



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

# **Recours aux soins de la population migrante**

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

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

Florence Moreau-Gruet

Neuchâtel, mars 2013

## Table de matières

Résumé.....	3
Zusammenfassung.....	7
Abstract.....	13
<b>1 Introduction.....</b>	<b>17</b>
1.1 Théories explicatives des différences de santé entre autochtones et migrants .....	18
1.2 Théories explicatives des inégalités dans le recours aux soins .....	20
1.2.1 Recours au médecin, au médecin de famille et aux services d'urgence.....	20
1.2.2 Séjour à l'hôpital .....	21
1.2.3 Traitement pour problèmes psychiques .....	21
1.2.4 Consommation de médicaments .....	22
<b>2 Bases de données et méthodologie.....</b>	<b>23</b>
2.1 Bases de données .....	23
2.2 Dimensions de la migration.....	24
2.3 Dimensions de l'utilisation des services de santé.....	25
2.3.1 Facteurs de prédisposition d'utilisation des services de soins .....	25
2.3.2 Facteurs favorisant l'utilisation des services de santé.....	26
2.3.3 Facteurs de besoins des services de santé .....	27
2.4 Variables de recours aux soins .....	27
2.5 Analyses statistiques.....	28
<b>3 Résultats .....</b>	<b>29</b>
3.1 Consultation d'un médecin au cours des douze derniers mois .....	29
3.1.1 Consultation au moins une fois dans l'année d'un médecin .....	29
3.1.2 Fréquence des consultations chez le médecin au cours des 12 derniers mois.....	31
3.2 Fréquence des consultations chez le médecin de famille au cours des 12 derniers mois .....	32
3.3 Fréquence des consultations chez le gynécologue au cours des 12 derniers mois .....	34
3.4 Séjours à l'hôpital et nombre de jours d'hospitalisation au cours des 12 derniers mois .....	34
3.4.1 Séjours à l'hôpital.....	34
3.4.2 Nombre de jours d'hospitalisation.....	35
3.5 Visites aux services d'urgences et aux services ambulatoires d'un hôpital .....	36
3.5.1 Visites imprévues et sur rendez-vous aux services d'urgence.....	36
3.5.2 Visites imprévues aux services d'urgence.....	36
3.6 Traitement pour dépression .....	37
3.7 Consommation de médicaments .....	40
3.7.1 Consommation générale de médicaments .....	40
3.7.2 Consommation d'analgésiques.....	41
3.8 Compétences de santé .....	42
<b>4 Synthèse.....</b>	<b>45</b>
<b>5 Bibliographie.....</b>	<b>49</b>
<b>6 Annexes.....</b>	<b>53</b>
6.1 Figures .....	53
6.2 Tableaux .....	64
6.2.1 Population permanente.....	64
6.2.2 Requérrants d'asile .....	72
6.3 Régressions logistiques .....	77
<b>7 Index des figures et des tableaux.....</b>	<b>87</b>

## Résumé

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

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

### Contexte

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

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

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

### Méthodes

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

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

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

## Résultats

### *Consultation d'un médecin*

La consultation d'un médecin au cours des douze derniers mois est globalement plus faible parmi les étrangers : 67,2% d'entre eux ont rendu visite à leur médecin contre 78,6% des Suisses de naissance et 81,2% des Suisses naturalisés. En tenant compte de l'âge et du sexe, les immigrés du Kosovo de toutes classes d'âge et les hommes serbes de 50 à 74 ans se sont significativement moins rendus chez un médecin que les Suisses. Être arrivé en Suisse pour des raisons familiales (par rapport à des raisons politiques ou économiques) augmente de manière indépendante la probabilité d'avoir consulté un médecin. Les personnes qui disposent de plus de 3000.- de revenu d'équivalence du ménage<sup>1</sup> sont plus nombreuses à avoir fait recours au médecin mettant en évidence l'importance de l'aspect financier dans les comportements de recours aux soins. Les personnes qui ont des franchises basses se sont plus rendues chez le médecin. Le choix d'une franchise basse peut être lié à un mauvais état de santé.

### *Hospitalisation et consultation d'un service d'urgence*

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

---

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

### ***Consultation chez le gynécologue***

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

### ***Traitement pour dépression***

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

### ***Consommation de médicaments***

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

### ***Principales différences de recours aux soins selon les groupes de migrants***

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

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

## Recommandations

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

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

## Zusammenfassung

### Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch Migrantinnen und Migranten

Vergleich von Daten aus dem Gesundheitsmonitoring bei Personen mit Migrationshintergrund (GMM II) und der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB 2007)

Dieser Bericht vergleicht die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen der Schweizerinnen und Schweizer (Schweizer Gesundheitsbefragung 2007) mit jener von bestimmten Migrationsgruppen (GMM II, Portugal, Türkei, Serbien, Kosovo, Asylsuchende oder vorläufig aufgenommene Personen aus Somalia und Sri Lanka). Ein Zusammenhang mit migrationsspezifischen Variablen (z.B. Aufenthaltsdauer oder Grund für die Einwanderung in die Schweiz) konnte nicht nachgewiesen werden, da die Zugehörigkeit zu einer Migrationsgruppe stark mit diesen Variablen verbunden ist. Den stärksten Zusammenhang weisen die Bedürfnisfaktoren (selbst wahrgenommene Gesundheit, dauerhaftes gesundheitliches Problem, Einschränkungen) sowie die Prädispositionsfaktoren (Alter, Geschlecht, Zivilstand, bezahlte Arbeit, Bildungsniveau) auf. Begünstigende Faktoren wie das Haushaltseinkommen und die Franchisenhöhe spielen ebenfalls eine Rolle.

Bei der Nationalität zeigt sich ein differenzierteres Bild: Die Migrantinnen und Migranten aus dem Kosovo wiesen in den letzten zwölf Monaten weniger Arztbesuche auf als die Schweizerinnen und Schweizer. Die Zahl der Hausarztbesuche ist bei den Personen aus der Türkei und dem Kosovo in den meisten Altersklassen hingegen höher. Die Wahrscheinlichkeit einer Einlieferung in eine Notfallstation oder einer Behandlung aufgrund von Depressionen ist bei den Personen aus Portugal und der Türkei in einigen Altersgruppen höher als bei den Schweizerinnen und Schweizern. Bei den Asylsuchenden aus Somalia und insbesondere aus Sri Lanka fällt hauptsächlich die hohe Zahl der depressionsbedingten Behandlungen auf. Während der Konsum von Schmerzmitteln bei den Migrantinnen und Migranten insgesamt höher liegt als bei den Schweizerinnen und Schweizern, unterscheidet sich der allgemeine Medikamentenkonsum kaum.

### Ausgangslage

Ein chancengleicher Zugang zur Gesundheitsversorgung für alle ist ein wünschenswertes Ziel. Die Einführung der Krankenpflegeversicherungspflicht im Jahr 1996 für alle Personen, die seit mindestens drei Monaten in der Schweiz leben (Bundesgesetz über die Krankenversicherung), war ein wichtiger Schritt in diese Richtung. In der Phase II der Strategie «Migration und Gesundheit» für die Jahre 2008–2013 (Bundesamt für Gesundheit 2007) verfolgt der Bund weiterhin das Ziel der gesundheitlichen Chancengleichheit. Genauer gesagt betrifft eines der ausgewählten Handlungsfelder die Gesundheitsversorgung. Das Ziel ist eine adäquate Betreuung und Behandlung von Personen mit Migrationshintergrund sowie der chancengleiche Zugang zur Gesundheitsversorgung.

Nachdem das Bundesamt für Gesundheit 2004 ein erstes Gesundheitsmonitoring bei Personen mit Migrationshintergrund (GMM I) durchgeführt hat, führte es 2010 ein zweites solches Monitoring (GMM II) durch. Im GMM II wurden ausgewählte Gruppen der Migrationsbevölkerung in ihrer jeweiligen Muttersprache befragt. Es handelte sich dabei um dauerhaft in der Schweiz lebende Personen aus Portugal, der Türkei und dem Kosovo sowie um Asylsuchende und vorläufig aufgenommene Personen aus Somalia und Sri Lanka. Ihre Antworten wurden mit jenen der (gebürtigen und eingebürgerten) Schweizerinnen und Schweizer, die 2007 an der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) teilgenommen hatten, verglichen.

Die Migrantinnen und Migranten bilden keine homogene Bevölkerungsgruppe. Nebst dem Herkunftsland der Person können auch andere migrationsspezifische Dimensionen zu Unterschieden bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen führen (z.B. Aufenthaltsdauer, Grund für die

Einwanderung in die Schweiz, Aufenthaltsstatus, Beherrschung einer der Landessprachen der Schweiz usw.).

## Methoden

Die Analysen basieren auf Andersen (1995), *Behavioral Model of Health Care Utilization*, und berücksichtigen alle Dimensionen, die in den beiden Datenbanken verfügbar sind. Dieses Modell setzt sich aus drei Hauptbestandteilen zusammen. Erstens, aus den **Prädispositionsfaktoren**, die auf individueller Ebene soziodemografische Merkmale (z.B. Alter, Geschlecht), gesellschaftliche Faktoren (z.B. Ausbildung, berufliche Tätigkeit, Zivilstand, Anzahl Personen im Haushalt, Migration) sowie die Einstellung gegenüber dem Gesundheitssystem umfassen (in diesem Bericht werden die Gesundheitskompetenzen berücksichtigt). Zweitens, aus den **Faktoren, die die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen begünstigen**. Zu ihnen gehören finanzielle und organisatorische Aspekte, die die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen beeinflussen. Die festgelegten Kriterien sind das Haushaltseinkommen und die Franchise bei der Krankenversicherung. Und drittens, aus den **Bedürfnisfaktoren**, die sich auf die von Pflegeinstitutionen festgestellten Bedürfnisse beziehen. Dazu gehören die selbst wahrgenommene Gesundheit, dauerhafte gesundheitliche Probleme sowie Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten.

Die in Bezug auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen untersuchten Aspekte sind die Arztbesuche in den letzten zwölf Monaten, die Anzahl der Arzt-, Hausarzt- und Frauenarztbesuche, die Anzahl Tage im Spital, die Anzahl Konsultationen in einer Notfallstation eines Spitals, in einem Spitalambulatorium oder einer Poliklinik, die Behandlungen aufgrund von Depressionen sowie die Einnahme irgendeines Medikamentes oder Schmerzmittels in den vergangenen sieben Tagen.

## Ergebnisse

### Arztbesuch

Die Zahl der Hausarztbesuche bringt keinen signifikanten Unterschied zwischen Befragten der GMM II (4,0) und den Schweizerinnen und Schweizern (3,2) zutage. Bei gewissen Migrantengruppen liegt diese Zahl jedoch höher. Es handelt sich dabei um Befragte aus Somalia (7,9), der Türkei (5,5) und Sri Lanka (4,8).

Ausländerinnen und Ausländer verzeichneten in den letzten zwölf Monaten grundsätzlich weniger Arztbesuche: Während 67,2% von ihnen ihre Ärztin bzw. ihren Arzt konsultierten, sind es bei den gebürtigen Schweizerinnen und Schweizern 78,6% und bei deren eingebürgerten Landsleuten 81,2%. Im Hinblick auf Alter und Geschlecht ist festzustellen, dass die Zahl der Arztbesuche bei Zugewanderten aus dem Kosovo aller Altersklassen sowie bei 50- bis 74-jährigen Männern aus Serbien signifikant geringer ist als bei den Schweizerinnen und Schweizern. Allein die Tatsache, aus familiären Gründen (im Unterschied zu politischen und wirtschaftlichen Gründen) in die Schweiz gekommen zu sein, steigert die Wahrscheinlichkeit eines Arztbesuches. Personen mit einem Haushaltsäquivalenzeinkommen<sup>2</sup> von mindestens 3000 Franken suchen häufiger eine Arztpraxis auf. Dies zeigt die Bedeutung des finanziellen Aspekts beim Inanspruchnahmeverhalten der Bevölkerung. Personen mit einer tiefen Franchise haben ebenfalls häufiger eine Ärztin bzw. einen Arzt besucht. Die Wahl einer tiefen Franchise kann durch einen schlechten Gesundheitszustand begründet werden.

---

<sup>2</sup> Das Haushaltsäquivalenzeinkommen ist die Summe der Einkommen aller Haushaltsmitglieder und wird entsprechend der Anzahl und dem Alter der Haushaltsmitglieder gewichtet.

### ***Hospitalisierung und Konsultation in einer Notfallstation***

Wird eine Person nicht regelmässig durch eine Ärztin bzw. einen Arzt betreut, kann dies dazu führen, dass sie hospitalisiert oder in eine Notfallstation eingeliefert wird. Dies geht aus dem GMM II geht hervor: Hospitalisierungen in den letzten 12 Monate sind bei den Ausländerinnen und Ausländern häufiger (16,3%) als bei den gebürtigen und eingebürgerten Schweizerinnen und Schweizern (10,7% bzw. 10,6%). Die Ausländerinnen und Ausländer sowie die eingebürgerten Schweizerinnen und Schweizer weisen zudem eine höhere Wahrscheinlichkeit auf, in den letzten 12 Monaten eine Notfallstation in einem Spital, ein Spitalambulatorium oder eine Poliklinik konsultiert zu haben.

Der Anteil der gebürtigen Schweizerinnen und Schweizer, die in einer Notfallstation behandelt wurden, beträgt 11,7%, jener ihrer eingebürgerten Landsleute 14,5% und jener der Ausländerinnen und Ausländer 17,7%. Bei den Konsultationen in einer Notfallstation weisen Personen aus Portugal (21,6%) und der Türkei (22,9%) höhere Anteile (nicht alle Unterschiede nach Alter und Geschlecht sind jedoch signifikant) und Personen aus Somalia deutlich tiefere Anteil auf (9,7%, nicht signifikante Differenz). Bei den 17- bis 49-jährigen Portugiesinnen und den 35- bis 49-jährigen Portugiesen sowie bei den 35- bis 49-jährigen Türkinnen und den 17- bis 34-jährigen Türken ist die Wahrscheinlichkeit einer Einlieferung in eine Notfallstation signifikant höher.

### ***Frauenarztbesuche***

Bei Ausländerinnen sind Frauenarztbesuche leicht häufiger als bei den Schweizerinnen. Der Grund dafür liegt wahrscheinlich in der höheren Geburtenhäufigkeit der Ausländerinnen. Zwischen den verschiedenen Migrantengruppen des GMM II bestehen kaum Unterschiede. Einzig bei den 50- bis 74-jährigen Frauen aus dem Kosovo liegt die Zahl der Frauenarztbesuche durchschnittlich tiefer als bei den gleichaltrigen Schweizerinnen. Ein früherer Bericht hat gezeigt, dass die Raten der schwangerschaftsbedingten Hospitalisierungen bei gewissen Migrantengruppen höher liegt als bei Schweizerinnen (Moreau-Gruet und Luyet 2012).

### ***Behandlung aufgrund von Depressionen***

Die Befragten des GMM II werden doppelt so häufig aufgrund von Depressionen behandelt wie Schweizerinnen und Schweizer (10% gegenüber 5%). Am häufigsten sind Behandlungen bei Personen aus Portugal, der Türkei, Somalia und Sri Lanka. Die Wahrscheinlichkeit einer Behandlung ist bei Frauen höher, insbesondere bei den Frauen ab 35 Jahren aus Portugal und der Türkei.

### ***Medikamentenkonsument***

Die Anteil der Personen, die pro Woche mindestens ein Medikament einnehmen, ist bei der Migrationsbevölkerung des GMM II geringer als bei der Schweizer Bevölkerung: Während der Anteil bei den gebürtigen Schweizerinnen und Schweizer 44% und bei deren eingebürgerten Landsleuten 45,7% ausmacht, sind es bei den Befragten des GMM II 40,2%. Personen ab 35 Jahren aus der Türkei weisen jedoch einen deutlich höheren Medikamentenkonsument auf als die gleichaltrigen Schweizerinnen und Schweizer. Personen aus dem Kosovo (35- bis 49-jährige Frauen und 17- bis 49-jährige Männer) nehmen weniger Medikamente ein. Die Einnahme von Schmerzmitteln ist bei den Migrantinnen und Migranten des GMM II, insbesondere bei den Personen aus der Türkei sowie bei den portugiesischen Männern, hingegen häufiger als bei den Schweizerinnen und Schweizern. Bei den Migrantinnen und Migranten aus Somalia und Sri Lanka ist der Schmerzmittelkonsum tiefer.

### ***Hauptunterschiede bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen nach Migrantengruppen***

Die Zugehörigkeit zu einer Migrantengruppen beeinflusst die Inanspruchnahme aller untersuchten Leistungen. Im Folgenden werden die Unterschiede präsentiert, die nach Geschlecht und Alter festzustellen sind. Das Inanspruchnahmeverhalten der Personen aus Portugal unterscheidet sich kaum von jenem der Schweizerinnen und Schweizer, es gibt jedoch Ausnahmen. So lassen sich Portugiesinnen bis 49 Jahre und 35- bis 49-jährige Portugiesen häufiger in eine Notfallstation einliefern. Zudem ist die Zahl der Behandlungen aufgrund von Depressionen bei den Portugiesinnen ab 35 Jahren höher. Der alters- und geschlechterstandardisierte Anteil der Arztbesuche im Laufe des Jahres zeigt bei den Personen aus der Türkei – mit Ausnahme der Frauen ab 35 Jahren, bei denen die Zahl der Arztkonsultationen deutlich höher lag – keine signifikanten Abweichungen. Die Anzahl der Hausarztbesuche liegt bei Personen aus der Türkei in allen Altersklassen höher als bei den Schweizerinnen und Schweizern. Die Türkinnen ab 35 Jahren und die 35- bis 49-jährigen Türken sind ausserdem deutlich häufiger aufgrund von Depressionen in Behandlung. Der Medikamenten- und Schmerzmittelkonsum ist bei den Türkinnen und Türken (mit Ausnahme der 17- bis 34-jährigen) höher. Auch das Inanspruchnahmeverhalten der Personen aus Serbien ist relativ ähnlich wie jenes der Schweizerinnen und Schweizer. Einzig bei den 50- bis 74-jährigen Serben liegt die Zahl der Arztbesuche im Laufe des Jahres signifikant tiefer. Die Serbinnen und Serben weisen hingegen einen höheren Schmerzmittelkonsum auf. Während die Personen aus dem Kosovo deutlich seltener eine Ärztin oder einen Arzt im Laufe des Jahres besucht haben, liegt die Zahl der Hausarztbesuche bei den kosovarischen Frauen höher. Die 35- bis 49-jährigen Kosovarinnen und die 17- bis 49-jährigen Kosovaren nehmen weniger Medikamente ein. Der grösste Unterschied, der bei Asylsuchenden aus Somalia und insbesondere aus Sri Lanka ausgemacht werden kann, ist die sehr hohe Anzahl Behandlungen aufgrund von Depressionen.

Die migrationsspezifischen Variablen (z.B. die Aufenthaltsdauer oder der Grund für die Einwanderung in die Schweiz) werden oft nicht unabhängig den verschiedenen untersuchten Variablen der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zugeteilt. Die Prädispositionsfaktoren (Alter, Geschlecht, Anzahl Personen im Haushalt, Zivilstand, bezahlte Arbeit, Bildungsniveau) und die Bedürfnisfaktoren (selbst wahrgenommene Gesundheit, dauerhaftes gesundheitliches Problem, Einschränkungen) zeigen die stärksten Zusammenhänge mit der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Begünstigende Faktoren wie das Haushaltseinkommen und die Franchisenhöhe bei der Krankenversicherung spielen jedoch auch eine Rolle. So steigt die Wahrscheinlichkeit eines Arztbesuches im Laufe des Jahres bei Personen mit einem Äquivalenzeinkommen von mindestens 3000 Franken. Ein höherer Medikamentenkonsum ist bei Personen mit einem Äquivalenzeinkommen von mindestens 4500 Franken festzustellen. Bei Personen mit einer tiefen Franchise ist zudem die Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen aller Art ebenfalls grösser. Finanzielle Überlegungen beeinflussen die Entscheidung über die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems somit stark.

## Empfehlungen

Es zeigt sich, dass die ausländische Bevölkerung in der Schweiz nicht homogen ist. Somit ist es auch wichtig, dass differenzierte Massnahmen ergriffen werden. Hier einige Möglichkeiten:

1. Ein Teil der ausländischen Bevölkerung nimmt die Gesundheitsversorgung sehr wenig, vermutlich zu wenig, in Anspruch: für diese Population sind Informationen zum Zugang wichtig. Ein weiterer Anteil sucht vor allem die Notfallstation auf: hier ist es besonders sinnvoll, das Hausarztssystem der Schweiz gut zu erklären.
2. Ein nicht unwesentlicher Anteil der ausländischen Bevölkerung wird für Depressionen behandelt. Besonders hoch sind die Anteile bei Asylbewerberinnen und –bewerbern, bei Personen mit Bewilligung B und solchen, die aufgrund einer politischen Problematik in die Schweiz gekommen sind. Diese Gruppe ist besonders vulnerabel und profitiert von einer entsprechenden Aufmerksamkeit der ersten Ansprechperson im Gesundheitswesen, um frühzeitig die nötige Unterstützung zu erhalten und kompliziertere Verläufe abzuwenden. Dazu ist eine entsprechende Schulung und Sensibilisierung des Personals sinnvoll.
3. Es zeigt sich, dass vor allem immigrierte Männer, die schon länger in der Schweiz weilen, einen erhöhten Analgetika-Konsum aufweisen. Es besteht die Vermutung, dass dieser Konsum mit einer schweren körperlichen Arbeit zusammenhängen könnte. Es lohnt sich, auch diese Gruppe genauer zu analysieren, insbesondere auch im Hinblick auf ein erhöhtes Invalidisierungsrisiko.
4. Ein Monitoring der Migrationsbevölkerung in regelmässigen Abständen kann zeigen, ob getroffene Massnahmen wirksam gewesen sind. Sinnvoll wäre es, Daten des Monitorings der Migrationsbevölkerung direkt mit Daten der Schweizer Bevölkerung zu vergleichen, wozu eine noch feinere Abstimmung der Befragungen notwendig wären.



## Abstract

### Use of healthcare among the migrant population

Comparison of data from the Health Monitoring survey on the migrant population (GMM II) and the Swiss Health Survey (ESS 2007)

This report compares Swiss nationals' use of healthcare (Swiss Health Survey, 2007) with the healthcare use of certain migrant groups (Second Health Monitoring survey on the migrant population - GMM II - Portugal, Turkey, Serbia, Kosovo, asylum seekers or temporary residents from Somalia and Sri Lanka). A link between the use of healthcare and variables related specifically to migration, such as length of stay or reason for coming to Switzerland could not be established, as belonging to a given migratory group is closely associated with these factors. Need factors (self-assessment of health, long-term illness, and limitations in activities) offer the strongest links alongside predisposing factors (age, sex, marital status, paid work, level of education). Enabling factors such as household income and level of the annual health insurance deductible are also important.

The question of nationality offers a more nuanced picture. Over the past twelve months, fewer Kosovar migrants made a doctor's appointment than did Swiss nationals. On the other hand, Turks and Kosovars of most age brackets made a higher number of appointments with the family doctor. Some age groups from Portugal and Turkey are more likely to have been to an Accident and Emergency department or to have undergone treatment for depression than Swiss nationals. The main difference for asylum seekers from Somalia and especially from Sri Lanka is their very high level of treatment for depression. Migrants do not take more medication than Swiss nationals overall, but they do use more painkillers.

### Context

Equal access to healthcare in Switzerland for all is a desirable ideal. Since 1996, any person residing in Switzerland for more than three months has been required to take out health insurance (Federal Health Insurance Act), which is an important step in this direction. With Phase II of the "Migration and Public Health" strategy planned for 2008 to 2013 (Federal Office of Public Health, 2007), the Swiss Confederation is continuing to strive for equal opportunities for health. More specifically, one of the chosen fields of action concerns healthcare. The aim is to ensure that people from a migrant background receive healthcare and appropriate treatment and that they have equal opportunities to access the health system.

The Federal Office of Public Health carried out the First Health Monitoring survey on the migrant population in 2004 (GMM I), followed by a Second Monitoring survey (GMM II) in 2010. For GMM II, some migrant groups were selected to be surveyed in their native language. These were permanent residents from Portugal, Turkey, Serbia and Kosovo, and asylum seekers and provisionally admitted foreigners from Somalia and Sri Lanka. Their responses were compared with those of Swiss nationals (people of Swiss origin and naturalised Swiss citizens) who participated in the Swiss Health Survey (ESS) in 2007.

Migrants do not form a homogenous population. As well as an individual's country of origin, other factors relating to migration can lead to differences concerning use of healthcare, such as the length of stay and reason for coming to Switzerland, residency status, and proficiency in a Swiss national language.

## Methods

Analyses are based on Andersen's Behavioral Model of Health Care Utilization (1995) and take into account all of the aspects available in the two databases. This model includes three main elements. **Predisposing factors**, including, on an individual level, socio-demographic characteristics such as age and sex, social factors such as education, profession, marital status, the number of household members and the migrant group; and attitudes to the healthcare system (health literacy will be taken into account in this report). **Factors enabling use of healthcare services**, including, financial and organisational aspects that make it possible to use healthcare services. The criteria taken into consideration include household income and the level of the annual health insurance deductible. **Need factors** refer to the perceived need for healthcare services. Self-assessment of health, long-term illness, and limitations in activities will be considered.

The following questions concerning healthcare use have been studied: doctor's appointment in the past twelve months; the number of appointments with the doctor, family doctor or gynaecologist; the number of days spent in hospital; the number of visits to a hospital A & E department, to an outpatient department in a hospital or independent clinic; treatment for depression; and use of any medication or painkillers over the past seven days.

## Results

### *Doctor's appointment*

The number of appointments with the family doctor did not significantly differ between GMM II respondents (4.0) and Swiss nationals (3.2). However, some migrant groups showed higher numbers of appointments with the family doctor: Somali (7.9), Turkish (5.5) and Sri Lankan respondents (4.8).

Doctor's appointments over the past twelve months were lower overall for non-Swiss nationals: 67.2% made a doctor's appointment, compared to 78.6% of people of Swiss origin and 81.2% of naturalised Swiss citizens. Taking into account age and sex, Kosovar immigrants of all age brackets and Serbian men aged 50 to 74 went to the doctor significantly less than Swiss nationals. Migrating to Switzerland for family reasons (as opposed to political or economic reasons) was an independent factor which increased the probability of having been to the doctor. People with an equivalent household income<sup>3</sup> of over 3,000 CHF per month went to the doctor more, highlighting the importance of finances in behaviour regarding access to healthcare. People with a low annual deductible went to the doctor's more frequently. Choosing a low deductible may be linked to poor health.

### *Admission to hospital and A & E visits*

Patients who do not go to the doctor, may be admitted to hospital or visit an Accident & Emergency department. This can be observed among GMM II respondents – a higher proportion of non-Swiss nationals were admitted to hospital over the last twelve months (16.3%) than people of Swiss origin or naturalised Swiss citizens (10.7% and 10.6% respectively). Non-Swiss nationals and naturalised Swiss citizens also had a higher probability of visiting a hospital Accident & Emergency department, hospital or independent outpatient clinic within the last 12 months. 11.7% of people of Swiss origin used these services, compared with 14.5% of naturalised Swiss citizens and 17.7% of non-Swiss nationals. Portuguese (21.6%) and Turkish (22.9%) nationals used these services more (but differences in the age and sex breakdowns are not all significant) and Somalis used them significantly

---

<sup>3</sup> Equivalent household income is the sum of all income received by the different members of the household, weighted according to the number and age of household members.

less (9.7%; the breakdowns show up no significant differences). Portuguese women aged 17 to 49, Portuguese men aged 35 to 49, Turkish women aged 35 to 49 and Turkish men aged 17 to 34 are significantly more likely to use these services.

### ***Gynaecologist appointments***

The number of gynaecologist appointments is slightly higher among non-Swiss women than Swiss women. This might be connected to the higher fertility rates among non-Swiss women. There are few differences between the various migrant groups in the GMM II survey. Only Kosovar women aged 50 to 74 show a lower average number of appointments than Swiss women of the same age. A previous report showed that some groups of migrant women had higher hospitalisation rates during pregnancy than Swiss women (Moreau-Gruet and Luyet 2012).

### ***Treatment for depression***

GMM II respondents were twice as likely to have undergone treatment for depression than the Swiss (10% versus 5%) with high rates for Portuguese, Turkish, Somali and Sri Lankan nationals. This is more likely to be the case with women, especially Portuguese and Turkish women aged 35 and over.

### ***Use of medication***

Fewer members of the GMM II migrant population took medication during the week than the population of Swiss nationals. 44% of people of Swiss origin, and 45.7% of naturalised Swiss, took medication, versus 40.2% of GMM II respondents. However, Turks older than 35 used significantly more medication than people of Swiss origin of the same age, and Kosovars used less (women aged 35 to 49, and men aged 17 to 49). However, a higher proportion of GMM II migrants took painkillers than the Swiss. This is particularly true of Turkish and Serbian men and women, and Portuguese men. Somali and Sri Lankan nationals took less.

### ***The main differences between groups of migrants in use of healthcare***

Belonging to one of the migrant groups studied has an influence on all types of healthcare use studied. The following differences according to sex and age can be seen: Portuguese nationals use healthcare in a fairly similar way to Swiss nationals, except that Portuguese women aged up to 49 and men aged between 35 and 49 had more frequent emergency appointments, and for treatment of depression which was more frequent in Portuguese women over 35 years old. The proportion of doctor's appointments over the year for Turks of all ages and sexes combined did not show any significant differences. However, for those that did go to a doctor, the number of appointments was significantly higher among women over 35. The same was true of the number for those making family doctor appointments, which was higher than Swiss nationals for all age brackets. Turkish women over 35 years old, and men aged 35 to 49 also underwent treatment for depression significantly more often. Turks (except those aged 17 to 34) used more medication overall, particularly painkillers. Serbs used healthcare in a fairly similar way to Swiss nationals. Only men aged 50 to 74 made doctors' appointments significantly less often during the year. Serbian men and women took slightly more painkillers. Kosovars made doctor's appointments significantly less frequently during the year. However, Kosovar women made more family doctor appointments. Kosovar women aged 35 to 49 and Kosovar men aged 17 to 49 took less medication. The main difference for asylum seekers from Somalia and especially from Sri Lanka was their very high level of treatment for depression.

Variables relating specifically to migration (length of stay or reason for coming to Switzerland) were often not independently linked to the various aspects of healthcare use studied. Predisposing factors (age, sex, number of family members, marital status, paid work, level of education) and need factors (self-assessment of health, long-term illness, limitations in activities) offered the strongest links to healthcare use. However, enabling factors such as household income and the level of the annual health insurance deductible were also important. People with an equivalent household income of over 3,000 CHF per month were more likely to have seen a doctor during the year, and those with an equivalent household income of over 4,500 CHF per month were more likely to have taken medication. People with a low annual deductible were also more likely to have used all types of healthcare services. Financial considerations therefore strongly influence the decision to use the healthcare system.

## **Recommandations**

It has been shown that the foreign population in Switzerland is not homogeneous. For this reason, different types of measures should be taken. Here are a few possibilities:

1. Part of the foreign population makes very little and possibly too little use of the health care system. These people need to be informed on how to access health care. Another group of the population mainly visits Accident and Emergency departments. For this group, an explanation of the system of family doctors in Switzerland would be useful.
2. A considerable proportion of the foreign population is treated for depression. The figures are particularly high among asylum seekers, people with residence permit B and those who have come to Switzerland because of political problems. The people in this group are particularly vulnerable and would benefit from receiving more attention at their first point of contact with the health care system, in order to ensure that they receive the necessary support at an early stage and to prevent their condition from becoming more complex. This would involve raising the awareness of health care staff and providing them with training.
3. It has been shown that male immigrants who have lived in Switzerland for a long period consume particularly large amounts of painkillers. The assumption is that this could be linked to heavy physical work. It is worth studying this group in greater detail, especially with regard to the increased risk of disability.
4. By monitoring the immigrant population at regular intervals, it is possible to find out whether the measures taken have been effective. It would be useful to compare the data obtained from monitoring the immigrant population directly with the data from the Swiss population. This would require the surveys to be more closely coordinated.

# 1 Introduction

Dans le cadre du Programme national Migration et santé, l'Office fédéral de la santé publique élabore des bases scientifiques pour décrire la situation sanitaire de la population migrante et pour améliorer leur état de santé. Pour combler les lacunes existant dans les connaissances sur la santé des migrants, l'OFSP a décidé de réaliser un premier monitoring de la santé de la population issue de la migration (GMM I en 2004, (Gabadinho, Wanner et al. 2007)) puis un deuxième monitoring (GMM II en 2010, (Guggisberg, Gardiol et al. 2011a)) qui a permis d'approfondir les connaissances sur l'état de santé de groupes de population ne parlant pas les langues officielles.

Les résultats du GMM II révèlent de nettes inégalités entre la population autochtone et les migrants en Suisse. La population migrante est formée de personnes qui avaient préalablement à la migration une bonne condition psychique et physique. En revanche les migrants et migrantes établis depuis longtemps en Suisse, qui sont aussi plus âgés, présentent un moins bon état de santé que les Suisses du même âge. Les deux populations des demandeurs d'asile évaluent de manière très différente leur état de santé subjectif. Les Somaliens et les Somaliennes reportent un bon état de santé comparable à celui de la population autochtone, par contre les personnes du Sri Lanka font état d'un état de santé subjectif significativement moins bon.

Il n'en est pas de même pour le recours aux soins où aucune différence systématique n'a pu être recensée. L'Office fédéral de la santé publique a donné pour mandat à l'Obsan de réaliser une analyse secondaire du GMM II et de l'Enquête suisse sur la santé 2007 pour approfondir ce domaine du recours aux soins. L'analyse empirique a été complétée par une recherche de littérature.

L'accès au système de soins est garanti par l'obligation, depuis 1996, de contracter un assurance de soins personnelle (Loi fédérale sur l'assurance maladie, RS 832.10) pour toute personne résidant en Suisse depuis trois mois. Les primes d'assurance-maladie sont payées indépendamment des revenus des personnes. Les personnes ayant un bas revenu bénéficient de subsides de la part de l'Etat. L'assurance-maladie paie les coûts des traitements médicaux et en cas d'hospitalisation. Toutefois la personne assurée doit payer une partie des frais de traitement. Il s'agit premièrement de la « franchise » qui s'élève au minimum à 300.- pour atteindre un maximum de 2500.- selon le choix de l'assuré (les personnes qui choisissent une franchise élevée voient leurs primes ajustées en conséquence). Et deuxièmement, lors de tout traitement ou de séjour en hôpital, l'assuré doit payer le 10 % des frais jusqu'à concurrence de 700.- (pour la prime la plus basse). En cas d'hospitalisation, les patients doivent aussi payer une participation aux frais d'un montant de 15.- par jour. En principe l'assurance est ouverte à tous les résidents sauf aux personnes qui font l'objet d'une décision de renvoi (Rüefli et Huegli 2011). Concernant les requérants d'asile et ceux dont la demande a été refusée, des conventions entre assureurs et fournisseurs de prestations ont été élaborées par certains cantons dans le but de leur offrir des soins de qualité, tout en contenant les coûts de la santé (système de gatekeeping).

Bien qu'un certain nombre d'études aient mis en évidence un meilleur état de santé des migrants dans les années 80 (Berchet et Jusot 2012) de nombreuses études tendent à montrer qu'actuellement l'état de santé des migrants est moins bon. Des études françaises mettent en évidence que l'état de santé subjectif des immigrés est moins bon que celui de la population dans son ensemble (Attias-Donfut et Tessier, 2005) et qu'il a tendance à se détériorer à mesure que la durée de résidence en France s'accroît (Lert et al., 2007). L'étude SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe), qui porte sur des personnes de 50 ans et plus, confirme aussi que l'état de santé des populations migrantes est moins bon que celui des populations locales en termes de santé auto-reportée et de limitation d'activités en Suisse, en France, en Allemagne aux Pays-Bas et en Suède (Solé-Auró et Crimmins 2008). Un moins bon état de santé de la population migrante devrait avoir pour conséquence une plus forte utilisation du système de soins.

