur perception négative de la qualité de la prestation que leur origine ethnique (Roman et al. 2008).

contrôlait ce facteur, on constaterait au contraire des difficultés d'accès qui sont très probablement dus à la langue.

Une étude réalisée à Malmö (Suède)(Ny et al. 2007) sur les soins prénataux relève que plusieurs groupes de femmes nées à l'étranger ont plus rarement recours à des soins prénataux planifiés.

Une étude réalisée sur la situation en Grande-Bretagne (Nazroo et al. 2007) ne distingue pratiquement aucune inégalité au niveau de l'accès aux soins médicaux (à l'exception des soins dentaires) entre les différents groupes ethniques. Selon les auteurs, l'étude met en exergue le fait que l'existence de soins de santé publique, accessibles à tous (c'est le rôle que remplit le NHS en GB) a permis de minimiser, au niveau des soins de santé, les inégalités liées à l'origine ethnique. Par ailleurs, Green et coll. (2006) suggèrent que les difficultés d'accès que rencontrent les immigrants pourraient être réduites davantage grâce à un système appelé *pluralisme médical* (intégration d'offres de médecines alternatives, par exemple la médecine chinoise). Pour finir, une étude réalisée aux Etats-Unis (Gilmer et al. 2007) observe que les programmes destinés spécialement aux personnes de langue étrangère facilitent l'accès de ces derniers aux prestations de santé et qu'ils les intègrent mieux au système de soin. C'est ce que confirme l'évaluation du projet *Migrantenambulanz* mené en Allemagne par la Rheinische Klinik Langenfeld. L'intervention se fonde sur la constatation d'une sous-représentation des migrants dans le recours aux offres d'aide psychiatriques. Elle vise à permettre au groupe cible l'accès au système de soins, entre autres grâce à un travail de consultation. Trois ans après le lancement du projet, Ozankan/Atik (2007) constatent que cette offre a réussi à atténuer de manière significative la peur des patients de langue turque (en particulier des femmes) d'entrer dans la clinique. Selon les auteurs, il semble qu'il soit non seulement possible, mais également de plus en plus nécessaire d'intégrer dans les soins psychosociaux habituels des offres spécifiques pour les migrants qui ne maîtrisent pas ou pas suffisamment la langue locale — sans pour autant favoriser la formation d'un ghetto psychosocial. Cependant, les auteurs indiquent qu'il faut prêter attention aux dangers que représente cette spécialisation : les thérapeutes « autochtones » peuvent ainsi tenter d'éviter la confrontation avec les besoins spécifiques des patients issus de l'immigration.

Amélioration de l'offre de prestations :

Plusieurs études se concentrent sur l'interaction au niveau de la communication entre les médecins et les patients. Aux Pays-Bas, Meeuwesen et coll. (2006; 2007) ont analysé les modèles de communication entre les praticiens généralistes et les patients tant non occidentaux que néerlandais. Ils ont tout d'abord remarqué que les consultations avec les migrants, en particulier ceux d'origine turque ou marocaine, duraient en moyenne au minimum deux minu-

tes de moins et que la différence de pouvoir entre les médecins et ces patients était plus grande qu'avec les patients néerlandais. En ce qui concerne l'interaction verbale, des différences notables ont été constatées au niveau émotionnel, mais pas au niveau instrumental. Les médecins ont fait plus d'efforts pour comprendre les patients migrants, alors qu'ils ont fait preuve de plus de participation et de plus d'empathie envers les patients néerlandais. Les Néerlandais ont également semblé plus déterminés et plus aptes à s'imposer. Contrairement aux migrants, ils « ont appuyé sur le frein » lorsque le médecin menait l'entretien (trop) rapidement. Les consultations avec les migrants donnèrent plus rarement lieu à des conflits ou furent plus rarement l'objet de plaintes que ce ne fut le cas avec les autochtones. Au contraire, elles furent majoritairement qualifiées de « traditionnelles » ou de « coopératives ». Les auteurs de l'étude concluent que les patients et les médecins doivent développer leur compétence interculturelle. Une étude canadienne (Rosenberg et al. 2007) a analysé les stratégies de praticiens généralistes dans le cadre de la communication avec les patients d'origines culturelles diverses. Elle constate que les médecins ont une approche orientée vers le patient, mais qu'ils ne disposent pas de concept général pour appréhender les informations concernant le contexte culturel des patients.

Volkers et coll. (2007) ont comparé les taux de prescription d'antidépresseurs aux patients autochtones néerlandais et aux membres de minorités ethniques. Ils ont constaté que les membres de minorités qui sont diagnostiqués dépressifs reçoivent moins souvent des prescriptions d'antidépresseurs que les Néerlandais. Fait surprenant, ce résultat est apparu le plus clairement en ce qui concerne les membres de la deuxième génération.

D'autres études pointent le manque de compétences interculturelles au sein du système d'aide pour les toxicomanes (Haasen et al. 2007) et pour les jeunes (Wohlfahrt et al. 2007) ainsi qu'au niveau du traitement des migrants dépressifs ou atteints d'une maladie psychique (David et al. 2007; Gül 2007; Schouler-Ocak 2007). En ce qui concerne ce dernier point, les auteurs soulignent le problème de compréhension dû à la langue et demandent de faire systématiquement appel à une interprétation interculturelle.

D'autres publications attirent l'attention sur la nécessité d'offrir des soins adaptés aux migrants âgés (Reinprecht 2006; Shah et al. 2006), aux patients atteints de diabète (Gucciardi et al. 2006; Shah 2008; Wallin et al. 2007) et d'asthme (Cabana et al. 2007) ainsi qu'aux femmes enceintes victimes de MGF (Straus et al. 2007).

Pour finir, l'article de Feldman (2006) fournit un cadre conceptuel pour les premiers soins de santé fournis aux réfugiés et aux requérants d'asile. L'auteur fait la distinction entre les *services gateway* (ils facilitent l'accès aux premiers soins pour les patients non enregistrés), les *core services* (soins gé-

néraux ou spécialisés) et les *ancillary services* (ils complètent et soutiennent les *core services* afin de répondre aux besoins supplémentaires du groupe cible, tels que des services d'interprétation et des offres spécialisées pour les victimes de torture et de violence). Il insiste sur l'importance des prestations complémentaires (*ancillary services*) pour assurer des soins efficaces aux migrants du domaine de l'asile.

Sur le plan international, il existe également de nombreuses publications d'études indiquant que les professionnels du domaine de la santé doivent acquérir et approfondir continuellement leurs compétences interculturelles dans le cadre de leur **formation et de leur formation continue**. Concernant la situation aux États-Unis, Lo/Stacey (2008) précisent qu'il est non seulement irréaliste, mais aussi injuste d'attendre des médecins sur le terrain de savoir de façon intuitive comment faire face à la complexité culturelle de la situation de leurs patients. Ils demandent donc l'intégration de la compétence interculturelle dans le cursus de formation des personnels médical et soignant. En d'autres termes, les contenus relatifs à ce sujet doivent être intégrés dès le début de la formation. Une étude réalisée au Canada (Rosenberg et al. 2007) recommande d'intégrer à la formation des médecins un concept permettant d'appréhender les informations sur le contexte culturel des patients ainsi que des instructions pratiques en matière de communication interculturelle.

Enfin et surtout, Schultz (2007) évoque les perspectives prometteuses qu'offre un traitement orienté vers les ressources. Elle recommande d'élargir l'approche interculturelle dans la pratique par une démarche orientée vers les ressources. Selon elle, ceci implique que le personnel soit prêt à accepter des changements au niveau des institutions et que la formation et la formation continue soient complétées.

3.3.3 Interprétation interculturelle

Suisse

Parmi les études examinées, plusieurs traitent de **l'interprétation dans le domaine de la santé** sur le territoire helvétique.

Une expertise juridique a analysé les normes juridiques en Suisse donnant droit à une interprétation interculturelle dans le domaine de la santé ainsi que la question de la prise en charge des coûts inhérents à ces services (Achermand und Künzli 2008). L'analyse du droit constitutionnel et du droit international public contraignant en Suisse met en évidence le fait que l'État doit assurer qu'aucune barrière linguistique n'empêche les patients ni d'être informés ni de donner leur accord à une intervention médicale dans les hôpitaux publics. Cette obligation faite aux hôpitaux publics vaut pour les patients allophones, quel que soit leur statut de séjour au regard du droit des étrangers. Les cantons règlent également en détail le droit des patients à une

information complète, adaptée et compréhensible ainsi que l'obligation des professionnels de la santé d'obtenir, après l'avoir dûment informé, une autorisation du patient avant de pratiquer toute intervention. La législation cantonale ne contient certes aucune réglementation relative au recours à un interprète pour les patients de langue étrangère, mais cette obligation découle de l'exigence d'une information suffisante. Plus l'intervention prévue est lourde, plus les exigences de qualité posées à la traduction doivent être élevées. Dans le cas d'interventions ayant des suites importantes ou dans le cas où plusieurs options de traitement se présentent et si le professionnel de santé ne parle pas la langue du patient, il doit être fait appel à un traducteur interculturel. Selon l'expertise, il faut éviter d'avoir recours à un membre du personnel hospitalier ne disposant pas de la formation nécessaire et n'étant pas soumis à des obligations professionnelles réglementées et ce, en raison d'exigences d'ordre professionnel, mais aussi au regard des réglementations relatives au secret médical. S'agissant de la prise en charge des coûts et du financement, le rapport établit qu'actuellement les coûts doivent être pris en charge soit par les pouvoirs publics, par exemple les hôpitaux¹⁴, soit par les patients car la situation juridique actuelle ne permet pas la prise en charge des coûts d'interprétation par l'assurance obligatoire des soins. De plus, une révision de cette réglementation n'est pas envisageable à court terme. Les auteurs de l'expertise recommandent de faire face à cette situation insatisfaisante en examinant d'autres options (cofinancement des services professionnels d'interprétation communautaire par les pouvoirs publics, réglementation explicite de la question de la traduction au niveau des cantons, recherche d'autres modèles de financement).

