

Ecart de genre dans l'état de santé des migrants et des migrantes en Suisse :

Analyse sur la base d'une analyse des données du monitoring de santé des migrants GMM II

Mars 2013

Le projet est soutenu dans le cadre de la stratégie « Migration et santé 2008-2013 » de la Confédération

Jehane Moussa, Marco Pecoraro

Table des matières

Liste de tableaux	3
Résumé exécutif	4
Kurzfassung	7
1 Introduction	10
2 Plan de recherche	11
2.1 Données	11
2.2 Hypothèses	12
2.3 Méthodologie	14
2.4 Choix des variables	15
3 Analyses descriptives	16
3.1 Présentation et résultats	16
3.2 Synthèse	23
4 Résultats des analyses multivariées	24
4.1 Ecarts de genre parmi la population migrante	24
4.2 Ecarts de genre : population migrante vs population suisse	29
4.3 Ecarts de genre : population migrante et âge	32
5 Conclusion	36
6 Bibliographie	39
7 Annexes	42

Remerciements

Nos remerciements vont d'abord à tous les participants du contrôle de qualité interne (Dina Bader, Didier Ruedin et Gianni D'Amato), qui nous ont fourni des informations pertinentes pour améliorer sensiblement le présent rapport.

Nos remerciements vont également à Karin Gasser de l'Office fédéral de la santé publique qui a fourni aux auteurs de nombreuses informations utiles tout au long de la recherche. Son concours était non seulement précieux, mais indispensable pour comprendre certains aspects des données GMMII.

Un grand merci finalement pour la lecture attentive, les corrections et les importants conseils de Didier Ruedin, Christelle Maire et Denise Efionayi-Mäder.

Liste de tableaux

Tableau 1 : Synthèse des résultats	6
Tabelle 2 : Übersicht der Resultate	9
Tableau 3 : L'état de santé auto-évalué, selon la nationalité	17
Tableau 4 : Traitement pour des problèmes psychiques au cours des 12 derniers mois	18
Tableau 5 : Traitement médical pour dépression au cours des 12 derniers mois	19
Tableau 6 : La classification du sous-poids, surpoids et obésité selon l'indice de masse corporelle (IMC)	20
Tableau 7 : Maladie ou problèmes de santé qui durent depuis longtemps	21
Tableau 8 : Etre limité depuis au moins 6 mois dans les activités que les gens font habituellement à cause d'un problème de santé	22
Tableau 9 : Les facteurs explicatifs des écarts en matière de santé entre hommes et femmes migrants, ajout séparé des différents facteurs retenus	26
Tableau 10 : Les facteurs explicatifs des écarts en matière de santé entre hommes et femmes migrants, ajout progressif des différents facteurs retenus	28
Tableau 11 : les facteurs explicatifs des écarts en matière de santé entre hommes et femmes suisses, ajout séparé des différents facteurs retenus	31
Tableau 12 : Ecart de genre plus élevé parmi les plus âgés au sein de la population migrante, ajout séparé des différents facteurs retenus	34
Tableau 13 : Ecart de genre en matière de santé dans la population migrante et suisse, ajout séparé des différents facteurs retenus	45
Tableau 14 : Ecart de genre en matière de santé dans la population migrante et suisse, ajout progressif des différents facteurs retenus	46
Tableau 15 : Ecart de genre plus élevé parmi les plus âgés au sein de la population migrante, ajout séparé des différents facteurs retenus	48
Tableau 16 : Ecart de genre plus élevé parmi les plus âgés au sein de la population migrante, ajout progressif des différents facteurs retenus	52
Tableau 17 : Ecart de genre en matière de santé dans la population migrante, ajout séparé de la nationalité et du statut migratoire	56
Tableau 18 : Ecart de genre en matière de santé dans la population migrante, satisfaction au travail parmi les actifs occupés	57
Tableau 19 : Ecart de genre en matière de santé dans la population migrante, conditions de travail parmi les actifs occupés	59
Tableau 20 : Ecart de genre en matière de santé dans la population migrante, ajout séparé du niveau de formation (1a), du statut sur le marché du travail (1b) et du permis de séjour (1c)	61

Résumé exécutif

Introduction et méthodes

Après une première enquête en 2004 (GMM I), l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a conduit un deuxième monitoring de l'état de santé auprès d'un échantillon d'une population qui est généralement exclue de l'enquête suisse sur la santé (ESS) puisqu'elle ne parle pas, ou maîtrise mal, une langue nationale (GMM II). Une première analyse de cette enquête (Guggisberg et al., 2011) a révélé un écart de santé entre hommes migrants et femmes migrantes et que celui-ci se creuse avec l'âge. De plus, l'écart de santé entre hommes et femmes est plus important chez les migrants que chez les autochtones. L'importance d'étudier les différences de genre en matière de santé a également été soulignée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