## 1.1 Théories explicatives des différences de santé entre autochtones et migrants

Dans notre précédent rapport portant sur les différences de taux d'hospitalisation entre migrants et population autochtone basé sur la Statistique médicale des hôpitaux, nous avons déjà étudié les théories qui tentent d'expliquer pour quelles raisons les migrants et les migrantes sont moins atteints ou plus atteints dans leur santé que les personnes n'ayant pas de passé migratoire (Moreau-Gruet et Luyet 2012). Un article (Schenk 2007) présente un modèle exploratoire et analytique de la migration et de la santé dans lequel l'auteur développe un effort de structuration et d'intégration des approches précédentes (voir figure 1.1). Selon cette auteure, cinq théories peuvent expliquer les différences observées :

**1. La théorie de la sélection positive** ou effet du migrant en bonne santé (« Healthy migrant effect ») : selon cette théorie, on suppose que ce sont particulièrement des migrants jeunes et en bonne santé qui quittent leur pays d'origine et qu'il y aurait donc un processus d'auto-sélection. Cet effet se perdrait du fait de préjudices sociaux et de difficultés d'accès au système de soins. Cela conduirait rapidement à une détérioration de l'état de santé. Un second processus qualifié de « biais du saumon » a été proposé pour expliquer le meilleur état de santé des migrants. Ce processus suppose que les migrants âgés souhaitent retourner dans leur pays d'origine pour leur retraite ou lorsqu'ils sont gravement malades ou en fin de vie. Le différentiel de santé en faveur des migrants ne serait qu'un artefact résultant d'un sous-enregistrement des taux de mortalité et de morbidité.

Des premières études françaises faisaient aussi écho d'un effet protecteur des habitudes de vie de la population migrante : Une plus faible consommation d'alcool, un régime alimentaire riche en fruits et légumes de certaines populations migrantes expliquaient leur état de santé meilleur que celui de la population locale (Wanner, Khlal et al. 1995). En Suisse, les données de l'Enquête suisse sur la santé ne mettaient pas en évidence des comportements de santé plus favorables de la part de la population étrangère par rapport à la population suisse (Calmonte, Koller et al. 2000). Les données du GMM II confirment que les étrangers présentent de plus fortes lacunes concernant l'alimentation et l'activité physique (Stamm et Lamprecht 2012). Il semble que plus la durée de séjour en Suisse est longue et l'« assimilation » avancée, plus les valeurs des migrants se rapprochent de celles des Suisses.

**2. L'hypothèse du stress lié à la migration** : il a été attribué à des événements de vie difficiles une grande importance dans la genèse de maladies psychiques et physiques. La migration en elle-même peut être considérée comme un événement critique car elle apporte une rupture biographique radicale dans tous les domaines de la vie, nécessite une réorientation sociale et culturelle complète et peut signifier une dévalorisation de nombreuses connaissances pratiques.

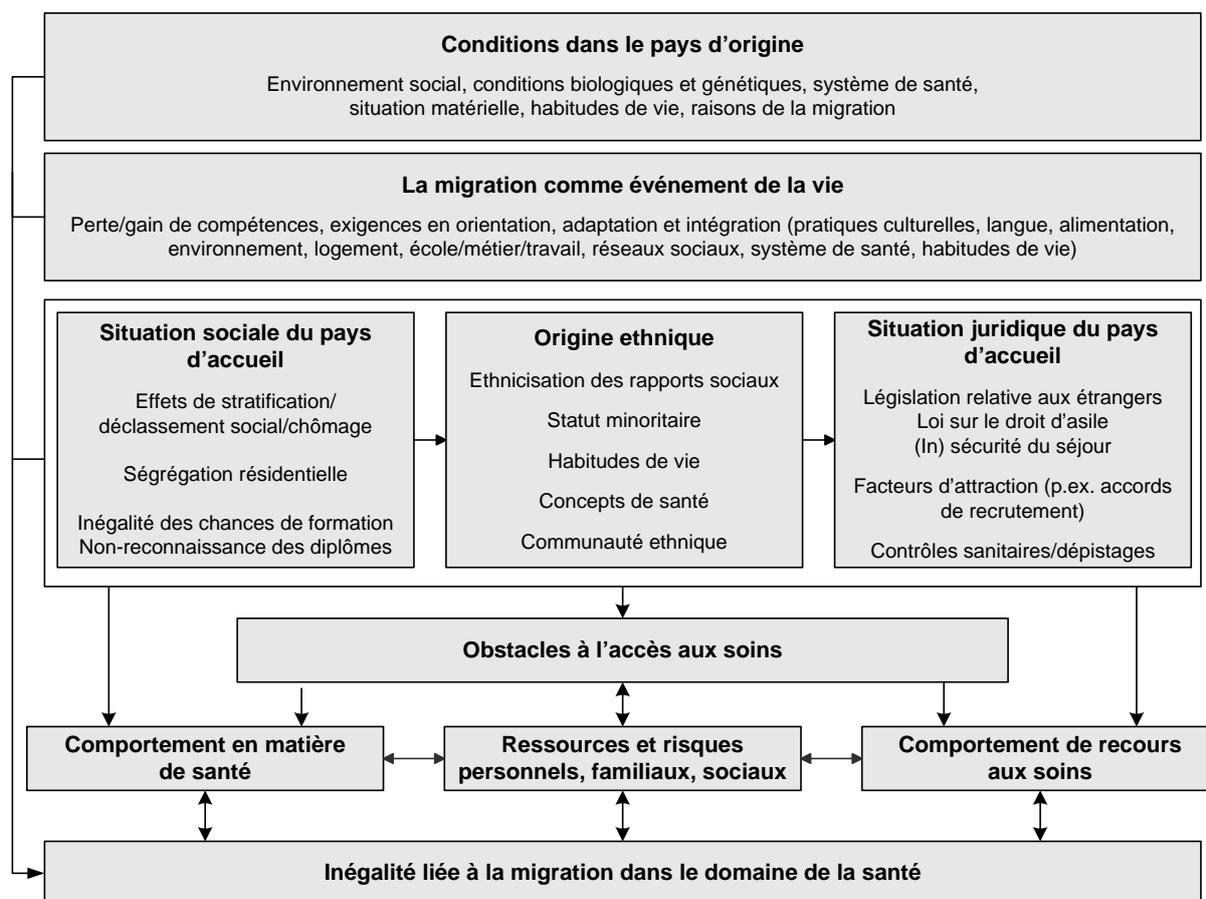
**3. Théorie des personnes socialement défavorisées** : les risques pour la santé dont souffrent les migrants et les migrantes peuvent être interprétés comme les conséquences d'un préjudice social, qui résultent d'une part d'un processus de déclassement social et professionnel, de conditions de travail et de logement dommageables pour la santé et qui peuvent aussi conduire d'autre part à un comportement de mise en danger à l'égard de la santé.

**4. Barrières à l'accès au système de soins** : il existe des limitations à l'accès aux soins par les personnes migrantes, en particulier chez les demandeurs d'asile et les personnes sans papier et qui sont en situation irrégulière. L'accès aux soins peut aussi être limité par une orientation ethnocentrique de l'offre, par le manque de compétences interculturelles du personnel soignant, par le manque de connaissances linguistiques ou de services d'interprétariat. De leur côté, les migrants et les migrantes peuvent ne pas avoir assez de compétences linguistiques pour comprendre un domaine

complexe tel que le système de santé, manquer d'informations sur les offres de soins ou ne pas avoir confiance à l'égard des institutions de soins.

**5. Explications biologiques :** un polymorphisme génétique<sup>4</sup> pourrait être une explication de différences au niveau de la morbidité et de la mortalité. Certaines maladies génétiques se manifestent de manière plus fréquente dans certaines régions géographiques. Les personnes originaires de la Turquie semblent avoir une constellation défavorable de lipides qui serait éventuellement reliée à un risque d'infarctus plus élevé (Hergenc, Schulte et al. 1999). De même, il a été observé chez les enfants d'immigrants turcs, du Moyen et du Proche-Orient ainsi que d'Afrique du Nord (Maroc) un nombre de cas relativement élevé de maladies du métabolisme (Ipsiroglu, Herle et al. 2005).

**Figure 1.1** Modèle d'explication mettant en relation la migration et la santé



Source: Schenk, 2007, traduction Obsan

Le modèle développé essaie de mettre systématiquement ensemble toutes les théories qui expliquent le lien entre les inégalités sociales et de santé (figure 1.1).

Certains auteurs (Spallek et Razum 2008) estiment qu'il n'existe pour le moment pas de modèle satisfaisant qui explique les différences de santé entre migrants et autochtones. Un modèle d'explication de la situation au niveau de la santé des migrants devrait tenir compte d'une perspective biographique. Si les étrangers, qui ont un statut social plus bas que les autochtones, présentent des risques plus élevés concernant la santé, sur certains aspects, certains groupes ont parfois une

<sup>4</sup> Variation entre individus dans la séquence de gènes.

meilleure santé et un taux de mortalité plus bas. Le modèle du « Healthy-migrant-effect » est donc sujet à caution car les migrants ne perdraient pas si rapidement leur avantage au niveau de la santé malgré des conditions de travail difficiles. Leur modèle recommande de considérer l'exposition à différents risques de santé au cours du parcours biographique, et de tenir compte, en particulier, des conditions de vie du migrant pendant son enfance dans son pays d'origine.

## 1.2 Théories explicatives des inégalités dans le recours aux soins

Dans le domaine de la recherche sur les inégalités de santé, le domaine du recours aux soins est peu étudié car tout un courant de pensées relativise l'impact des soins sur l'état de santé. La publication du rapport de Lord Black en Grande-Bretagne a en effet montré qu'entre 1931 et 1981, malgré l'instauration d'un accès aux soins libre et gratuit, les inégalités de mortalité n'avaient pas disparu. L'hypothèse de l'absence de conséquences des soins sur l'état de santé est née du constat historique selon lequel les causes de décès qui ont le plus diminué au 18<sup>ème</sup> et 19<sup>ème</sup> siècle sont des causes pour lesquelles la médecine n'avait réalisé aucun progrès à cette époque, comme par exemple la tuberculose. Toutefois un autre courant relativise cette position : certains auteurs soutiennent que les traitements médicaux, de plus en plus efficaces, expliquent une part importante des gains en espérance de vie (Mackenbach 2003).

Dans le monde anglo-saxon, le modèle de recours aux soins le plus souvent utilisé est le Behavioral Model of Health Care Utilization mis au point par Ronald M. Andersen, un chercheur spécialisé dans le domaine des services de soins (Andersen 1995). Le modèle d'Andersen est un modèle multiniveau qui incorpore tant des déterminants individuels que contextuels du recours aux services de santé. Le modèle comporte trois composantes majeures (Babitsch, Gohl et al. 2012):

Les facteurs de **prédisposition** : les facteurs individuels comprennent les caractéristiques démographiques (âge, sexe), les facteurs sociaux (formation, type d'activité professionnelle, état civil, migrant ou autochtone) et les attitudes concernant le système de santé (attitudes, croyances, connaissances concernant le système de santé). Les facteurs contextuels qui prédisposent les individus à utiliser les services de soins sont la composition démographique et sociale des communautés, les valeurs collectives et les normes culturelles.

Les facteurs **favorisant** l'utilisation des services de santé : les facteurs financiers et organisationnels sont considérés comme des conditions qui permettent l'utilisation des services de soins. Au niveau individuel, il s'agit des revenus et de la disposition à les utiliser pour payer des services de soins et du prix effectif des soins qui est déterminé par le statut d'assurances des personnes.

Les facteurs de **besoins** : au niveau individuel ils sont différenciés par Andersen en deux niveaux. Il y a les besoins perçus de services de soins (comment la personne évalue son propre état de santé, ses symptômes de maladie) et les besoins évalués (l'évaluation par un professionnel de l'état de santé et des besoins pour des soins médicaux).

Dans la mesure des dimensions disponibles dans les bases de données, le modèle de recours aux soins d'Andersen sera utilisé.

### 1.2.1 Recours au médecin, au médecin de famille et aux services d'urgence

De nombreuses études suggèrent que les migrants expérimentent un accès inégal aux services de soins (Mladovsky 2007). Aux Etats-Unis des études montrent que les personnes noires, hispaniques et asiatiques ont moins de probabilité de recevoir un traitement que les personnes blanches (Babitsch, Gohl et al. 2012). Diverses études françaises ont fait état d'un moindre recours de la population

migrante au généraliste (Dourgnon, Jusot et al. 2009) ou au spécialiste (Attias-Donfut et Tessier 2005). Ces deux études montrent que les migrants de première génération recourent moins au généraliste ou au spécialiste alors que ceux de seconde génération ne se distinguent pas des Français nés de parents français.

Un étude conduite aux Pays-Bas sur une population âgée de migrants originaire de Turquie, du Maroc, du Surinam et des Antilles hollandaise montre que ces derniers font plus recours au médecin de famille. Selon les auteurs, ces différences peuvent être expliquées par une moins bonne santé auto-reportée et une moins bonne maîtrise de la langue du pays (Denktas, Koopmans et al. 2009).

L'utilisation des services de santé peut être considérée comme un proxy des possibilités d'accès aux soins. Plusieurs études ont mis en évidence que les migrants font plus appel aux services d'urgence, cela pouvant être lié au fait d'avoir remis à plus tard un contact avec le système de soins (Mladovsky 2007). Par exemple à Copenhague, une étude a montré que les personnes nées en Somalie, Turquie et ex-Yougoslavie avaient une utilisation plus élevée des services d'urgence que les natifs (Norredam, Nielsen et al. 2010). Les résultats sont toutefois contradictoires avec des études montrant, par exemple en Espagne, des taux de recours aux services d'urgence plus bas pour les migrants (Buron, Cots et al. 2008).

### **1.2.2 Séjour à l'hôpital**

Une revue de littérature européenne sur l'utilisation des services de soins pour problèmes de santé somatiques met en évidence que le taux d'hospitalisation des migrants serait supérieur ou égal à celui des non-migrants (Norredam, Nielsen et al. 2010).

Quant à la durée des séjours à l'hôpital et aux coûts occasionnés, là aussi des résultats contradictoires (Mladovsky 2007) ont été trouvés avec des études, par exemple au Danemark, qui mettent en évidence aucun effet de la migration sur la durée des hospitalisations et d'autres, en Espagne (Cots, Castells et al. 2002), qui évaluent à 30% de moins la moyenne des coûts des immigrants provenant de pays à bas revenus.

### **1.2.3 Traitement pour problèmes psychiques**

Il est reconnu depuis longtemps que la migration est un facteur de risque pour la santé psychique. Le processus de perte et de changement que vit le migrant peut être considéré comme un processus de deuil. C'est un processus douloureux pour lequel sept deuils peuvent être identifiés qui peuvent provoquer de l'angoisse chez le migrant : deuil de sa famille et de ses amis, de sa langue, de sa culture, de son pays d'origine, perte de son statut, des contacts avec son groupe ethnique et exposition à des risques physiques. Ces différents deuils peuvent exposer la personne à des problèmes psychologiques (European Commission 2004).

Les résultats d'une première étude portant sur la Statistique médicale des hôpitaux avait mis en évidence que le taux d'hospitalisation pour la population du Proche-Orient était plus élevé que pour les Suisses pour des problèmes liés aux troubles de l'humeur (10,2‰ versus 5,4‰). Les hommes du Proche-Orient avaient des taux plus élevés d'hospitalisation pour la schizophrénie et les troubles de l'humeur et les femmes de la même région pour les troubles névrotiques et pour les troubles de l'humeur (Moreau-Gruet et Luyet 2012). La revue de littérature qui complétait cette analyse montrait des résultats contradictoires avec des taux d'hospitalisation globalement plus bas pour les immigrants (Lay, Lauber et al. 2006) mais plus élevés pour certains groupes de migrants (hommes originaires de Turquie, d'Europe de l'Est et d'autres pays) (Lay, Nordt et al. 2007).

Plusieurs travaux suisses et étrangers s'accordent toutefois sur un recours aux services d'urgence psychiatriques plus élevé de la part des migrants que de la part des autochtones (Baleyrier, Damsa et al. 2003; Lay, Lauber et al. 2006; Lindert, Schouler-Ocak et al. 2008).

Les personnes avec un statut de séjour précaire en Suisse (requérants d'asile) présenteraient une plus mauvaise santé psychique (dépression et état de stress post-traumatique) ainsi qu'une utilisation plus importante des services de santé (Bischoff, Schneider et al. 2009; Maier, Schmidt et al. 2010).

#### **1.2.4 Consommation de médicaments**

Une augmentation de la consommation de médicaments a été observée entre 2002 et 2007 en Suisse (Roth et Moreau-Gruet 2011). Elle proviendrait d'interactions complexes entre quatre acteurs différents qui seraient l'industrie pharmaceutique, les médecins, la population et le système de santé et les assurances. Les médecins, en tant que principaux prescripteurs, ont un rôle central pour réguler l'accès aux médicaments à leurs patients. Au niveau de la population, l'attitude du patient a changé avec des attentes plus élevées par rapport à leur santé. En est-il de même de la part de la population migrante ? Dans plusieurs études, il a été constaté une consommation de médicaments de la part de la population migrante plus basse que celle de la population autochtone (Rue, Serna et al. 2008)

Il a été observé que l'âge et l'état de santé n'expliquent pas totalement les disparités dans la prescription de médicaments ; ce serait des différences raciales ou ethniques qui pourraient refléter le scepticisme des patients à l'égard de la médecine et du système de soins en général, une mauvaise compliance face aux conseils médicaux, des problèmes de communication entre les médecins et les patients et des éventuelles différences dans les habitudes de prescriptions du personnel soignant (Gaskin, Briesacher et al. 2006)

Une part des migrants dispose de moyens financiers plus limités que la population suisse. Comme pour les soins, le patient doit payer 10% du prix des médicaments (20% s'il existe un générique) comme quote-part qui ne peut dépasser 700.- ainsi que la franchise minimale (franchise minimale 300.-). Ces frais additionnels à l'assurance maladie sont probablement un frein à l'utilisation de médicaments par certains groupes de population au budget très serré. L' « International Health Policy Survey » 2010 du Commonwealth Fund a montré qu'en Suisse, 4,0% des répondants avaient renoncé à acheter des médicaments prescrits par le médecin pour des raisons financières (Burla, 2011). Cette renonciation à l'achat de médicaments pour des raisons financières a été aussi observée dans une autre étude réalisée dans le canton de Genève : 13% avaient renoncé à acheter des médicaments (Wolff, Gaspoz et al. 2011)

## 2 Bases de données et méthodologie

### 2.1 Bases de données

Deux bases de données ont été utilisées pour étudier les différences de recours aux soins. Il s'agit d'une part du deuxième Monitoring de l'état de santé de la population migrante en Suisse (GMM II) (Guggisberg, Gardiol et al. 2011a) qui a été réalisé par l'Office fédéral de la santé publique et l'Office fédéral des migrations et d'autre part, de l'Enquête suisse sur la santé 2007 (ESS 2007, (OFS 2008, 2010) qui est réalisée tous les 5 ans par l'Office fédéral de la statistique. L'utilisation de ces deux bases de données permet de comparer le recours aux soins des migrants avec celui des Suisses.

L'ESS 2007 a analysé les données de 18'760 personnes suisses et étrangères. Pour ce rapport, une partie de ces personnes ont été sélectionnées : il s'agit uniquement des Suisses de 17 à 74 ans (n=13'860 Suisses). Parmi ceux-ci, 1758 étaient des Suisses naturalisés. Les interviews de l'ESS 2007 étaient conduites dans les trois langues nationales (allemand, français, italien) ne donnant pas la possibilité aux personnes ne maîtrisant pas l'une de ces langues d'y participer. De plus même avec un tirage de 18'760 personnes environ, certains groupes de migrants représentaient un nombre de cas insuffisant pour pouvoir faire l'objet d'une analyse.

Dans le GMM II, comme il n'était pas possible de réaliser une enquête sur l'ensemble des migrants en Suisse, six nationalités ont été retenues. 3018 personnes ayant un passé migratoire ont été interviewées : 2214 personnes de la Turquie, le Portugal, la Serbie et le Kosovo, 404 requérants d'asile du Sri Lanka et de la Somalie et 400 personnes de Turquie et du Kosovo qui ont été récemment naturalisées suisses (tableau 2.1). Quatre cinquièmes des interviews se sont déroulées dans la langue d'origine de la personne interrogée et un cinquième en allemand ou en français.

**Tableau 2.1 Echantillons : pays d'origine dans le GMM II et dans l'ESS 2007**

	GMM II	ESS 2007
Portugal	450	
Turquie	651	
Serbie	462	
Kosovo	651	
Somalie	204	
Sri Lanka	200	
Turquie : naturalisé Suisse	200	
Kosovo : naturalisé Suisse	200	
Suisses		12102
Suisses naturalisés		1758
Total	3018	13860

Les questions posées dans le GMM II ont été formulées selon le modèle de l'ESS 2007 pour permettre de comparer les réponses de la population migrante avec celles de la population d'origine suisse. De manière générale, le GMM II comprend un nombre plus limité de questions que l'ESS 2007.

Le but de cette analyse secondaire du GMM II et de l'ESS 2007 est d'étudier si la population migrante présente un comportement de recours aux soins différent de la population suisse.

## 2.2 Dimensions de la migration

Pour analyser le recours aux soins des migrants par rapport aux Suisses, il faut tenir compte d'un certain nombre de dimensions spécifiques de la migration, dans la mesure où elles sont disponibles dans le GMM II et/ou dans l'ESS 2007. Dans un premier temps, les variables ont été analysées en fonction de l'origine suisse ou étrangère des personnes, puis on a tenu compte de la naturalisation. Les analyses ont porté ensuite sur le pays d'origine du répondant. Une autre dimension était la durée de séjour en Suisse (tableau 2.2) ainsi que le type de permis de séjour en Suisse (tableau 2.3).

**Tableau 2.2 Durée de séjour dans le GMM II et dans l'ESS 2007 (Suisse seulement)**

	<b>GMM II</b>	<b>ESS 2007</b>
0-1 an	719	4
2-4 ans	433	11
5-9 ans	485	41
10 ans et plus	1381	13804
	3018	13860

**Tableau 2.3 Type de permis de séjour dans le GMM II et dans l'ESS 2007**

	<b>GMM II</b>	<b>ESS 2007</b>
Suisse	400	13860
Permis C	986	
Permis B	1228	
Autre permis ou asile	404	
	3018	13860

La question de la raison de la migration en Suisse a été aussi posée dans les deux bases de données. Les modalités de réponses un peu différentes dans les deux enquêtes ont été recodées pour être comparables (tableau 2.4).

**Tableau 2.4 Raison de la venue en Suisse dans le GMM II et dans l'ESS 2007**

	<b>GMM II</b>	<b>ESS 2007</b>
Raisons politiques	450	239
Raisons économiques	389	1003
Raisons familiales	913	580
Autres raisons	1266	643
Depuis la naissance en Suisse		11395
	3018	13860

Les compétences linguistiques sont aussi une variable importante de la migration. Elles n'ont été mesurées que dans le GMM II (tableau 2.5).

**Tableau 2.5 Maîtrise d'une des langues nationales parlées en Suisse dans le GMM II**

	<b>GMM II N</b>	<b>% pondérés</b>
(Très) bien	1602	60.0
Moyen	975	35.7
(Très) mal	303	4.3
Total	2880	100

Note : 138 non réponses

## 2.3 Dimensions de l'utilisation des services de santé

### 2.3.1 Facteurs de prédisposition d'utilisation des services de soins

Selon le modèle d'Andersen, les caractéristiques démographiques comme l'âge et le sexe font partie des facteurs de prédisposition, il faut y ajouter des facteurs sociaux. Le niveau social dépend de facteurs liés à la famille, au travail et à la formation. Nous avons pris en compte les facteurs suivants :

#### Au niveau de la famille :

- Le nombre de personnes dans la famille : le nombre de personnes qui forment une famille ou un ménage est important car d'une part, il indique si la personne pourra recevoir du soutien de la part des autres membres de la famille et d'autre part, si les revenus disponibles devront être partagés entre plusieurs personnes.
- L'état civil : bien que fortement lié à l'âge, l'état civil donne une information sur le type de ménage dans lequel vit la personne et la formation d'une famille. Avec les changements de comportements liés à la formation des couples (augmentation de l'union libre), cette information pourrait devenir moins pertinente (Fux 2005).

#### Au niveau du travail :

- Le fait d'avoir un travail rémunéré ou non. Cela se réfère à l'exercice d'une activité professionnelle d'au moins une heure par semaine contre rémunération. Le fait de ne pas avoir de travail rémunéré recoupe plusieurs situations. Il peut s'agir de femmes tenant leur ménage, de personnes âgées ayant terminé leur carrière professionnelle, de personnes qui sont encore en formation, de personnes au chômage, de personnes auxquelles le travail en Suisse est interdit (requérants d'asile), de personnes malades. Avoir une activité professionnelle peut être considéré comme un indicateur d'insertion économique et sociale. Il peut aussi provoquer du stress lié aux conditions de travail.

#### Au niveau de la formation :

- Le niveau de formation : il est défini sur la base de la plus haute formation achevée au cours de la vie sanctionnée par un certificat ou un diplôme. Les catégories de formation utilisées sont les suivantes : école obligatoire, degré secondaire, degré tertiaire. La catégorie « école obligatoire » comprend les personnes qui sont encore à l'école obligatoire ou qui n'ont pas terminé leur scolarité obligatoire et celles qui n'ont pas achevé de formation post-obligatoire. La catégorie « degré secondaire » comprend les personnes qui ont achevé une formation élémentaire, une formation professionnelle, qui ont obtenu un diplôme d'une école de commerce ou d'une école de culture générale. La catégorie « degré tertiaire » est constituée des personnes ayant achevé une formation à l'école normale (HEP), obtenu une maîtrise, un brevet fédéral, un diplôme d'une école technique ou professionnelle, d'une école supérieure, haute école spécialisée ou universitaire. Le niveau de formation a de multiples effets sur la santé. Les personnes ayant achevé une formation supérieure ont une espérance de vie plus longue que les personnes de niveau de formation plus bas (Mielck 2005). Un bon niveau de formation facilite aussi la compréhension du système de soins.
- Les compétences de santé : au niveau des facteurs de prédisposition de recours aux soins, Andersen souligne l'importance des attitudes concernant le système de santé. Parmi les attitudes, croyances, connaissances concernant le système de santé, les compétences de santé sont un élément important qui va permettre de mieux savoir quand il faut faire recours au système de soins. Le niveau de compétences en santé s'élève en fonction du niveau d'éducation (Wang et

Schmid 2007). Les questions sur les compétences de santé ont été posées uniquement dans le GMM II (tableau 2.6).

**Tableau 2.6 Compétences de santé**

Variable	GMM II	ESS 2007
Compétences de santé :	Oui	Non
- Quand vous avez des problèmes de santé ou des questions concernant votre santé, vous sentez-vous confiante/confiant lorsqu'il s'agit de choisir un ou une médecin?		
- Comment les choses se passent-elles quand vous allez chez le ou la médecin: en parlez-vous – avant ou après votre rendez-vous chez le médecin – avec d'autres personnes, soit en les rencontrant, soit au téléphone ou sur internet, etc.?		
- Quand vous allez voir un médecin, arrivez-vous bien à lui faire comprendre ce que vous attendez de lui?		
- Quand vous allez voir un médecin, comprenez-vous bien les informations qu'il vous donne?		

### 2.3.2 Facteurs favorisant l'utilisation des services de santé

Selon Andersen, les facteurs au niveau individuel favorisant le recours aux soins sont les revenus et le statut d'assurance.

- Les revenus du ménage: c'est la somme des revenus perçus par les différentes personnes du ménage. Pour pouvoir comparer les revenus de ménage de taille et de compositions différentes, on se base sur le revenu pondéré, dit revenu d'équivalence du ménage. Il est calculé d'après le nombre et l'âge des membres du ménage. Il est classé en trois catégories : moins de 3000 francs par mois, de 3000 à 4500 francs par mois et plus de 4500 francs par mois.
- Le montant de la franchise d'assurance-maladie : les répondants indiquaient si leur franchise s'échelonnait entre 300.- et 2500.- par mois. Un quart des répondants a choisi la franchise minimum. 1086 personnes ne connaissaient pas le montant de leur franchise, 342 personnes ont donné un autre montant que les montants des franchises officiels et 21 personnes n'ont pas donné de réponse au montant de la franchise (tableau 2.7). Ces personnes ont été réunies pour les analyses et elles représentent environ 37% des répondants du GMM II. Parmi les répondants de l'ESS 2007, la moitié moins (19,6%) ne connaissent pas le montant de leur franchise ; on peut considérer que cette méconnaissance du montant de leur franchise parmi les migrants est un signe de leur manque de connaissance du système de santé suisse et des prestations auxquelles ils ont droit.

**Tableau 2.7 Montant de la franchise d'assurance-maladie dans le GMM II**

	GMM II N	% pondérés
300.-	640	25.5
500.-	349	17.5
1000.- 1500.-	307	13.8
2000.- 2500.-	166	5.9
Autre montant, ne sait pas	1449	37.3
Total	2911	100.0

Une minorité de personnes (n=72) a répondu n'avoir pas d'assurance-maladie ou ne savent pas s'ils en ont une (n=35), ces personnes ne figurent pas dans le tableau des montants de la franchise.

### 2.3.3 Facteurs de besoins des services de santé

Dans nos données qui proviennent d'enquêtes auto-administrées, nous ne disposons que d'informations sur les besoins perçus de services de soins. Les trois questions principales du MEHM « Minimum European Health Modul » qui ont été posées dans l'ESS 2007 ont été intégrées dans le GMM II. Ces questions font partie du « système européen d'enquêtes sur la santé par interview » mis en place par Eurostat, l'office statistique de l'Union européenne afin de permettre des comparaisons entre pays.

- Santé autoévaluée : elle est mesurée par la question « comment est votre santé en général ? ». Les réponses vont de très bonne à très mauvaise et ont été regroupées en deux catégories : (très) bonne, moyenne-mauvaise.
- La maladie de longue durée : elle a été posée sous la forme d'une question à laquelle les personnes devaient répondre par oui ou par non : avez-vous une maladie ou un problème de santé qui dure depuis longtemps ?
- La troisième question du MEHM concernait les limitations. La question était posée sous la forme suivante : êtes-vous limité depuis au moins six mois à cause d'un problème de santé dans les activités que les gens font habituellement et dans quelle mesure ? Les personnes interrogées pouvaient répondre par : fortement limité, limité mais pas fortement et pas limité.

## 2.4 Variables de recours aux soins

La plupart des variables importantes pour comparer le recours aux soins des migrants avec celui des Suisses sont posées de manière identique dans le GMM II et l'ESS 2007 (tableau 2.8).

**Tableau 2.8 Dimensions du recours aux soins présentes dans le GMM II et dans l'ESS 2007**

Variable	GMM II	ESS 2007
Consultation d'un médecin * (oui/non)	Oui	Oui
Nombre de consultations chez le médecin	Oui	Oui
Nombre de consultations chez le médecin de famille	Oui, mais la variable ne permet pas de savoir si le répondant a un médecin de famille ou non	Oui
Nombre de consultations chez le gynécologue	Oui	Oui
Nombre de jours à l'hôpital	Oui	Oui
Nombre de visites aux services d'urgence d'un hôpital, au service ambulatoire d'un hôpital, ou dans une polyclinique	Oui	Oui
SPITEX Recours à un service de soins à domicile (oui, non)	Oui, mais N=65 pour le GMM II ne permettant pas d'analyses	Oui
Traitement pour dépression (oui, non)	Oui	Oui
Nombre de traitements pour problèmes psychiques	Oui, mais N=156 ne permettant pas d'analyses	Non
Consommation d'un quelconque médicament au cours des 7 derniers jours (oui, non)	Oui	Oui
Consommation d'un analgésique au cours des 7 derniers jours (oui, non)	Oui (modalités de réponses différentes mais recodage équivalent)	Oui

\*Sauf mention contraire, les questions portent sur les 12 derniers mois

Toutes les dimensions ont pu être étudiées sauf le recours à un service de soins à domicile et le nombre de traitements pour problèmes psychiques qui présentaient un nombre de cas insuffisant. La manière dont a été posée la question n'a pas permis d'étudier si le répondant avait ou non un médecin de famille, mais seulement le nombre de consultations chez celui-ci, ainsi le répondant qui mentionnait aucune consultation dans l'année pouvait tout de même avoir un médecin de famille.

## 2.5 Analyses statistiques

La méthode d'échantillonnage des deux enquêtes n'étant pas une méthode aléatoire simple mais un échantillonnage à 2 degrés, il a été nécessaire d'utiliser une procédure permettant une estimation valide des erreurs standard. La procédure de Complex Sample de SPSS a été utilisée. A l'aide de poids, la représentation proportionnelle des pays du GMM II et de la Suisse a été réalisée. Dans un premier temps des analyses ont été réalisées uniquement sur les données du GMM II (N=3018). Dans un deuxième temps, dans un objectif de comparaison de la population suisse et des différentes populations migrantes étudiées (les nationalités concernées par le GMM II), les données de l'ESS 2007 et du GMM II ont été mises ensemble (N=16'878) et pondérées. Les résultats ne sont donc pas représentatifs de la population suisse dans son ensemble mais uniquement des Suisses et des six nationalités étudiées (voir tableau 2.1).

Chaque dimension du recours aux soins a été analysée de manière bivariée en fonction des dimensions de la migration. Les analyses en fonction des dimensions sociodémographiques sont généralement seulement mentionnées dans le texte et présentées dans les annexes. Pour chaque dimension étudiée, une analyse pour chaque pays a été réalisée en fonction de l'âge et du sexe pour tenir compte de la structure démographique. Les valeurs pour le pays par âge et par sexe ont été comparées aux valeurs pour la Suisse. Pour les personnes du domaine de l'asile (Somalie et Sri Lanka) des analyses ont été réalisées seulement par sexe et en fonction du type de permis (F : au bénéfice d'une admission provisoire, N : en attente d'une décision concernant sa demande d'asile) sur le même modèle choisi par les concepteurs du GMM II (Guggisberg, Gardiol et al. 2011b). Dans le texte, seules les différences significatives sont présentées. Certaines différences non significatives sont mentionnées mais expressément signalées comme non significatives.

Des analyses de régressions logistiques ont été réalisées pour cinq indicateurs (consultation d'un médecin, hospitalisation, service d'urgence, traitement pour dépression, consommation d'un quelconque médicament). Trois régressions ont été réalisées pour chaque indicateur.

Première régression logistique : pour chaque indicateur, une régression a été réalisée en tenant compte de deux facteurs de prédisposition majeurs (le sexe et l'âge) et de trois facteurs de besoins (santé autoévaluée, maladie de longue durée et niveau de limitations dans les activités). Il s'agissait d'analyser, si en tenant compte de ces facteurs simultanément, on pouvait observer une différence en fonction du profil migratoire (Suisse, Suisse naturalisé, étrangers).

Deuxième régression logistique : ensuite une deuxième régression a été réalisée en prenant les mêmes facteurs de prédisposition et de besoins que la première régression, cette fois-ci en tenant compte du pays de provenance (pays du GMM II par rapport aux Suisses).

Troisième régression logistique : dans un troisième temps, chacun des cinq indicateurs a été analysé en fonction de l'ensemble des déterminants de la migration (durée de séjour, permis de séjour, raisons de la venue en Suisse) et des variables sociodémographiques (formation, nombre de personnes dans le ménage, état civil, travail contre rémunération, revenu d'équivalence du ménage). A ces variables ont été ajoutées la région de provenance (Suisse romande, Suisse alémanique) et le montant de la franchise de l'assurance-maladie.