Bischoff/Steinauer (2007) examinent la question des suites cliniques des barrières linguistiques et des moyens d'y remédier. Selon les auteurs, il apparaît clairement dans plusieurs études que les patients de langue étrangère reçoivent souvent des soins qui ne sont pas adaptés à la situation en raison d'un échange d'information insuffisant. De même, les publications s'accordent pour dire que les proches ou les employés plurilingues qui ne sont pas formés ne sont pas ou peu aptes à remplir le rôle d'interprète *ad hoc*. En revanche, le recours à des interprètes professionnels constitue le moyen le plus efficace d'améliorer la qualité des soins prodigués aux patients de langue étrangère. Cependant, comme la réalité quotidienne d'une clinique ne permet pas toujours de recourir systématiquement à des interprètes professionnels, la créa-

¹⁴ En l'absence d'une réglementation juridique ou d'un contrat, l'hôpital doit assumer, en cas de traitements prodigués en son sein, les coûts des services d'interprétation nécessaires. Dans le cas d'un patient indigent, les coûts doivent être pris en charge par l'aide sociale. S'il s'agit d'une personne sans permis de séjour valable sur le territoire helvétique, cette prise en charge peut avoir lieu à titre d'aide d'urgence.

tion d'une liste regroupant des employés multilingues formés représente une alternative acceptable dans des situations définies.

Bischoff et coll. (2008a) ont pris l'exemple de la Clinique gynécologique universitaire de Bâle pour analyser à quels moments du quotidien il est fait recours à un interprète et comment, concrètement, se déroule le *trialogue* entre les spécialistes médicaux, les interprètes et les patients. Il est apparu que le personnel médical est souvent confronté à des interprètes sans avoir été préparé à cette collaboration. En outre, la collaboration avec les interprètes se déroule selon une approche pragmatique, mais les formations ne traitent que rarement l'aspect conceptuel de ce phénomène. Les auteurs recommandent d'une part que les sessions de formation continue suivies par les professionnels de la santé abordent les critères définissant un « bon interprète ». À cette occasion, les professionnels pourraient également être sensibilisés à la question de savoir à quel moment il est indiqué d'avoir recours à des médiateurs interculturels, indépendamment du problème linguistique. Selon les auteurs, il importe de continuer à travailler à l'élaboration d'un concept de collaboration au sein du « dialogue à trois », par exemple en proposant des formations continues au cours desquelles les interprètes et les spécialistes médicaux discutent ensemble des situations d'interprétation et des rôles joués par les interprètes. Ces sessions de formation continue doivent inclure une réflexion autour du concept de « culture ».

En outre, une équipe de la Haute école spécialisée de Suisse occidentale s'est penchée sur l'interaction à trois au cours des situations d'interprétation dans le domaine de la santé, et ce, d'un point de vue sociolinguistique et socio-anthropologique (Humair und D'Onofrio 2008). L'étude recommande entre autres que les institutions publiques documentent et évaluent de façon systématique le volume et le type de travail effectué avec les interprètes. Bischoff et coll. (2008b) ont abordé dans une étude quantitative les aspects liés au genre dans le cadre de consultations médicales avec et sans intervention d'un interprète. Ils ont observé que, lorsque les médecins et les patients sont de sexe différent, le recours à un interprète ne nuit pas à la qualité de l'interaction pendant la consultation. En revanche, lors de consultations de ce type se déroulant sans interprète, la communication perd en qualité.

Pour finir, Bischoff/Dahinden (2008) ont analysé l'intervention d'interprètes professionnels et de médiateurs culturels dans les institutions publiques des domaines juridique, éducatif, social et de la santé en se fondant sur des études de cas. Ils ont conclu que, dans à peu près la moitié des institutions étudiées, il est souvent fait appel à des interprètes professionnels, même s'il est également courant que la traduction soit assurée par des personnes non qualifiées. Cependant, il est rarement fait usage d'une médiation interculturelle ou de conflit bien que d'après les auteurs, ce moyen permettrait d'améliorer l'égalité

des chances en matière d'accès aux institutions publiques pour une population diversifiée.

International

Les situations d'interprétation dans le contexte médical sont également le sujet d'études au niveau international. Robb/Greenhalgh (2006) par exemple ont analysé l'importance revêtue par différents types de relations de confiance dans ces situations d'interprétation (*voluntary, coercive, hegemonic trust*). Selon eux, l'élément déterminant quant à la qualité et à l'efficacité de la communication sujette à une traduction est la *voluntary trust* qui s'appuie sur une relation interpersonnelle positive. Cet élément doit être pris en compte dans la conceptualisation et le financement des services d'interprétation ainsi que sur le plan de la formation et de la formation continue du personnel administratif, médical et des interprètes. De nombreuses publications soulèvent également la nécessité de faire systématiquement appel à des interprètes professionnels (etwa David et al. 2007; Feldman 2006; Haasen et al. 2007; Koopmans und Foets 2007; Schouler-Ocak 2007).

Une étude bibliographique portant sur l'utilité d'un recours à des interprètes pendant les consultations médicales (Ribera et al. 2008) révèle que le recours à des interprètes professionnels ou à des spécialistes bilingues améliore la qualité des soins et la satisfaction des patients, diminuant ainsi les inégalités au niveau des soins. Par ailleurs, la documentation examinée laisse penser que le recours à des interprètes professionnels permet de réduire sensiblement les coûts.

3.4 Observations et tendances

Pour finir, nous allons évoquer et discuter brièvement quelques tendances observées dans la documentation prise en considération. Nous tenons toutefois à souligner que notre analyse s'appuie sur une sélection de publications limitée¹⁵ et que de ce fait, nous ne prétendons pas rendre compte des tendances de l'ensemble de la documentation scientifique publiée de 2006 à 2008.

Tendances générales

Le thème de la *migration et de la santé* semble gagner en actualité au sein de différentes disciplines de recherche (sciences sociales, épidémiologie, méde-

¹⁵ L'analyse repose sur les 112 publications qui sont énumérées dans le document intitulé « *Analyalisierte Literatur_Übersichtstabelle* ». Notre travail s'est concentré sur l'Europe et l'Amérique du Nord et sur les textes pertinents quant aux besoins de l'équipe du programme de l'OFSP.

cine, psychologie, sciences infirmières, développement de l'organisation, *santé publique*). Ce sujet est abordé à différents niveaux, parfois de manière assez détaillée (cf. chap. 3.1). De nombreux domaines de recherche relatifs à la santé publique reconnaissent de plus en plus la pertinence des thèmes liés à la migration.

Simultanément, on remarque que les grandes tendances thématiques relatives au domaine de la santé se reflètent (avec un certain retard) aussi dans le domaine de la migration et de la santé. Par exemple, on retrouve dans le domaine de la migration et de la santé **l'accent mis sur les maladies chroniques, les maladies dites de prospérité et les facteurs de risques en découlant** (comme l'adiposité). À ce propos, le rapport (*Conference Report*) de la conférence EUPHA 2007 *Migrant and ethnic health research* (Rafnsson und Bhopal 2008), qui donne également une vue d'ensemble de l'activité de recherche en Europe dans ce domaine, souligne le fait que le changement de mode de vie entraîne pour ces populations une augmentation des maladies dites de prospérité. Selon le rapport, on a pu observer des taux plus élevés en ce qui concerne l'hypertension, le diabète, les infarctus et les attaques cérébrales parmi les populations migrantes en Europe.

Le vieillissement des **personnes issues de la migration** est un sujet de recherche qui a gagné en actualité au cours de ces dernières années, et qui continuera d'occuper une place prépondérante à l'avenir également. Ceci est dû d'une part à des raisons démographiques : le retour au pays après la retraite est une option de moins en moins envisagée par les migrants âgés ou vieillissants, de sorte que les « maladies typiques du grand âge » apparaissent aussi au sein de ces populations. D'autre part, les conséquences de la discrimination socioéconomique — qui touchent dans une très large mesure les populations de migration — apparaissent plus visiblement chez les personnes âgées. À ceci, il faut ajouter que les migrants sont souvent vulnérables du point de vue de la santé ; cette vulnérabilité est spécifique de la migration. Les structures de soins pour les personnes âgées dans les pays d'immigration doivent tenir compte du changement de situation et préparer leurs offres à une clientèle de plus en plus diversifiée.

Dans l'ensemble, on observe, sur la période considérée, une grande continuité thématique et un approfondissement ciblé (par groupe cible) dans le domaine de la migration et de la santé. Durant les trois dernières années, on a étudié et approfondi les domaines dont on connaît la pertinence au regard de la migration, comme la **santé psychique** ou la **santé reproductive**.