A travers cette étude, nous identifions les facteurs qui permettent d'expliquer ces observations en répondant aux trois questions suivantes :

- Quels sont les caractéristiques qui expliquent les écarts de genre de la population migrante dans le domaine de la santé ?
- Pourquoi l'écart de genre est-il plus élevé dans la population migrante que pour la population autochtone ?
- Pourquoi l'écart de genre de l'état de santé est-il, parmi la population migrante, supérieur chez les groupes plus âgés ?

Pour analyser les différences de genre en termes de santé à partir des données GMM II, nous utilisons le modèle de probabilité linéaire. Nous avons généralement considéré deux tableaux : le premier nous permet d'observer séparément l'importance de chaque facteur dans l'explication des écarts de genre (seules les caractéristiques démographiques étant contrôlées dans ce modèle de base). Le second tableau additionne progressivement les différents facteurs et permet d'examiner dans quelle mesure l'écart de genre se résorbe et, donc, de capturer l'effet de leur inclusion sur les estimations des écarts de genre. Les variables de contrôle sont regroupées en sept groupes : les caractéristiques démographiques (modèle de base), les caractéristiques socio-professionnelles, la maîtrise d'une langue nationale, la situation du ménage, le soutien social, le sentiment de maîtriser sa vie et, finalement, les compétences de santé. Les variables à expliquer sont les suivantes : l'état de santé auto-évalué, le traitement pour des problèmes psychiques au cours des 12 derniers mois, le poids selon les catégories de l'indice de masse corporelle, le fait d'avoir une maladie ou des problèmes de santé depuis longtemps, d'avoir été en traitement pour dépression au cours des 12 derniers mois et d'être limité depuis 6 mois au moins dans les activités que les gens pratiquent habituellement. Les personnes du domaine de l'asile ne sont pas considérées lors des analyses multivariées, leur état de santé étant difficilement comparable à celui de personnes naturalisées ou détenant une autorisation de séjour (permis B ou C).

Résultats

De manière générale, comme le montre l'étude de Guggisberg et al. (2011), des écarts de genre apparaissent pour la plupart des indicateurs de santé retenus, les femmes appartenant généralement au groupe défavorisé en la matière. Toutefois, ils varient selon l'indicateur de santé et le groupe national. Par exemple, pour la santé auto-évaluée, l'écart de genre pour la catégorie 'très bonne' santé est plus prononcé parmi les ressortissants portugais et turcs que pour les autres nationalités (Serbes, Kosovars, Turcs naturalisés, Kosovars naturalisés, Somaliens et Sri lankais). Ceci vaut également pour le traitement d'une maladie ou de problèmes de santé qui durent depuis longtemps. En ce qui concerne le traitement pour des problèmes psychiques, l'écart de genre est le plus important parmi les Portugais et, pour ce qui est du traitement médical pour dépression, parmi les populations portugaise, turque et sri lankaise. Cependant, dans ce dernier groupe, les hommes sont plus touchés que les femmes. Finalement, concernant l'indicateur « être limité depuis au moins 6 mois dans les activités que les gens font habituellement », les hommes et femmes de nationalité turque sont, par rapport aux autres groupes, ceux qui se déclarent le plus souvent 'très limités'.

Nous avons établis trois hypothèses, dont les résultats sont synthétisés dans le Tableau 1 ci-dessous. L'Hypothèse 1 suppose que le **capital social** (y compris soutien social) est essentiel et que les femmes qui en ont peu ou pas du tout sont en moins bonne santé que les hommes. Les indicateurs retenus sont la situation du ménage (présence d'enfants et/ou du conjoint), le soutien social (visites de ou à des amis/famille) et le sentiment de maîtriser sa vie. Cette hypothèse permet d'expliquer en partie l'écart de genre en matière de santé parmi la population migrante et aussi de manière partielle pourquoi cet écart est plus élevé chez les migrants que chez les Suisses, mais il n'explique pas pourquoi l'écart de genre dans la population migrante augmente avec l'âge.

En revanche, l'importance des **facteurs socioéconomiques** (Hypothèse 2) se confirme : un faible niveau de formation et une situation défavorable des femmes migrantes sur le marché du travail comparativement aux hommes migrants permettent effectivement d'expliquer la majeure partie des écarts de genre pour différents indicateurs de santé parmi les migrants, de même que partiellement l'écart supérieur dans la population migrante par rapport à la population suisse et son augmentation avec l'âge parmi la population migrante. Le niveau de formation représente le facteur le plus important, suivi du statut sur le marché du travail. Ces disparités socioéconomiques sont plus prononcées dans la population migrante que dans la population suisse. Ces disparités vont également de pair avec le sentiment d'une moindre maîtrise de la vie. Ce dernier constat est particulièrement notable au sein de la population migrante.