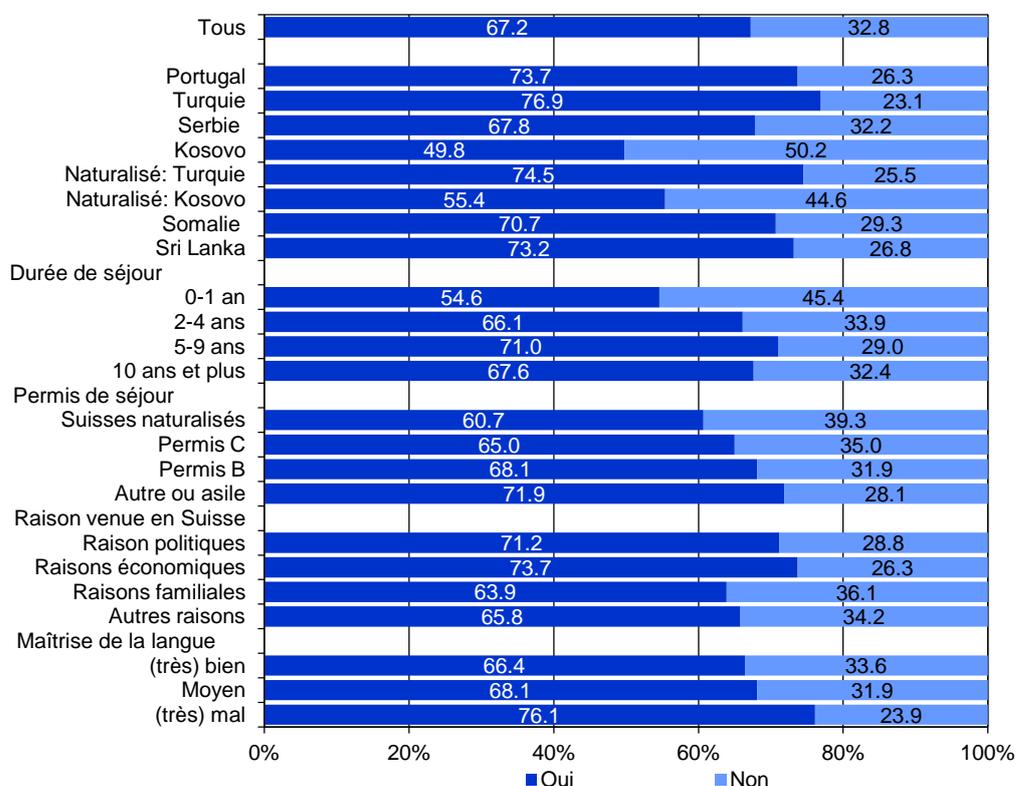
### 3 Résultats

#### 3.1 Consultation d'un médecin au cours des douze derniers mois

##### 3.1.1 Consultation au moins une fois dans l'année d'un médecin

La figure 3.1 met en relation la consultation d'un médecin au cours des 12 derniers mois avec différentes dimensions de la migration dans l'enquête GMM II et la figure 3.2 les met en relation dans l'Enquête suisse sur la santé 2007 et dans le GMM II réunis. Dans le GMM II, 67,2% des répondants ont consulté un médecin au cours des 12 derniers mois, c'est le cas de 78,1% des répondants dans l'ESS 2007 et le GMM réunis. Si on prend ces deux bases de données réunies, on peut constater que les Suisses depuis leur naissance sont 78,6% à avoir consulté au moins une fois un médecin au cours des 12 derniers mois, ce qui est le cas de 81,2% des Suisses naturalisés et de 67,4% des étrangers (figure 3.2).

**Figure 3.1 Liens entre la consultation d'un médecin au cours des 12 derniers mois et différentes caractéristiques de la migration**



Source: GMM II (N=3018)

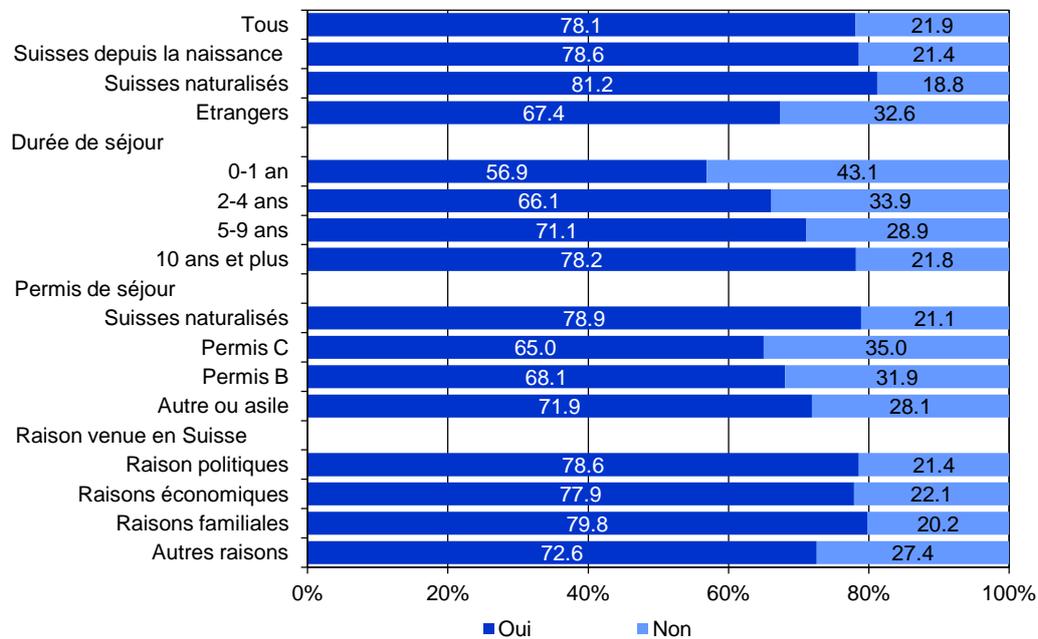
© Obsan

En ce qui concerne plus précisément la nationalité, quel que soit le pays d'origine des immigrés, ceux-ci ont moins consulté que les Suisses un médecin, la proportion allant de 49,8% pour les personnes du Kosovo à 73,7% pour les Portugais (figure 3.1).

La structure d'âge de la population pouvant avoir une grande importance sur le taux de recours au médecin, il a été procédé à une analyse en fonction du sexe et de l'âge (annexe 6.2, tableaux 6.1, population permanente et 6.10, requérants d'asile). Quel que soit l'âge des immigrés du Kosovo, leur recours au médecin est significativement moindre que celui des Suisses (seule la différence pour les hommes de 50 à 74 ans n'est pas significative). Pour les autres pays, les taux sont pour la plupart

plus bas que ceux de la Suisse, mais seuls les hommes de la Serbie de 50 à 74 ont un taux de recours au médecin significativement plus bas que les Suisses.

**Figure 3.2 Liens entre la consultation d'un médecin au cours des 12 derniers mois et différentes caractéristiques de la migration**



Source: ESS 2007 et GMM II (Ntot=16'857)

© Obsan

En considérant les dimensions liées à la migration, sur la base du GMM II (figure 3.1), les personnes qui ont une durée de séjour d'un an et moins, celles qui ont été naturalisées suisses, celles qui ont migré pour des raisons familiales et celles qui ont une très bonne maîtrise de la langue ont moins consulté le médecin au cours des 12 derniers mois. En mettant ensemble le GMM II et l'ESS 2007, on constate que ce sont les personnes qui ont un permis C et celles qui sont venues en Suisse pour « d'autres raisons » qui ont un taux de recours au médecin plus bas (figure 3.2).

Ces premiers résultats ne tiennent pas compte simultanément de l'âge, du sexe et de l'état de santé, c'est-à-dire des facteurs de prédisposition les plus importants. Les personnes se déclarant en mauvaise santé ont un risque plus élevé que les personnes se déclarant en bonne santé d'avoir eu recours au médecin au cours des 12 derniers mois (OR=1,9<sup>5</sup>) (annexe 6.3, tableau 6.19, modèle 1). C'est lorsque les limitations sont très importantes, que la probabilité d'avoir consulté un médecin est la plus importante (OR=2,9). Les personnes de 35 à 49 ans ont un recours moindre à celui des 17 à 34 ans et celles de 50 ans et plus un recours supérieur. Les femmes ont aussi une probabilité nettement supérieure d'avoir consulté un médecin (OR=2,1).

Si l'on tient compte de besoins de soins équivalents approximés par l'âge, le sexe et l'état de santé, les étrangers ont une probabilité inférieure aux Suisses d'avoir consulté un médecin au cours des 12 derniers mois tandis qu'aucune différence n'est observée pour les Suisses naturalisés (annexe 6.3, tableau 6.19, modèle 1).

<sup>5</sup> Un odds ratio (OR) de 1,9 signifie que les personnes en mauvaise santé ont 90% plus de chance que celles en bonne santé d'avoir eu recours au médecin au cours des 12 derniers mois. L'odds ratio estime le rapport de chance entre deux proportions. Dans une régression logistique, on tient compte de l'effet de toutes les variables explicatives simultanément.

Si on reprend la même analyse mais en tenant compte des différents pays ayant participé au GMM II, on constate que les répondants de Turquie, de Serbie, du Kosovo, du Sri Lanka et ceux du Kosovo récemment naturalisés ont une probabilité significativement inférieure à celle des Suisses d'avoir consulté un médecin au cours des 12 derniers mois (annexe 6.3, tableau 6.20, modèle 2).

Le troisième modèle prend en compte l'ensemble des facteurs pouvant être associés à la consultation d'un médecin au cours des 12 derniers mois (annexe 6.3, tableau 6.20, modèle 3). Un niveau de formation plus élevé que l'école obligatoire, le fait d'appartenir à un ménage de deux personnes, avoir émigré pour des raisons familiales, avoir un revenu supérieur à 3000.- et avoir une franchise plus basse que 2000.- à 2500.- augmentent la probabilité du recours aux soins. Le fait d'avoir un travail rémunéré et vivre en Suisse alémanique diminuent la probabilité d'avoir consulté un médecin dans l'année.

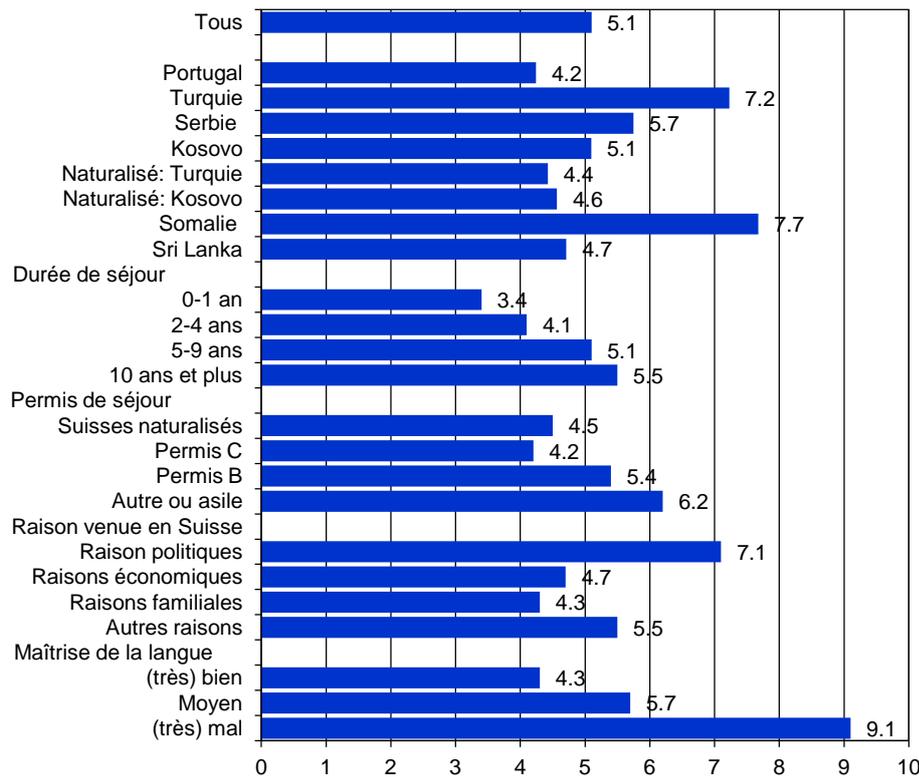
### **3.1.2 Fréquence des consultations chez le médecin au cours des 12 derniers mois**

Le nombre moyen de consultations au cours de l'année parmi les personnes ayant consulté est de 5,1 pour les répondants au GMM II et de 4,9 pour les répondants de l'ESS 2007 et du GMM II mis ensemble. Les étrangers n'ont pas un nombre de consultations par année significativement plus élevé que les Suisses par contre c'est le cas de certains groupes de migrants comme les Turcs (7,2) et les Somaliens (7,7, figure 3.3).

Le nombre de consultations annuel est statistiquement plus élevé parmi les femmes turques de 35 à 49 ans et de 50 à 74 ans et parmi les femmes du Kosovo de 50 à 74 ans que parmi les femmes suisses de même âge. Il est légèrement plus faible chez les hommes de 17 à 34 ans du Portugal et du Kosovo (annexe 6.2, tableaux 6.2 et 6.11).

La durée de séjour, le type de permis, la raison de la venue en Suisse sont significativement associés au nombre de consultations. Plus la durée de séjour est longue, plus le nombre de consultations est élevé, passant de 3,4 consultations pour les personnes qui sont en Suisse depuis moins d'une année à 5,5 consultations pour celles qui sont là depuis plus de 10 ans. Les requérants d'asile ont eu en moyenne 6,6 consultations dans l'année. Les personnes qui sont venues en Suisse pour des raisons politiques ont un nombre de consultations plus élevé (7,7) ainsi que celles qui maîtrisent mal la langue (9,1).

**Figure 3.3 Moyenne du nombre de consultations chez le médecin au cours des 12 derniers mois et différentes caractéristiques de la migration**



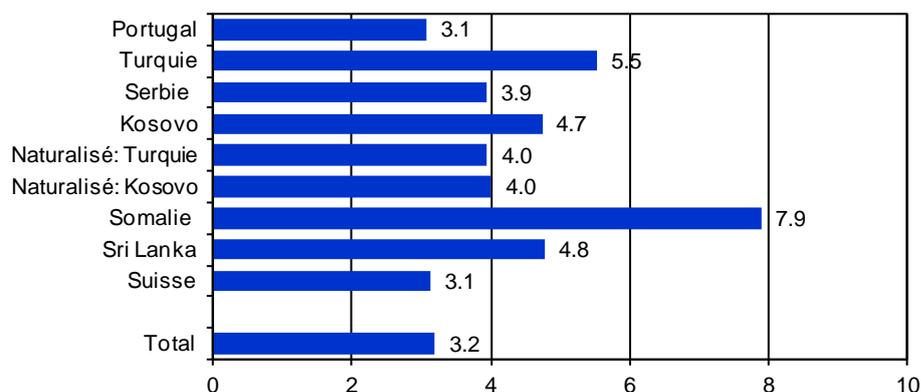
Source: GMM II (N=1924)

© Obsan

### 3.2 Fréquence des consultations chez le médecin de famille au cours des 12 derniers mois

Le deuxième Monitoring de la santé des migrants permet de connaître le nombre de consultations chez un médecin de famille. Le nombre de consultations chez le médecin de famille est plus élevé parmi les répondants du GMM II (4,0) que parmi les répondants du GMM II et de l'ESS 2007 réunis (3,2), mais la différence entre Suisses et étrangers n'est pas significative, par contre certains groupes de migrants ont un nombre de consultations chez le médecin de famille plus élevé. Il s'agit des répondants de la Somalie (7,9), de la Turquie (5,5) et du Sri Lanka (4,8, figure 3.4).

**Figure 3.4 Moyenne du nombre de consultations chez le médecin de famille au cours des 12 derniers mois selon le pays d'origine**



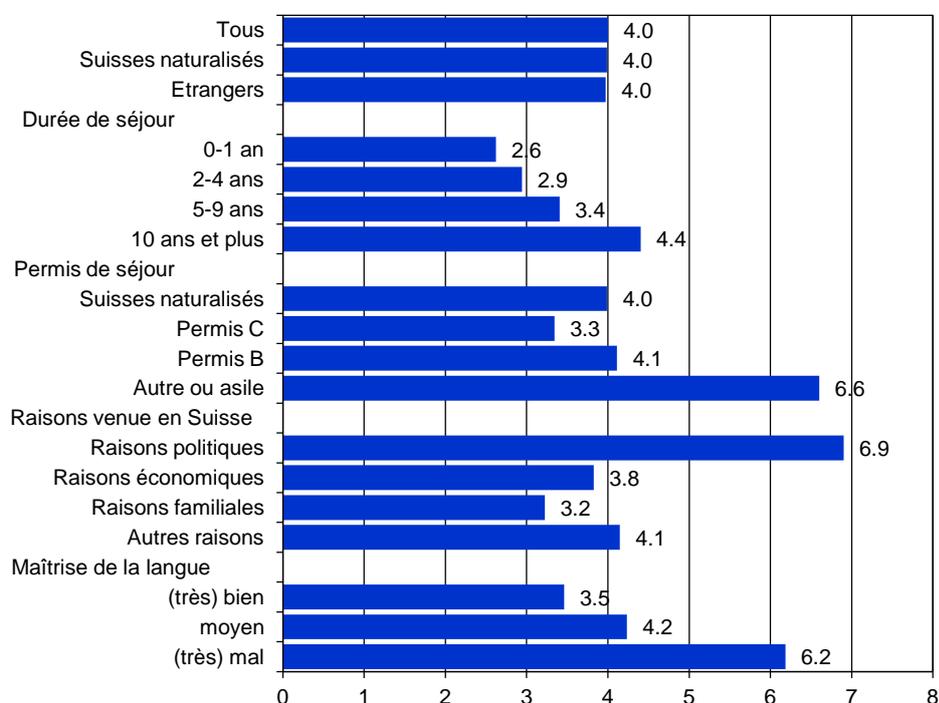
Source: GMM II et ESS 2007 (N=9726)

© Obsan

Si l'on tient compte de l'âge et du sexe, à tous les âges, la fréquence du nombre de consultations chez le médecin de famille est plus élevée chez les Turcs et les femmes ressortissantes du Kosovo que chez les Suisses. Chez les hommes kosovars, ce n'est le cas que chez les 17 à 34 ans. En Serbie, seules les femmes de 35 à 49 ans sont dans une telle situation (annexe 6.2, tableaux 6.3 et 6.12).

Parmi les personnes ayant répondu au GMM II, le nombre de consultations augmente en fonction de la durée de séjour passant de 2,6 parmi les personnes qui sont en Suisse depuis moins d'une année à 4,4 parmi celles y séjournant depuis 10 ans et plus. Les personnes du domaine de l'asile ont aussi un nombre de consultations plus élevé (6,6), ainsi que celles qui sont venues pour des raisons politiques (6,9) et celles qui maîtrisent (très) mal la langue (6,2, figure 3.5).

**Figure 3.5** Nombre de consultations chez le médecin de famille au cours des 12 derniers mois et différentes caractéristiques de la migration

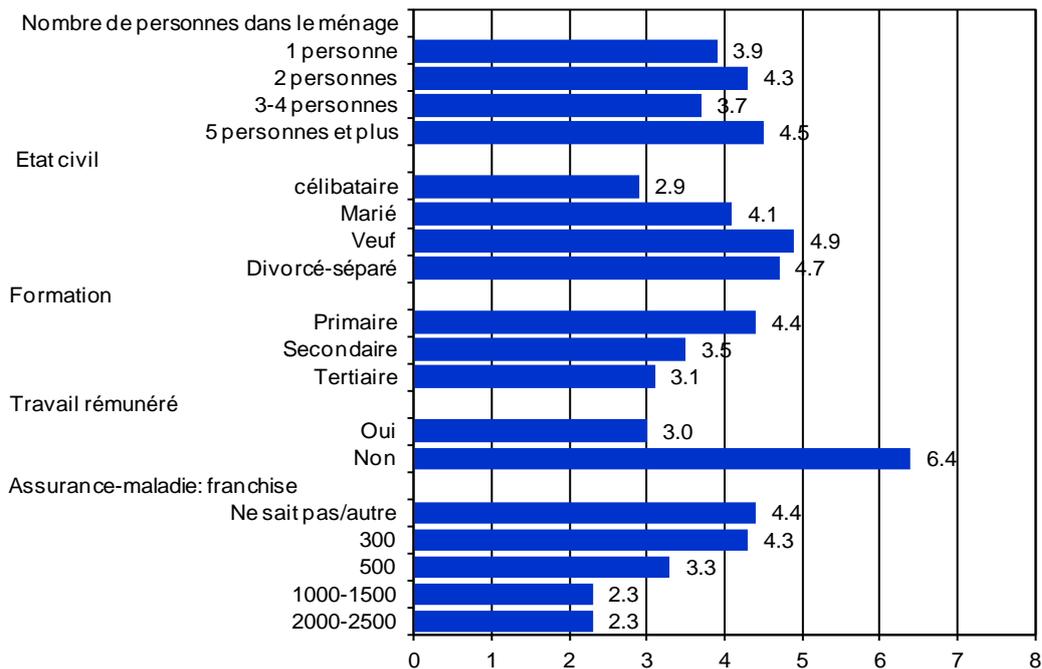


Source : GMM II (N=1673)

© Obsan

De point de vue des caractéristiques sociodémographiques, les répondants du GMM II qui ont un nombre plus élevé de consultations chez le médecin de famille sont celles qui sont veuves ou divorcées (4,9 et 4,7 consultations), celles qui n'ont pas de travail rémunéré (6,4) et celles qui ont une franchise basse (300.- ; 4,3 consultations) ou ne savent pas le montant de leur franchise (4,4 consultations). Plus le niveau de formation est élevé, plus le nombre de consultations est bas (formation primaire : 4,4 consultations, formation tertiaire : 3,1 consultations) (figure 3.6).

**Figure 3.6** Nombre de consultations chez le médecin de famille au cours des 12 derniers mois et différentes caractéristiques sociodémographiques



Source : GMM II (N=1674)

### 3.3 Fréquence des consultations chez le gynécologue au cours des 12 derniers mois

Le nombre moyen de consultations chez le gynécologue est de 1,4 pour les répondantes au GMM II et de 1,1 pour celles du GMM II et de l'ESS 2007 réunis. La moyenne des consultations chez le gynécologue est statistiquement plus élevée chez les étrangères (1,5) que chez les Suissesses et les Suissesses naturalisées (1,1). Par contre, si l'on tient compte de l'âge, il y a peu de différences significatives entre les différents groupes de migrants et la Suisse, seules les femmes du Kosovo de 50 à 74 ans ayant une moyenne du nombre de visites plus bas (annexe 6.2, tableaux 6.4 et 6.13).

Le nombre de consultations annuel est plus élevé parmi les personnes qui sont en Suisse depuis une année ou moins (2,5) que parmi celles qui sont en Suisse depuis 10 ans et plus (1,0). Il est plus élevé parmi les femmes qui ont un permis C (1,9) et celles qui demandent l'asile (1,7, données non présentées). Les dimensions sociodémographiques ou le type de franchise n'ont pas d'influence significative sur le nombre de consultations chez le gynécologue.

### 3.4 Séjours à l'hôpital et nombre de jours d'hospitalisation au cours des 12 derniers mois

#### 3.4.1 Séjours à l'hôpital

La question posée aux répondants était la suivante : Combien de jours avez-vous passés à l'hôpital ou dans une clinique spécialisée au cours des 12 derniers mois, sans compter les séjours de cure ? La proportion de personnes qui a été hospitalisée au moins une fois au cours des 12 derniers mois est

de 16,4% pour les répondants du GMM II et de 11,1% pour celles du GMM II et de l'ESS 2007 réunis. Les Suisses et les Suisses naturalisés ont été significativement moins hospitalisés au moins une fois dans l'année (respectivement 10,7% et 10,6%) que les étrangers (16,3%).

Le premier modèle de régression logistique (annexe 6.3, tableau 6.21, modèle 1) confirme qu'à besoins de soins équivalents, les étrangers ont plus de probabilité d'être hospitalisés au cours des 12 derniers mois que les Suisses (OR : 1,7). Les hommes étrangers ont, par rapport aux Suisses, une probabilité plus élevée d'être hospitalisés (OR : 2,0) que les femmes (OR : 1,4). A noter que par rapport aux personnes de 17 à 34 ans, les femmes plus âgées et les hommes de 35 à 49 ans ont une probabilité plus faible d'être hospitalisés.

Le deuxième modèle de régression logistique (annexe 6.3, tableau 6.22, modèle 2) met en évidence que les ressortissants du Portugal (OR : 1,6), de la Turquie (OR : 1,5), de la Serbie (OR : 1,4), du Kosovo (OR 1,9) et de la Somalie (3,9) ont une probabilité plus importante d'avoir été hospitalisés dans les 12 derniers mois à besoins de soins équivalents.

En tenant compte des variables sociodémographique (annexe 6.3, tableau 6.22, modèle 3), seuls les ressortissants du Kosovo récemment naturalisés (OR : 2,3) et de Somalie (OR : 2,4) ont encore une probabilité plus importante d'avoir été hospitalisés dans l'année. Les personnes mariées (OR : 1,4) et divorcées ou séparées (OR : 1,2) ont une probabilité plus importante d'être hospitalisées et celles qui ont une franchise basse de 300.- ou 500.- (OR : 1,6) ainsi que celles qui ne connaissent pas le montant de leur franchise (OR : 1,4). Les personnes qui travaillent contre rémunération ont par contre une probabilité plus faible d'avoir été hospitalisées (OR : 0,7).

### 3.4.2 Nombre de jours d'hospitalisation

Une faible part de la population ayant été hospitalisée au cours de l'année implique que les calculs sur les moyennes du nombre de jours d'hospitalisation comportent un petit nombre de personnes (GMM II : 500, GMM II et ESS 2007 : 2200) et a pour conséquence que la plupart des différences ne sont pas significatives. Les analyses n'ont pas pu être réalisées en fonction du sexe et de l'âge simultanément.

Globalement la durée d'hospitalisation est un peu plus courte parmi les personnes ayant répondu au GMM II (7,9) que parmi les personnes appartenant à l'échantillon complet (8,6). Les femmes ont une durée d'hospitalisation plus courte que les hommes (GMM II : 6,2 versus 9,3 et GMM II et ESS 2007 : 8,0 et 9,3). La durée des hospitalisations augmente avec l'âge (GMM II : 17-34 : 4,8 ; 35-49 : 9,1 ; 50 et plus : 9,1 ; respectivement pour le GMM II et ESS 2007 : 6,0 ; 7,3 ; 11,0).

Les résultats montrent que les ressortissants du Portugal et de la Turquie de 17 à 34 ans ont une durée d'hospitalisation plus courte que les Suisses de même âge. Les personnes âgées de 35 à 74 ans du Kosovo ont aussi une durée d'hospitalisation plus courte que les Suisses d'âge équivalent. A noter une durée d'hospitalisation très longue des ressortissants de Turquie de 50 à 74 ans (35,4 jours) mais qui n'est pas significative (annexe 6.2, tableau 6.5).

Aucune variable de la migration n'est associée significativement au nombre de jours d'hospitalisation. Au niveau des variables sociodémographiques, le fait de n'avoir pas d'activité rémunérée est la seule dimension qui est significativement associée au nombre de jours d'hospitalisation : la moyenne du nombre de jours d'hospitalisation des personnes sans activité rémunérée s'élève à 12,9 par rapport à 4,5 pour les personnes qui ont une activité rémunérée.

### 3.5 Visites aux services d'urgences et aux services ambulatoires d'un hôpital

#### 3.5.1 Visites imprévues et sur rendez-vous aux services d'urgence

Il était demandé aux répondants si au cours des 12 derniers mois, ils avaient été admis aux urgences d'un hôpital, au service ambulatoire d'un hôpital ou dans une polyclinique. Parmi les répondants du GMM II, 17,6% ont été admis dans un tel service contre 12,5% parmi les répondants du GMM II et de l'ESS 2007 réunis. Les Suisses sont 11,7% à y avoir été admis au cours des 12 derniers mois, les Suisses naturalisés 14,5% et les étrangers 17,7%. Les Portugais (21,6%) et les Turcs (22,9%) sont plus nombreux à avoir été dans un tel service et les Somaliens (9,7%) nettement moins nombreux (figure 3.7). Une analyse en fonction du sexe et de l'âge montre que les femmes portugaises de 17 à 49 ans, les hommes portugais de 35 à 49 ans, les femmes turques de 35 à 49 ans et les hommes turcs de 17 à 34 ans ont une probabilité significativement plus élevée d'avoir été admis dans un tel service (annexe 6.2, tableau 6.6).

Parmi les dimensions liées à la migration et les variables sociodémographiques, seul le type de permis de séjour est significativement associé aux visites aux urgences d'un hôpital, au service ambulatoire d'un hôpital ou dans une polyclinique : 21,5% des personnes ayant un permis C s'y sont rendus contre 12,2% des requérants d'asile (figure 3.7).

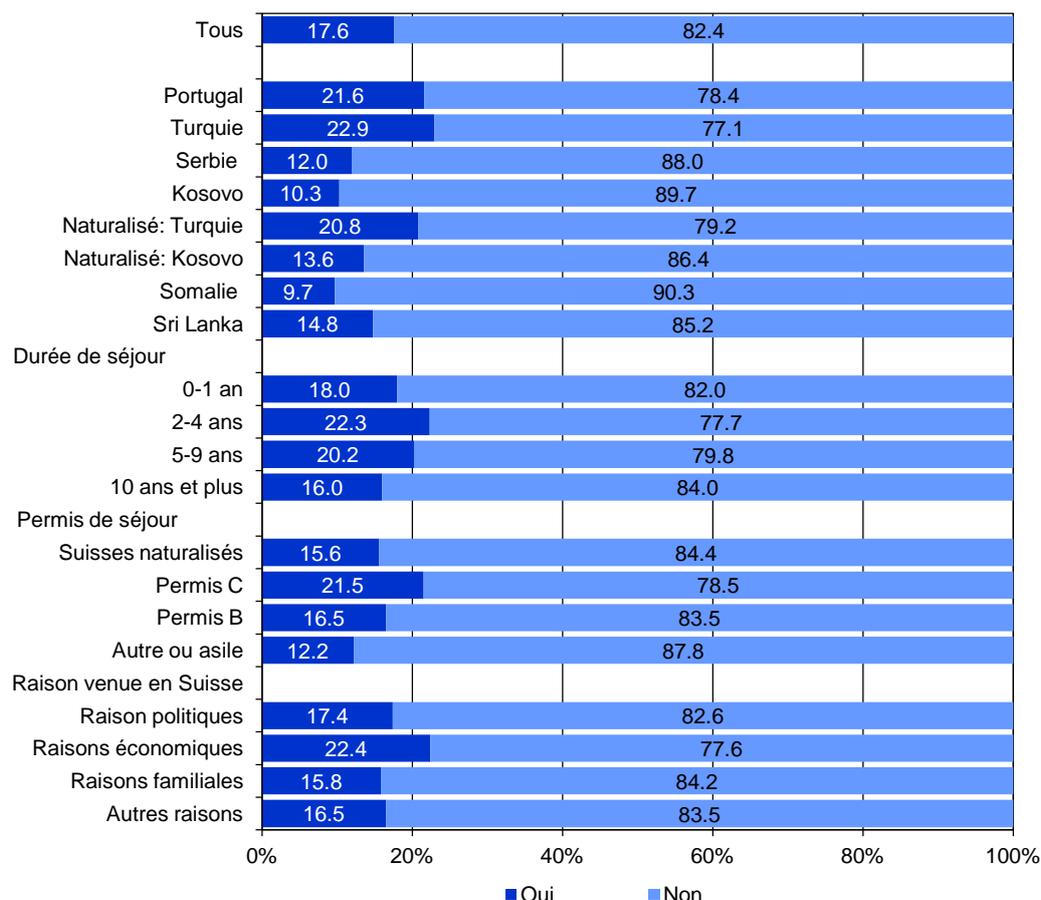
#### 3.5.2 Visites imprévues aux services d'urgence

Le questionnaire du GMM II permettait de savoir si la personne était allée dans un de ces services en urgence, et il était précisé « de manière imprévue ». Cette question a fait l'objet d'une analyse de régression logistique. Le premier modèle montre que la consultation de services en urgence ne diffère pas en fonction du sexe et que les personnes de plus de 35 ans sont moins susceptibles de s'y rendre. L'analyse confirme que les étrangers et les Suisses naturalisés ont plus de probabilité de s'y rendre (annexe 6.3, tableau 6.23, modèle 1).

Le deuxième modèle de régression logistique (annexe 6.3, tableau 6.24, modèle 2) montre que les ressortissants du Portugal (OR : 2,0), de la Turquie (OR : 2,0, Turcs naturalisé OR : 1,5) ont plus de probabilité de s'y rendre, par contre cette probabilité est plus faible parmi ceux du Kosovo (OR : 0,7) et du Sri Lanka (OR : 0,6).

Le troisième modèle de régression logistique (annexe 6.3, tableau 6.24, modèle 3) montre que les personnes venues en Suisse pour des raisons politiques (OR : 1,7), des raisons familiales (OR : 1,5) ou d'autres raisons (OR : 1,4) ont une probabilité plus élevée d'aller en urgence dans un hôpital, un service ambulatoire d'un hôpital ou dans une polyclinique que les personnes qui sont en Suisse depuis la naissance. Les personnes qui ont une franchise de leur assurance maladie de 1500.- et moins ont une probabilité plus élevée d'aller en urgence dans un hôpital (OR entre 1,3 et 2,3) que celles qui ont une franchise de 2000.- ou 2500.-. Une probabilité plus faible d'aller en urgence dans un hôpital est observée parmi les personnes qui sont mariées (OR : 0,9) par rapport à celles qui sont célibataires, parmi les personnes habitant en Suisse alémanique (OR : 0,7) et celles qui n'ont pas donné de réponse concernant leur revenu (OR : 0,7).

**Figure 3.7 Visites aux services d'urgences et aux services ambulatoires d'un hôpital au cours des 12 derniers mois et différentes caractéristiques de la migration**



Source : GMM II (N=3010)

© Obsan

### 3.6 Traitement pour dépression

Les réponses proviennent de la question suivante: Etes-vous actuellement en traitement médical ou avez-vous suivi un traitement pendant les 12 derniers mois pour dépression ? Cette question a été préférée à la question : Avez-vous été en traitement pour des problèmes psychiques au cours des 12 derniers mois. Dans le GMM II, les répondants ont été plus nombreux à répondre affirmativement à la première question. La dépression est peut-être une maladie plus « acceptable » socialement par les migrants que les problèmes psychiques. Il peut aussi s'agir d'un problème de compréhension. Dans l'Enquête suisse sur la santé, la question du traitement pour dépression est posée dans le questionnaire écrit (une part des personnes interviewées n'a pas répondu au questionnaire).

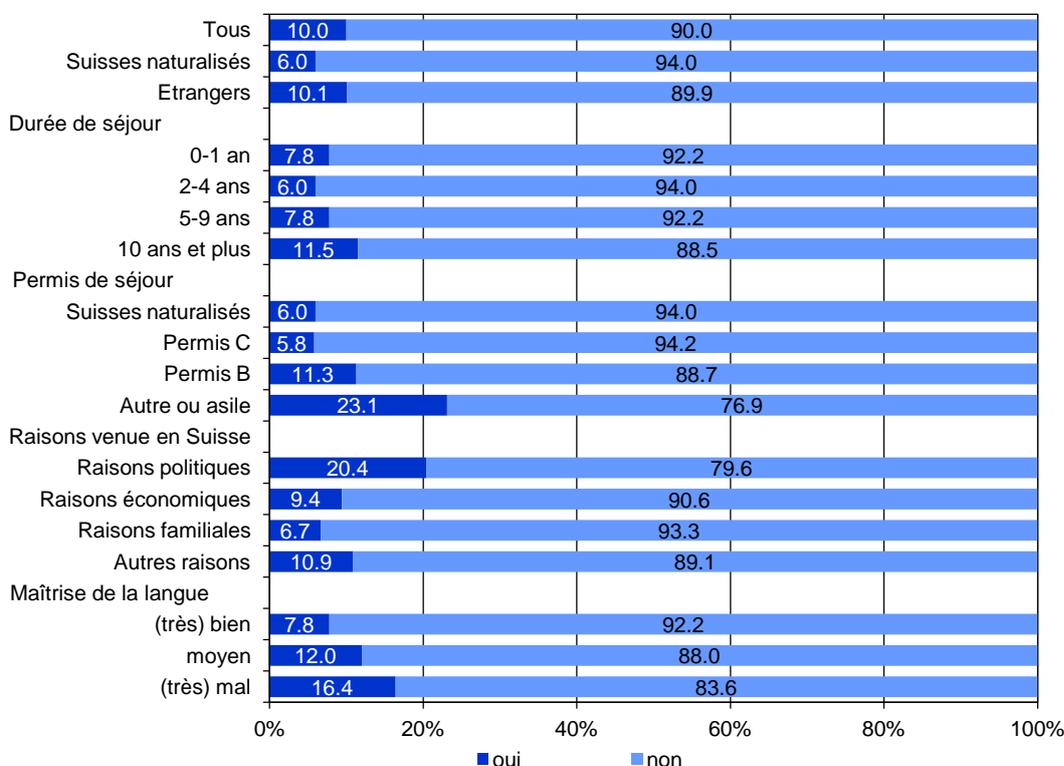
Cette question est globale et ne permet pas de savoir de quel type de traitement il s'agit (ambulatoire, stationnaire). Elle ne permet pas non plus de se faire une idée de la sévérité de la maladie, du type et de l'ampleur du traitement.