Il apparaît que les migrants continuent d'avoir une santé reproductive nettement plus mauvaise que les populations autochtones de référence, ce qui est surtout lié à leur niveau de formation plus faible et au fait que les mesures de prévention touchent moins bien ces groupes. Comme l'analyse bibliographi-

que réalisée en 2006 l'avait déjà constaté, l'accent en matière de santé reproductive est mis sur les femmes alors que les attitudes et types de comportement des hommes sont peu traités. Le thème des MGF demeure actuel ou devient même de plus en plus actuel (l'immigration en provenance des régions concernées n'a pas diminué).

Les recherches portant sur la prévalence des troubles psychiques frappant les migrants (surtout involontaires) n'ont pas apporté de nouveaux éléments, mais ils ont confirmé et approfondi les connaissances sur ce sujet.

De plus, la mauvaise **santé bucco-dentaire** des enfants issus de l'immigration est un problème constant qui engendre des coûts importants.

Les questions afférentes aux **difficultés d'accès et à l'efficacité des prestations et des mesures de soins et de prévention** dans les pays d'immigration ont également été étudiées plus en détail dans des contextes spécifiques et en rapport avec des groupes cibles identifiés. Ce faisant, les questions relatives à l'intervention d'interprètes professionnels (droit, difficultés particulières posées par le *trialogue*, prise en charge des coûts de cette prestation complémentaire) ont fait l'objet d'une attention particulière.

La recherche semble porter désormais moins d'intérêt aux migrants considérés comme groupe à risque pour les maladies infectieuses et parasitaires et le VIH, même si quelques publications montrent que cette problématique reste ou redevient d'actualité et qu'elle est pertinente pour les questions de *santé publique*.¹⁶

Dans l'ensemble, on peut dire que de nos jours, la discrimination socio-économique de certaines populations de migrants se traduit par une plus mauvaise santé dans de nombreux domaines (par exemple, en ce qui concerne les maladies chroniques, la santé reproductive, la santé des personnes âgées, la santé bucco-dentaire). Les interventions dans le domaine de la *santé publique* qui visent à réduire la discrimination socio-économique de ces groupes de population permettent donc d'améliorer de façon significative la santé publique. Toutefois, les facteurs socio-économiques n'expliquent pas tout — il faut également tenir compte d'autres facteurs d'influence liés à la migration, en particulier en ce qui concerne la santé psychique (condition sociale, expériences vécues dans le pays d'origine avant la migration, manière de faire face à l'expérience de migration, situation juridique dans le pays d'accueil).

¹⁶ Rafnsson/Bhopal (2008) par exemple parlent également de la vulnérabilité croissante des migrants étudiés face aux maladies infectieuses.

En ce qui concerne la Suisse, la période allant de 2006 à 2008 correspond à une phase de diffusion, c'est-à-dire de publication sous des formes multiples de résultats d'études réalisées au préalable (entre autres dans le cadre de l'axe de recherche de la stratégie fédérale 2002-2007). Nous n'avons pas trouvé beaucoup de résultats issus de nouvelles études. Ceci vaut en particulier pour les travaux (socio-)épidémiologiques, ce qui peut être dû en partie aux lacunes ou à l'imperfection de la collecte des données.¹⁷ Depuis, des efforts ont certes été fournis afin d'améliorer les données (par exemple, une collecte systématique d'indicateurs appropriés en rapport avec la migration est en cours d'élaboration dans le cadre de la mission transversale de *mainstreaming Migration*), mais un certain nombre de problèmes méthodiques demeurent en ce qui concerne les enquêtes épidémiologiques auprès des populations de migrants (fluctuations importantes et souvent, échantillons trop restreints prélevés auprès de ces groupes de population).

Nonobstant, les études (socio-)épidémiologiques qui comparent les populations de migrants avec les populations « autochtones » de référence n'ont qu'une pertinence réduite au regard de la *santé publique* (vgl. Razum 2007).

Toutefois en Suisse, on peut également constater une tendance à la diffusion du thème de la *migration et de la santé* dans les rapports généraux sur la santé et dans la littérature sur la *santé publique* (voir par exemple le Rapport national sur la santé). En outre, on remarque que des efforts considérables sont déployés en vue d'assurer l'application des connaissances dans la pratique (institutions de santé et personnel de santé). Ces efforts se traduisent par des parutions de brochures et de manuels conçus pour différents groupes cibles.

Dans l'ensemble, on distingue deux tendances, tant à l'échelle de la Suisse que sur le plan international : d'une part, on constate que des efforts sont entrepris pour ouvrir les institutions du domaine de la santé à une clientèle diversifiée (prestations de soins avec une compétence interculturelle, information appropriée, prévention et promotion de la santé). D'autre part, il semble que de nouvelles dispositions légales plus strictes déplacent l'accent, tant au niveau de la recherche qu'au niveau de la pratique, sur des groupes particulièrement vulnérables sur le plan de la santé (requérants d'asile, *sans-papiers*). Ces dispositions touchent des groupes d'immigrés déterminés dans les pays d'immigration européens et entraînent aussi une précarisation et un phénomène d'exclusion. L'aggravation de la situation pour certains groupes de migrants se répercute donc de façon sensible dans le domaine de la santé. C'est un fait dont les dernières publications consacrées à la *migration et à la santé* se font nettement l'écho.

¹⁷ Mais il est possible que des études dont les résultats n'ont pas encore été publiés soient en cours.

Groupes cibles

On note l'accent mis sur la situation sanitaire de certaines catégories de migrants : d'une part des personnes de tous âges qui sont précarisées en raison de leur statut de séjour (ou à son absence) ; ils apparaissent comme un groupe particulièrement vulnérable en matière de santé. La recherche quant à elle semble plutôt s'intéresser aux femmes. Les populations particulièrement exposées au risque de MGF font l'objet d'une attention assez importante, de même que les enfants/adolescents et les personnes âgées issues de l'immigration, les victimes de violences souffrant d'un traumatisme et les migrants atteints de troubles psychiques. Parmi ces derniers, on remarque particulièrement les immigrés d'origine turque. Plusieurs études menées dans différents pays indiquent en effet qu'ils évaluent leur propre état de santé de manière négative.

Dans l'ensemble, la tendance consistant à observer la population des migrants de manière plus différenciée et à étudier des groupes cibles spécifiques reste stable.

Approches et interventions

En matière de prévention et de promotion de la santé, on souligne la nécessité d'adopter plus systématiquement une approche par groupes cibles. Celle-ci n'est possible que si un nombre suffisant de connaissances sont disponibles à propos du comportement et des facteurs de risque auxquels le groupe est exposé. Il est également recommandé d'intervenir dans les langues de migration et de collaborer avec des personnes clés/médiateurs. De plus, la recherche livre quelques points de repère à propos de l'orientation vers les ressources et de mesures favorisant la résilience.

En ce qui concerne les offres de soins, on mentionne, outre la demande générale de soins de santé accessibles et adaptés à la diversité, le succès et la nécessité de concrétiser des programmes, d'effectuer des interventions ou de fournir des prestations complémentaires destinés spécifiquement à un groupe de migrants (de langue étrangère) et visant à leur permettre/faciliter l'accès aux soins de base.

De nombreuses études demandent de promouvoir les compétences interculturelles des professionnels dans le cadre de leur formation et de formations continues. Enfin, il est frappant de constater que précisément en Suisse, la recherche s'intéresse aux difficultés de la communication entre les spécialistes et les patients de langue étrangère ou à l'utilité générale de la traduction interculturelle. Outre l'examen de questions relatives à la situation juridique (droit à des prestations d'interprétation dans le domaine de la santé) et à la prise en charge des coûts pour ces services, l'accent est mis sur les situations de communication mettant en place un *dialogue* entre les spécialistes médi-

caux, les interprètes/médiateurs et les patients. Les différentes étapes (attitudes, stratégies utilisées par les participants) font l'objet d'analyses qui concluent que ce dialogue est délicat, qu'il demande beaucoup d'expérience et de professionnalisme et donc de l'entraînement. Toutefois, il semble que la réalité au quotidien n'offre souvent pas les conditions nécessaires à un *dialogue* professionnel (formation et expérience des participants insuffisantes, les opérations de routine n'ont pas encore été adaptées, le financement de cette prestation n'est toujours pas satisfaisant) bien que tout ceci permettrait, comme la documentation le montre, de réaliser des économies considérables.

Lacunes

En ce qui concerne le domaine de la promotion de la santé, la recherche orientée ressources demeure exceptionnelle — particulièrement en Suisse. De même, le thème de la (promotion de la) santé sur le lieu de travail qui, précisément, est important eu égard à certaines populations de migrants, n'est traité qu'en marge.

Au niveau des soins, des analyses de rentabilité et d'évaluations d'interventions spécifiques ainsi que des processus d'ouverture font particulièrement défaut dans le domaine des soins de base. De tels travaux pourraient, le cas échéant, accélérer le développement d'offres adaptées à la diversité.

Lancé par l'Union européenne, le projet MEHO (*Migrant and Ethnic Health Observatory*) promet de combler, à l'avenir, certaines lacunes au niveau du monitoring de l'état de santé des migrants dans les pays européens (Union européenne des quinze [UE-15]) (voir <http://www.meho.eu.com>). Toutefois, la Suisse ne semble pas être rattachée à cette initiative.