Enfin, l'Hypothèse 3 qui **allie les thèses du capital social et du capital humain** (ce dernier faisant référence aux caractéristiques socioéconomiques tel que le niveau de formation achevé) est avancée pour expliquer le fait que l'écart de genre se creuse avec l'âge parmi la population migrante. Elle postule que les femmes migrantes sont d'autant plus vulnérables du point de vue de la santé à un âge avancé qu'elles participent moins au marché du travail et que leur soutien social diminue. Si Guggisberg et al. (2011) ont relevé une augmentation linéaire de l'écart de genre en fonction de l'âge, nos analyses montrent que cet écart atteint son maximum dans la classe d'âge des 39-50 ans pour tous les indicateurs de santé (à l'exception de l'obésité). La troisième hypothèse ne permet d'expliquer les écarts de genre ni pour la catégorie d'âge la plus élevée (51 ans et plus), ni pour la classe d'âge la plus pénalisée (39-50 ans). Seules les caractéristiques socio-professionnelles expliquent une part non négligeable de l'écart de genre pour cette der-

nière classe d'âge qui voit tout de même un écart entre hommes et femmes persister. Ce résultat indique que d'autres caractéristiques non observées dans les données à disposition sont susceptibles de jouer un rôle important dans l'explication de l'écart de genre parmi la classe d'âge des 39-50 ans. Il pourrait s'agir de changements familiaux (départ des enfants, séparations, etc.), de difficultés particulières liées à l'activité professionnelle ou à l'approche du milieu de la vie, mais il ne s'agit là que d'hypothèses qu'il resterait à approfondir par des études ciblées.

Tableau 1 : Synthèse des résultats

Hypothèses : Questions :	1. capital social (y.c. soutien social)	2. facteurs socio-économiques	3. capital social et capital humain
1 : explication des écarts de genre dans la population migrante	partiellement vérifiée	vérifiée	pas testée
2 : explication d'un écart de genre supérieur parmi les migrants	partiellement vérifiée	partiellement vérifiée	pas testée
3 : explication d'un écart de genre supérieur aux âges avancés.	rejetée	partiellement vérifiée	rejetée

Pour conclure, la seconde hypothèse soutenant l'importance des facteurs socioéconomiques – principalement le niveau de formation et le statut sur le marché du travail – contribuent le mieux à expliquer les écarts de genre et donc à répondre aux questions de départ. Cependant, tous les facteurs avancés ont un impact sur la santé mais tous ne permettent pas d'expliquer les écarts de santé entre hommes et femmes. Finalement, il n'est pas exclu qu'en considérant d'autres indicateurs du capital social tels que le sentiment d'être soutenu par des proches, le nombre d'amis, la confiance envers les professionnels de la santé et d'autres encore, davantage d'hypothèses auraient pu être vérifiées.

En ce qui concerne les implications politiques, il s'agirait d'entreprendre une étude plus approfondie des raisons qui conduisent à l'écart de genre particulièrement défavorable dans le groupe d'âge des femmes de 40 à 50 ans avant de se prononcer sur des mesures précises à recommander. Mais d'une manière générale, les résultats de notre analyse appuient toute mesure visant à réduire les inégalités de santé, en se focalisant en priorité sur les personnes les plus défavorisées par le biais d'une approche intégrée de l'égalité sociale en santé.

Kurzfassung

Einführung und Methoden

Nach einer ersten Studie im Jahr 2004 (GMM I), hat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) ein zweites Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung durchgeführt (GMM II). Dieses Monitoring untersucht den Gesundheitszustand einer Bevölkerungsgruppe, die in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) generell nicht berücksichtigt wird, da sie nicht, oder nur schlecht, eine Landessprache beherrscht. Eine erste Analyse dieser Daten (Guggisberg et al., 2011) hat einen Gesundheitsunterschied zwischen Migranten und Migrantinnen aufgezeigt, der sich mit zunehmenden Alter vergrössert. Ausserdem ist dieser geschlechterspezifische Gesundheitsunterschied in der zugewanderten Bevölkerung grösser als in der einheimischen. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat unterstrichen, wie wichtig es ist, geschlechterspezifische Gesundheitsunterschiede näher zu untersuchen.