Parmi les répondants du GMM II, 10% disent avoir été en traitement pour dépression, cette proportion n'est que de 5% pour les répondants de l'ESS 2007 et du GMM II réunis. Les femmes sont proportionnellement plus nombreuses à être en traitement (données GMM II : femmes : 13%, hommes : 7,5% ; données ESS 2007 et GMM II : 3,8% et 6,1%) et la proportion de personnes en traitement augmente avec l'âge (données GMM II : 17-34 ans : 3,5%, 35-49 : 12,2%, 50 et plus :

20,3%). L'augmentation de la proportion de personnes en traitement en fonction de l'âge est nettement moins forte pour les données de l'ESS 2007 et du GMM II réunies (3,8%, 5,1%, 5,8%).

Les ressortissants du Portugal, de la Turquie, de la Somalie et du Sri Lanka sont plus nombreux à avoir été en traitement pour dépression. Le recours plus élevé se vérifie pour les Portugaises et les Turques de plus de 35 ans, ainsi que pour les Turcs de 35 à 49 ans. Un recours plus bas que celui des Suisses s'observe pour les hommes portugais et serbes de 17 à 34 ans, ainsi que pour les femmes du Kosovo du même âge. Le recours au traitement pour dépression des personnes de Somalie (12,4%) et particulièrement du Sri Lanka est élevé (avec un total de 34,6% y ayant fait recours au cours des 12 derniers mois). Les hommes Sri Lankais sont plus concernés (39,4%) que les femmes (23,6%), cette différence n'étant pas observée pour les personnes de Somalie. On observera que 58,1% des requérants d'asile du Sri Lanka sont en traitement (annexe 6.2, tableaux 6.7 et 6.16).

**Figure 3.8 Liens entre le traitement contre la dépression au cours des 12 derniers mois et différentes caractéristiques de la migration**



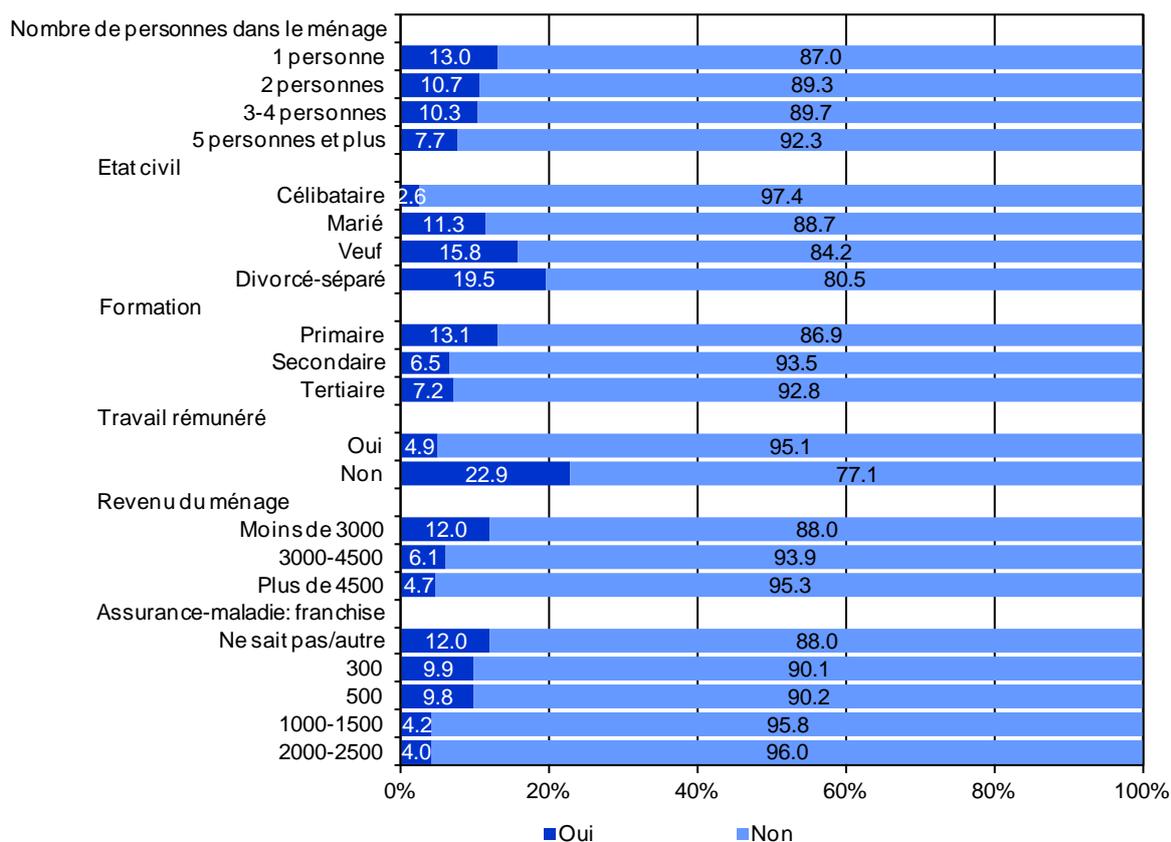
Source : GMM II (N=3018)

© Obsan

Dans le GMM II, les personnes naturalisées sont statistiquement moins traitées pour dépression que les personnes étrangères (6% versus 10,1%). Les personnes dont la durée de résidence est de 10 ans et plus sont plus traitées pour dépression que celles qui ont une durée plus courte. Les personnes qui font une demande d'asile (23,1%), celles qui sont venues en Suisse pour des raisons politiques (20,4%) et celles qui maîtrisent (très) mal la langue (16,4%) sont statistiquement plus nombreuses à être traitées pour dépression (figure 3.8).

13% des personnes qui habitent dans un ménage d'une seule personne sont traitées pour dépression, 19% des personnes séparées ou divorcées, 13,1% de celles qui ne disposent que de la formation obligatoire, 22,9% de celles qui n'ont pas de travail rémunéré et 12% de celles qui gagnent moins de 3000.- par mois (figure 3.9).

**Figure 3.9 Liens entre le traitement contre la dépression au cours des 12 derniers mois et différentes caractéristiques sociodémographiques**



Source : GMM II (N=3018)

© Obsan

Le premier modèle de régression logistique vise à analyser si à besoins de soins équivalents approximés par l'âge, le sexe et l'état de santé, les étrangers ont une probabilité plus élevée d'être en traitement pour dépression (annexe 6.3, tableau 6.25, modèle 1). Ce premier modèle de régression logistique confirme que les femmes ont une plus grande probabilité d'être en traitement pour dépression que les hommes (OR :1,5). L'âge ne présente par contre pas de différence pour les femmes mais les hommes ont plus de risque d'être en traitement entre 35 et 49 ans. Par rapport aux Suisses et aux Suisses naturalisés, les étrangers ont nettement plus de risque d'être traités pour dépression (OR : 1,9). L'état de santé auto-évalué, les limitations dans les activités et avoir une maladie de longue durée sont fortement associés au fait de suivre un traitement pour dépression (OR entre 1,4 et 4,1). Ces résultats sont congruents avec de nombreuses études réalisées sur la comorbidité qui mettent en évidence que les troubles psychiques s'accompagnent très souvent de maladies somatiques (chroniques) : la part de la population atteinte de maladie psychique et d'une maladie somatique atteindrait 45% (Schuler et Burla 2012).

Le deuxième modèle de régression logistique vise à analyser s'il existe des différences entre nationalités par rapport aux Suisses quant au traitement pour dépression (annexe 6.3, tableau 6.26, modèle 2). Les Portugais (OR :1,6), les Turcs (OR : 2.0), les Somaliens (OR : 1,9) et les Sri Lankais (OR : 5,6) ont une probabilité nettement plus importante d'être traités pour dépression.

Le troisième modèle vise à savoir si au-delà des différences liées au sexe, à l'âge, à l'état de santé et à la nationalité, il existe d'autres caractéristiques associées au traitement pour dépression (annexe 6.3, tableau 6.26, modèle 3). Dans ce modèle, seuls les Turcs et les Sri Lankais ont encore une probabilité plus élevée d'être en traitement pour dépression. Les résultats montrent que le fait d'être

dans un ménage de plus d'une personne, d'être marié, d'avoir un travail rémunéré, d'habiter en Suisse alémanique et d'avoir un revenu de 4500.- et plus diminue la probabilité d'avoir été en traitement pour dépression au cours des 12 derniers mois. Par contre, les personnes qui ont une franchise de 300.- et 500.- et celles qui ne savent pas le montant de leur franchises ont plus de probabilité d'avoir été en traitement que celles qui avaient une franchise de 2000.- à 2500.-.

## 3.7 Consommation de médicaments

### 3.7.1 Consommation générale de médicaments

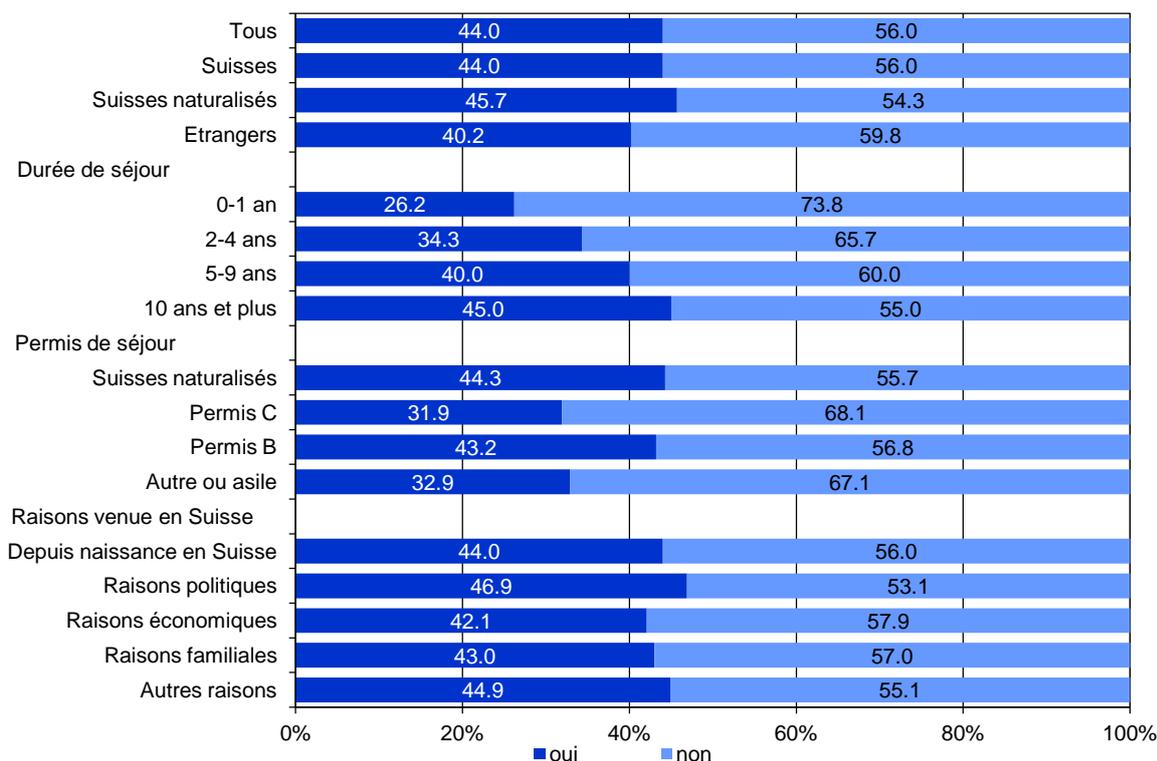
Comme cela a déjà été observé dans d'autres rapports prenant comme base de données l'Enquête suisse sur la santé, les migrants consomment moins de médicaments que les Suisses d'origine (Roth et Moreau-Gruet 2011). En considérant les données du GMM II et celles de l'ESS 2007, on constate que 44,0% des Suisses ont consommé au moins un médicament au cours des sept derniers jours, 45,7% des Suisses naturalisés et 40,2% des étrangers (figure 3.10).

Les ressortissants du Portugal et de la Serbie n'ont pas une consommation d'un quelconque médicament au cours des sept derniers jours différente de celle des Suisses. Par contre, les hommes et les femmes de Turquie de plus de 35 ans ont une probabilité nettement plus élevée d'avoir consommé au moins un médicament. Les ressortissants du Kosovo ont par contre une consommation de médicaments plus faible : les femmes de 35 à 49 ans et les hommes de 17 à 49 ans ont une consommation d'un quelconque médicament significativement moindre que les Suisses du même âge (annexe 6.2, tableaux 6.8 et 6.17).

La consommation de médicaments suit un trend en fonction de la durée de séjour en Suisse: elle passe de 26,2% pour les personnes en Suisse depuis un an et moins à 45,0% pour les personnes qui y séjournent depuis 10 ans et plus. Les personnes au bénéfice d'un permis C (31,9%) et les requérants d'asile (32,9%) consomment moins de médicaments que les Suisses. Il n'y a pas de différence significative en fonction de la raison de la venue en Suisse.

Un premier modèle de régression logistique montre que les étrangers ont une probabilité plus faible d'avoir consommé au moins un médicament au cours des 7 derniers jours (annexe 6.3, tableau 6.27, modèle 1). En décomposant le groupe des étrangers, on constate que ce sont les ressortissants du Kosovo et surtout du Sri Lanka qui ont une probabilité plus faible d'en avoir consommé (annexe 6.3, tableau 6.28, modèle 2). En tenant compte de l'ensemble des facteurs sociodémographiques et de santé (annexe 6.3, tableau 6.28, modèle 3), les ressortissants du Kosovo ne présentent plus une consommation de médicaments différente des Suisses. Par contre cette différence se maintient pour les Sri Lankais. Les facteurs qui diminuent la probabilité d'avoir consommé un médicament sont le nombre de personnes dans le ménage (depuis 3 à 4 personnes), le fait d'avoir un travail rémunéré, habiter en Suisse alémanique et ne pas donner de réponse à la question sur les revenus. Ceux qui augmentent cette probabilité sont l'état civil (marié, divorcé), avoir une durée de séjour de 5 à 9 ans, avoir un revenu de 4500.- et plus, avoir une franchise basse ou ne pas en savoir le montant, avoir eu une visite ou plus chez le médecin au cours des 12 derniers mois.

**Figure 3.10 Consommation d'un quelconque médicament au cours des 7 derniers jours et différentes caractéristiques de la migration**



Source : GMM II et ESS 2007 (Ntot=16'858)

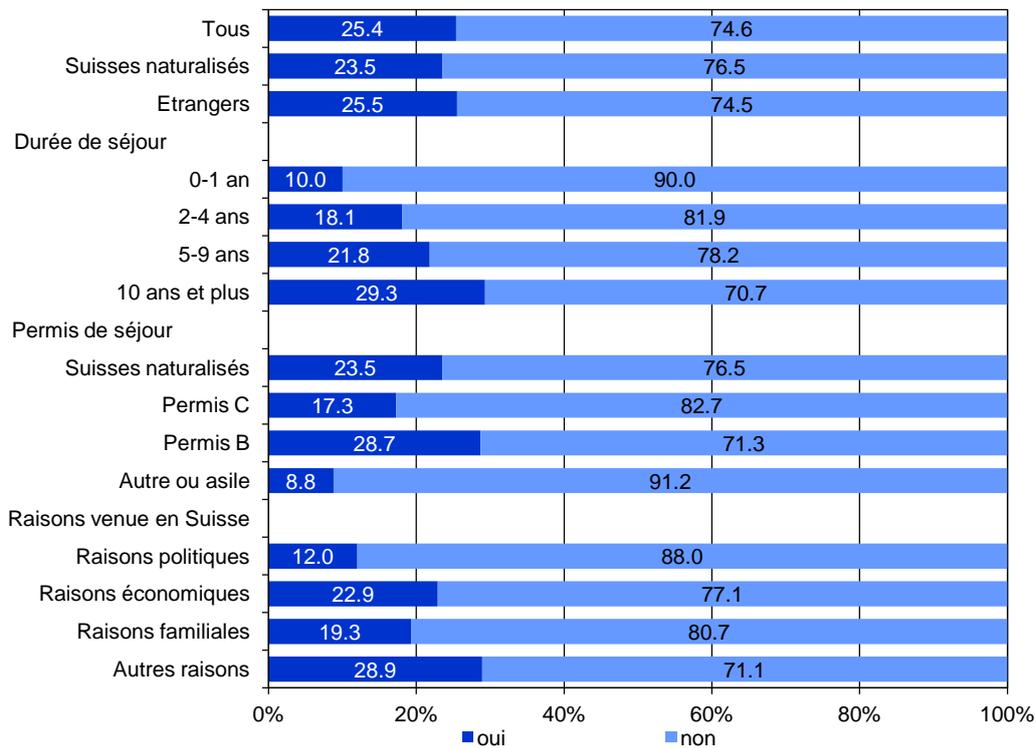
© Obsan

### 3.7.2 Consommation d'analgésiques

Contrairement à la consommation générale, la consommation d'analgésiques est supérieure dans la population étrangère : 18,7% des Suisses en ont consommé au cours des 7 derniers jours, contre 21,8% des Suisses naturalisés et 25,5% des étrangers (données GMM II et ESS réunies, données non présentées).

Les hommes portugais, les Turcs et les Serbes (hommes et femmes) consomment significativement plus d'analgésiques que les Suisses. Les Somaliens et les Sri Lankais en consomment moins (annexe 6.2, tableaux 6.9 et 6.18).

La consommation d'analgésiques présente un gradient important en fonction de la durée de séjour en Suisse : les personnes domiciliées en Suisse depuis 10 ans ou plus sont presque trois fois plus nombreuses à en consommer (29,3%) que les personnes qui sont arrivées depuis une année ou moins (10%, figure 3.11). Les requérants d'asile (8,8%) et les personnes au bénéfice d'un permis C (17,3%) ainsi que les personnes venues en Suisse pour des raisons politiques (12,0%) consomment moins d'analgésiques.

**Figure 3.11 Consommation d'analgésiques au cours des 7 derniers jours et différentes caractéristiques de la migration**

Source : GMM II (N=3018)

© Obsan

### 3.8 Compétences de santé

Le GMM II comprend un certain nombre de questions sur les compétences de santé. Ces questions ne figurent pas dans l'ESS 2007. La compétence de santé est la capacité de l'individu à prendre, à la maison, dans la société, sur le lieu de travail, dans le système de soin, dans son environnement et au niveau politique, des décisions dans sa vie quotidienne qui ont une influence positive sur sa santé. « La compétence en matière de santé autorise les personnes à l'autodétermination et à la prise en charge d'une liberté de choix et d'organisation concernant leur santé. Elle améliore la capacité à trouver des informations sur la santé, à comprendre et à assumer leur responsabilité pour leur propre santé » (Kickbusch 2006). Des compétences en santé déficientes seraient plus répandues parmi les populations migrantes ou à bas niveau d'éducation (Kutner 2006). Elles auraient pour conséquence des obstacles dans l'accès aux soins et aux services de santé, au niveau de la communication médecin-malade et dans la prise en charge de sa santé par le patient lui-même (Paasche-Orlow et Wolf 2007).

La mesure de la compétence en matière de santé a été obtenue par une auto-évaluation de la part des répondants. La première question porte sur la confiance dans le choix du médecin (pour les libellés des questions, voir tableau 2.6). 23,6% s'estiment très sûrs de ce choix, 41,5% sûrs, 23,3% moyennement sûrs, 4,8% pas très sûrs, 1,9% pas sûrs (1,3% répondent qu'ils n'ont pas le libre choix du médecin et 3,6% qu'ils n'ont pas eu encore des problèmes ou des questions, ces deux catégories ont été supprimées des analyses).

Les femmes ont légèrement plus confiance dans le choix de leur médecin, 29,2% sont moyennement ou pas sûres (du tout) de leur choix contre 33,5% des hommes. Une plus forte proportion d'hommes

peu sûrs de leur choix s'observe particulièrement parmi les ressortissants du Kosovo, de la Somalie et du Sri Lanka (figure 3.12. A).

La deuxième question porte sur les discussions concernant les consultations chez le médecin que peut avoir le patient avec d'autres personnes. Un gros tiers (34,3%) des répondants du GMM II n'en ont jamais parlé, 13,6% rarement, 22,9% parfois et 25,6% souvent ou toujours (2,5% n'ont encore jamais été chez un médecin).

Les hommes sont légèrement plus nombreux à ne pas parler de leurs consultations avec un médecin ou rarement ou parfois. Les répondants du Portugal et de la Somalie parlent plus fréquemment de leurs consultations avec un médecin alors que les femmes turques et kosovares en parlent nettement moins souvent (figure 3.12. B).

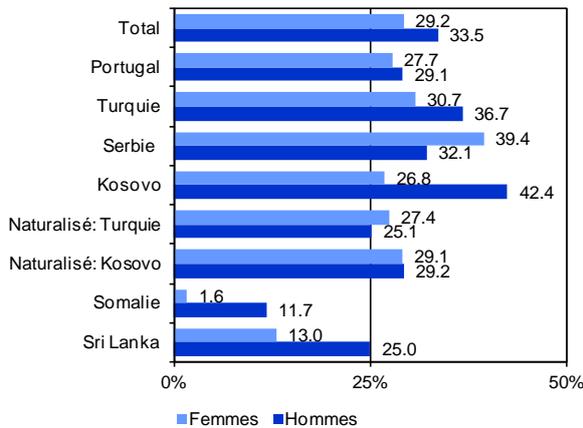
Les trois quarts des répondants au GMM II (74,9%) estiment arriver à se faire comprendre souvent ou toujours de leur médecin. Une part importante des répondants estime qu'ils arrivent parfois à se faire comprendre du médecin (16,5%), pour 4,7% c'est rarement le cas et pour 1,8% c'est jamais le cas (2,1% n'ont encore jamais été chez un médecin). Quant à comprendre les informations que le médecin donne, les proportions sont très similaires avec 75,6% qui arrivent à se faire comprendre souvent, 16,6% parfois, 4,3% rarement et 1,4% jamais.

Les femmes sont plus nombreuses (26,6%) à avoir de la peine à se faire comprendre du médecin que les hommes (20,8%). Cela peut être expliqué par leur moindre participation au marché du travail et leur plus grande implication dans la famille. Ces différences entre hommes et femmes sont particulièrement importantes pour les personnes originaires de Turquie et du Kosovo. Les ressortissants de Somalie et du Sri Lanka sont nettement plus concernés que les ressortissants des autres pays par la difficulté à se faire comprendre du médecin (figure 3.12. C).

Comme pour la difficulté à se faire comprendre du médecin, la difficulté à comprendre ses informations est plus répandue parmi les femmes (figure 3.12. D). Ce sont de nouveau les femmes turques et celles du Kosovo qui ont plus de peine à comprendre les informations que les hommes turcs et kosovars. Si la moitié des ressortissantes de Somalie ont de la peine à comprendre le médecin, c'est environ les trois quarts des personnes originaires du Sri Lanka qui sont dans cette situation.

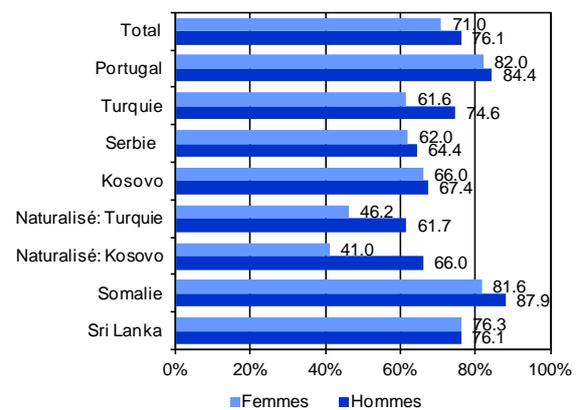
**Figure 3.12 Compétences de santé, GMM II**

**A. Manque de confiance dans le choix du médecin, GMM II (N=2693)**



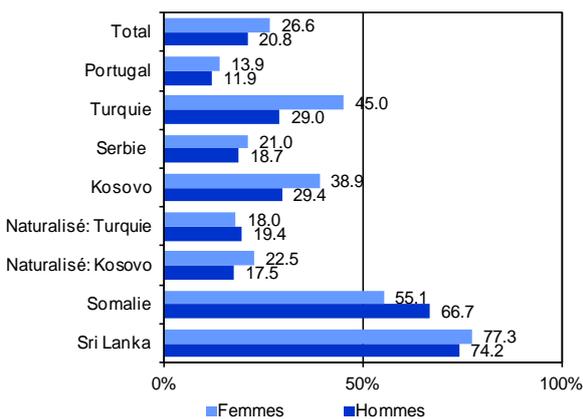
La variable a été dichotomisée, les valeurs présentées comprennent les modalités de réponse : (confiant lorsqu'il s'agit de choisir un médecin) moyennement, pas sûr, pas sûr du tout.

**B. Absence de discussions concernant les consultations chez le médecin, GMM II (N=2899)**



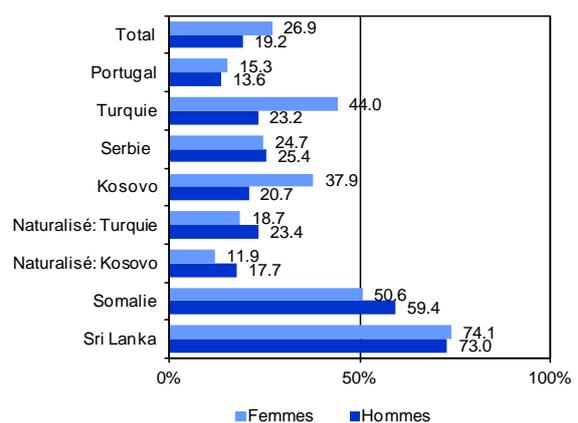
La variable a été dichotomisée, les valeurs présentées comprennent les modalités de réponse (parler des consultations avec d'autres personnes) : parfois, rarement, jamais

**C. Difficulté à se faire comprendre du médecin, GMM II (N=2896)**



La variable a été dichotomisée, les valeurs présentées comprennent les modalités de réponse : (arrive à comprendre le médecin) parfois, rarement, jamais.

**D. Difficulté à comprendre les information du médecin, GMM II (N=2905)**



La variable a été dichotomisée, les valeurs présentées comprennent les modalités de réponse : (arrive à se faire comprendre du médecin) parfois, rarement, jamais.

Aux régressions logistiques comprenant l'ensemble des facteurs sociodémographiques ont été ajoutées les dimensions de compétences de santé ainsi que la maîtrise d'une des langues parlées en Suisse (données non présentées). Pour la consultation d'un médecin au cours de douze derniers mois, le fait de discuter avec d'autres personnes suite à la consultation est associé à une probabilité plus faible d'avoir consulté un médecin. L'hospitalisation au cours de l'année ainsi que la consultation d'un service d'urgence sont associées à une probabilité plus faible de se sentir sûr du choix de son médecin. Avoir été en traitement médical pour dépression est associé à une probabilité plus élevée de ne pas arriver à se faire comprendre du médecin. Aucune compétence de santé n'est significativement associée à la consommation d'un quelconque médicament au cours de l'année écoulée. Il est à noter que la compréhension d'une des langues parlées en Suisse est associée au fait d'avoir consulté un médecin au cours de l'année, au nombre de consultations chez le médecin et chez le médecin famille. Les personnes qui maîtrisent mal une des langues nationales ont significativement plus de consultations dans l'année chez le médecin (9,1 consultations) que celles qui en ont une (très) bonne maîtrise (4,3 consultations, voir figure 3.3).

## 4 Synthèse

### Consultation d'un médecin

L'analyse des résultats du recours aux soins basée sur les données du GMM II et de l'ESS 2007 rejoint les conclusions de nombreuses études nationales et internationales. Comme dans de nombreuses études, on constate que la consultation d'un médecin au cours des douze derniers mois est globalement plus faible parmi les migrants interviewés dans le GMM II : 67,2% d'entre eux ont rendu visite à leur médecin contre 78,6% des Suisses de naissance et 81,2% des Suisses naturalisés. En tenant compte de l'âge et du sexe, l'écart entre étrangers et Suisses est significatif pour les immigrés du Kosovo de toutes classes d'âge et pour les hommes serbes de 50 à 74 ans. On peut considérer que c'est un signe de moindre suivi de leur santé de la part de cette population migrante. Les raisons financières ne sont probablement pas absentes dans ce recours moindre car les personnes qui ont un revenu d'équivalence supérieur à 3000.- sont plus nombreuses à avoir consulté le médecin.

### Hospitalisation

L'absence d'un suivi régulier peut conduire à une hospitalisation ou à la consultation de services d'urgence. C'est ce que l'on constate dans la population du GMM II : par rapport aux Suisses d'origine, les étrangers sont plus nombreux à avoir été hospitalisés au cours des douze derniers mois (OR : 1,7). Sur la base de la statistique médicale des hôpitaux, nous avons pu montrer que la Suisse comprenait 22,8% d'étrangers mais que seulement 18,1% des personnes hospitalisées au cours de l'année 2009 étaient de nationalité étrangère (Moreau-Gruet et Luyet 2012). Le taux d'hospitalisation des étrangers était donc plus bas que celui des Suisses. Les résultats du GMM II ne coïncident donc pas avec ceux de la statistique médicale des hôpitaux. A noter que l'analyse de la statistique médicale englobait l'ensemble de la population suisse et que les données du GMM II concernent uniquement les personnes de 17 à 74 ans.

### Consultation d'un service d'urgence

Les étrangers et les Suisses naturalisés ont une probabilité plus élevée de s'être rendus dans l'année dans les services d'urgence d'un hôpital, au service ambulatoire d'un hôpital ou dans une polyclinique. Les Suisses sont 11,7% à y avoir été admis, les Suisses naturalisés 14,5% et les étrangers 17,7%. Les Portugais (21,6%) et les Turcs (22,9%) sont plus nombreux à avoir été dans un tel service et les Somaliens (9,7%) nettement moins nombreux. Les femmes portugaises de 17 à 49 ans, les hommes portugais de 35 à 49 ans, les femmes turques de 35 à 49 ans et les hommes turcs de 17 à 34 ans ont une probabilité significativement plus élevée d'y avoir été admis. Si on se concentre uniquement sur les personnes qui ont été admises dans ces services en urgence, ce sont les ressortissants du Portugal et de la Turquie qui ont une probabilité plus élevée d'y être admis et ceux du Kosovo et du Sri Lanka qui ont une probabilité plus faible. Les personnes qui ont été accueillies dans ces services sont jeunes et sont surreprésentées parmi celles qui ont migré en Suisse pour des raisons politiques ou familiales.

### Consultation chez le gynécologue

La consultation chez le gynécologue est légèrement plus élevée parmi les étrangères que parmi les Suissesses. Il y a peu de différences parmi les différents groupes de migrants du GMM II, seules les femmes du Kosovo de 50 à 74 ans ont une moyenne du nombre de visites plus bas que les Suissesses du même âge.

### Traitement pour dépression

Les répondants du GMM II sont deux fois plus nombreux à avoir été en traitement pour dépression que les Suisses (10% versus 5%). Cela confirme la souffrance psychique ressentie par une part

importante des migrants. Les ressortissants du Portugal, de la Turquie, de la Somalie et du Sri Lanka sont particulièrement concernés par la dépression. Vivre dans un ménage de plusieurs personnes, être marié, avoir un travail rémunéré et un salaire élevé est protecteur par rapport au risque d'être en traitement pour dépression.

### **Consommation de médicaments**

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

### **Principales différences de recours aux soins selon les groupes de migrants**

Une grande partie des différences observées dans les différents types de recours aux soins peuvent être mises en relation avec l'origine des migrants. Les différences suivantes sont contrôlées en fonction du sexe et de l'âge. Les Portugais ont un comportement de recours aux soins assez peu différent de celui des Suisses, sauf pour les consultations en urgence plus fréquentes chez les femmes jusqu'à 49 ans et les hommes de 35 à 49 ans et pour le traitement pour la dépression qui est plus fréquent chez les femmes de plus de 35 ans. Le taux de recours au médecin au cours de l'année des Turcs standardisé en fonction de l'âge et du sexe ne fait pas apparaître de différences significatives. Par contre, lorsqu'ils font appel au médecin, le nombre de leurs consultations est nettement plus élevé, particulièrement parmi les femmes de 35 ans et plus. De même le nombre de leurs consultations chez le médecin de famille est plus élevé que celui des Suisses pour toutes les classes d'âge. Les femmes turques de plus de 35 ans et les hommes de 35 à 49 ans sont aussi nettement plus souvent en traitement pour dépression, ce qui est confirmé par d'autres études nationales (Testa-Mader, Clerici et al. 2003) et internationales (Fassaert, Hesselink et al. 2009; Selten, Laan et al. 2012). Ils consomment plus de médicaments en général et d'analgésiques. La consommation plus fréquente de médicaments a aussi été mise en évidence dans une population de migrants turcs aux Pays-Bas (Stronks, Ravelli et al. 2001). Le comportement de recours aux soins des Serbes est assez proche de celui des Suisses : seul le groupe des hommes de 50 à 74 ans fait significativement moins recours au médecin au cours de l'année et consomment un peu plus d'analgésiques. Les ressortissants du Kosovo sont nettement moins souvent allés voir un médecin au cours de l'année, par contre les femmes kosovares ont eu un nombre de visites chez leur médecin de famille plus élevé. Les femmes kosovares de 35 à 49 ans et les hommes kosovars de 17 à 49 ans consomment moins de médicaments. La différence principale qu'on peut observer concernant les requérants d'asile originaires de Somalie et particulièrement du Sri Lanka est leur niveau de traitement contre la dépression très élevé. La forte proportion de requérants d'asile en traitement pour dépression ou problèmes psychiques est aussi relevée dans des études suisses (Maier, Schmidt et al. 2010; Mueller, Schmidt et al. 2011) et internationales (Fazel, Wheeler et al. 2005).

Les variables de migration (durée de séjour, raison de la venue en Suisse) ne sont souvent pas associées indépendamment aux différentes dimensions du recours aux soins étudiées. Il en est de même pour les variables sociodémographiques telles le niveau d'éducation et le revenu. Cela peut s'expliquer par le fait que l'appartenance à un groupe de migrants prédétermine certaines de ces caractéristiques. Plus de la moitié des Somaliens et des Sri Lankais sont en Suisse depuis moins d'une année ce qui est peu fréquent chez les Portugais (9,6%) et les Serbes (11,9%). Tous les Somaliens et les Sri Lankais interrogés sont venus en Suisse pour des raisons politiques, ce qui n'est

généralement pas le cas des autres ressortissants (sauf quelques personnes de Turquie). Le niveau de formation varie beaucoup avec 9% des Suisses qui se sont arrêtés à l'école obligatoire contre 47% des étrangers. Les Sri Lankais sont 70% à n'avoir pas dépassé l'école obligatoire. Les Serbes sont les moins nombreux parmi les migrants à n'avoir qu'une formation obligatoire (30,6%). Les mêmes observations peuvent être faites pour le revenu : 34,7% des Suisses ont un revenu d'équivalence supérieur à 4500.- ce qui n'est le cas que de 8,5% des étrangers. Un tel revenu n'est déclaré par aucun Somalien ou Sri Lankais.