4 Discussion relative à la méthode et recommandations

Comme nous l'avons évoqué au début du présent rapport, la recherche documentaire en ligne et la sélection des publications à prendre en compte pour cet état des lieux nous ont posé plusieurs problèmes d'ordre méthodologique. Bien que cela ait d'abord été notre objectif, il n'a pas été possible, dans le cadre de ce mandat, de procéder à un examen et à une évaluation systématiques de la littérature spécialisée sur le thème de la *migration et de la santé* (formulé de manière large lors de la recherche) que nous avons trouvée sur Internet pour les trois années considérées. Au lieu de cela, 112 publications ont été sélectionnées pour être intégrées dans la présente étude et analyse bibliographique. Cette sélection a certes été établie selon des critères précis (voir annexe), mais force est de constater que la démarche n'est ni parfaite, ni satisfaisante et qu'elle pourrait être améliorée. Dans la perspective d'une mise à

jour régulière de ce type, nous désirons commenter brièvement la démarche que nous avons adoptée pour cette « étude pilote » et proposer des modifications.

Nous avons débuté notre recherche documentaire en ligne avec la volonté de collecter de manière aussi exhaustive que possible les publications les plus récentes parues dans le domaine de la *migration et de la santé*. Nous nous sommes efforcées de ne pas exclure trop tôt un titre de la sélection — on pourrait parler de méthode « conservatrice » ou « prudente ». Ceci a eu pour conséquence de nous mettre face à une grande quantité de titres potentiellement pertinents (environ 2200 pour la période de 3 ans) qu'il a fallu réduire pour obtenir un volume raisonnable. Nous nous y sommes employés en effectuant une recherche par mot-clé au sein du corpus (dans les titres et les résumés), comme nous le décrivons dans l'annexe. Les critères de sélection ont été le pays d'immigration sur lequel porte le texte (les pays d'immigration européens ont été privilégiés, même si nous avons survolé les textes traitant de l'Amérique du Nord à la recherche d'éléments intéressants), ainsi qu'un lien clair avec l'un des quatre thèmes

- *état de santé de la population migrante/réglementations en matière de santé publique*

- *promotion de la santé et prévention*

- *soins de santé et formation/formation continue des spécialistes du domaine de la santé*

- *interprétation interculturelle*

Plusieurs combinaisons de mots-clés ont été utilisées afin de trouver des textes répondant à ces critères. Ce faisant, il a fallu prendre en compte plusieurs langues différentes ainsi que les « terminologies nationales » (voir annexe).

Bien que notre démarche ait suivi une logique (définition de critères, combinaisons de mots-clés selon ces critères), nous ne pouvons exclure qu'en raison de la diversité des termes de recherche entrant en ligne de compte pour le domaine de la *migration et de la santé* ainsi qu'en raison de la complexité d'une telle recherche par mots-clés, des textes au contenu pourtant intéressant aient été écartés.

À la lumière de notre expérience, nous proposons d'adapter certains points de la méthode de recherche et ce, dans la perspective de futures études bibliographiques portant sur le domaine de la *migration et de la santé*.

En ce qui concerne la première étape, à savoir la recherche dans des banques de données en ligne, nous pensons qu'il faudrait adopter immédiatement une démarche de sélection positive. Cela signifie qu'au lieu d'effectuer la recherche dans un maximum de périodiques présentant un intérêt éventuel, il faudrait se restreindre dès le départ — en accord avec le mandat — à certaines

revues¹⁸ ainsi qu'aux pays¹⁹ et aux langues que l'on désire prendre en compte. Il serait peut-être judicieux, toujours en accord avec le mandant, de limiter les thèmes (au sein des domaines couverts par les champs d'action). Nous recommandons également de restreindre au titre et au résumé la recherche effectuée dans les banques de données par combinaisons de mots-clés relatives au thème traité, car il est peu probable qu'un texte présente un intérêt pour notre sujet si les mots-clés recherchés n'apparaissent ni dans le titre, ni dans le résumé.

Dans un second temps, les titres et les résumés trouvés selon cette méthode (la recherche plus ciblée devrait permettre d'en obtenir un nombre gérable et ce, dans des délais raisonnables) pourraient être analysés un par un, et dans un troisième temps, ceux qui correspondent aux critères de contenu et de forme fixés au préalable pourraient être sélectionnés pour l'analyse. Pour finir, il faudrait pouvoir se procurer les documents qui ne sont pas en accès libre et qui ne sont pas accessibles via les infrastructures universitaires ou bien il faudrait prévoir un poste de dépense et des délais supplémentaires.

De plus, nous avons constaté qu'une recherche documentaire en ligne de cette nature doit être effectuée en étroite collaboration avec un spécialiste du domaine de l'*information et de la documentation* qui connaisse bien la technologie et le fonctionnement²⁰ des banques de données sélectionnées.²¹ Certes, il serait judicieux que les collaborateurs scientifiques soient impliqués dans

¹⁸ La plupart des articles qui ont été sélectionnés dans le présent état des lieux bibliographique proviennent des périodiques suivants : *Revue médicale suisse, Social Science & Medicine, Journal of Health, Organisation and Management, Curare, Zeitschrift für Medizinethnologie, Ethnicity and Disease, Preventive Medicine Ethnicity & Health, Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique, Psychiatrische Praxis, BMC Public Health, European Journal of Public Health, International Journal of Epidemiology, International Journal of Nursing Studies, Public Health, European Psychiatry, Journal of Clinical Nursing, J Immigrant Minority Health*. Nous conseillons pour le prochain exercice de ce type de sélectionner parmi les périodiques cités plus haut les organes de publication à prendre en compte pour chaque champs d'étude à traiter dans le cadre de la prochaine étude bibliographique.

¹⁹ Proposition : pays européens d'immigration Allemagne, France, Autriche, Italie, Espagne, Pays-Bas, Norvège, Suède, Danemark, Grande-Bretagne + Etats-Unis et Canada.

²⁰ Un des problèmes qui se pose est par exemple que toutes les banques de données n'utilisent pas le même système de mots-clés.

²¹ Nous adressons nos remerciements à Giovanni Casagrande, bibliothécaire à la Faculté des lettres et sciences humaines de l'Université de Neuchâtel, et à Aronne Spiess, experte en information et en documentation au sein du SFM, pour leur aide dans l'élaboration et la réalisation de la recherche en ligne.

l'élaboration de la recherche (critères de recherche, choix des mots-clés), mais la recherche elle-même gagnerait à être effectuée par un expert de *l'information et de la documentation* disposant du savoir-faire nécessaire. L'efficacité en serait ainsi sensiblement améliorée. Les services d'un expert sont également utiles pour obtenir rapidement les documents manquants.

5 Ouvrages cités

- Achermann, Alberto und Jörg Künzli (2008). Übersetzen im Gesundheitsbereich: Ansprüche und Kostentragung, Gutachten zuhanden des Bundesamts für Gesundheit, Direktionsbereich Gesundheitspolitik, Fachbereich Migration und Gesundheit. Bern.
- Achermann, C., M. Chimienti und F. Stants (2006). *Migration, Prekarität und Gesundheit : Ressourcen und Risiken von vorläufig Aufgenommenen und Sans-Papiers in Genf und Zürich*. Neuchâtel: Swiss Forum for Migration and Population Studies (SFM).
- BAG (2007). Strategie Migration und Gesundheit (Phase II: 2008-2013). Bern, Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- Beiki, O. et al. (2008). "Cervical, endometrial and ovarian cancers among immigrants in Sweden: Importance of age at migration and duration of residence." *European Journal of Cancer*, 45(1): 107-118.
- Bhui, K. et al. (2006). "Mental disorders among Somali refugees." *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(5): 400-408.
- Bischofberger, I. (2008). "HIV-infected sub-Saharan migrants in Switzerland: Advancing cross-cultural health assessment." *Janac-Journal of the Association of Nurses in Aids Care*, 19(5): 357-367.
- Bischoff, A. und J. Dahinden (2008). "Dolmetschen, Vermitteln und Schlichten im vielsprachigen Basel : Umgang mit Diversität und Fremdsprachigkeit – Umfrage unter Leitungspersonen öffentlicher Institutionen." *Journal of Intercultural Communication*, 16 (2): 1-20.
- Bischoff, A. et al. (2008a). "Der Dialog zu Dritt: PatientInnen, DolmetscherInnen und Gesundheitsfachleute in der Universitäts-Frauenklinik Basel." *Curare. Zeitschrift für Medizinethnologie*, 31(2+3): 163-175.
- (2008b). "Doctor - Patient Gender Concordance and Patient Satisfaction in Interpreter-Mediated Consultations: An Exploratory Study." *Journal of Travel Medicine*, 15(1): 1-5.
- Bischoff, A. und R. Steinauer (2007). "Pflegerische Dolmetschende? Dolmetschende Pflegerische? Literaturanalyse." *Pflege*, 20: 343-351.
- Bischoff, A. und P. Wanner (2007). "The Self-reported Health of Immigrant Groups in Switzerland." *Journal of Immigrant Minority Health* 10 (4): 325-335.