Ce sont les facteurs de prédisposition (âge, sexe, nombre de personnes dans la famille, état civil, travail rémunéré) et les facteurs de besoins (santé autoévaluée, maladie de longue durée, limitations) qui présentent les associations les plus élevées avec le recours aux soins. Mais les facteurs favorisant tels les revenus du ménage et le montant de la franchise de l'assurance-maladie ont aussi leur importance. Ainsi les personnes qui ont un revenu d'équivalence supérieur à 3000.- ont plus de probabilité d'avoir vu le médecin au cours de l'année et celles dont le revenu d'équivalence est supérieur à 4500.- d'avoir consommé un médicament. Les personnes qui ont une franchise basse ont aussi plus de probabilité d'avoir fait recours à tous les types de recours aux soins. A noter que ce sont aussi les personnes dont la santé est précaire qui choisissent plus fréquemment des franchises basses. Les considérations financières influencent donc fortement la décision de recourir au système de soins.

## Recommandations

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

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



## 5 Bibliographie

- Andersen R. (1995). "Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter?" *J Health Soc Behav.* 36(1): 1-10.
- Attias-Donfut C. et Tessier P. (2005). "Santé et vieillissement des immigrés." *Retraite et société* 3(46): p. 89-129.
- Babitsch B., Gohl D., et al. (2012). "Re-revisiting Andersen's Behavioral Model of Health Services Use: a systematic review of studies from 1998–2011." *GMS Psycho-Social-Medicine* 9.
- Baleyrier B., Damsa C., et al. (2003). "[Comparison between Swiss and foreign patients characteristics at the psychiatric emergencies department and the predictive factors of their management strategies]." *Encephale* 29: 205-212.
- Berchet C. et Jusot F. (2012). "État de santé et recours aux soins des immigrés : une synthèse des travaux français." *Questions d'économie de la santé*(172): 1-7.
- Bischoff A., Schneider M., et al. (2009). "Health and ill health of asylum seekers in Switzerland: an epidemiological study." *Eur J Public Health* 19(1): 59-64.
- Buron A., Cots F., et al. (2008). "Hospital emergency department utilisation rates among the immigrant population in Barcelona, Spain." *BMC Health Serv Res* 8: 51.
- Calmonte R., Koller C., et al. (2000). *Enquête suisse sur la santé. Santé et comportements vis-à-vis de la santé en Suisse 1997.* Neuchâtel.
- Cots F., Castells X., et al. (2002). "[Profile of the hospital case mix of the immigrant population in Barcelona, Spain]." *Gac Sanit* 16(5): 376-384.
- Denktas S., Koopmans G., et al. (2009). "Ethnic background and differences in health care use: a national cross-sectional study of native Dutch and immigrant elderly in the Netherlands." *Int J Equity Health* 8: 35.
- Dourgnon P., Jusot F., et al. (2009). "Le recours aux soins de ville des immigrés en France." *Questions d'économie de la santé* Irdes 146(Septembre): 1-6.
- European Commission (2004). *The State of Mental Health in the European Union.* Luxembourg, Health & Consumer Protection.
- Fassaert T., Hesselink A. E., et al. (2009). "Acculturation and use of health care services by Turkish and Moroccan migrants: a cross-sectional population-based study." *BMC Public Health* 9: 332.
- Fazel M., Wheeler J., et al. (2005). "Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review." *Lancet* 365(9467): 1309-1314.
- Fux B. (2005). *Recensement fédéral de la population 2000. Evolution des formes de vie familiale.* Neuchâtel, Office fédéral de la statistique.
- Gabadinho A., Wanner P., et al. (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, Forum suisse des migrations.
- Gaskin D. J., Briesacher B. A., et al. (2006). "Exploring racial and ethnic disparities in prescription drug spending and use among medicare beneficiaries." *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy* 4(2): 96-111.
- Guggisberg J., Gardiol L., et al. (2011a). *Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (GMM) in der Schweiz. Schlussbericht.* Office fédéral de la santé publique. Berne.
- Guggisberg J., Gardiol L., et al. (2011b). *Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (GMM) in der Schweiz. Tabellenanhang zu Monitoring ständige Wohnbevölkerung (Kapitel 2) und Personen aus dem Asylbereich (Kapitel 4).* Arbeitsgemeinschaft BASS, ZHAW, ISPM, M.I.S TREND. Bern, Bundesamt für Gesundheit, Bundesamt für Migration.
- Hergenc G., Schulte H., et al. (1999). "Associations of obesity markers, insulin, and sex hormones with HDL-cholesterol levels in Turkish and German individuals." *Atherosclerosis* 145(1): 147-156.

- Ipsiroglu O. S., Herle M., et al. (2005). "Transcultural pediatrics: compliance and outcome of phenylketonuria patients from families with an immigration background." *Wien Klin Wochenschr* 117(15-16): 541-547.
- Kickbusch I. (2006). *Die Gesundheitsgesellschaft. Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft*. Hamburg, Verlag für Gesundheitsförderung.
- Kutner M. G., E. Jin Y, et al. (2006). *The health literacy of America's adults : Results from the 2003 National assessment of adult literacy (NCES-483)*. U.S. Department of Education. Washington, DC, National Center for Education Statistics.
- Lay B., Lauber C., et al. (2006). "Patterns of inpatient care for immigrants in Switzerland: a case control study." *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 41(3): 199-207.
- Lay B., Nordt C., et al. (2007). "Mental hospital admission rates of immigrants in Switzerland." *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 42(3): 229-236.
- Lindert J., Schouler-Ocak M., et al. (2008). "Mental health, health care utilisation of migrants in Europe." *Eur Psychiatry* 23 Suppl 1: 14-20.
- Mackenbach J. P. (2003). "An analysis of the role of health care in reducing socioeconomic inequalities in health: the case of the Netherlands." *Int J Health Serv* 33(3): 523-541.
- Maier T., Schmidt M., et al. (2010). "Mental health and healthcare utilization in adult asylum seekers." *Swiss Med Wkly* 140: w13110.
- Mielck A. (2005). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit*. Bern, Hans Huber.
- Mladovsky P. (2007). *Migration and health in the EU. Research Note*. Londres, European Commission. Employment, Social Affairs and Equal Opportunities.
- Moreau-Gruet F. et Luyet S. (2012). *Analyse de la statistique médicale des hôpitaux et recherche de littérature - Mandat de l'Office fédéral de la santé publique dans le cadre de la stratégie fédérale "Migration et santé 2008-2013"*. OFSP. Berne.
- Mueller J., Schmidt M., et al. (2011). "Mental health of failed asylum seekers as compared with pending and temporarily accepted asylum seekers." *Eur J Public Health* 21(2): 184-189.
- Norredam M., Nielsen S. S., et al. (2010). "Migrants' utilization of somatic healthcare services in Europe--a systematic review." *Eur J Public Health* 20(5): 555-563.
- Office fédéral de la santé publique (2007). *Stratégie Migration et santé (phase II: 2008-2013)*. Berne, OFSP.
- OFS (2008). *Enquête suisse sur la santé 2007: conception, méthode, réalisation*. Neuchâtel, Office fédéral de la statistique.
- OFS (2010). *Santé et comportements vis-à-vis de la santé en Suisse 2007. Enquête suisse sur la santé*. Neuchâtel, Office fédéral de la statistique.
- Paasche-Orlow M. et Wolf M. (2007). "The causal pathways linking health literacy to health outcomes." *Am J Health Behav* 31(Suppl 1): 19-26.
- Roth S. et Moreau-Gruet F. (2011). *Consommation et coût des médicaments en Suisse. Analyse des données de l'Enquête suisse sur la santé 2002 et 2007 et des données de l'assurance obligatoire des soins, Observatoire suisse de la santé (Obsan)*.
- Rue M., Serna M. C., et al. (2008). "Differences in pharmaceutical consumption and expenses between immigrant and Spanish-born populations in Lleida, (Spain): a 6-months prospective observational study." *BMC Health Serv Res* 8: 35.
- Rüefli C. et Huegli E. (2011). *Krankenversicherung und Gesundheitsversorgung von Sans Papiers. Bericht zur Beantwortung des Postulats Heim (09.3484)*. Berne, Büro Vatter AG Politikforschung & beratung.
- Schenk L. (2007). "[Migration and health--developing an explanatory and analytical model for epidemiological studies]." *Int J Public Health* 52(2): 87-96.
- Schuler D. et Burla L. (2012). *La santé psychique en Suisse. Monitoring 2012. Obsan Rapport 52*. Neuchâtel, Observatoire suisse de la santé.

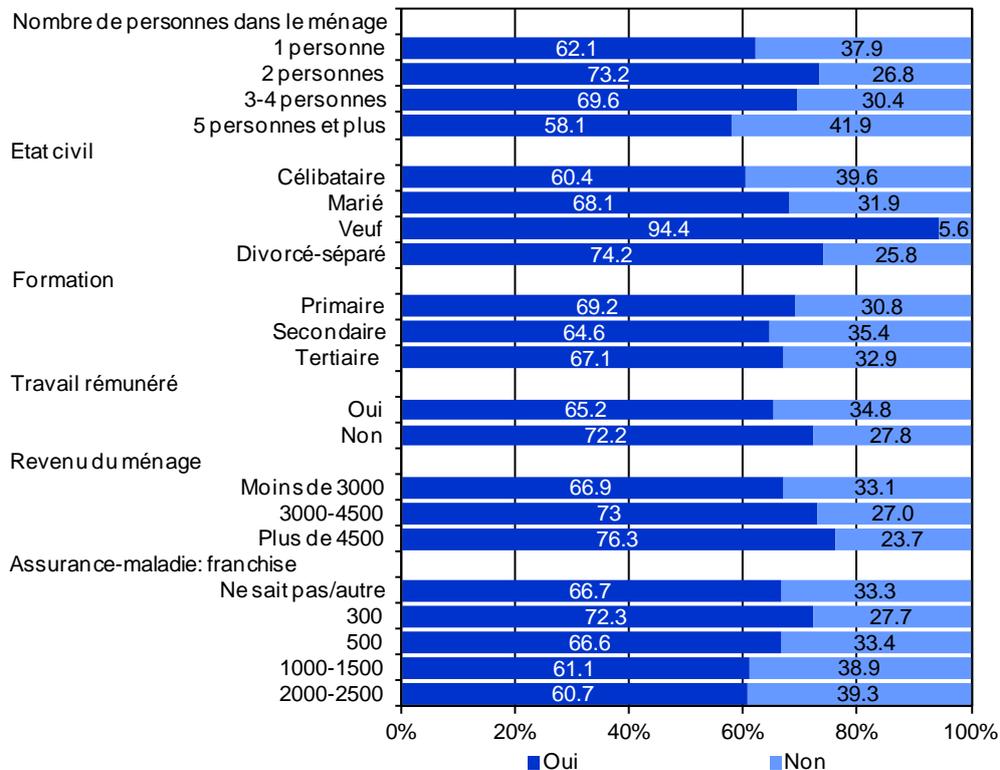
- Selten J. P., Laan W., et al. (2012). "Risk of psychiatric treatment for mood disorders and psychotic disorders among migrants and Dutch nationals in Utrecht, The Netherlands." *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 47(2): 271-278.
- Solé-Auró A. et Crimmins E. (2008). "Health of Immigrants in European Countries." *International Migration Review* 42(4): 861–876.
- Spallek J. et Razum O. (2008). Erklärungsmodelle für die gesundheitliche Situation von Migrantinnen und Migranten. *Health Inequalities – Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit*. U. Bauer, Bittlingmayer, U. H. und Richter, M. Wiesbaden, VS-Verlag: 271-288.
- Stamm H. et Lamprecht M. (2012). Migration und Gesundheit Das Ernährungs- und Bewegungsverhalten der Migrationsbevölkerung. Sekundäranalyse im Rahmen des Nationalen Programms Migration und Gesundheit des Bundesamtes für Gesundheit. Lamprecht und Stamm Sozialforschung und Beratung AG (L&S). Zurich.
- Stronks K., Ravelli A. C., et al. (2001). "Immigrants in the Netherlands: equal access for equal needs?" *J Epidemiol Community Health* 55(10): 701-707.
- Testa-Mader A., Clerici N., et al. (2003). La population étrangère au Tessin: malaise psychique et utilisation des services psychiatriques publics. *Les migrations et la Suisse*. Seismo. Zurich, Wicker HR, Fibbi R, Haug W.: 508-527.
- Wang J. et Schmid M. (2007). Regionale Unterschiede in der Gesundheitskompetenz in der Schweiz. (téléchargeable sur le site: [www.gesundheitskompetenz.ch](http://www.gesundheitskompetenz.ch)). Zürich, Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Universität Zürich.
- Wanner P., Khlal M., et al. (1995). "Habitudes de vie et comportements en matière de santé des immigrants méditerranéens en France - enquête Conditions de Vie 1987." *Rev Epidemiol Sante Publique* 43(6): 548-559.
- Wolff H., Gaspoz J., et al. (2011). "Health care renunciation for economic reasons in Switzerland." *Swiss Med Wkly* 141(w13165): E1-E5.



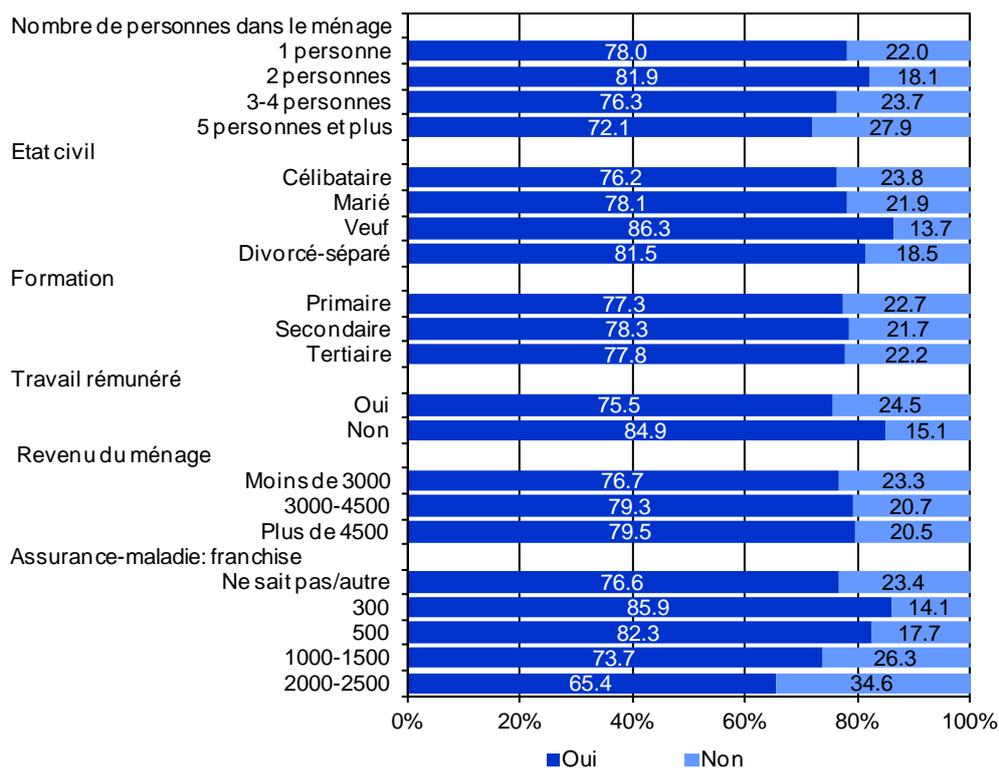
## 6 Annexes

### 6.1 Figures

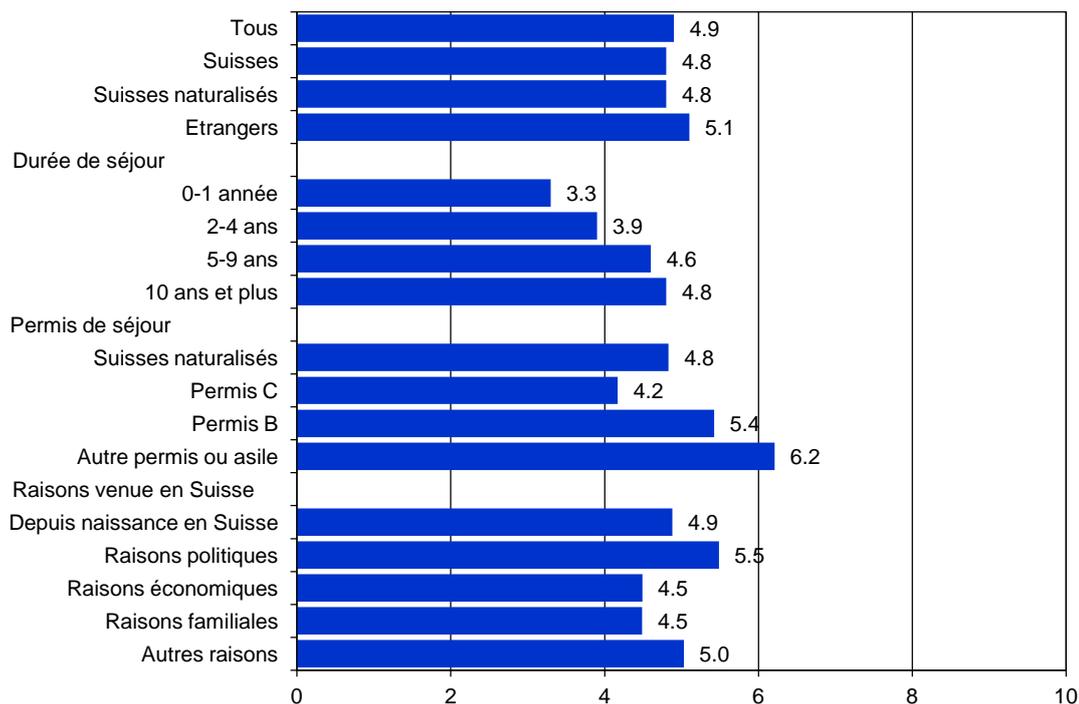
**Figure 6.1 Liens entre la consultation d'un médecin au cours des 12 derniers mois et différentes caractéristiques sociodémographiques, GMM II (N=3'018)**



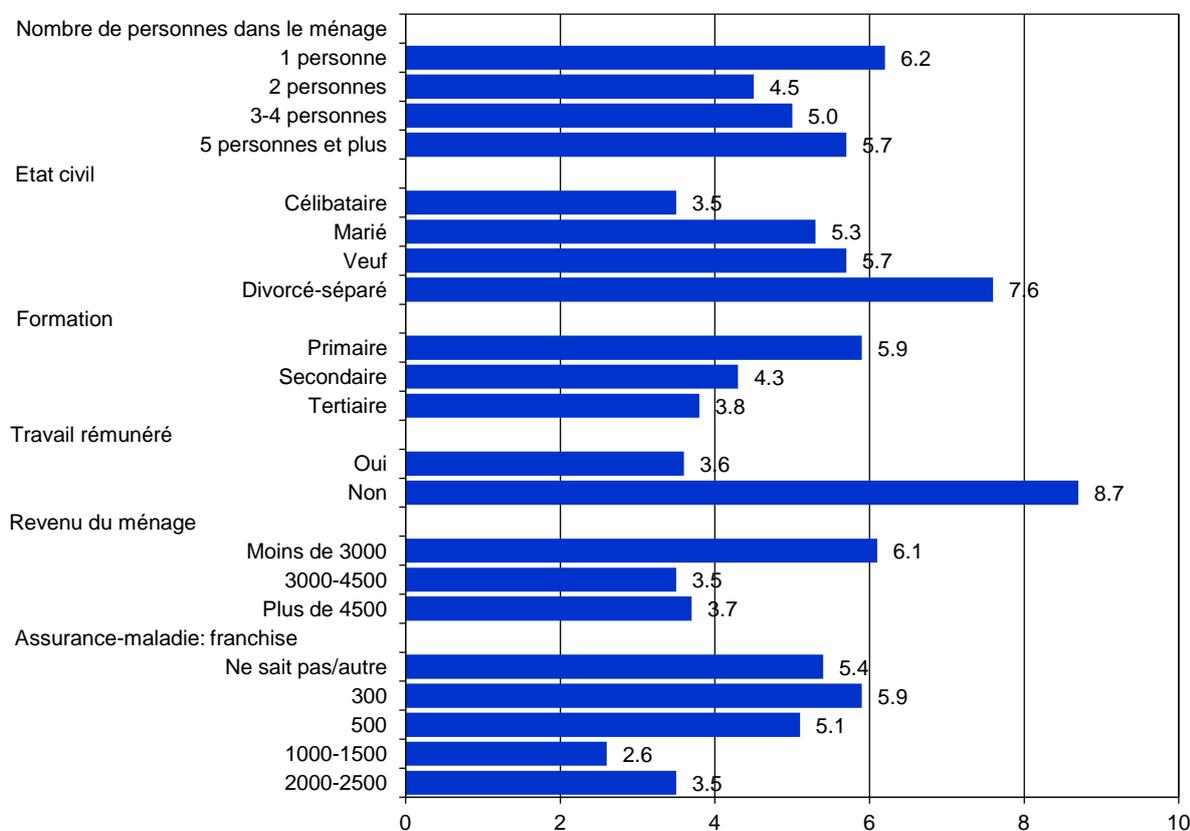
**Figure 6.2 Liens entre la consultation d'un médecin au cours des 12 derniers mois et différentes caractéristiques sociodémographiques, ESS 2007 et GMM II (Ntot=16'857)**



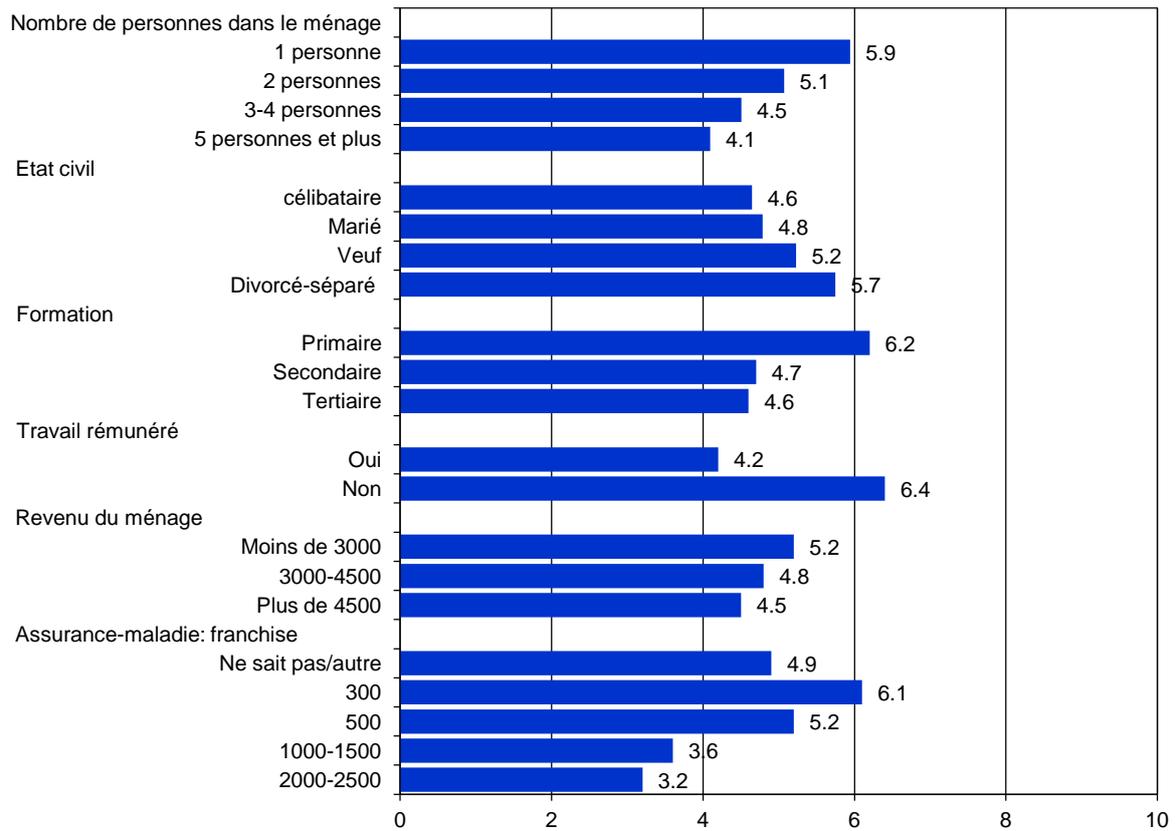
**Figure 6.3** Nombre de consultations chez le médecin au cours des 12 derniers mois et différentes caractéristiques de la migration, ESS 2007 et GMM II (Ntot=12'752)



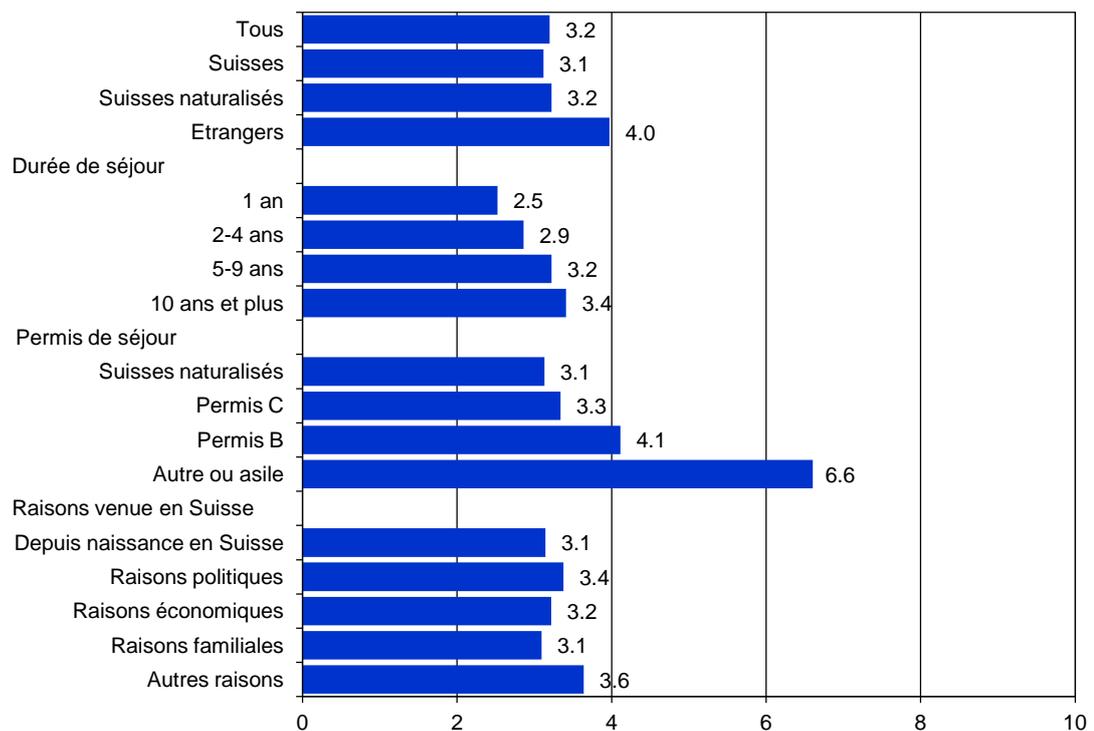
**Figure 6.4** Nombre de consultations chez le médecin au cours des 12 derniers mois et différentes caractéristiques sociodémographiques, GMM II (N=1924)



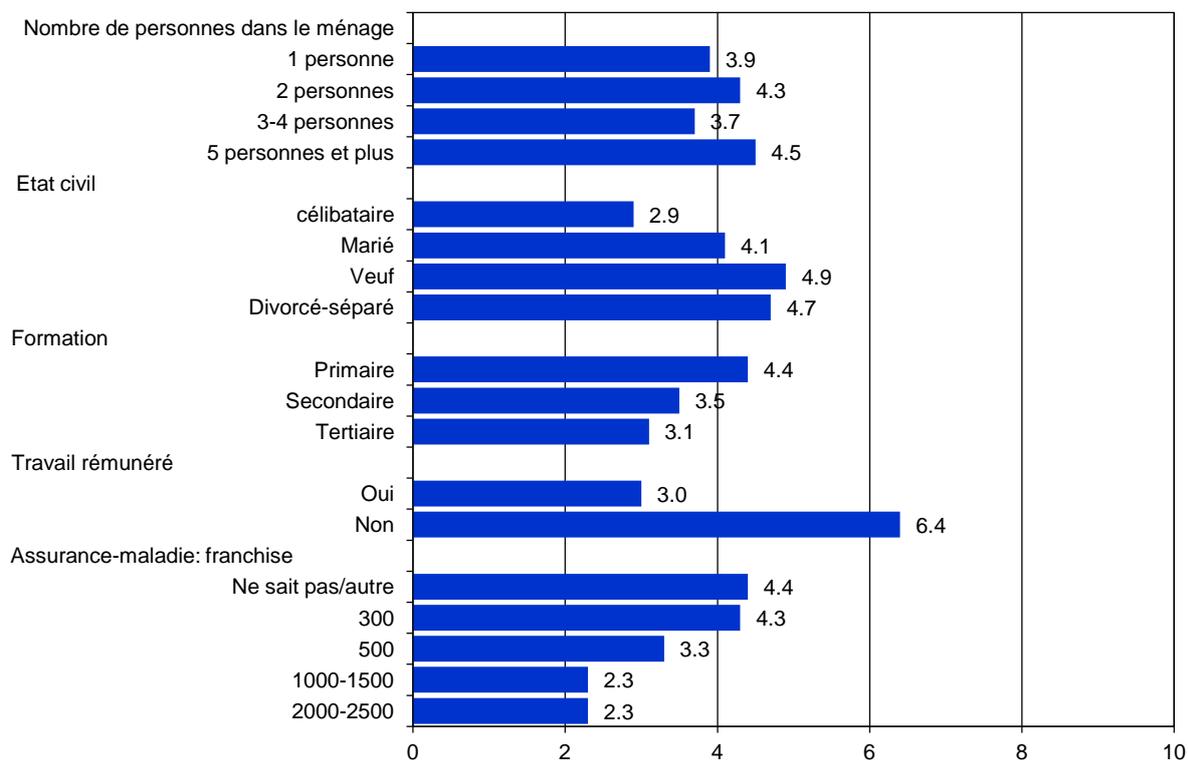
**Figure 6.5** Nombre de consultations chez le médecin au cours des 12 derniers mois et différentes caractéristiques sociodémographiques, ESS 2007 et GMM II (Ntot=12'752)



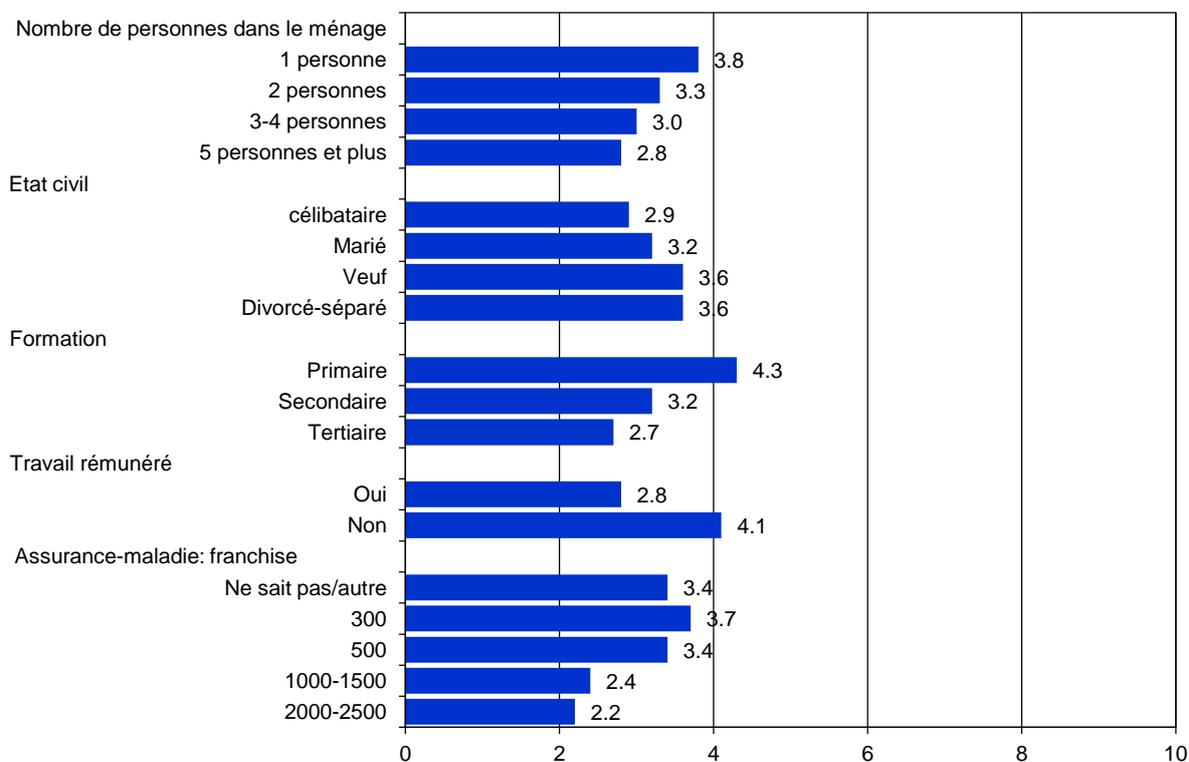
**Figure 6.6** Nombre de consultations chez le médecin de famille au cours des 12 derniers mois et différentes caractéristiques de la migration, ESS 2007 et GMM II (Ntot=9'726)



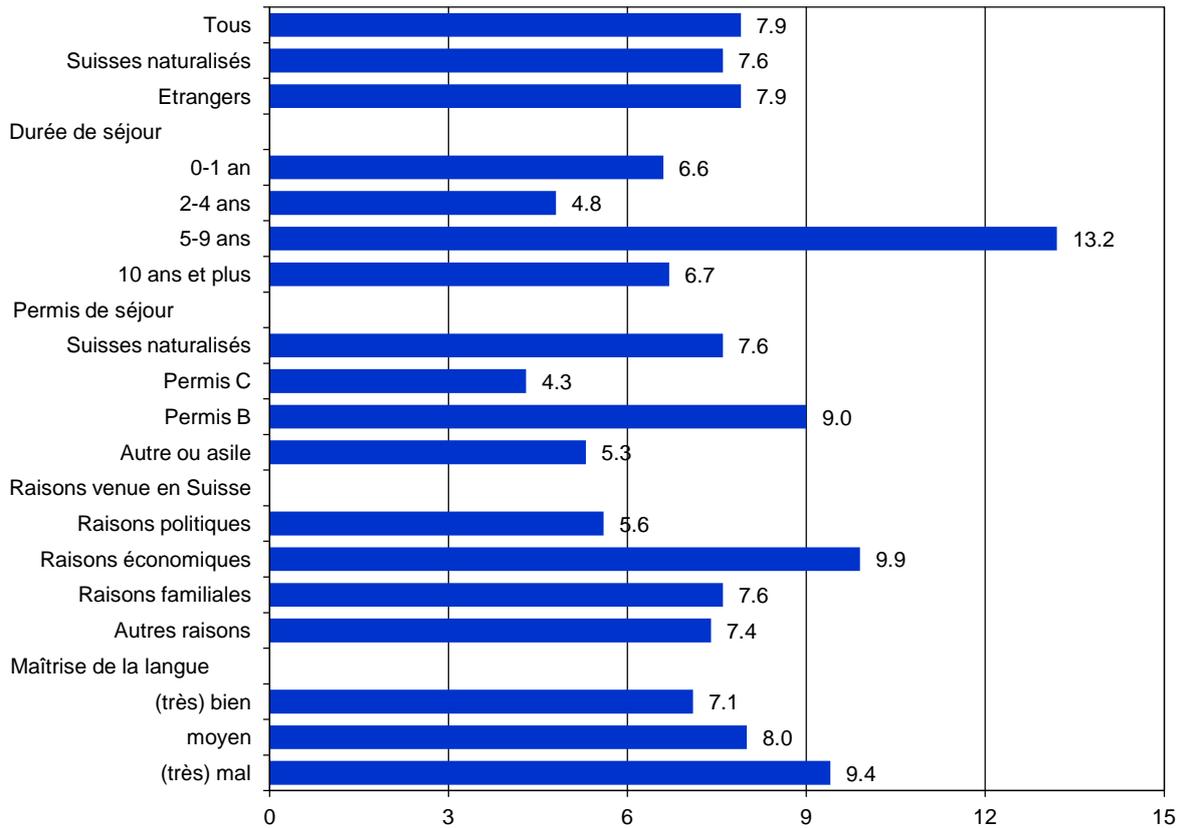
**Figure 6.7** Nombre de consultations chez le médecin de famille au cours des 12 derniers mois et différentes caractéristiques sociodémographiques, GMM II (N=1674)