- Bissar, A. R. et al. (2007). "Caries prevalence in 11- to 14-year old migrant children in Germany." *International Journal of Public Health*, 52(2): 103-108.
- Björngren, C. C. und S. Cattacin, Hg. (2007). *Migration and health : difference sensitivity from an organisational perspective*. Malmö: Malmö University, International Migration and Ethnic Relations (IMER) [etc.].
- Bodenmann, P. et al. (2007a). "Medical care of asylum seekers: a descriptive study of the appropriateness of nurse practitioners' care compared to traditional physician-based care in a gatekeeping system." *Bmc Public Health*, 7:310.
- (2007b). "Migrations sans frontières mais... barrières des représentations." *Revue médicale suisse*: 2710-2717.
- Bodenmann, P. und M. Vannotti (2006). "Votations du 24 septembre: "migrants forcés" et menaces sur la santé." *Bulletin des médecins suisses = Schweizerische Ärztezeitung*: 2087-2088.
- Bollini, P., U. Stotzer und P. Wanner (2007). "Pregnancy outcomes and migration in Switzerland: Results from a focus group study." *International Journal of Public Health*, 52(2): 78-86.
- Borde, T. und M. David, Hg. (2007). *Migration und psychische Gesundheit : Belastungen und Potentiale*. Frankfurt a.M.: Mabuse-Verlag.
- Buchi, S. und B. Obrist (2006). "Migration, stress, and resilience: how African migrants in Switzerland try to stay healthy." *European Journal of Public Health*, 16: 190-190.
- Bundesamt für Migration (2008). Controlling der Integration von B-Flüchtlingen. Schlussbericht und Empfehlungen 2006. Migration, Bundesamt für. Bern-Wabern, Bundesamt für Migration, Direktionsbereich Bürgerrecht, Integration und Bundesbeiträge.
- Cabana, M. D., M. Lara und J. Shannon (2007). "Racial and ethnic disparities in the quality of asthma care." *Chest*, 132(5 SUPPL.).
- Carbajal, M., N. Pasquier und P. Fondation, Hg. (2006). *Migration et intimité : "amélioration de l'information et de l'accessibilité à la contraception auprès des migrant-e-s" : bilan 2003-2006*. Lausanne: Profa.
- Chimienti, M. (2007a). "The agency of migrant prostitutes : experiences from Switzerland", in Björngren C. C und S. Cattacin (Hg.), *Migration and health : difference sensitivity from an organisational perspective*. Malmö: Malmö University, International Migration and Ethnic Relations (IMER) S. 84-95.

- (2007b). *Prostitution et migration : les ressources de l'agir faible*. Genève: Universtié de Genève.
- Chimienti, M. und C. Achermann (2007). "Coping strategies of vulnerable migrants : the case of asylum seekers and undocumented migrants in Switzerland", in Björngren Cuadra, Carin und Sandro Cattacin (Hg.), *Migration and health : difference sensitivity from an organisational perspective*. Malmö: Malmö University, International Migration and Ethnic Relations (IMER), S. 65-74.
- Croucher, R. und S. R. Choudhury (2007). "Tobacco control policy initiatives and UK resident Bangladeshi male smokers: Community-based, qualitative study." *Ethnicity & Health*, 12(4): 321-337.
- David, M., FCK Chen und T. Borde (2007). "Schweres Schwangerschaftserbrechen bei Migrantinnen - eine Folge psychischer Belastungen im Zuwanderungsprozess?", in Borde, T. und M. David (Hg.), *Migration und psychische Gesundheit. Belastungen und Potentiale*. Frankfurt a.M.: Mabuse-Verlag, S. 95-103.
- Domenig, D. (2007). *Transkulturelle Kompetenz : Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe*. Bern: H. Huber.
- Efionayi-Mäder, D. und C. Wyssmüller (2008). "Migration und Gesundheit", in Meyer, Katharina (Hg.), *Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008*. Bern: Hans Huber, S. 88-105.
- Eichler, K. J. (2008). *Migration, transnationale Lebenswelten und Gesundheit : Eine qualitative Studie über das Gesundheitshandeln von Migrantinnen*. VS Verlag für Sozialwissenschaften | GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden. [Online] <<http://dx.doi.org/10.1007/978-3-531-90783-3>>
- Fassaert, T. et al. (2007). "Perceived met and unmet need for mental health care across ethnic groups." *European Journal of Public Health*, 17, Suppl. 2: 111.
- Feldman, R. (2006). "Primary health care for refugees and asylum seekers: A review of the literature and a framework for services." *Public Health*, 120(9): 809-816.
- Folmann, N. (2007). "Ethnic minorities in Denmark—health and health services use." *European Journal of Public Health*, 17, Suppl. 2: 110.
- Franz, M. et al. (2007). "Subjective illness beliefs of Turkish migrants with mental disorders - Specific characteristics compared to German patients." *Subjektive krankheitskonzepte tu?rkischer migranten mit psychischen sto?rungen - Besonderheiten im vergleich zu deutschen patienten*, 34(7): 332-338.

- Gabardinho, A., P. Wanner und J. Dahinden (2007). *La santé des populations migrantes en Suisse : une analyse des données du GMM : le rôle du profil socioéconomique, sociodémographique et migratoire sur l'état de santé, les comportements et le recours aux services de santé*. Neuchâtel: Swiss forum for migration and population studies.
- Gilmer, T. P. et al. (2007). "Initiation and Use of Public Mental Health Services by Persons With Severe Mental Illness and Limited English Proficiency." *Psychiatric services: Washington, D C*, 58(12): 1555-1562.
- Green, G. et al. (2006). "We are not completely Westernised": Dual medical systems and pathways to health care among Chinese migrant women in England." *Social Science & Medicine*, 62(6): 1498-1509.
- Gucciardi, E., P. L. Smith und M. DeMelo (2006). "Use of diabetes resources in adults attending a self-management education program." *Patient Education and Counseling*, 64(1-3): 322-330.
- Gül, A. K. (2007). "Sprachliche und kulturelle Missverständnisse in der Psychotherapie", in Borde, T. und M. David (Hg.), *Migration und psychische Gesundheit. Belastungen und Potentiale*. Frankfurt a.M.: Mabuse-Verlag, S. 133-146.
- Gushulak, B. D. und D. W. MacPherson (2006). "The basic principles of migration health : Population mobility and gaps in disease prevalence." *Emerging Themes in Epidemiology* 3:3.
- Haasen, C. et al. (2007). "Suchtstörungen bei Migrantinnen und Migranten - ein relevantes Problem?", in Borde, Theda und Matthias David (Hg.), *Migration und psychische Gesundheit : Belastungen und Potentiale*. Frankfurt: Mabuse-Verlag, S. 69-82.
- Hansen, AR, O. Ekholm und M. Kjoller (2007). "Health behaviour among non-western immigrants with Danish citizenship." *European Journal of Public Health*, 17, Suppl. 2: 109-110.
- Helman, C. G. (2007). *Culture, health and illness*. London: Hodder Arnold.
- Humair, M. und A. D'Onofrio (2008). L'interprétariat dans le nord et l'est de la Romandie: analyse des interactions dans les institutions de la santé, du social et de l'éducation Rapport de recherche non publié, HES-ARC, Neuchâtel.
- Kilcher, A. (2006). "Promotion de la santé en entreprise et travailleurs immigrés : pour une approche spécifique." *Focus*: 17-19.
- Kilcher, A. und N. DB. Leimgruber (2008). *Rassistische Diskriminierung im Spital verhindern : ein Handbuch für Institutionen des Gesundheitswesens*. Zürich: SGGP.

- Kocher-Longerich, B. (2008). "Hôpitaux promoteurs de santé : mieux entourer les migrants." *Krankenpflege = Soins infirmiers*: 50-51.
- Koochek, A. et al. (2007). "Health-related quality of life and migration: A cross-sectional study on elderly Iranians in Sweden." *Health and Quality of Life Outcomes*, 5:60.
- Koopmans, G. und M. Foets (2007). "Migrants use of mental health care: a population based study." *European Journal of Public Health*, 17, Suppl. 2: 111-111.
- Kyobutungi, C. et al. (2006). "Mortality from cancer among ethnic German immigrants from the Former Soviet Union, in Germany." *European Journal of Cancer*, 42(15): 2577-2584.
- Lanting, L. C. et al. (2008). "Ethnic differences in Internal Medicine referrals and diagnosis in the Netherlands." *Bmc Public Health*, 8-287.
- Ledermann, S. et al. (2006). Evaluation der Strategie "Migration und Gesundheit 2002-2006". Berne, BAG (Schweiz. Bundesamt für Gesundheit).
- Lindencrona, F., S. Ekblad und E. Hauff (2008). "Mental health of recently resettled refugees from the Middle East in Sweden: the impact of pre-resettlement trauma, resettlement stress and capacity to handle stress." *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(2): 121-131.
- Lindert, J. et al. (2008). "Mental health, health care utilisation of migrants in Europe." *European Psychiatry*, 23(Supplement 1): 14-20.
- Litorp, H., M. Franck und L. Almroth (2008). "Female genital mutilation among antenatal care and contraceptive advice attendees in Sweden." *Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica*, 87(7): 716-722.
- Lo, M. C. M. und C. L. Stacey (2008). "Beyond cultural competency: Bourdieu, patients and clinical encounters." *Sociology of Health and Illness*, 30(5): 741-755.
- Maggi, Jenny, in collaboration with Sandro Cattacin (2007). "Organisational Research in "Migration and Health": A Research Agenda", in Björngren Cuadra, Carin und Sandro Cattacin (Hg.), *Migration and health : difference sensitivity from an organisational perspective*. Malmö: Malmö University, International Migration and Ethnic Relations (IMER) [etc.], S. 17-28.
- Meeuwesen, L. et al. (2006). "Do Dutch doctors communicate differently with immigrant patients than with Dutch patients?" *Social Science & Medicine*, 63(9): 2407-2417.