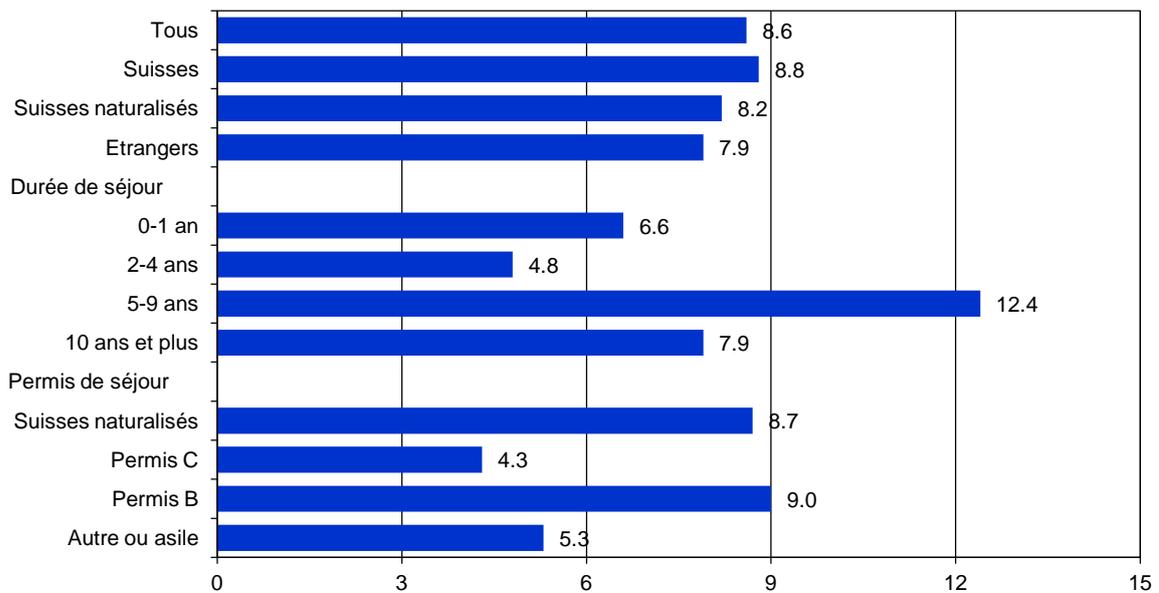
**Figure 6.8** Nombre de consultations chez le médecin de famille au cours des 12 derniers mois et différentes caractéristiques sociodémographiques, ESS 2007 et GMM II (Ntot=9'726)



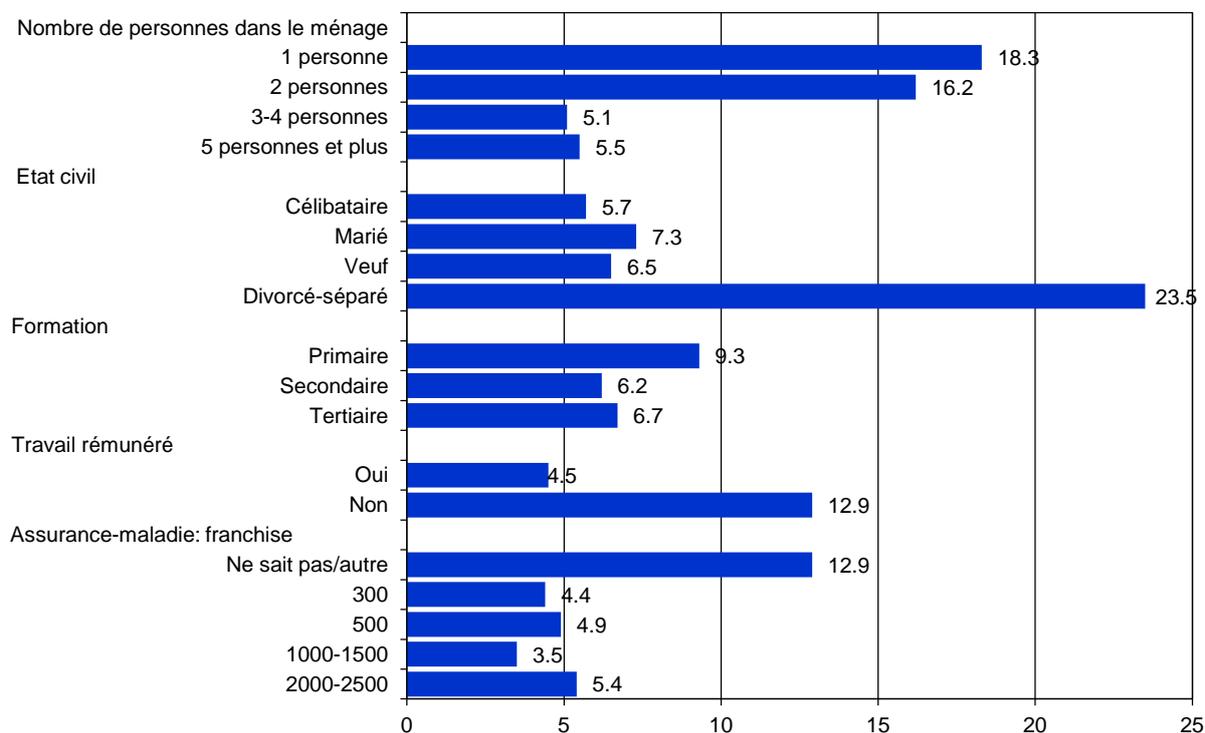
**Figure 6.9** Nombre de jours à l'hôpital au cours des 12 derniers mois, moyenne (parmi les personnes qui ont été hospitalisées) et différentes caractéristiques de la migration, GMM II (N=503)



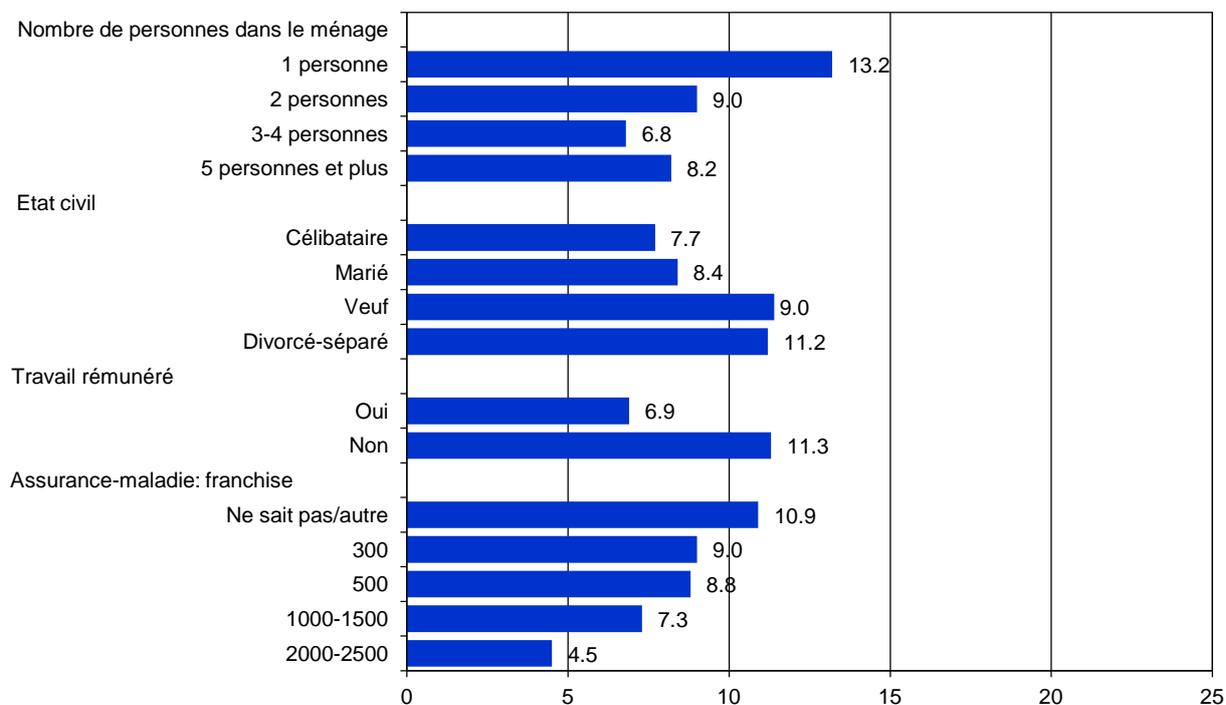
**Figure 6.10** Nombre de jours à l'hôpital au cours des 12 derniers mois, moyenne (parmi les personnes qui ont été hospitalisées) et différentes caractéristiques de la migration, ESS 2007 et GMM II (Ntot=2032)



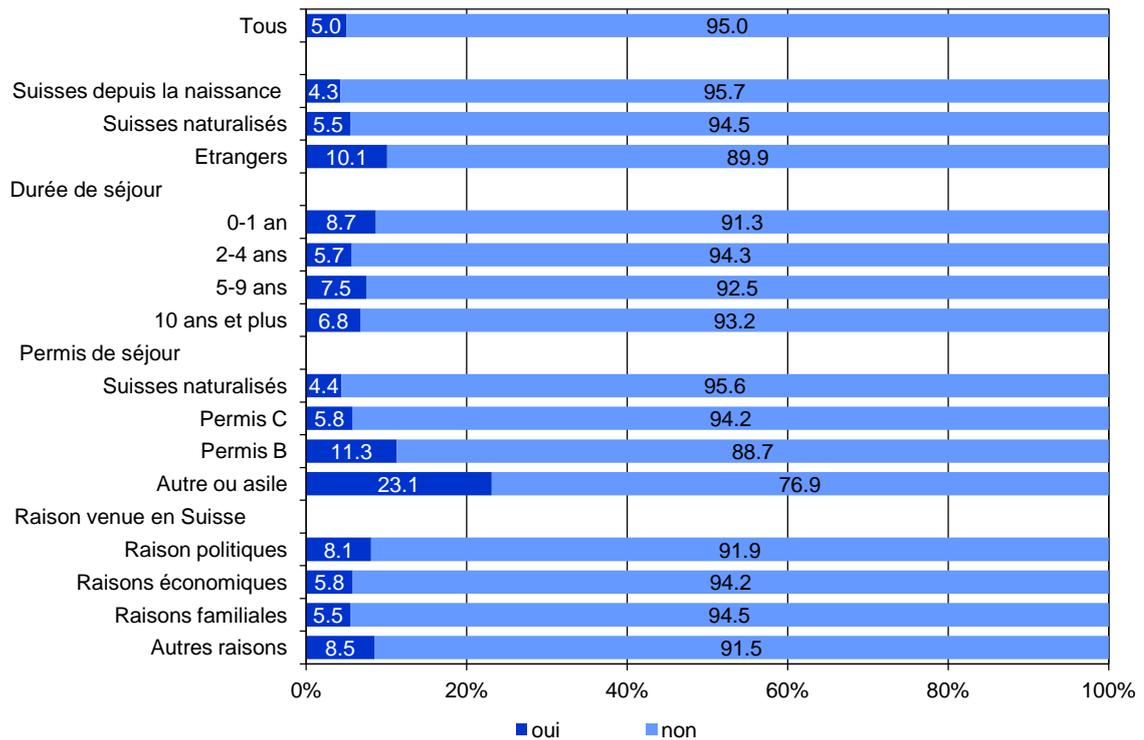
**Figure 6.11** Nombre de jours à l'hôpital au cours des 12 derniers mois, moyenne (parmi les personnes qui ont été hospitalisées) et différentes caractéristiques sociodémographiques, GMM II (N=503)



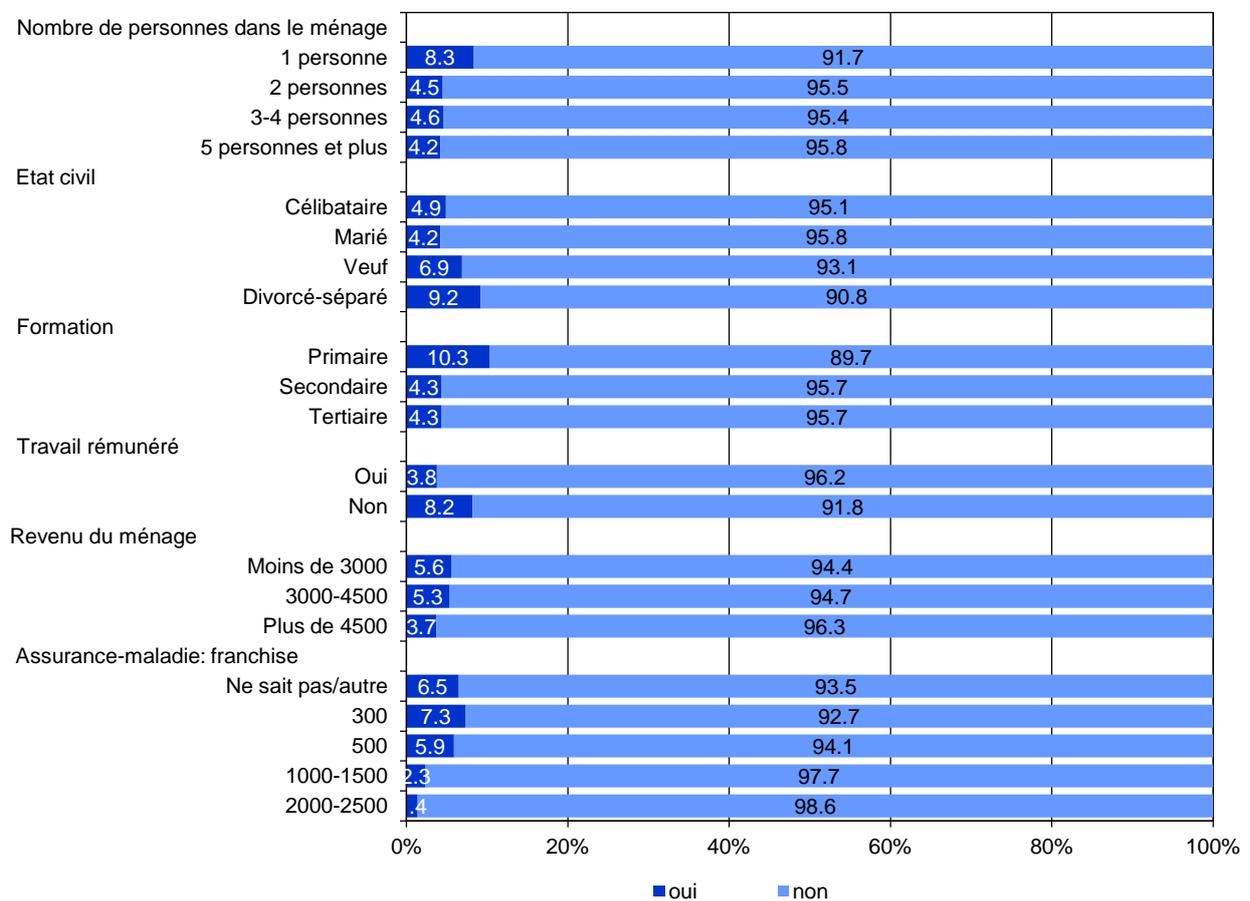
**Figure 6.12** Nombre de jours à l'hôpital au cours des 12 derniers mois, moyenne (parmi les personnes qui ont été hospitalisées) et différentes caractéristiques sociodémographiques, ESS 2007 et GMM II (Ntot=2032)



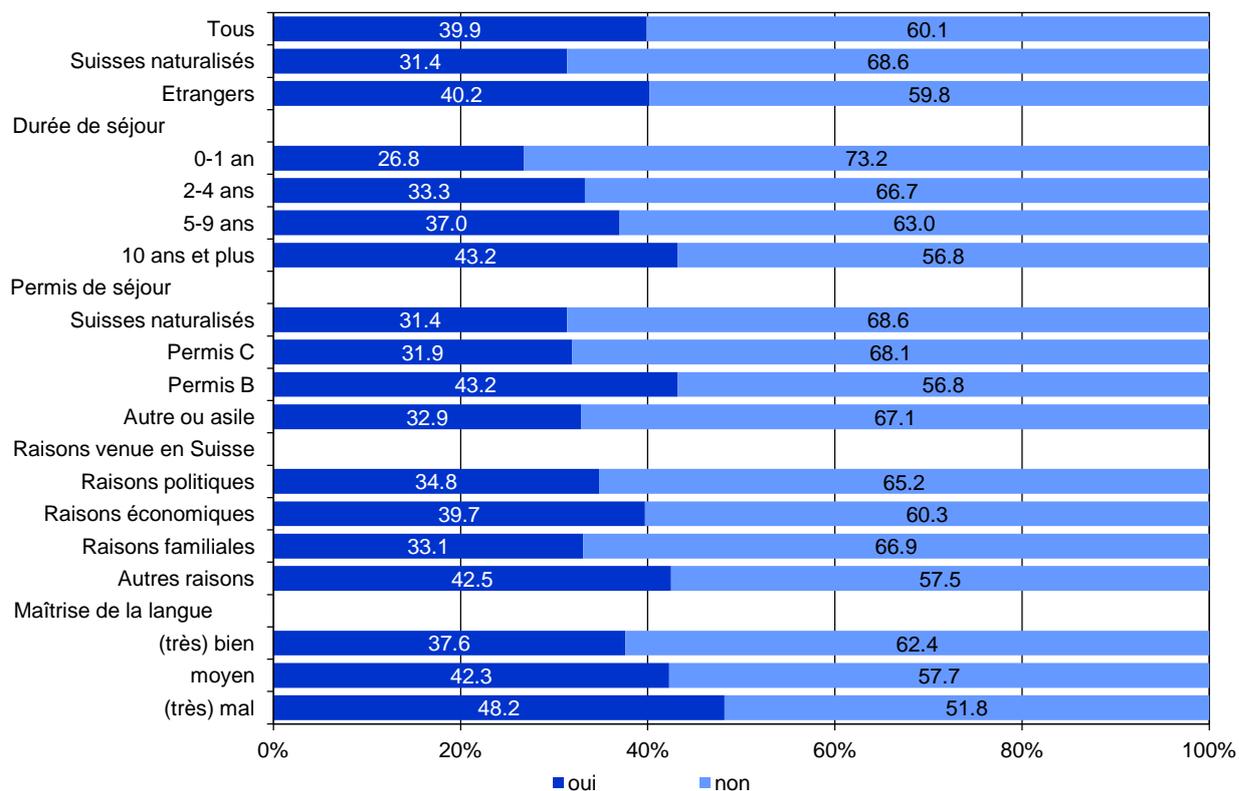
**Figure 6.13 Traitement pour problèmes psychiques au cours des 12 derniers mois et différentes caractéristiques de la migration, ESS 2007 et GMM II (Ntot=13'615)**



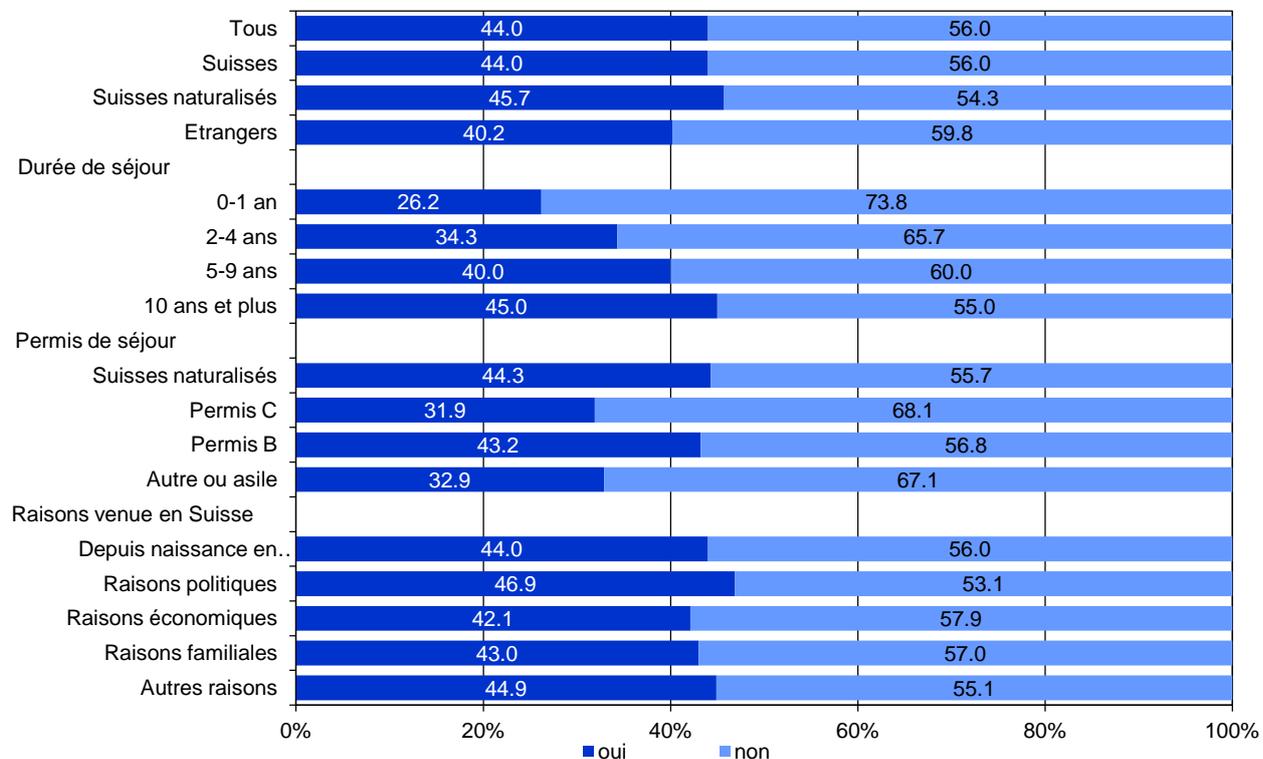
**Figure 6.14 Traitement pour problèmes psychiques au cours des 12 derniers mois et différentes caractéristiques sociodémographiques, ESS 2007 et GMM II (Ntot=13'615)**



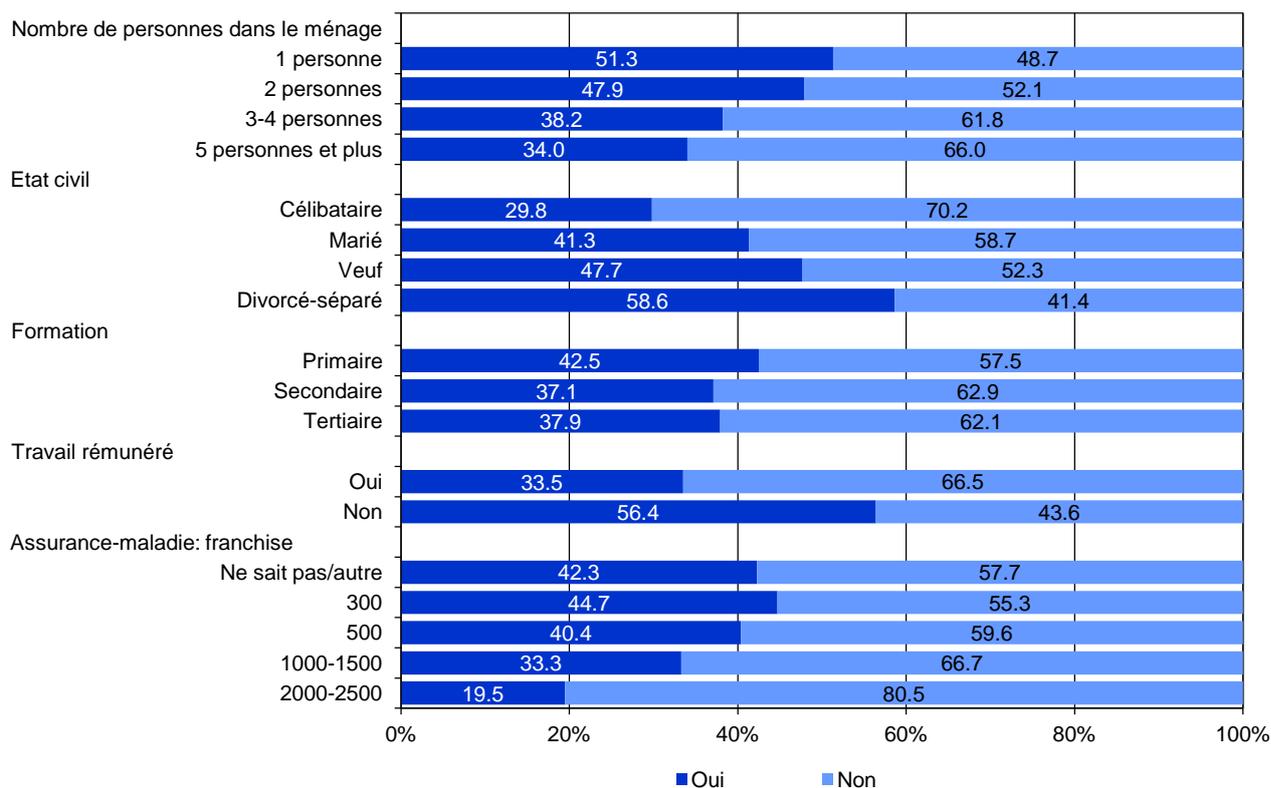
**Figure 6.15 Consommation d'un quelconque médicament au cours des 7 derniers jours et différentes caractéristiques de la migration, GMM II (N=3'015)**



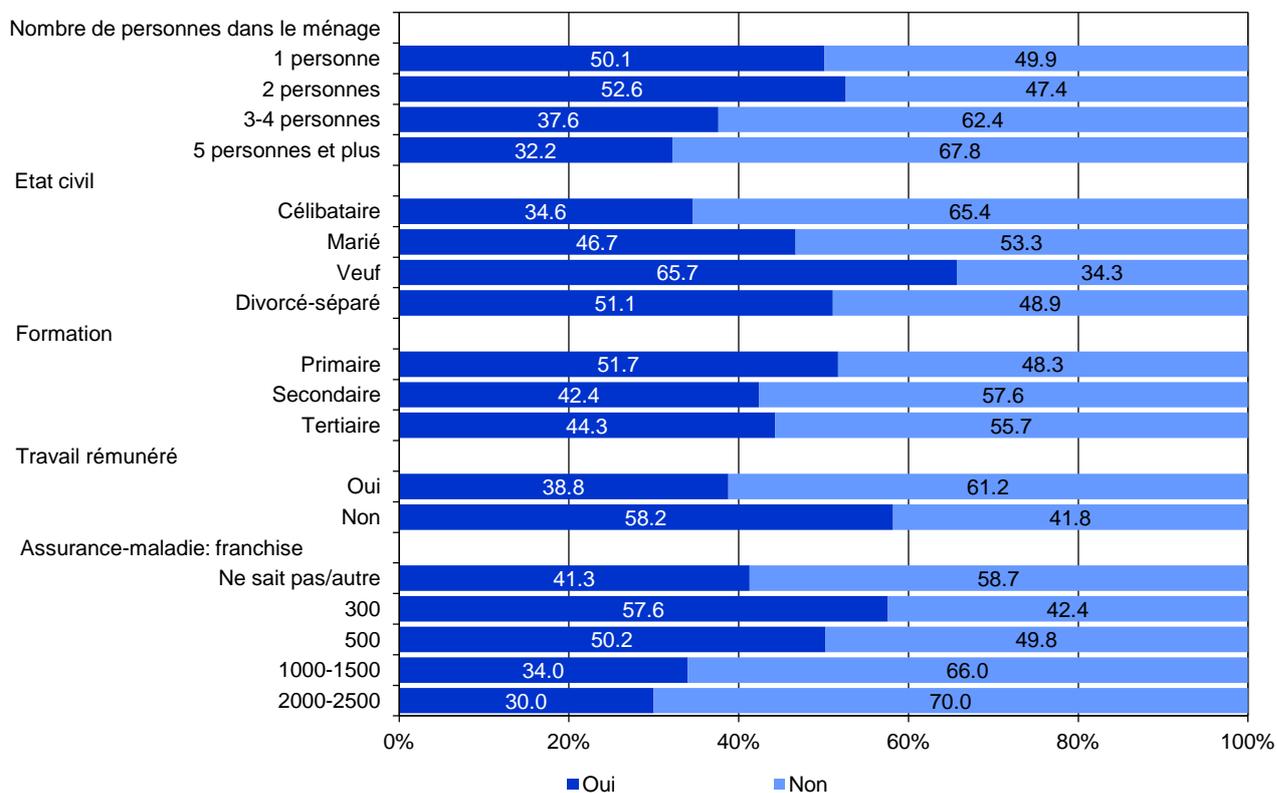
**Figure 6.16 Consommation d'un quelconque médicament au cours des 7 derniers jours et différentes caractéristiques de la migration, ESS 2007 et GMM II (Ntot=16'858)**



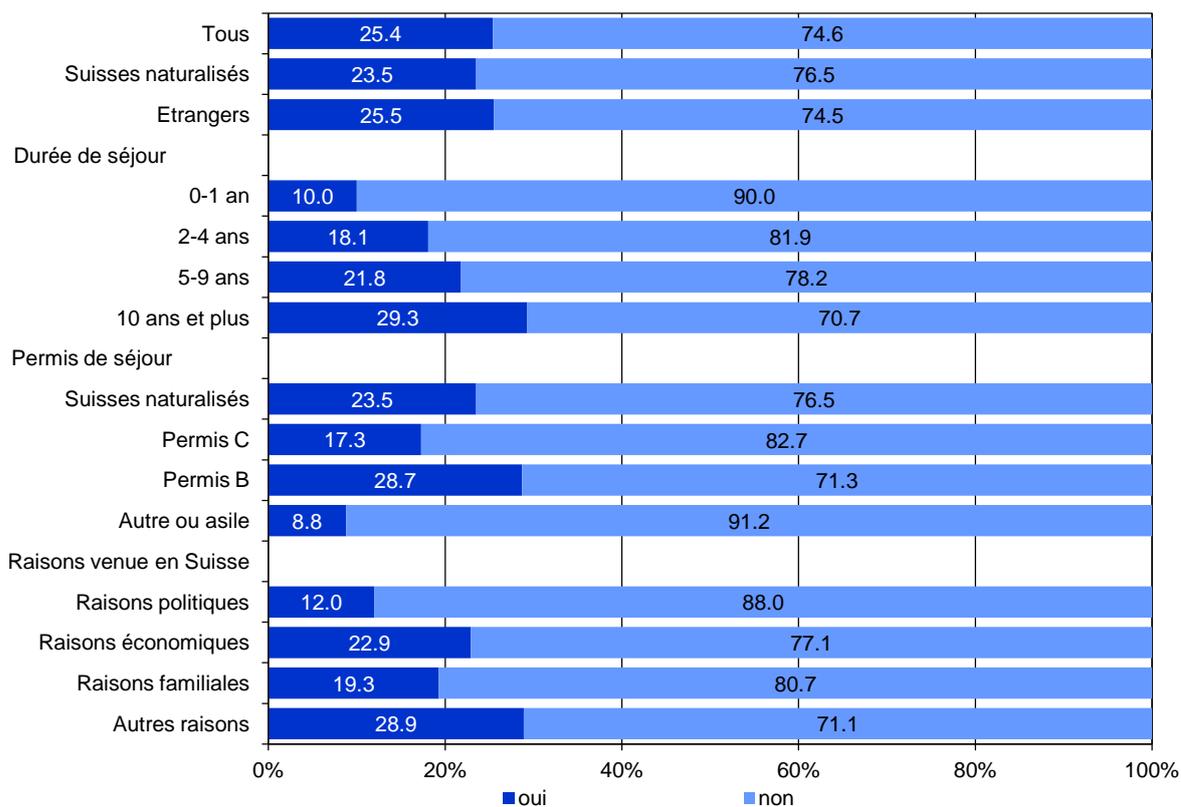
**Figure 6.17** Consommation d'un quelconque médicament au cours des 7 derniers jours et différentes caractéristiques sociodémographiques, GMM II (N=3'015)



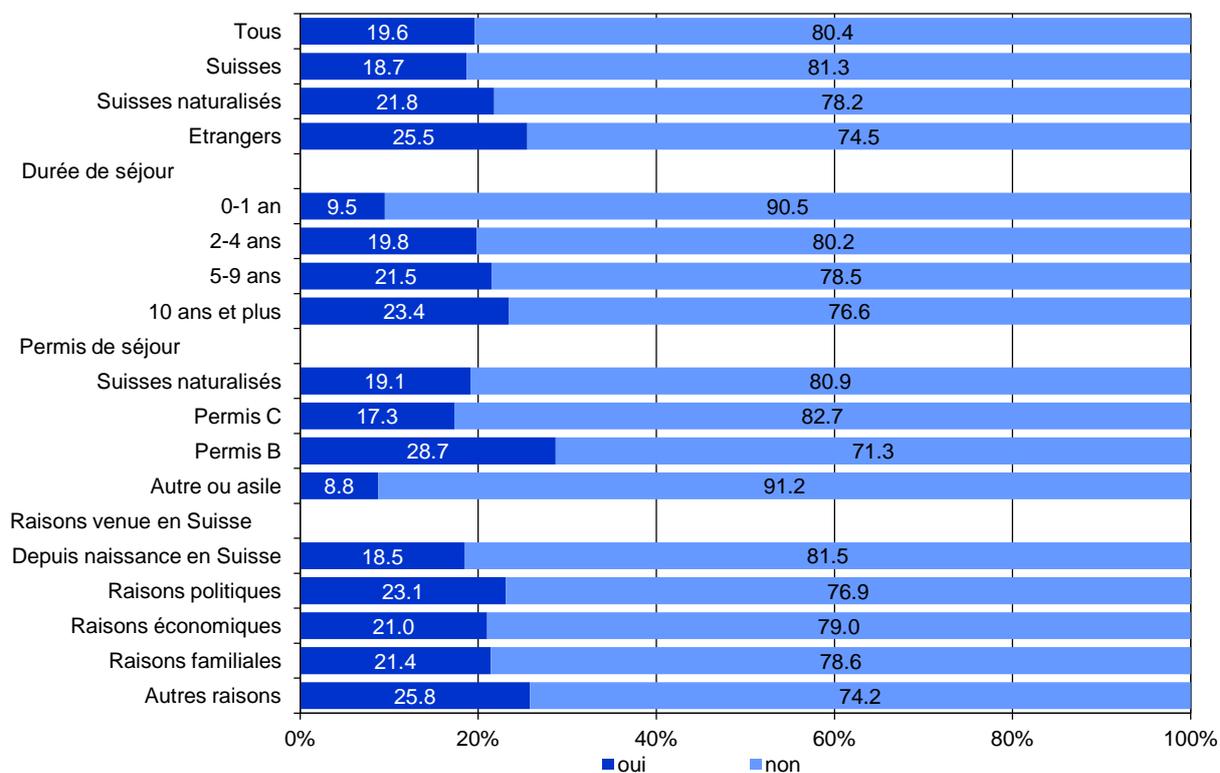
**Figure 6.18** Consommation d'un quelconque médicament au cours des 7 derniers jours et différentes caractéristiques sociodémographiques, ESS 2007 et GMM II (Ntot=16'858)



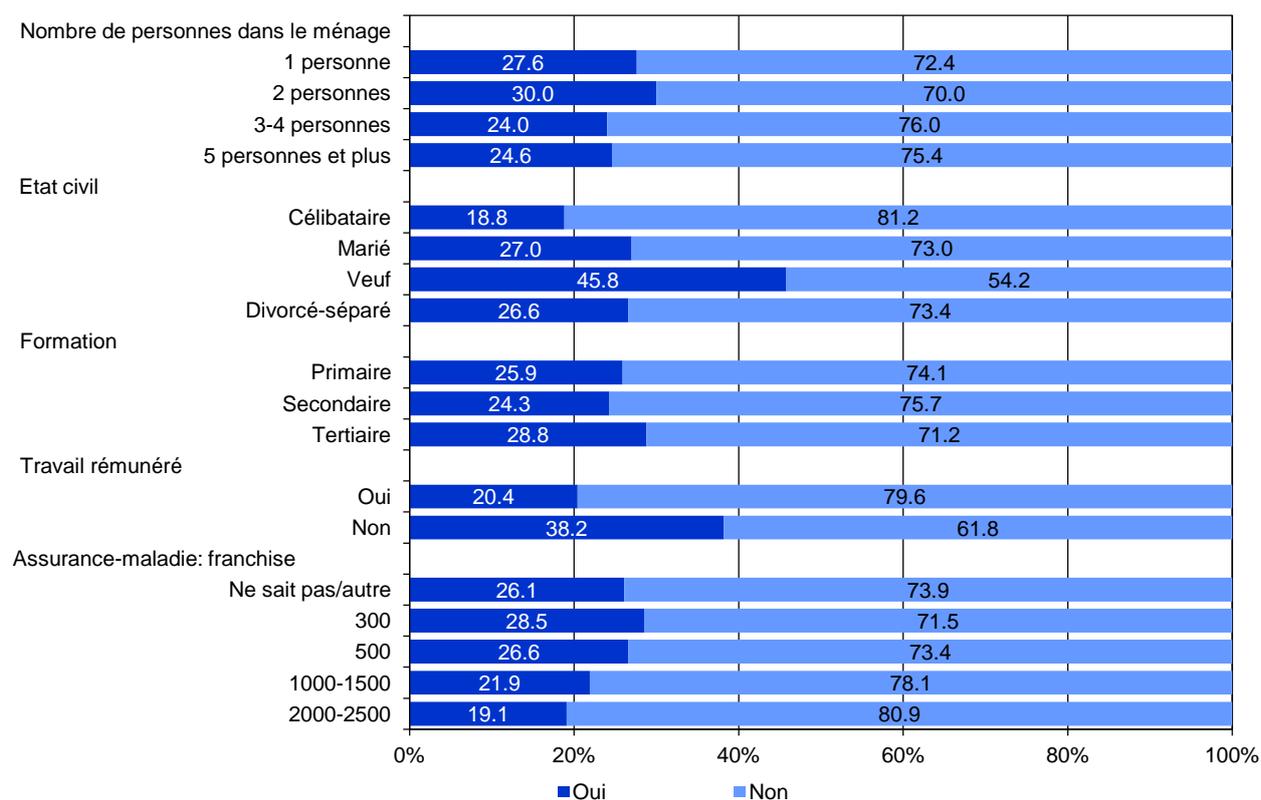
**Figure 6.19 Consommation de médicaments contre la douleur au cours des 7 derniers jours et différentes caractéristiques de la migration, GMM II (N=3'018)**



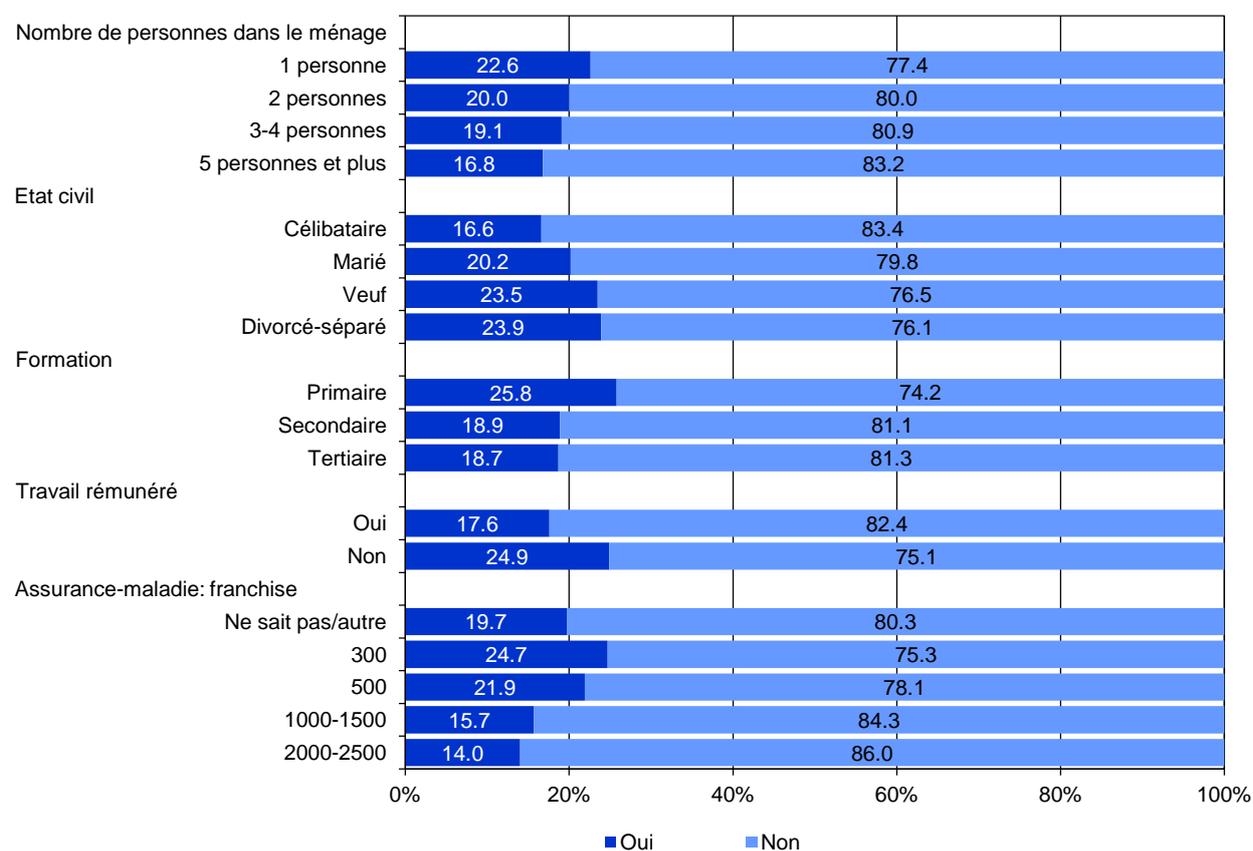
**Figure 6.20 Consommation de médicaments contre la douleur au cours des 7 derniers jours et différentes caractéristiques de la migration, ESS 2007 et GMM II (Ntot=16'853)**



**Figure 6.21 Consommation de médicaments contre la douleur au cours des 7 derniers jours et différentes caractéristiques sociodémographiques, GMM II (N=3'018)**



**Figure 6.22 Consommation de médicaments contre la douleur au cours des 7 derniers jours et différentes caractéristiques sociodémographiques, ESS 2007 et GMM II (Ntot=16'853)**



## 6.2 Tableaux

### 6.2.1 Population permanente

**Tableau 6.1 Consultation d'un médecin au cours des 12 derniers mois selon l'origine, le sexe et l'âge**

			Oui	VI-95	Comparaison groupe de migrants vs. CH	
			%	+/-	%-Δ	p
Portugal	Femmes	17-34	79.2	10.0	-6.4	0.22
		35-49	76.8	9.2	-7.2	0.13
		50-74	85.1	14.4	-1.7	0.82
	Hommes	17-34	62.5	11.4	-7.7	0.20
		35-49	70.2	10.5	3.4	0.54
		50-74	84.1	10.5	6.6	0.23
Turquie	Femmes	17-34	75.6	10.8	-10.0	0.07
		35-49	85.7	9.5	1.7	0.74
		50-74	93.7	9.1	6.9	0.14
	Hommes	17-34	60.0	10.5	-10.2	0.06
		35-49	74.8	12.6	8.0	0.22
		50-74	87.8	13.4	10.2	0.14
Serbie	Femmes	17-34	86.0	8.5	0.4	0.92
		35-49	69.2	15.2	-14.9	0.06
		50-74	85.5	13.5	-1.3	0.85
	Hommes	17-34	57.7	15.8	-12.5	0.13
		35-49	51.9	17.6	-14.8	0.10
		50-74	54.2	17.2	<b>-23.3</b>	0.01
Kosovo	Femmes	17-34	50.9	11.3	<b>-34.7</b>	0.00
		35-49	34.7	14.3	<b>-49.4</b>	0.00
		50-74	50.7	23.0	<b>-36.2</b>	0.00
	Hommes	17-34	50.6	12.1	<b>-19.7</b>	0.00
		35-49	39.3	18.5	<b>-27.5</b>	0.00
		50-74	74.3	22.6	-3.2	0.78
Suisse	Femmes	17-34	85.6	2.1		
		35-49	84.0	1.9		
		50-74	86.8	1.4		
	Hommes	17-34	70.2	2.8		
		35-49	66.8	2.5		
		50-74	77.5	2.0		

% en ligne; VI-95 = Ecart +/- en % (intervalle de confiance) ; %-Δ = Différence entre le groupe de migrants et la Suisse ; p = probabilité : **Gras** : différence significative.

**Tableau 6.2** Fréquence des consultations chez le médecin au cours des 12 derniers mois selon l'origine, le sexe et l'âge

			Nombre	VI-95	Comparaison groupe de migrants vs. CH	
			MA	+/-	MA-Δ	p
Portugal	Femmes	17-34	4.5	1.4	-0.6	0.41
		35-49	4.8	1.5	0.3	0.75
		50-74	6.9	3.4	1.5	0.39
	Hommes	17-34	2.4	0.6	<b>-1.1</b>	0.00
		35-49	3.9	1.5	-0.5	0.57
		50-74	4.9	1.9	-0.5	0.59
Turquie	Femmes	17-34	5.0	1.1	-0.0	0.94
		35-49	9.0	2.9	<b>4.5</b>	0.00
		50-74	9.9	4.0	<b>4.5</b>	0.03
	Hommes	17-34	3.9	1.1	0.4	0.54
		35-49	8.9	5.7	4.4	0.13
		50-74	7.5	4.2	2.1	0.34
Serbie	Femmes	17-34	5.2	3.4	0.1	0.96
		35-49	7.7	3.5	3.2	0.07
		50-74	7.0	4.6	1.6	0.49
	Hommes	17-34	3.4	1.7	-0.2	0.86
		35-49	4.8	2.8	0.3	0.82
		50-74	7.2	3.5	1.8	0.32
Kosovo	Femmes	17-34	4.6	1.8	-0.5	0.59
		35-49	6.9	2.8	2.4	0.10
		50-74	10.5	4.0	<b>5.1</b>	0.01
	Hommes	17-34	2.3	0.5	<b>-1.2</b>	0.00
		35-49	5.6	3.8	1.2	0.55
		50-74	5.9	3.0	0.5	0.74
Suisse	Femmes	17-34	5.1	0.5		
		35-49	4.5	0.4		
		50-74	5.4	0.4		
	Hommes	17-34	3.5	0.4		
		35-49	4.4	0.6		
		50-74	5.4	0.5		

MA – Moyenne arithmétique; VI-95 = Ecart +/- en % (intervalle de confiance), AM-Δ = Différence de moyenne entre le groupe de migrants et la Suisse ; p = probabilité : **Gras** : différence significative.

**Tableau 6.3** Fréquence des consultations chez le médecin de famille au cours des 12 derniers mois selon l'origine, le sexe et l'âge

			Nombre	VI-95	Comparaison groupe de migrants vs. CH	
			MA	+/-	MA-Δ	p
Portugal	Femmes	17-34	2.9	0.8	0.8	0.07
		35-49	3.0	0.9	0.7	0.12
		50-74	4.6	2.9	1.6	0.27
	Hommes	17-34	1.8	0.3	-0.2	0.39
		35-49	3.1	1.4	0.6	0.44
		50-74	4.3	1.7	1.2	0.18
Turquie	Femmes	17-34	3.5	0.9	<b>1.3</b>	0.01
		35-49	7.1	2.3	<b>4.9</b>	0.00
		50-74	7.5	2.5	<b>4.4</b>	0.00
	Hommes	17-34	2.9	0.7	<b>0.9</b>	0.01
		35-49	8.1	5.7	<b>5.6</b>	0.05
		50-74	4.1	0.9	<b>1.0</b>	0.05
Serbie	Femmes	17-34	4.2	2.4	2.0	0.11
		35-49	4.9	2.0	<b>2.7</b>	0.01
		50-74	3.0	1.0	-0.1	0.89
	Hommes	17-34	3.1	1.8	1.1	0.22
		35-49	4.3	2.7	1.7	0.20
		50-74	4.3	1.7	1.2	0.18
Kosovo	Femmes	17-34	4.3	2.0	<b>2.1</b>	0.04
		35-49	5.4	2.9	<b>3.2</b>	0.03
		50-74	7.6	3.9	<b>4.6</b>	0.02
	Hommes	17-34	2.8	0.7	<b>0.9</b>	0.03
		35-49	5.2	3.6	2.7	0.14
		50-74	6.1	4.8	3.0	0.22
Suisse	Femmes	17-34	2.2	0.2		
		35-49	2.2	0.2		
		50-74	3.0	0.2		
	Hommes	17-34	2.0	0.2		
		35-49	2.5	0.4		
		50-74	3.1	0.3		

MA – Moyenne arithmétique; VI-95 = Ecart +/- en % (intervalle de confiance), AM-Δ = Différence de moyenne entre le groupe de migrants et la Suisse ; p = probabilité : **Gras** : différence significative.

**Tableau 6.4 Fréquence des consultations chez le gynécologue au cours des 12 derniers mois selon l'origine et l'âge**

			Nombre	VI-95	Comparaison groupe de migrants vs. CH	
			MA	+/-	MA-Δ	p
Portugal	Femmes	17-34	2.3	1.2	0.6	0.35
		35-49	1.1	0.2	-0.1	0.30
		50-74	0.9	0.3	0.2	0.21
Turquie	Femmes	17-34	2.8	1.6	1.1	0.19
		35-49	1.4	0.3	0.2	0.19
		50-74	0.6	0.3	-0.1	0.44
Serbie	Femmes	17-34	1.5	0.4	-0.2	0.27
		35-49	1.4	0.5	0.2	0.34
		50-74	0.7	0.3	0.0	0.99
Kosovo	Femmes	17-34	1.5	0.6	-0.3	0.44
		35-49	1.5	0.7	0.3	0.32
		50-74	0.2	0.2	<b>-0.5</b>	0.00
Suisse	Femmes	17-34	1.7	0.2		
		35-49	1.2	0.1		
		50-74	0.7	0.1		

MA – Moyenne arithmétique; VI-95 = Ecart +/- en % (intervalle de confiance), AM-Δ = Différence de moyenne entre le groupe de migrants et la Suisse ; p = probabilité : **Gras** : différence significative.

**Tableau 6.5 Nombre de jours à l'hôpital au cours des 12 derniers mois selon l'origine et l'âge**

		Nombre	VI-95	Comparaison population migrante vs. CH	
		MA	+/-	%-Δ	p
Portugal	17-34	3.6	1.4	<b>-2.6</b>	0.00
	35-49	9.9	12.5	2.9	0.35
	50-74	10.2	9.3	-0.8	0.39
Turquie	17-34	3.5	1.9	<b>-2.7</b>	0.01
	35-49	13.1	7.4	6.1	0.10
	50-74	35.4	43.9	24.4	0.21
Serbie	17-34	5.4	3.6	-0.8	0.36
	35-49	10.6	11.0	3.6	0.32
	50-74	8.7	7.5	-2.3	0.33
Kosovo	17-34	7.0	10.1	0.9	0.39
	35-49	2.4	1.2	<b>-4.6</b>	0.00
	50-74	4.3	2.0	<b>-6.6</b>	0.00
Suisse	17-34	6.2	1.2		
	35-49	7.0	1.4		
	50-74	11.0	1.5		

MA – Moyenne arithmétique; VI-95 = Ecart +/- en % (intervalle de confiance), AM-Δ = Différence de moyenne entre le groupe de migrants et la Suisse ; p = probabilité : **Gras** : différence significative.

**Tableau 6.6 Consultations aux urgences d'un hôpital, au service ambulatoire d'un hôpital ou dans une policlinique au cours des 12 derniers mois selon l'origine, le sexe et l'âge**

			Oui	VI-95	Comparaison groupe de migrants vs. CH	
			%	+/-	%-Δ	p
Portugal	Femmes	17-34	28.3	11.3	<b>12.6</b>	0.03
		35-49	17.6	8.1	<b>8.2</b>	0.05
		50-74	11.1	12.1	0.4	0.95
	Hommes	17-34	16.9	8.6	2.2	0.63
		35-49	26.8	10.1	<b>15.1</b>	0.00
		50-74	24.3	13.1	12.8	0.06
Turquie	Femmes	17-34	23.7	9.8	8.0	0.11
		35-49	29.1	11.4	<b>19.8</b>	0.00
		50-74	21.9	17.9	11.3	0.22
	Hommes	17-34	25.9	9.1	<b>11.2</b>	0.02
		35-49	22.7	11.8	11.0	0.07
		50-74	8.1	9.6	-3.4	0.50
Serbie	Femmes	17-34	14.7	9.1	-0.9	0.84
		35-49	6.3	6.9	-3.0	0.40
		50-74	4.8	8.8	-5.8	0.20
	Hommes	17-34	16.1	10.8	1.3	0.81
		35-49	12.7	10.6	1.1	0.85
		50-74	13.8	11.8	2.3	0.71
Kosovo	Femmes	17-34	11.8	7.8	-3.9	0.34
		35-49	5.2	6.3	-4.2	0.20
		50-74	10.6	17.2	-0.1	0.99
	Hommes	17-34	10.9	7.5	-3.9	0.33
		35-49	11.0	11.9	-0.6	0.92
		50-74	11.2	16.1	-0.3	0.97
Suisse	Femmes	17-34	15.7	2.1		
		35-49	9.4	1.4		
		50-74	10.6	1.3		
	Hommes	17-34	14.7	2.2		
		35-49	11.7	1.8		
		50-74	11.5	1.5		

% en ligne; VI-95 = Ecart +/- en % (intervalle de confiance) ; %-Δ = Différence entre le groupe de migrants et la Suisse ; p = probabilité : **Gras** : différence significative.

**Tableau 6.7 Traitement pour dépression selon l'origine, le sexe et l'âge**

			Oui	VI-95	Comparaison groupe de migrants vs. CH	
			%	+/-	%-Δ	p
Portugal	Femmes	17-34	6.0	4.9	1.1	0.67
		35-49	16.2	8.0	<b>11.2</b>	0.01
		50-74	32.1	19.6	<b>25.9</b>	0.01
	Hommes	17-34	0.0	0.0	<b>-2.6</b>	0.00
		35-49	6.3	6.1	3.0	0.35
		50-74	9.6	9.2	5.9	0.22
Turquie	Femmes	17-34	4.8	4.9	-0.1	0.98
		35-49	29.0	11.6	<b>24.1</b>	0.00
		50-74	34.8	20.6	<b>28.6</b>	0.01
	Hommes	17-34	5.7	6.1	3.0	0.34
		35-49	22.8	11.7	<b>19.4</b>	0.00
		50-74	21.0	18.8	17.3	0.07
Serbie	Femmes	17-34	10.7	11.9	5.8	0.34
		35-49	12.5	9.4	7.7	0.11
		50-74	22.9	17.2	16.7	0.06
	Hommes	17-34	0.4	0.5	<b>-2.3</b>	0.00
		35-49	2.9	5.1	-0.5	0.85
		50-74	12.8	11.7	9.1	0.13
Kosovo	Femmes	17-34	0.9	1.5	<b>-4.0</b>	0.00
		35-49	5.4	6.6	0.5	0.89
		50-74	19.7	18.3	13.5	0.15
	Hommes	17-34	3.0	5.0	0.4	0.88
		35-49	8.1	11.1	4.8	0.40
		50-74	20.4	19.7	16.7	0.10
Suisse	Femmes	17-34	4.8	1.4		
		35-49	4.9	1.1		
		50-74	6.2	1.2		
	Hommes	17-34	2.6	1.2		
		35-49	3.4	1.0		
		50-74	3.7	1.1		

% en ligne; VI-95 = Ecart +/- en % (intervalle de confiance) ; %-Δ = Différence entre le groupe de migrants et la Suisse ; p = probabilité ; **Gras** : différence significative.

**Tableau 6.8 Consommation d'un quelconque médicament au cours des 7 derniers jours selon l'origine, le sexe et l'âge**

			Oui	VI-95	Comparaison population migrante vs. CH	
			%	+/-	%-Δ	p
Portugal	Femmes	17-34	49.3	12.6	9.6	0.13
		35-49	48.4	11.2	6.6	0.21
		50-74	71.9	18.6	10.2	0.22
	Hommes	17-34	27.1	10.4	1.1	0.39
		35-49	28.0	10.4	-4.1	0.30
		50-74	55.1	16.6	0.4	0.40
Turquie	Femmes	17-34	32.8	10.8	-6.9	0.19
		35-49	63.5	12.4	<b>21.7</b>	0.00
		50-74	96.2	5.2	<b>34.5</b>	0.00
	Hommes	17-34	27.2	10.2	1.2	0.39
		35-49	48.4	14.1	<b>16.3</b>	0.03
		50-74	82.1	15.8	<b>27.4</b>	0.00
Serbie	Femmes	17-34	48.4	14.6	8.7	0.20
		35-49	48.3	16.4	6.5	0.29
		50-74	71.4	17.8	9.7	0.22
	Hommes	17-34	34.8	15.6	8.8	0.22
		35-49	39.3	18.8	7.2	0.30
		50-74	60.2	17.2	5.5	0.33
Kosovo	Femmes	17-34	29.6	10.4	-10.1	0.07
		35-49	26.5	13.4	<b>-15.3</b>	0.03
		50-74	60.9	22.6	-0.8	0.40
	Hommes	17-34	14.4	8.2	<b>-11.6</b>	0.01
		35-49	8.7	11.4	<b>-23.4</b>	0.00
		50-74	47.1	25.4	-7.6	0.33
Suisse	Femmes	17-34	39.7			
		35-49	41.8			
		50-74	61.7			
	Hommes	17-34	26.0			
		35-49	32.1			
		50-74	54.7			

% en ligne; VI-95 = Ecart +/- en % (intervalle de confiance) ; %-Δ = Différence entre le groupe de migrants et la Suisse ; p = probabilité : **Gras** : différence significative.

**Tableau 6.9 Consommation d'un analgésique au cours des 7 derniers jours selon l'origine et le sexe**

		Oui	VI-95	Comparaison population migrante vs. CH	
		%	+/-	%-Δ	p
Portugal	Femmes	28.4	7.0	5.2	0.14
	Hommes	22.5	6.2	<b>7.8</b>	0.02
Turquie	Femmes	38.8	8.4	<b>15.6</b>	0.00
	Hommes	26.6	8.0	<b>11.9</b>	0.03
Serbie	Femmes	41.5	9.8	<b>18.3</b>	0.00
	Hommes	28.5	9.4	<b>13.8</b>	0.03
Kosovo	Femmes	24.0	7.8	0.8	0.39
	Hommes	14.4	7.0	-0.3	0.40
Suisse	Femmes	23.2			
	Hommes	14.7			

% en ligne; VI-95 = Ecart +/- en % (intervalle de confiance) ; %-Δ = Différence entre le groupe de migrants et la Suisse ; p = probabilité : **Gras** : différence significative.

## 6.2.2 Requérants d'asile

**Tableau 6.10 Consultation d'un médecin au cours des 12 derniers mois selon l'origine et le permis de séjour**

	Requérants d'asile N		Accepté provisoirement F		Hommes		Femmes		Total	
	Oui (%)	VI-95 (+/-)	Oui (%)	VI-95 (+/-)	Oui (%)	VI-95 (+/-)	Oui (%)	VI-95 (+/-)	Oui (%)	VI-95 (+/-)
Somalie	82.9	8.2	68.9	9.9	70.7	11.6	70.7	10.7	70.7	8.7
Sri Lanka	73.5	10.5	72.9	9.9	67.5	9.7	86.3	7.8	73.2	7.2
Suisse									79.0	0.9

Groupes de comparaison	%-Δ	p-value
Somalie vs. Suisse	-8.3	0.06
Sri Lanka vs. Suisse	-5.8	0.12
Sri Lanka vs. Somalie	2.5	0.67
Somalie: F vs. N	<b>-14.0</b>	0.03
Sri Lanka: F vs. N	-0.6	0.93
N: Sri Lanka vs. Somalie	-9.4	0.17
F: Sri Lanka vs. Somalie	4.0	0.58
Somalie: Hommes vs. Femmes	0.0	0.99
Sri Lanka: Hommes vs. Femmes	<b>-18.9</b>	0.00

**Tableau 6.11 Fréquence des consultations chez le médecin au cours des 12 derniers mois selon l'origine et le permis de séjour**

	Requérants d'asile N		Accepté provisoirement F		Hommes		Femmes		Total	
	MA VI-95 (+/-)	MA VI-95 (+/-)	MA VI-95 (+/-)	MA VI-95 (+/-)	MA VI-95 (+/-)	MA VI-95 (+/-)	MA VI-95 (+/-)	MA VI-95 (+/-)	AM VI-95 (+/-)	AM VI-95 (+/-)
Somalie	6.1	2.0	8.9	5.5	8.1	5.8	9.5	5.07	7.7	4.6
Sri Lanka	5.8	2.2	4.7	1.3	4.7	1.4	6.1	1.72	4.7	1.1
Suisse									5.1	0.2

Groupes de comparaison	Δ	p-value
Somalie vs. Suisse	2.6	0.13
Sri Lanka vs. Suisse	-0.4	0.66
Sri Lanka vs. Somalie	-3.0	0.17
Somalie: F vs. N	2.8	0.35
Sri Lanka: F vs. N	-1.1	0.39
N: Sri Lanka vs. Somalie	-0.3	0.84
F: Sri Lanka vs. Somalie	-4.2	0.15
Somalie: Hommes vs. Femmes	-1.3	0.73
Sri Lanka: Hommes vs. Femmes	-1.4	0.20

**Tableau 6.12** Fréquence des consultations chez le médecin de famille au cours des 12 derniers mois selon l'origine et le permis de séjour

	Requérants d'asile N		Accepté provisoirement F		Hommes		Femmes		Total	
	MA	VI-95 (+/-)	MA	VI-95 (+/-)	MA	VI-95 (+/-)	MA	VI-95 (+/-)	MA	VI-95 (+/-)
Somalie	5.8	1.9	8.4	5.4	7.8	5.8	8.5	4.8	7.9	4.5
Sri Lanka	4.7	1.8	4.3	1.2	4.3	1.3	4.8	1.4	4.8	1.0
Suisse									3.1	0.1

Groupes de comparaison	$\Delta$	p-value
Somalie vs. Suisse	<b>4.8</b>	0.02
Sri Lanka vs. Suisse	<b>1.7</b>	0.00
Sri Lanka vs. Somalie	-3.1	0.14
Somalie: F vs. N	2.6	0.37
Sri Lanka: F vs. N	-0.4	0.70
N: Sri Lanka vs. Somalie	-1.1	0.42
F: Sri Lanka vs. Somalie	-4.0	0.15
Somalie: Hommes vs. Femmes	-0.7	0.86
Sri Lanka: Hommes vs. Femmes	-0.6	0.57

**Tableau 6.13** Fréquence des consultations chez le gynécologue au cours des 12 derniers mois selon l'origine et le permis de séjour

	Requérants d'asile N		Accepté provisoirement F		Total	
	MA	VI-95 (+/-)	MA	VI-95 (+/-)	MA	VI-95 (+/-)
Somalie	2.8	2.1	1.6	1.0	1.8	0.9
Sri Lanka	1.4	1.3	0.8	0.7	1.0	0.6
Suisse					1.1	0.1

Groupes de comparaison	$\Delta$	p-value
Somalie vs. Suisse	0.7	0.12
Sri Lanka vs. Suisse	-0.1	0.77
Sri Lanka vs. Somalie	-0.8	0.14
Somalie: F vs. N	-1.2	0.30
Sri Lanka: F vs. N	-0.6	0.44
N: Sri Lanka vs. Somalie	-1.4	0.26
F: Sri Lanka vs. Somalie	-0.8	0.22

**Tableau 6.14** Nombre de jours à l'hôpital au cours des 12 derniers mois selon l'origine et le permis de séjour

	Requérants d'asile N		Accepté provisoirement F		Hommes		Femmes		Total	
	MA VI-95 (+/-)		MA VI-95 (+/-)		MA VI-95 (+/-)		MA VI-95 (+/-)		AM VI-95 (+/-)	
Somalie	4.3	3.9	7.6	5.3	3.9	2.7	12.2	10.4	7.0	4.4
Sri Lanka	2.2	0.7	4.5	2.8	2.4	1.0	7.4	5.8	3.6	1.8
Suisse									8.7	0.9

Groupes de comparaison	%-Δ	p-value
Somalie vs. Suisse	-1.7	0.30
Sri Lanka vs. Suisse	<b>-5.1</b>	0.00
Sri Lanka vs. Somalie	-3.4	0.14
Somalie: F vs. N	3.3	0.24
Sri Lanka: F vs. N	2.3	0.11
N: Sri Lanka vs. Somalie	<b>-2.1</b>	0.00
F: Sri Lanka vs. Somalie	-3.1	0.24
Somalie: Hommes vs. Femmes	-8.3	0.12
Sri Lanka: Hommes vs. Femmes	-5.0	0.09

**Tableau 6.15** Consultations aux urgences d'un hôpital, au service ambulatoire d'un hôpital ou dans une policlinique au cours des 12 derniers mois selon l'origine et le permis de séjour

	Requérants d'asile N		Accepté provisoirement F		Hommes		Femmes		Total	
	Oui (%)	VI-95 (+/-)	Oui (%)	VI-95 (+/-)	Oui (%)	VI-95 (+/-)	Oui (%)	VI-95 (+/-)	Oui (%)	VI-95 (+/-)
Somalie	8.5	8.2	9.9	9.9	9.5	7.1	10.3	6.7	9.7	5.3
Sri Lanka	15.1	10.5	14.7	9.9	15.7	7.6	12.9	7.4	14.8	5.7
Suisse									12.1	0.7

Groupes de comparaison	%-Δ	p-value
Somalie vs. Suisse	-2.3	0.39
Sri Lanka vs. Suisse	2.8	0.35
Sri Lanka vs. Somalie	5.1	0.20
Somalie: F vs. N	1.4	0.74
Sri Lanka: F vs. N	-0.4	0.94
N: Sri Lanka vs. Somalie	6.6	0.21
F: Sri Lanka vs. Somalie	4.7	0.35
Somalie: Hommes vs. Femmes	-0.7	0.88
Sri Lanka: Hommes vs. Femmes	2.7	0.61

**Tableau 6.16 Traitement pour dépression selon l'origine et le permis de séjour**

	Requérants d'asile N		Accepté provisoirement F		Hommes		Femmes		Total	
	Oui (%)	VI-95 (+/-)	Oui (%)	VI-95 (+/-)	Oui (%)	VI-95 (+/-)	Oui (%)	VI-95 (+/-)	Oui (%)	VI-95 (+/-)
Somalie	3.0	3.4	13.7	7.1	12.1	8.3	13.0	7.8	12.4	6.2
Sri Lanka	58.1	11.9	19.3	9.0	39.4	10.5	23.6	9.0	34.6	7.9
Suisse									4.4	0.5

Groupes de comparaison	%-Δ	p-value
Somalie vs. Suisse	<b>8.0</b>	0.01
Sri Lanka vs. Suisse	<b>30.2</b>	0.00
Sri Lanka vs. Somalie	<b>22.2</b>	0.00
Somalie: F vs. N	<b>10.7</b>	0.01
Sri Lanka: F vs. N	<b>-38.9</b>	0.00
N: Sri Lanka vs. Somalie	<b>55.2</b>	0.00
F: Sri Lanka vs. Somalie	5.6	0.34
Somalie: Hommes vs. Femmes	-0.9	0.88
Sri Lanka: Hommes vs. Femmes	<b>15.8</b>	0.03

**Tableau 6.17 Consommation d'un quelconque médicament au cours des 7 derniers jours selon l'origine et le permis de séjour**

	Requérants d'asile N		Accepté provisoirement F		Hommes		Femmes		Total	
	Oui %	VI-95 (+/-)	%	VI-95 (+/-)	%	VI-95(+/-)	%	VI-95 (+/-)	%	VI-95 (+/-)
Somalie	32.0	9.6	34.6	9.4	27.5	10.4	50.4	11.4	34.3	8.2
Sri Lanka	25.8	10.0	35.2	10.2	29.2	9.4	36.5	10.8	31.4	7.4
Suisse									44.3	1.0

Groupes de comparaison	%-Δ	p-value
Somalie vs. Suisse	<b>-10.0</b>	0.02
Sri Lanka vs. Suisse	<b>-12.9</b>	0.00
Sri Lanka vs. Somalie	-2.9	0.35
Somalie: F vs. N	2.6	0.37
Sri Lanka: F vs. N	9.4	0.26
N: Sri Lanka vs. Somalie	-6.2	0.27
F: Sri Lanka vs. Somalie	0.6	0.40
Somalie: Hommes vs. Femmes	<b>-22.9</b>	0.00
Sri Lanka: Hommes vs. Femmes	-7.3	0.24

**Tableau 6.18 Consommation d'un analgésique au cours des 7 derniers jours selon l'origine et le permis de séjour**

	Requérants d'asile N		Accepté provisoirement F		Hommes		Femmes		Total	
	Oui %	VI-95 (+/-)	%	VI-95 (+/-)	%	VI-95 (+/-)	%	VI-95 (+/-)	%	VI-95 (+/-)
Somalie	17.1	7.6	9.2	5.0	5.2	5.0	21.9	8.8	10.2	4.6
Sri Lanka	8.8	6.2	6.6	5.2	8.2	5.4	5.9	5.4	7.5	4.0
Suisse									19.1	0.8

Groupes de comparaison	%-Δ	p-value
Somalie vs. Suisse	<b>-8.9</b>	0.00
Sri Lanka vs. Suisse	<b>-11.6</b>	0.00
Sri Lanka vs. Somalie	-2.7	0.26
Somalie: F vs. N	-7.9	0.11
Sri Lanka: F vs. N	-2.2	0.34
N: Sri Lanka vs. Somalie	-8.3	0.09
F: Sri Lanka vs. Somalie	-2.6	0.30
Somalie: Hommes vs. Femmes	<b>-16.7</b>	0.00
Sri Lanka: Hommes vs. Femmes	2.3	0.33

### 6.3 Régressions logistiques

Tableau 6.19 Probabilité d'avoir consulté un médecin au cours des 12 derniers mois en fonction de l'âge, du sexe et de l'état de santé par genre (ESS 2007 et GMM II, Ntot=15'625)

		Modèle 1								
		Femmes			Hommes			Tous		
		OR	B.inf.	B.sup.	OR	B.inf.	B.sup.	OR	B.inf.	B.sup.
Sexe	Hommes									
	Femmes							<b>2.1</b>	2.0	2.3
Age	17-34									
	35-49	<b>0.9</b>	0.7	1.0	<b>0.8</b>	0.7	1.0	<b>0.9</b>	0.7	0.9
	50+	<b>0.8</b>	0.7	1.0	<b>1.3</b>	1.1	1.5	1.1	0.9	1.1
Pays d'origine	Suisse									
	Suisse naturalisé	1.0	0.8	1.1	1.0	0.9	1.2	1.0	0.6	0.8
	Etranger	<b>0.4</b>	0.3	0.5	<b>0.7</b>	0.6	0.8	<b>0.6</b>	0.7	1.0
Etat de santé	Moyen-mauvais	<b>2.0</b>	1.5	2.6	<b>2.0</b>	1.5	2.6	<b>1.9</b>	1.6	2.3
Maladie de longue durée	Oui	<b>2.1</b>	1.7	2.5	<b>2.6</b>	2.2	3.1	<b>2.3</b>	2.0	2.6
Limitations	Pas limité									
	Un peu limité	<b>1.7</b>	1.4	2.0	<b>2.3</b>	1.9	2.8	<b>2.0</b>	1.8	2.3
	Très limité	<b>2.9</b>	1.9	4.5	<b>2.9</b>	2.0	4.0	<b>2.9</b>	2.3	4.0

Les odds ratios indiqués en gras sont significatifs

**Tableau 6.20 Probabilité d'avoir consulté un médecin au cours des 12 derniers mois en fonction des différents déterminants (ESS 2007 et GMM II, Ntot=15'625)**