- (2007). "Cultural differences in managing information during medical interaction: How does the physician get a clue?" *Patient Education and Counseling*, 67(1-2): 183-190.
- Meystre-Agustoni, G., A. Jeannin und F. Dubois-Arber (2007). "Évolution, entre 1990 et 2002, des activités préventives des médecins de premier recours en Suisse dans le cadre de l'épidémie de VIH/sida." *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 55(2): 87-96.
- Nazroo, J. et al. (2007). "Evidence from England on ethnic access to primary and secondary healthcare services." *European Journal of Public Health*, 17, Suppl.2: 110.
- Norredam, M. et al. (2008). "Differences in stage of disease between migrant women and native Danish women diagnosed with cancer: results from a population-based cohort study." *European journal of cancer prevention the official journal of the European Cancer Prevention Organisation ECP*, 17(3): 185-90.
- (2007). "Motivation and relevance of emergency room visits among immigrants and patients of Danish origin." *European Journal of Public Health*, 17 (5): 497-502.
- Ny, P. et al. (2007). "Utilisation of antenatal care by country of birth in a multi-ethnic population: A four-year community-based study in Malmo?, Sweden." *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 86(7): 805-813.
- Obrist, B. und S. Buchi (2008). "Stress as an idiom for resilience: health and migration among sub-Saharan Africans in Switzerland." *Anthropology & Medicine*, 15: 251-261.
- Oelke, N. D. und A. R. Vollman (2007). "Inside and outside": Sikh women's perspectives on cervical cancer screening." *Canadian Journal of Nursing Research*, 39(1): 174-189.
- Ozankan, M. und Z. Atik (2007). "Bedeutung und Angebotsstruktur von kultureller Kompetenz in der Versorgung am Beispiel der Migrantenambulanz der Rheinischen Kliniken Langenfeld", in Borde, T. und M. David (Hg.), *Migration und psychische Gesundheit. Belastungen und Potentiale*. Frankfurt a.M.: Mabuse-Verlag, S. 171-191.
- Perez-Rodriguez, M. M. et al. (2006). "Demand for psychiatric emergency services and immigration. Findings in a Spanish hospital during the year 2003." *European Journal of Public Health*, 16(4): 383-387.

- Rafnsson, S. B. und R. Bhopal (2008). "Migrant and ethnic health research: Report on the European Public Health Association Conference 2007." *Public Health*, 122(5): 532-534.
- Rausa, F. und S. Reist (2008). *Ausländerinnen und Ausländer in der Schweiz*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Razum, O. (2007). "Erklärungsmodelle für den Zusammenhang zwischen Migration und Gesundheit." *International journal of public health*, 52(2): 75-77.
- Reeske, A, J. Spallek und O. Razum (2007). "Changes in cardiovascular risk factors among first and second generation Turkish migrants in Germany – an analyses of the Mikrozensus 2005." *European Journal of Public Health*, 17, Suppl. 2: 64.
- Reinprecht, C. (2006). *Nach der Gastarbeit : prekäres Altern in der Einwanderungsgesellschaft*. Wien: Braumüller.
- Renteria, S. C. (2008). "Mutilations génitales féminines : l'adolescente en quête de réponses." *Revue médicale suisse*: 1445-1450.
- Ribera, Joan Muela et al. (2008). Is the use of interpreters in medical consultations justified? A critical review of the literature, PASS International v.z.w.
- Robb, N. und T. Greenhalgh (2006). "You have to cover up the words of the doctor: The mediation of trust in interpreted consultations in primary care." *Journal of Health, Organisation and Management*, 20(5): 434-455.
- Roman, J. S. et al. (2008). "How patients view primary care: differences by minority status after psychiatric emergency." *Journal of cultural diversity*, 15(2): 56-60.
- Rommel, A., C. Weilandt und J. Eckert (2006). *Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung*. Bonn, WIAD (Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands).
- Ronellenfitsch, U. et al. (2006). "All-cause and cardiovascular mortality among ethnic German immigrants from the former Soviet Union: a cohort study." *Bmc Public Health*, 6:16.
- Rosenberg, E. et al. (2007). "GPs' strategies in intercultural clinical encounters." *Family Practice*, 24(2): 145-151.
- Saladin, P. et al., Hg. (2006). *Diversität und Chancengleichheit : Grundlagen für erfolgreiches Handeln im Mikrokosmos der Gesundheitsinstitutionen*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.

- Schenk, L. (2007). "Migration und Gesundheit : Entwicklung eines Erklärungs- und Analysemodells für epidemiologische Studien." *International journal of public health*, 52(2): 87-96.
- Scheppers, E. et al. (2006). "Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: a review." *Family Practice*, 23(3): 325-348.
- Schouler-Ocak, M. (2007). "Sind Migrantinnen und Migranten anders depressiv?", in Borde, T. und M. David (Hg.), *Migration und psychische Gesundheit*. Frankfurt a.M.: Mabuse-Verlag, S. 83-94.
- Schouler Ocak, M. (2007). "Sind Migrantinnen und Migranten anders depressiv?", in Borde, T. und M. David (Hg.), *Migration und psychische Gesundheit*. Frankfurt a.M.: Mabuse-Verlag, S. 83-94.
- Schultz, Dagmar (2007). "Ressourcen- und resilienzorienteerte Arbeit mit migrierten Patientinnen und Patienten." *Migration und psychische Gesundheit. Belastungen und Potentiale*: 147-169.
- Schwartau, I., T. Borde und M. David (2007). "Psychische Belastung von Patientinnen und Patienten in gynäkologisch-internistischen Notfallambulanzen von drei Berliner Innenstadtkliniken", in Borde, T. (Hg.), *Migration und psychische Gesundheit. Belastungen und Potentiale*. Frankfurt a.M.: Mabuse-Verlag, S. 105-118.
- Schweizerisches Rotes Kreuz (2006). *Sans-Papiers in der Schweiz : unsichtbar, unverzichtbar*. Zürich: Seismo.
- Shah, A., P. Doe und K. Deverill (2008). "Ethnic minority elders: are they neglected in published geriatric psychiatry literature?" *International psychogeriatrics IPA*, 20(5): 1041-5.
- Shah, A., G. Oommen und N. Toteja (2006). "Ethnic elders and their needs." *Psychiatry*, 5(11): 409-412.
- Shah, B. R. (2008). "Utilization of physician services for diabetic patients from ethnic minorities." *Journal of public health Oxford, England*, 30(3): 327-31.
- Stanojevich, E. A. und A. Veïsse (2007). "Repères sur la santé des migrants", in Stanojevich, Elodie Aïna (Hg.), *La santé des migrants : [dossier]*. Inpes, S. 21-24.
- Straus, L., A. McEwen und F. M. Hussein (2007). "Somali women's experience of childbirth in the UK: Perspectives from Somali health workers." *Midwifery*, 10: 2-6.
- Sundquist, K. und X. Li (2006). "Coronary heart disease risks in first- and second-generation immigrants in Sweden: a follow-up study." *Journal of Internal Medicine*, 259(4): 418-427.

- Syed, H. R. et al. (2006). "Psychosocial factors and distress: a comparison between ethnic Norwegians and ethnic Pakistanis in Oslo, Norway." *Bmc Public Health*, 6:182.
- Taloyan, M. et al. (2008). "Psychological distress among Kurdish immigrants in Sweden." *Scandinavian Journal of Public Health*, 36(2): 190-196.
- Thierfelder, C. et al. (2008). "Trends in Imported Malaria to Basel, Switzerland." *Journal of Travel Medicine*, 15: 432-436.
- Tinghog, P., T. Hemmingsson und I. Lundberg (2007). "To what extent may the association between immigrant status and mental illness be explained by socioeconomic factors?" *Social psychiatry and psychiatric epidemiology: Print*, 42(12): 990-996.
- Tolsdorf, M. (2008). *Verborgene Gesundheitssituation und -versorgung versteckt lebender MigrantInnen in Deutschland und in der Schweiz*. Bern: H. Huber.
- Vangen, S., A. Eskild und L. Forsen (2008). "Termination of pregnancy according to immigration status: a population-based registry linkage study." *Bjog-an International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 115(10): 1309-1315.
- Viswanath, K. und K. Bond (2007). "Social Determinants and Nutrition: Reflections on the Role of Communication." *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 39(2, Supplement 1): 20-24.
- Volkers, A. C., R. A. Verheij und L. Van Dijk (2007). "Antidepressant prescriptions in first and second generation ethnic minorities in Dutch general practice." *European Journal of Public Health*, 17, Suppl. 2: 111-112.
- Wallin, A. M., M. Löfvander und G. Ahlström (2007). "Diabetes: A cross-cultural interview study of immigrants from Somalia." *Journal of Clinical Nursing*, 16(11C): 305-314.
- Walter, U. et al. (2007). "Reaching migrants for preventive care: Optimization of access and utilization." *Psychiatrische Praxis*, 34(7): 349-353.
- Wohlfahrt, E., U. Kluge und T. Özbek (2007). "Mögliche psychische Folgen von Wanderung und Migration bei Kindern und jungen Erwachsenen", in Borde, T. und M. David (Hg.), *Migration und psychische Gesundheit. Belastungen und Potentiale*. Frankfurt a. M.: Mabuse-Verlag, S. 119-132.
- Wolfers, M. E. G. et al. (2007). "Using Intervention Mapping to develop a programme to prevent sexually transmittable infections, including HIV, among heterosexual migrant men." *Bmc Public Health*, 7-141.