		Modèle 2			Modèle 3		
		OR	B.inf.	B.sup.	OR	B.inf.	B.sup.
Sexe	Femmes	<b>2.2</b>	2.0	2.3	<b>2.1</b>	1.9	2.3
	Hommes						
Age	17-34						
	35-49	1.0	0.9	1.1	<b>1.3</b>	1.1	1.4
	50+	<b>0.8</b>	0.7	0.9	1.0	0.9	1.1
Pays d'origine	Suisse						
	Portugal	0.8	0.7	1.0	0.7	0.5	1.1
	Turquie	<b>0.7</b>	0.6	0.8	<b>0.6</b>	0.4	0.9
	Serbie	<b>0.5</b>	0.4	0.7	<b>0.4</b>	0.3	0.7
	Kosovo	<b>0.3</b>	0.3	0.4	<b>0.3</b>	0.2	0.4
	Turquie naturalisé	0.8	0.6	1.2	0.9	0.6	1.2
	Kosovo naturalisé	<b>0.4</b>	0.3	0.5	<b>0.4</b>	0.3	0.5
	Somalie	0.9	0.6	1.2	0.9	0.5	1.6
	Sri Lanka	<b>0.5</b>	0.3	0.7	0.7	0.4	1.2
Etat de santé	Moyen-mauvais	<b>1.9</b>	1.6	2.3	<b>1.9</b>	1.6	2.3
Maladie de longue durée	Oui	<b>2.3</b>	2.0	2.6	<b>2.1</b>	1.9	2.4
Limitations	Pas limité						
	Très limité	<b>3.0</b>	2.3	4.0	<b>2.9</b>	2.2	3.9
	Un peu limité	<b>2.0</b>	1.8	2.3	<b>2.0</b>	1.8	2.3
Formation	Obligatoire						
	Universitaire				<b>1.3</b>	1.1	1.5
	Secondaire				1.0	0.9	1.2
Nombre personnes dans le ménage	1 personne						
	5 personnes				<b>1.2</b>	1.0	1.4
	3-4 personnes				<b>1.3</b>	1.1	1.4
	2 personnes				<b>1.3</b>	1.1	1.5
Etat civil	Célibataire						
	Divorcé-séparé				<b>1.2</b>	1.0	1.4
	Veuf				1.2	1.0	1.6
	Marié				1.1	0.9	1.2
Durée de séjour	0-1 année						
	10 ans-depuis naissance				1.0	0.7	1.5
	5-9 ans				1.0	0.7	1.5
	2-4 ans				1.0	0.8	1.4
Permis de séjour	Suisse						
	Permis B				1.1	0.8	1.6
Raison venue en Suisse	Depuis naissance						
	Autres raisons				1.1	0.9	1.3
	Raisons familiales				<b>1.3</b>	1.0	1.5
	Raisons économiques				1.1	1.0	1.3
	Raisons politiques				0.9	0.7	1.3
Travail contre rémunération	Oui				<b>0.9</b>	0.8	0.9
Région	Suisse alémanique				<b>0.9</b>	0.8	0.9
Revenu d'équivalence	Jusqu'à 3000.-						
	Pas de réponse				<b>0.7</b>	0.6	0.8
	4500.- et plus				<b>1.3</b>	1.2	1.5
	De 3000.- à 4500.-				<b>1.2</b>	1.1	1.3
Franchise assurance maladie:	2000-2500.-						
	Ne sait pas				<b>1.5</b>	1.3	1.8
	300.-				<b>2.3</b>	2.0	2.6
	500.-				<b>1.9</b>	1.7	2.3
	1000-1500.-				<b>1.3</b>	1.2	1.5

Les odds ratios indiqués en gras sont significatifs

**Tableau 6.21 Risque d'avoir été hospitalisé au cours des 12 derniers mois en fonction de l'âge, du sexe et de l'état de santé par genre (ESS 2007 et GMM II, Ntot=15'147)**

		Modèle 1								
		Femmes			Hommes			Tous		
		OR	B.inf.	B.sup.	OR	B.inf.	B.sup.	OR	B.inf.	B.sup.
Sexe	Hommes									
	Femmes							<b>1.1</b>	1.0	1.2
Age	17-34									
	35-49	<b>0.5</b>	0.4	0.6	<b>0.7</b>	0.6	0.9	<b>0.6</b>	0.5	0.7
	50+	<b>0.7</b>	0.6	0.8	1.2	1.0	1.5	<b>0.9</b>	0.8	1.0
Pays d'origine	Suisse									
	Suisse naturalisé	1.1	0.9	1.3	1.0	0.8	1.3	1.1	0.9	1.2
	Etranger	<b>1.4</b>	1.2	1.7	<b>2.0</b>	1.6	2.4	<b>1.7</b>	1.4	1.9
Etat de santé	Moyen-mauvais	<b>1.8</b>	1.5	2.1	1.2	1.0	1.5	<b>1.5</b>	1.3	1.7
Maladie de longue durée	Oui	1.0	0.8	1.1	<b>1.4</b>	1.2	1.7	<b>1.1</b>	1.0	1.3
Limitations	Pas limité									
	Un peu limité	<b>2.1</b>	1.8	2.5	<b>2.5</b>	2.1	3.0	<b>2.2</b>	2.0	2.5
	Très limité	<b>4.5</b>	3.6	5.7	<b>5.7</b>	4.5	7.3	<b>5.0</b>	4.3	6.0

Les odds ratios indiqués en gras sont significatifs

**Tableau 6.22 Risque d'avoir été hospitalisé au cours des 12 derniers mois en fonction des différents déterminants (ESS 2007 et GMM II, Ntot=15'147)**

		Modèle 2			Modèle 3		
		OR	B.inf.	B.sup.	OR	B.inf.	B.sup.
Sexe	Femmes	<b>1.1</b>	1.0	1.2	1.0	0.9	1.2
	Hommes						
Age	17-34						
	35-49	0.9	0.8	1.0	<b>0.7</b>	0.6	0.8
	50+	<b>0.6</b>	0.5	0.7	<b>0.5</b>	0.4	0.6
Pays d'origine	Suisse						
	Portugal	<b>1.6</b>	1.2	2.1	1.2	0.7	2.0
	Turquie	<b>1.5</b>	1.2	1.9	0.9	0.5	1.4
	Serbie	<b>1.4</b>	1.0	1.8	0.8	0.5	1.4
	Kosovo	<b>1.9</b>	1.5	2.4	1.1	0.7	1.8
	Turquie naturalisé	1.0	0.7	1.6	0.9	0.6	1.5
	Kosovo naturalisé	<b>2.5</b>	1.6	3.7	<b>2.3</b>	1.5	3.6
	Somalie	<b>3.9</b>	2.8	5.5	<b>2.4</b>	1.3	4.4
Sri Lanka	1.3	0.9	1.9	0.8	0.4	1.5	
Etat de santé	Moyen-mauvais	<b>1.5</b>	1.3	1.7	<b>1.4</b>	1.2	1.6
Maladie de longue durée	Oui	<b>1.2</b>	1.0	1.3	1.1	1.0	1.3
Limitations	Pas limité						
	Très limité	<b>5.1</b>	4.3	6.0	<b>4.9</b>	4.1	5.8
	Un peu limité	<b>2.3</b>	2.0	2.6	<b>2.2</b>	2.0	2.5
Formation	Obligatoire						
	Universitaire				1.0	0.8	1.2
	Secondaire				0.9	0.8	1.1
Nombre personnes dans le ménage	1 personne						
	5 personnes				1.0	0.8	1.3
	3-4 personnes				1.1	0.9	1.3
	2 personnes				0.9	0.7	1.0
Etat civil	Célibataire						
	Divorcé-séparé				<b>1.2</b>	1.0	1.5
	Veuf				1.1	0.9	1.5
	Marié				<b>1.4</b>	1.2	1.7
Durée de séjour	0-1 année						
	10 ans-depuis naissance				0.7	0.4	1.1
	5-9 ans				0.7	0.5	1.1
	2-4 ans				1.0	0.7	1.4
Permis de séjour	Suisse						
	Permis B				1.4	0.9	2.2
Raison venue en Suisse	Depuis naissance						
	Autres raisons				0.9	0.7	1.2
	Raisons familiales				1.1	0.8	1.3
	Raisons économiques				0.9	0.8	1.1
	Raisons politiques				1.0	0.7	1.4
Travail contre rémunération	Oui				<b>0.7</b>	0.7	0.8
Région	Suisse alémanique				<b>1.1</b>	1.0	1.3
Revenu d'équivalence	Jusqu'à 3000.-						
	Pas de réponse				0.9	0.8	1.2
	4500.- et plus				1.1	0.9	1.3
	De 3000.- à 4500.-				1.0	0.9	1.2
Franchise assurance maladie	2000.-2500.-						
	Ne sait pas				<b>1.4</b>	1.1	1.7
	300.-				<b>1.6</b>	1.3	1.9
	500.-				<b>1.6</b>	1.2	2.0
	1000.- 1500.-				1.2	1.0	1.5

Les odds ratios indiqués en gras sont significatifs

**Tableau 6.23 Risque d'avoir été dans un service d'urgence au cours des 12 derniers en fonction de l'âge, du sexe et de l'état de santé par genre (ESS 2007 et GMM II, Ntot=15'266)**

		Modèle 1								
		Femmes			Hommes			Tous		
		OR	B.inf.	B.sup.	OR	B.inf.	B.sup.	OR	B.inf.	B.sup.
Sexe	Hommes									
	Femmes							0.9	0.8	1.0
Age	17-34									
	35-49	<b>0.5</b>	0.4	0.6	<b>0.6</b>	0.5	0.8	<b>0.6</b>	0.5	0.6
	50+	<b>0.5</b>	0.4	0.6	<b>0.5</b>	0.4	0.6	<b>0.5</b>	0.4	0.5
Pays d'origine	Suisse									
	Suisse naturalisé	<b>1.3</b>	1.1	1.6	<b>1.3</b>	1.1	1.6	<b>1.3</b>	1.2	1.6
	Etranger	<b>1.3</b>	1.1	1.6	<b>1.3</b>	1.1	1.6	<b>1.3</b>	1.1	1.5
Etat de santé	Moyen-mauvais	<b>1.7</b>	1.4	2.1	<b>1.7</b>	1.4	2.1	<b>1.5</b>	1.3	1.8
Maladie de longue durée	Oui	1.0	0.9	1.3	1.0	0.9	1.3	<b>1.2</b>	1.0	1.3
Limitations	Pas limité									
	Un peu limité	<b>1.8</b>	1.5	2.1	<b>1.8</b>	1.5	2.1	<b>1.9</b>	1.6	2.1
	Très limité	<b>2.9</b>	2.3	3.8	<b>2.9</b>	2.3	3.8	<b>3.1</b>	2.6	3.7

Les odds ratios indiqués en gras sont significatifs

**Tableau 6.24 Risque d'avoir été dans un service d'urgence au cours des 12 derniers en fonction des différents déterminants (ESS 2007 et GMM II, Ntot=15'266)**

		Modèle 2			Modèle 3		
		OR	B.inf.	B.sup.	OR	B.inf.	B.sup.
Sexe	Femmes	0.9	0.8	1.0	0.9	0.8	1.0
	Hommes						
Age	17-34						
	35-49	<b>0.5</b>	0.5	0.6	<b>0.6</b>	0.5	0.7
	50+	<b>0.5</b>	0.4	0.5	<b>0.5</b>	0.4	0.6
Pays d'origine	Suisse						
	Portugal	<b>2.0</b>	1.6	2.6	<b>1.7</b>	1.0	2.8
	Turquie	<b>2.0</b>	1.6	2.5	<b>2.0</b>	1.2	3.3
	Serbie	1.0	0.8	1.4	1.1	0.6	1.8
	Kosovo	<b>0.7</b>	0.5	0.9	0.7	0.4	1.1
	Turquie naturalisé	<b>1.5</b>	1.0	2.2	1.4	0.9	2.1
	Kosovo naturalisé	1.2	0.8	1.8	1.1	0.7	1.7
	Somalie	0.7	0.4	1.1	0.6	0.3	1.2
	Sri Lanka	<b>0.6</b>	0.4	0.9	<b>0.5</b>	0.2	0.9
Etat de santé	Moyen-mauvais	<b>1.5</b>	1.3	1.8	<b>1.4</b>	1.2	1.7
Maladie de longue durée	Oui	1.1	1.0	1.3	1.1	1.0	1.2
Limitations	Pas limité						
	Très limité	<b>3.2</b>	2.7	3.9	<b>2.9</b>	2.2	3.9
	Un peu limité	<b>1.9</b>	1.7	2.2	<b>2.0</b>	1.8	2.3
Formation	Obligatoire						
	Universitaire				1.0	0.8	1.2
	Secondaire				1.0	0.9	1.2
Nombre personnes dans le ménage	1 personne						
	5 personnes				0.9	0.7	1.1
	3-4 personnes				1.0	0.8	1.2
	2 personnes				1.0	0.8	1.2
Etat civil	Célibataire						
	Divorcé-séparé				1.0	0.8	1.3
	Veuf				0.8	0.6	1.1
	Marié				<b>0.9</b>	0.7	1.0
Durée de séjour	0-1 année						
	10 ans-depuis naissance					0.7	1.8
	5-9 ans				0.8	0.5	1.3
	2-4 ans				1.0	0.7	1.5
Permis de séjour	Suisse						
	Permis B				0.9	0.6	1.4
Raison venue en Suisse	Depuis naissance						
	Autres raisons				<b>1.4</b>	1.1	1.7
	Raisons familiales				<b>1.5</b>	1.2	1.8
	Raisons économiques				1.2	1.0	1.5
	Raisons politiques				<b>1.7</b>	1.2	2.4
Travail contre rémunération	Oui				1.0	0.8	1.1
Région	Suisse alémanique				<b>0.7</b>	0.6	0.8
Revenu d'équivalence	Jusqu'à 3000.-						
	Pas de réponse				<b>0.7</b>	0.6	0.8
	4500.- et plus				<b>1.3</b>	1.2	1.5
	De 3000.- à 4500.-				<b>1.2</b>	1.1	1.3
Franchise assurance maladie:	2000-2500.-						
	Ne sait pas				<b>1.5</b>	1.3	1.8
	300.-				<b>2.3</b>	2.0	2.6
	500.-				<b>1.9</b>	1.7	2.3
	1000-1500.-				<b>1.3</b>	1.2	1.5

Les odds ratios indiqués en gras sont significatifs

**Tableau 6.25 Probabilité d'avoir été en traitement pour dépression au cours des 12 derniers mois (oui) en fonction de l'âge, du sexe et de l'état de santé par genre (ESS 2007 et GMM II, Ntot=12'968)**

		Modèle 1								
		Femmes			Hommes			Tous		
		OR	B.inf.	B.sup.	OR	B.inf.	B.sup.	OR	B.inf.	B.sup.
Sexe	Hommes									
	Femmes							<b>1.5</b>	1.3	1.7
Age	17-34									
	35-49	1.0	0.7	1.5	<b>1.4</b>	1.1	1.8	0.9	0.7	1.1
	50+	0.7	0.5	1.1	1.0	0.7	1.3	<b>1.2</b>	1.0	1.5
Pays d'origine	Suisse									
	Suisse naturalisé	1.1	0.7	1.7	1.3	1.0	1.7	1.2	1.0	1.6
	Etranger	<b>1.9</b>	1.4	2.6	<b>1.9</b>	1.4	2.4	<b>1.9</b>	1.5	2.3
Etat de santé	Moyen-mauvais	<b>4.6</b>	3.3	6.4	<b>3.9</b>	3.0	5.0	<b>4.1</b>	3.4	5.0
Maladie de longue durée	Oui	<b>2.0</b>	1.4	2.8	<b>2.3</b>	1.8	2.9	<b>2.2</b>	1.8	2.6
Limitations	Pas limité									
	Un peu limité	<b>1.8</b>	1.3	2.5	1.2	1.0	1.6	<b>1.4</b>	1.1	1.7
	Très limité	<b>4.5</b>	3.1	6.5	<b>2.6</b>	2.0	3.6	<b>3.3</b>	2.6	4.1

Les odds ratios indiqués en gras sont significatifs

**Tableau 6.26 Probabilité d'avoir été en traitement pour dépression au cours des 12 derniers mois (oui) en fonction des différents déterminants (ESS 2007 et GMM II, Ntot=12'968)**

		Modèle 2			Modèle 3		
		OR	B.inf.	B.sup.	OR	B.inf.	B.sup.
Sexe	Femmes	<b>1.5</b>	1.3	1.8	<b>1.4</b>	1.2	1.7
	Hommes						
Age	17-34						
	35-49	<b>1.2</b>	1.0	1.5	<b>1.5</b>	1.2	1.9
	50+	0.9	0.7	1.1	0.9	0.7	1.2
Pays d'origine	Suisse						
	Portugal	<b>1.6</b>	1.1	2.3	0.8	0.4	1.7
	Turquie	<b>2.0</b>	1.5	2.7	<b>1.3</b>	0.7	2.6
	Serbie	1.2	0.8	1.8	0.8	0.4	1.7
	Kosovo	0.8	0.5	1.3	0.6	0.3	1.3
	Turquie naturalisé	<b>1.9</b>	1.1	3.1	<b>2.0</b>	1.1	3.6
	Kosovo naturalisé	0.5	0.2	1.3	0.6	0.2	1.5
	Somalie	<b>1.9</b>	1.1	3.4	1.7	0.7	4.1
	Sri Lanka	<b>5.6</b>	3.9	8.0	<b>3.2</b>	1.4	7.2
Etat de santé	Moyen-mauvais	<b>3.9</b>	3.2	4.7	<b>3.4</b>	2.7	4.1
Maladie de longue durée	Oui	<b>2.2</b>	1.8	2.7	2.1	1.8	2.6
Limitations	Pas limité						
	Très limité	<b>1.3</b>	1.1	1.6	<b>1.3</b>	1.1	1.6
	Un peu limité	<b>3.2</b>	2.5	4.0	<b>3.1</b>	2.4	4.0
Formation	Obligatoire						
	Universitaire				1.1	0.8	1.5
	Secondaire				1.0	0.8	1.2
Nombre personnes dans le ménage	1 personne						
	5 personnes				<b>0.5</b>	0.3	0.7
	3-4 personnes				<b>0.6</b>	0.4	0.8
	2 personnes				<b>0.7</b>	0.6	0.9
Etat civil	Célibataire						
	Divorcé-séparé				0.9	0.7	1.3
	Veuf				0.7	0.5	1.1
	Marié				<b>0.7</b>	0.5	0.9
Durée de séjour	0-1 année						
	10 ans-depuis naissance				0.6	0.4	1.2
	5-9 ans				0.8	0.4	1.4
	2-4 ans				0.8	0.5	1.4
Permis de séjour	Suisse						
	Permis B				1.5	0.8	2.9
Raison venue en Suisse	Depuis naissance						
	Autres raisons				1.2	0.8	1.7
	Raisons familiales				1.2	0.8	1.7
	Raisons économiques				1.0	0.8	1.4
	Raisons politiques				1.0	0.5	1.7
Travail contre rémunération	Oui				<b>0.8</b>	0.7	1.0
Région	Suisse alémanique				<b>0.8</b>	0.7	1.0
Revenu d'équivalence	Jusqu'à 3000.-						
	Pas de réponse				0.9	0.7	1.3
	4500.- et plus				<b>0.8</b>	0.6	1.0
	De 3000.- à 4500.-				0.9	0.7	1.1
Franchise assurance maladie:	2000-2500.-						
	Ne sait pas				<b>1.7</b>	1.2	2.6
	300.-				<b>1.7</b>	1.1	2.4
	500.-				<b>1.5</b>	1.0	2.3
	1000-1500.-				1.1	0.7	1.6

Les odds ratios indiqués en gras sont significatifs

**Tableau 6.27 Probabilité d'avoir consommé un médicament au cours des 7 derniers jours (oui) en fonction de l'âge, du sexe et de l'état de santé par genre (ESS 2007 et GMM II, Ntot=12'968)**

		Modèle 1								
		Femmes			Hommes			Tous		
		OR	B.inf.	B.sup.	OR	B.inf.	B.sup.	OR	B.inf.	B.sup.
Sexe	Hommes									
	Femmes							<b>1.6</b>	1.5	1.7
Age	17-34									
	35-49	1.0	0.9	1.1	<b>1.2</b>	1.0	1.3	1.0	1.0	1.1
	50+	<b>2.0</b>	1.7	2.2	<b>2.8</b>	2.5	3.3	<b>2.3</b>	2.1	2.5
Pays d'origine	Suisse									
	Suisse naturalisé	1.0	0.9	1.1	1.1	0.9	1.3	1.0	0.9	1.2
	Etranger	0.9	0.7	1.0	0.9	0.7	1.0	<b>0.9</b>	0.8	1.0
Etat de santé	Moyen-mauvais	<b>2.6</b>	2.2	3.1	<b>2.8</b>	2.3	3.5	<b>2.7</b>	2.4	3.1
Maladie de longue durée	Oui	<b>3.4</b>	3.0	3.8	<b>4.2</b>	3.6	4.7	<b>3.7</b>	3.4	4.1
Limitations	Pas limité									
	Un peu limité	<b>1.4</b>	1.2	1.6	<b>1.3</b>	1.2	1.6	<b>1.4</b>	1.2	1.5
	Très limité	<b>2.0</b>	1.5	2.5	<b>1.9</b>	1.4	2.4	<b>1.9</b>	1.6	2.3

Les odds ratios indiqués en gras sont significatifs

**Tableau 6.28 Probabilité d'avoir consommé un médicament au cours des 7 derniers jours (oui) en fonction des différents déterminants (ESS 2007 et GMM II, Ntot=12'968)**

		Modèle 2			Modèle 3		
		OR	B.inf.	B.sup.	OR	B.inf.	B.sup.
Sexe	Femmes	<b>1.6</b>	1.5	1.7	<b>1.3</b>	1.2	1.4
	Hommes						
Age	17-34						
	35-49	1.0	0.9	1.1	1.0	0.9	1.1
	50+	<b>2.3</b>	2.1	2.5	<b>1.7</b>	1.5	2.0
Pays d'origine	Suisse						
	Portugal	1.1	0.9	1.3	0.9	0.6	1.4
	Turquie	1.2	1.0	1.4	1.1	0.8	1.7
	Serbie	1.0	0.8	1.2	1.0	0.7	1.5
	Kosovo	<b>0.6</b>	0.5	0.7	0.7	0.5	1.1
	Turquie naturalisé	0.9	0.6	1.2	1.0	0.7	1.4
	Kosovo naturalisé	0.7	0.5	1.0	0.9	0.6	1.3
	Somalie	1.0	0.7	1.4	0.9	0.5	1.6
	Sri Lanka	<b>0.3</b>	0.2	0.4	<b>0.4</b>	0.2	0.7
Etat de santé	Moyen-mauvais	<b>2.9</b>	2.5	3.3	<b>2.2</b>	1.9	2.6
Maladie de longue durée	Oui	<b>3.7</b>	3.3	4.0	<b>3.0</b>	2.7	3.3
Limitations	Pas limité						
	Très limité	<b>2.0</b>	1.7	2.4	<b>1.4</b>	1.2	1.7
	Un peu limité	<b>1.4</b>	1.3	1.5	<b>1.2</b>	1.0	1.3
Formation	Obligatoire						
	Universitaire				1.1	0.9	1.2
	Secondaire				0.9	0.8	1.1
Nombre personnes dans le ménage	1 personne						
	5 personnes				<b>0.8</b>	0.6	0.9
	3-4 personnes				<b>0.8</b>	0.7	0.9
	2 personnes				1.0	0.8	1.1
Etat civil	Célibataire						
	Divorcé-séparé				1.1	0.9	1.2
	Veuf				<b>1.6</b>	1.3	2.0
	Marié				<b>1.2</b>	1.1	1.4
Durée de séjour	0-1 année						
	10 ans-depuis naissance				1.2	0.8	1.8
	5-9 ans				<b>1.5</b>	1.0	2.2
	2-4 ans				1.0	0.8	1.4
Permis de séjour	Suisse						
	Permis B				1.1	0.8	1.6
Raison venue en Suisse	Depuis naissance						
	Autres raisons				1.1	0.9	1.3
	Raisons familiales				1.1	0.9	1.3
	Raisons économiques				1.0	0.9	1.2
	Raisons politiques				0.9	0.7	1.2
Travail contre rémunération	Oui				<b>0.8</b>	0.7	0.9
Région	Suisse alémanique				<b>0.7</b>	0.7	0.8
Revenu d'équivalence	Jusqu'à 3000.-						
	Pas de réponse				<b>0.7</b>	0.6	0.8
	4500.- et plus				<b>1.2</b>	1.1	1.3
	De 3000.- à 4500.-				1.1	1.0	1.2
Franchise assurance maladie	2000.-2500.-						
	Ne sait pas				<b>1.4</b>	1.2	1.6
	300.-				<b>1.5</b>	1.3	1.7
	500.-				<b>1.3</b>	1.2	1.6
	1000.- 1500.-				1.0	0.9	1.2
Visites chez le médecin	0 visite						
	1-2 visites				<b>2.3</b>	2.0	2.5
	3-5 visites				<b>4.1</b>	3.6	4.6
	6 visites et plus				<b>5.0</b>	4.4	5.7

Les odds ratios indiqués en gras sont significatifs

## 7 Index des figures et des tableaux

### Index des figures

Figure 1.1	Modèle d'explication mettant en relation la migration et la santé.....	19
Figure 3.1	Liens entre la consultation d'un médecin au cours des 12 derniers mois et différentes caractéristiques de la migration.....	29
Figure 3.2	Liens entre la consultation d'un médecin au cours des 12 derniers mois et différentes caractéristiques de la migration.....	30
Figure 3.3	Moyenne du nombre de consultations chez le médecin au cours des 12 derniers mois et différentes caractéristiques de la migration.....	32
Figure 3.4	Moyenne du nombre de consultations chez le médecin de famille au cours des 12 derniers mois selon le pays d'origine.....	32
Figure 3.5	Nombre de consultations chez le médecin de famille au cours des 12 derniers mois et différentes caractéristiques de la migration.....	33
Figure 3.6	Nombre de consultations chez le médecin de famille au cours des 12 derniers mois et différentes caractéristiques sociodémographiques, GMM II (N=1674).....	34
Figure 3.7	Visites aux services d'urgences et aux services ambulatoires d'un hôpital au cours des 12 derniers mois et différentes caractéristiques de la migration.....	37
Figure 3.8	Liens entre le traitement contre la dépression au cours des 12 derniers mois et différentes caractéristiques de la migration.....	38
Figure 3.9	Liens entre le traitement contre la dépression au cours des 12 derniers mois et différentes caractéristiques sociodémographiques.....	39
Figure 3.10	Consommation d'un quelconque médicament au cours des 7 derniers jours et différentes caractéristiques de la migration.....	41
Figure 3.11	Consommation d'analgésiques au cours des 7 derniers jours et différentes caractéristiques de la migration.....	42
Figure 3.12	Compétences de santé, GMM II.....	44
Figure 6.1	Liens entre la consultation d'un médecin au cours des 12 derniers mois et différentes caractéristiques sociodémographiques, GMM II (N=3'018).....	53
Figure 6.2	Liens entre la consultation d'un médecin au cours des 12 derniers mois et différentes caractéristiques sociodémographiques, ESS 2007 et GMM II (Ntot=16'857).....	53
Figure 6.3	Nombre de consultations chez le médecin au cours des 12 derniers mois et différentes caractéristiques de la migration, ESS 2007 et GMM II (Ntot=12'752).....	54
Figure 6.4	Nombre de consultations chez le médecin au cours des 12 derniers mois et différentes caractéristiques sociodémographiques, GMM II (N=1924).....	54
Figure 6.5	Nombre de consultations chez le médecin au cours des 12 derniers mois et différentes caractéristiques sociodémographiques, ESS 2007 et GMM II (Ntot=12'752).....	55
Figure 6.6	Nombre de consultations chez le médecin de famille au cours des 12 derniers mois et différentes caractéristiques de la migration, ESS 2007 et GMM II (Ntot=9'726).....	55
Figure 6.7	Nombre de consultations chez le médecin de famille au cours des 12 derniers mois et différentes caractéristiques sociodémographiques, GMM II (N=1674).....	56
Figure 6.8	Nombre de consultations chez le médecin de famille au cours des 12 derniers mois et différentes caractéristiques sociodémographiques, ESS 2007 et GMM II (Ntot=9'726).....	56
Figure 6.9	Nombre de jours à l'hôpital au cours des 12 derniers mois, moyenne (parmi les personnes qui ont été hospitalisées) et différentes caractéristiques de la migration, GMM II (N=503).....	57
Figure 6.10	Nombre de jours à l'hôpital au cours des 12 derniers mois, moyenne (parmi les personnes qui ont été hospitalisées) et différentes caractéristiques de la migration, ESS 2007 et GMM II (Ntot=2032).....	57

Figure 6.11	Nombre de jours à l'hôpital au cours des 12 derniers mois, moyenne (parmi les personnes qui ont été hospitalisées) et différentes caractéristiques sociodémographiques, GMM II (N=503).....	58
Figure 6.12	Nombre de jours à l'hôpital au cours des 12 derniers mois, moyenne (parmi les personnes qui ont été hospitalisées) et différentes caractéristiques sociodémographiques, ESS 2007 et GMM II (Ntot=2032) .....	58
Figure 6.13	Traitement pour problèmes psychiques au cours des 12 derniers mois et différentes caractéristiques de la migration, ESS 2007 et GMM II (Ntot=13'615).....	59
Figure 6.14	Traitement pour problèmes psychiques au cours des 12 derniers mois et différentes caractéristiques sociodémographiques, ESS 2007 et GMM II (Ntot=13'615) .....	59
Figure 6.15	Consommation d'un quelconque médicament au cours des 7 derniers jours et différentes caractéristiques de la migration, GMM II (N=3'015) .....	60
Figure 6.16	Consommation d'un quelconque médicament au cours des 7 derniers jours et différentes caractéristiques de la migration, ESS 2007 et GMM II (Ntot=16'858).....	60
Figure 6.17	Consommation d'un quelconque médicament au cours des 7 derniers jours et différentes caractéristiques sociodémographiques, GMM II (N=3'015) .....	61
Figure 6.18	Consommation d'un quelconque médicament au cours des 7 derniers jours et différentes caractéristiques sociodémographiques, ESS 2007 et GMM II (Ntot=16'858) .....	61
Figure 6.19	Consommation de médicaments contre la douleur au cours des 7 derniers jours et différentes caractéristiques de la migration, GMM II (N=3'018) .....	62
Figure 6.20	Consommation de médicaments contre la douleur au cours des 7 derniers jours et différentes caractéristiques de la migration, ESS 2007 et GMM II (Ntot=16'853)...	62
Figure 6.21	Consommation de médicaments contre la douleur au cours des 7 derniers jours et différentes caractéristiques sociodémographiques, GMM II (N=3'018) .....	63
Figure 6.22	Consommation de médicaments contre la douleur au cours des 7 derniers jours et différentes caractéristiques sociodémographiques, ESS 2007 et GMM II (Ntot=16'853) .....	63

## Index des tableaux

Tableau 2.1	Echantillons : pays d'origine dans le GMM II et dans l'ESS 2007 .....	23
Tableau 2.2	Durée de séjour dans le GMM II et dans l'ESS 2007 (Suisse seulement) .....	24
Tableau 2.3	Type de permis de séjour dans le GMM II et dans l'ESS 2007 .....	24
Tableau 2.4	Raison de la venue en Suisse dans le GMM II et dans l'ESS 2007 .....	24
Tableau 2.5	Maîtrise d'une des langues nationales parlées en Suisse dans le GMM II .....	24
Tableau 2.6	Compétences de santé .....	26
Tableau 2.7	Montant de la franchise d'assurance-maladie dans le GMM II .....	26
Tableau 2.8	Dimensions du recours aux soins présentes dans le GMM II et dans l'ESS 2007 .....	27
Tableau 6.1	Consultation d'un médecin au cours des 12 derniers mois selon l'origine, le sexe et l'âge .....	64
Tableau 6.2	Fréquence des consultations chez le médecin au cours des 12 derniers mois selon l'origine, le sexe et l'âge.....	65
Tableau 6.3	Fréquence des consultations chez le médecin de famille au cours des 12 derniers mois selon l'origine, le sexe et l'âge .....	66
Tableau 6.4	Fréquence des consultations chez le gynécologue au cours des 12 derniers mois selon l'origine et l'âge .....	67
Tableau 6.5	Nombre de jours à l'hôpital au cours des 12 derniers mois selon l'origine et l'âge .....	67
Tableau 6.6	Consultations aux urgences d'un hôpital, au service ambulatoire d'un hôpital ou dans une policlinique au cours des 12 derniers mois selon l'origine, le sexe et l'âge .....	68

Tableau 6.7	Traitement pour dépression selon l'origine, le sexe et l'âge .....	69
Tableau 6.8	Consommation d'un quelconque médicament au cours des 7 derniers jours selon l'origine, le sexe et l'âge.....	70
Tableau 6.9	Consommation d'un analgésique au cours des 7 derniers jours selon l'origine et le sexe.....	71
Tableau 6.10	Consultation d'un médecin au cours des 12 derniers mois selon l'origine et le permis de séjour .....	72
Tableau 6.11	Fréquence des consultations chez le médecin au cours des 12 derniers mois selon l'origine et le permis de séjour .....	72
Tableau 6.12	Fréquence des consultations chez le médecin de famille au cours des 12 derniers mois selon l'origine et le permis de séjour.....	73
Tableau 6.13	Fréquence des consultations chez le gynécologue au cours des 12 derniers mois selon l'origine et le permis de séjour .....	73
Tableau 6.14	Nombre de jours à l'hôpital au cours des 12 derniers mois selon l'origine et le permis de séjour .....	74
Tableau 6.15	Consultations aux urgences d'un hôpital, au service ambulatoire d'un hôpital ou dans une policlinique au cours des 12 derniers mois selon l'origine et le permis de séjour .....	74
Tableau 6.16	Traitement pour dépression selon l'origine et le permis de séjour .....	75
Tableau 6.17	Consommation d'un quelconque médicament au cours des 7 derniers jours selon l'origine et le permis de séjour .....	75
Tableau 6.18	Consommation d'un analgésique au cours des 7 derniers jours selon l'origine et le permis de séjour.....	76
Tableau 6.19	Probabilité d'avoir consulté un médecin au cours des 12 derniers mois en fonction de l'âge, du sexe et de l'état de santé par genre (ESS 2007 et GMM II, Ntot=15'625) .....	77
Tableau 6.20	Probabilité d'avoir consulté un médecin au cours des 12 derniers mois en fonction des différents déterminants (ESS 2007 et GMM II, Ntot=15'625) .....	78
Tableau 6.21	Risque d'avoir été hospitalisé au cours des 12 derniers mois en fonction de l'âge, du sexe et de l'état de santé par genre (ESS 2007 et GMM II, Ntot=15'147) .....	79
Tableau 6.22	Risque d'avoir été hospitalisé au cours des 12 derniers mois en fonction des différents déterminants (ESS 2007 et GMM II, Ntot=15'147) .....	80
Tableau 6.23	Risque d'avoir été dans un service d'urgence au cours des 12 derniers en fonction de l'âge, du sexe et de l'état de santé par genre (ESS 2007 et GMM II, Ntot=15'266) .....	81
Tableau 6.24	Risque d'avoir été dans un service d'urgence au cours des 12 derniers en fonction des différents déterminants (ESS 2007 et GMM II, Ntot=15'266) .....	82
Tableau 6.25	Probabilité d'avoir été en traitement pour dépression au cours des 12 derniers mois (oui) en fonction de l'âge, du sexe et de l'état de santé par genre (ESS 2007 et GMM II, Ntot=12'968) .....	83
Tableau 6.26	Probabilité d'avoir été en traitement pour dépression au cours des 12 derniers mois (oui) en fonction des différents déterminants (ESS 2007 et GMM II, Ntot=12'968) .....	84
Tableau 6.27	Probabilité d'avoir consommé un médicament au cours des 7 derniers jours (oui) en fonction de l'âge, du sexe et de l'état de santé par genre (ESS 2007 et GMM II, Ntot=12'968) .....	85
Tableau 6.28	Probabilité d'avoir consommé un médicament au cours des 7 derniers jours (oui) en fonction des différents déterminants (ESS 2007 et GMM II, Ntot=12'968) .....	86