- Wolff, H. (2006). "Gesundheitsversorgung für Sans-Papiers in der Schweiz : das Beispiel der "Unité mobile de soins communautaires" in Genf", in Schweizerisches Rotes Kreuz. Departement, Migration (Hg.), *Sans-Papiers in der Schweiz : unsichtbar, unverzichtbar*. Zürich: Seismo, S. 116-130.
- Wolff, H. et al. (2008). "Undocumented migrants lack access to pregnancy care and prevention." *Bmc Public Health*, 8: -.
- Wyssmüller, C., J. Dahinden und D. Efionayi-Mäder (2006a). Erarbeitung der Grundlagen für eine Nachfolgestrategie des Bundes im Bereich Migration und Gesundheit. Modul 1 : Dokumenten und Literaturreview - Arbeitsbericht. Neuchâtel, SFM.
- (2006b). Ergänzung zum internen Arbeitsbericht Modul 1: Sozial-epidemiologische Arbeiten im Zusammenhang mit Migration und Gesundheit. Neuchâtel, SFM.
- Zeeb, H., J. Spallek und O. Razum (2008). "Epidemiological perspectives of migration research: The example of cancer." *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 58(3-4): 130-135.

Annexe : Démarches méthodologiques adoptées pour la recherche et la sélection bibliographique

La recherche documentaire en ligne s'est effectuée selon plusieurs démarches méthodologiques qui se sont déroulées de manière successive, à savoir, la délimitation thématique de la problématique *migration & santé*, l'élaboration des dispositifs de recherche documentaire en ligne, la recherche et la sélection des références à analyser. Dans les paragraphes suivants, nous décrivons de manière détaillée chacune de ces démarches suivies.

Délimitation thématique de la problématique *migration & santé*

La problématique *migration & santé* regroupe plusieurs thèmes qui peuvent être abordés sous des angles variés (accès au système de santé, état de santé des migrants, politiques de santé publique, par exemple). De ce fait, une délimitation thématique était nécessaire. Pour cette dernière, nous nous sommes basés sur les domaines d'action de la stratégie M+S'en y ajoutant un autre, intitulé « domaine transversal ». Ce dernier comprend tous les thèmes abordés par l'épidémiologie sociale, mais aussi ceux relatifs à la politique générale de santé publique et à la politique migratoire en rapport avec la santé. Les domaines déterminés sont :

- Promotion de la santé et prévention ;
- Soins de santé ;
- Interprétariat communautaire – médiation culturelle ;
- Domaine transversal.

Elaboration des dispositifs de recherche documentaire en ligne

Dans cette deuxième étape, nous avons élaboré les dispositifs techniques de notre recherche documentaire en ligne. Il s'agit notamment d'identifier, d'une part, les sources à consulter, tant au niveau national qu'international, (les bases de données et les catalogues de bibliothèques) et, d'autre part, les mots clés spécifiques et génériques correspondant à nos domaines thématiques dans les sources identifiées.

Dans l'identification des sources, nous avons porté une attention à ce que les articles scientifiques, la littérature grise, notamment en Suisse, (les rapports officiels et les évaluations, etc.) et les livres publiés soient couverts par les sources à consulter. De même que ces dernières inclussent les publications parues en français, en allemand et en anglais. Le tableau 1 montre les résultats de ce procédé.

Tableau 1 : sources identifiées et consultées

Type de publications /documents	Sources
Article scientifiques	ScienceDirect ²²
	Scopus ²³
	Francis ²⁴
	PubMed-Medline ²⁵
	SCA (Sociological Abstracts) ²⁶
	SSC (Web of Science) ²⁷
Littérature grise (rapports officiels, évaluations, etc.)	SFM ²⁸
	SAPHIR ²⁹
	Haute école arc (Neuchâtel, Berne, Jura)
	Zürcher Hochschule Winterthur (ZHW)
Livre publiés	Hochschule für Soziale Arbeit, Fachhochschule Nordwestschweiz
	Divers catalogues de bibliothèques accédés directement par le biais du logiciel EndNote ³⁰
	SFM
	SOFID ³¹ (Sozialwissenschaftlicher Fachinformationsdienst in Deutschland)
	GVB (Gemeinsamer Bibliotheksverbund),
	RERO (Réseau des bibliothèques de Suisse occidentale) Bibliothèques universitaires de Bâle, Berne et Zurich

²² C'est un répertoire de périodiques multidisciplinaires essentiellement anglo-saxons. Plus de 2 500 titres de revues scientifiques proposées par l'éditeur Elsevier.

²³ C'est un outil de recherche et de navigation dans les publications scientifiques : la plus grande base de données de résumés et de citations au monde. Elle couvre 14 000 titres provenant de 4 000 éditeurs.

²⁴ La base de données Francis est produite par l'Institut de l'information scientifique et technique (INIST) à Paris. C'est une base de données bibliographique multidisciplinaire et multilingue signalant près de 1.1 million de références bibliographiques dans les domaines des sciences humaines. Les genres de documents répertoriés sont surtout des articles de périodiques.

²⁵ PubMed is a service of the U.S. National Library of Medicine that includes over 16 million citations from MEDLINE and other life science journals for biomedical articles back to the 1950s. PubMed includes links to full text articles and other related resources. MEDLINE is the NLM's premier bibliographic database covering the fields of medicine, nursing, dentistry, veterinary medicine, the health care system, and the pre-clinical sciences. MEDLINE contains bibliographic citations and author abstracts from more than 4,800 biomedical journals published in the United States and 70 other countries. The database contains over 12 million citations dating back to the mid-1960's. Coverage is worldwide, but most records are from English-language sources or have English abstracts.

²⁶ Sociological Abstracts abstracts and indexes the international literature in sociology and related disciplines in the social and behavioral sciences. The database provides abstracts of journal articles and citations to book reviews drawn from over 1,809 serials publications, and also provides abstracts of books, book chapters, dissertations, and conference papers. Records added since 1973 contain in-depth and nonevaluative abstracts of journal articles. Le SFM possède de licence d'accès.

²⁷ Social Sciences Citation Index powered by Web of Science.

²⁸ Le centre de documentation du Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population.

²⁹ Base de données du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV).

³⁰ C'est un logiciel de gestion des références bibliographiques permettant de se connecter à d'autres bibliothèques en ligne.

³¹ SOFID comprenait en partie aussi la littérature grise.

En ce qui concerne les mots clés spécifiques (keywords) pour les domaines thématiques et celui de la migration, nous avons consulté chaque base de données pour identifier les mots clés utilisés car toutes les bases de données n'utilisent pas les mêmes mots clés. Quant aux catalogues de bibliothèques (notamment en allemand et en français), qui n'ont pas le même procédé que les bases de données, nous avons utilisé les mots clés plutôt génériques. Le *Tableau 2* indique les mots clés identifiés.

Tableau 2 : les mots clés identifiés et utilisés pour la recherche en ligne, selon les domaines et les sources

Domaines thématiques	Mots clés identifiés dans les bases de données	Mots clés identifiés pour les catalogues de bibliothèques (en allemand et en français)
Promotion de la santé et prévention	Preventive health services, Prevention and control, Health promotion, Health services/utilization, Public health, Preventive medicine, Preventive psychiatry, Primary prevention	Migra* Gesundheit* Migra* santé*
Soins de santé	Health care	Migra* Gesundheit* Migra* santé*
Interprétariat communautaire	Communication Barrier, Cultural Competency, Transcultural Nursing, Physician-Patient Relation, Interpreter, Professional-Patient Relations, Cultural Competency	Migra*Gesundheit* Migra* santé*
Domaine transversal.	Epidemiology, Migration Policy	Migra* Gesundheit* Migra* santé*
Migration (nécessaire pour la combinaison avec les domaines thématique)	Migrants, Ethnic, Race, Asylum seeker, Refugees, Transients, Minority groups, Ethnic groups	Migra* Gesundheit* Migra* santé*

Recherche en ligne et sélection des références à analyser

Dans cette étape, après avoir testé les dispositifs de recherche et apporté quelques améliorations (notamment concernant la combinaison de keywords), nous avons procédé à la recherche documentaire en ligne proprement dite. Elle a été réalisée entre fin octobre 2008 et fin décembre 2008. En utilisant les mots clés (keywords) identifiés dans l'étape précédente, nous avons construit une syntaxe en combinant les mots-clés d'un domaine thématique avec ceux de la « migration ». La syntaxe ci-dessous en constitue un exemple que nous avons utilisé dans une base de données pour le domaine thématique « Promotion de la santé et prévention ».

TITLE-ABSTR-KEY (migra* OR ethnic* OR race* OR "asylum seeker*" OR refugee*) AND TITLE-ABSTR-KEY ("Preventive health services" OR "Prevention and control" OR "Health promotion" OR "Health services/utilization" OR "Public health" OR "Preventive medicine" OR "Preventive psychiatry" OR "Primary prevention") AND LIMIT-TO (pubyr, "2006,2007,2008").

L'exemple ci-dessus veut littéralement dire que nous voulons obtenir toutes les publications parues entre 2006 et 2008 qui portent un de ces mots-clés soit dans leurs **titres** soit dans leurs **résumés**, soit parmi les **mots-clés**. Ce procédé a été répété systématiquement pour chaque base de données et chaque domaine thématique.

Ensuite, nous avons exporté toutes les références répertoriées sur le logiciel EndNote et ainsi créé une première version de notre propre base de données. Celle-ci a été élargie par les références répertoriées suite à la consultation, par le biais de l'EndNote, des catalogues de bibliothèques (combinaison des mots-clés Migra* Gesundheit* ou Migra* santé*). Par

ailleurs, afin de compléter la littérature grise, nous avons consulté les sites internet de trois hautes études spécialisés (HES) en Suisse (cf. *Tableau 1*) et avons inclus les références répertoriées dans notre base de données.

Publications mises en ligne après notre recherche en ligne

Pour saisir les publications mises en ligne après avoir terminé notre recherche documentaire, nous avons utilisé le système d'alerte (veille documentaire). Cette dernière recourt à une technique de surveillance automatisée afin de rechercher de l'information dans les bases de données.

Les systèmes d'alerte de ces derniers, auxquels nous nous sommes inscrites, nous ont fourni 2 références pertinentes en un mois (décembre 2008) selon nos syntaxes de recherche enregistrées. De même, nous avons reçu deux références non publiées (littérature grise) de la part de notre mandant (OFSP). Nous avons également ajouté ces références à notre base de données sur EndNote. Après avoir éliminé les doublons, nous avons obtenu 2200 références qui ont fait l'objet d'une sélection plus stricte et détaillée.

Avant de passer à une telle sélection plus stricte et détaillée, nous avons regroupé 2200 références de notre base de données selon les domaines thématiques (cf. *tableau 3*). Le regroupement a été effectué en extrayant des références à l'aide des mots clés correspondant à chaque domaine.

Sélection des références au sein de chaque domaine thématique

Nous avons constaté que parmi les références (pratiquement dans tous les domaines thématiques) il y a beaucoup de références qui ne concernent pas du tout notre problématique (articles traitant le sujet de la santé des oiseaux migrateurs, répertoriés grâce mots-clés *migra** et *health**) ou ne le concernent que de loin (santé des migrants afghans au Pakistan, par exemple).

Nous nous sommes donc trouvés dans une situation où il fallait déterminer les critères permettant de diminuer le nombre de références au sein de chaque domaine thématique. L'idée est d'obtenir un volume de références traitable qui fera par la suite, l'objet d'une dernière sélection, selon les critères de pertinence scientifique et/ou pertinence politique afin de choisir les références à analyser.

Nous avons tout d'abord diminué le nombre de références de chaque domaine thématique en ne gardant que les références ayant soit dans leurs titres soit dans leurs résumés un de ces mots clés *immigrant* ou *migrant* ou *migration*. Avec ce procédé, nous croyons avoir exclu toutes les références dont l'objet de recherche ne se concentre pas sur notre problématique, quitte à risquer aussi de perdre une bonne référence pour une raison quelconque. Ensuite, nous avons exclu toutes les références qui ne concernent pas les pays de l'Europe de l'Ouest, le Canada et les Etats-Unis (Chine, Japon, Iran, Inde etc.).³² Nous avons ensuite séparé les références « européennes » celles des étasuniennes et canadiennes. Suite à ce procédé, nous avons obtenu un certain nombre de références raisonnable, soit 183 références au total (pour la distribution selon les domaines thématiques (cf. *tableau 3*)).

³² Nous avons fait attention à ce que les références qui concernent les migrants en provenance de ces pays résidant dans un des pays retenus ne soient pas exclues car, nous avons éliminé ces pays après avoir contrôlé le titre et/ou l'abstract des références.

Tableau 3 : nombre de références répertoriées dans les sources, retenues pour la dernière sélection et gardées pour l'analyse

Domaines thématiques	Nombre de références répertoriées dans les sources	Nombre de références faisant d'objet d'une sélection finale	Nombre de références gardées pour l'analyse
Promotion de la santé et prévention	275	15	11 (CH=4)
Soins de santé	804	93	23 (CH=2)
Interprétariat communautaire	321	23	11 (CH=6)
Domaine transversal	800	52	34 (CH=10)
<i>Nombre de références traitant plusieurs domaines thématique</i>			33 (CH=11)
Total	2200	183	112 (CH=34)

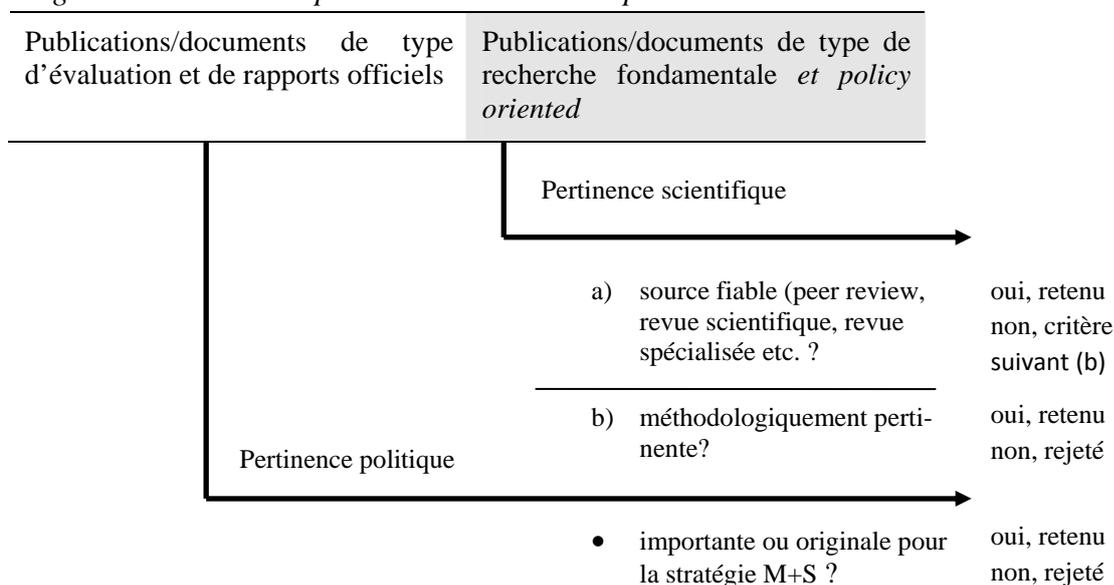
Sélection finale des références à analyser

Ces 183 références ainsi obtenues ont fait l'objet d'une sélection finale selon leur pertinence scientifique et/ou leur pertinence politique (*cf. Figure 1*). Si une publication provient d'une source considérée généralement comme fiable telles des revues avec peer reviews, revues scientifiques, revues spécialisées (Fachzeitschriften), journaux/bulletins professionnels, nous l'avons considéré scientifiquement pertinente. Si ce n'est pas le cas, la pertinence scientifique de la publication est estimée par nous en tenant compte de ses aspects théoriques et méthodologiques (références à des travaux scientifiques précédents, définition claire du groupe étudié, nombre suffisant de l'échantillon, etc.).

Pour juger la pertinence politique des publications de type d'évaluation et des rapports officiels. Nous avons pris en considération l'importance ou l'originalité du sujet traité pour la stratégie M+S.

Suite à cette démarche, 112 références ont été gardées pour l'analyse, c'est-dire pour la rédaction de la revue de littérature en matière de migration & santé 2006-2008.

Figure 1 : dimensions prises en considération pour la dernière sélection



Difficultés rencontrées

La recherche documentaire en ligne a rencontré un certain nombre de difficultés dont certains méritent d'être mentionnées. En premier lieu, le manque de connaissances approfondies et d'expériences en matière de recherche en ligne (c'est un domaine relativement récent) a eu pour conséquence que nous avons perdu beaucoup de temps durant la détermination de nos dispositifs techniques et la recherche en ligne elle-même.

Une autre difficulté importante à la quelle nous nous sommes confrontées est lié à notre volonté de capter toute référence dans le domaine en matière de migration & santé. Ceci nous a empêchés de procéder lors de la conceptualisation à une délimitation maximum des références (couverture géographique, types de publications, revues, langue etc.). Pour remédier ce problème, nous avons dû à maintes fois prendre des décisions afin de réduire le nombre de références obtenues.

La prise de décisions à exclure des références n'était pas facile du tout pour l'équipe. Celle-ci aurait pu et/ou dû être discuté avec le mandant à une phase ultérieure, notamment avant celle de la recherche en ligne, ce qui aurait pu éviter des éventuelles fautes dans les choix de critères d'exclusions des références (choix d'un mauvais critère, par exemple).