In dieser Studie identifizieren wir die Faktoren, die es erlauben, diese Beobachtungen zu erklären, indem wir die folgenden drei Fragen beantworten:

1. Welche Merkmale erklären die Gesundheitsunterschiede in der zugewanderten Bevölkerung?
2. Warum ist der geschlechterspezifische Gesundheitsunterschied bei Migrantinnen und Migranten grösser als bei Einheimischen?
3. Warum ist der geschlechterspezifische Gesundheitsunterschied bei Migrantinnen und Migranten in älteren Altersgruppen grösser?

Um die geschlechterspezifischen Gesundheitsunterschiede mit den GMM II Daten zu untersuchen, benutzen wir das Modell der linearen Wahrscheinlichkeit. In der Regel haben wir zwei Tabellen mit Regressionsmodellen berücksichtigt: Die erste ermöglicht es uns, den Einfluss verschiedener Faktoren auf die geschlechterspezifischen Unterschiede getrennt zu beobachten (wir kontrollieren in diesem Basismodell nur die demographischen Merkmale). In der zweiten Tabelle fügen wir Schritt für Schritt weitere Faktoren hinzu. Dies ermöglicht uns zu untersuchen, in welchem Umfang die geschlechterspezifischen Unterschiede auf diese Faktoren zurückgeführt werden können. Dadurch erfassen wir die Wirkung dieser zusätzlichen Faktoren auf die geschlechterspezifischen Gesundheitsunterschiede. Die Kontrollvariablen sind in sieben Gruppen aufgeteilt: demographische Merkmale (Basismodell), sozioprofessionelle Merkmale, Kenntnisse einer Landessprache, Haushaltsstaus, soziale Unterstützung, das Gefühl, das Leben selbst zu meistern, sowie Gesundheitskompetenz. Die folgenden Variablen sind zu erklären: der selbst eingeschätzte Gesundheitszustand, Behandlung wegen psychischer Probleme in den letzten 12 Monaten, Gewicht nach Kategorien des Body-Mass-Index, eine dauerhafte Krankheit bzw. gesundheitliche Probleme, in den letzten 12 Monaten wegen Depression behandelt worden zu sein, und seit mindestens 6 Monaten in alltäglichen Tätigkeiten eingeschränkt zu sein. Personen aus dem Asylbereich werden in der multivariaten Analyse nicht berücksichtigt, da ihre Gesundheit kaum mit derer von eingebürgerten Personen und solchen mit Aufenthaltsbewilligung (Ausweis B oder C) vergleichbar ist.

Ergebnisse

Im Allgemeinen, wie es Guggisberg et al. (2011) zeigen, können geschlechterspezifische Unterschiede für die meisten Gesundheitsindikatoren ausgemacht werden. Meist sind die

Frauen benachteiligt. Allerdings variieren die geschlechterspezifischen Unterschiede je nach Gesundheitsindikator und nationaler Gruppe. Beim selbst eingeschätzten Gesundheitszustand beispielsweise ist der geschlechterspezifische Unterschied in der Kategorie 'sehr gut' grösser unter Personen aus Portugal und der Türkei als bei den anderen Herkunftsgruppen (Personen aus Serbien, Kosovo, Türkei, Somalia, Sri Lanka). Dasselbe gilt auch für die dauerhaften Krankheiten und Gesundheitsprobleme. Im Hinblick auf psychische Probleme ist der geschlechterspezifische Unterschied am grössten unter den Portugiesinnen und Portugiesen; für die medizinische Behandlung von Depression ist der Unterschied am grössten unter Personen aus Portugal, der Türkei und Sri Lanka. In dieser letzten Gruppe sind jedoch die Männer stärker betroffen als die Frauen. Was die Einschränkung bei Tätigkeiten des normalen Alltagslebens betrifft, sind es türkische Männer und Frauen – im Vergleich zu anderen Gruppen – die am häufigsten 'sehr eingeschränkt' angeben.

Wir haben drei Hypothesen formuliert. Die Resultate werden in Tabelle 2 zusammengefasst. Die erste Hypothese geht davon aus, dass das **Sozialkapital** (einschliesslich sozialer Unterstützung) grundlegend für die Gesundheit ist, und dass Frauen, die davon wenig oder gar keines haben, sich in einem schlechteren Gesundheitszustand befinden als Männer. Die ausgewählten Indikatoren hierzu sind der Haushaltsstaus (mit Kindern oder Ehepartner), soziale Unterstützung (Besuch von oder bei Freunden und Familie), und die Überzeugung, das Leben selbstbestimmt gestalten zu können. Diese Hypothese erklärt teilweise den geschlechterspezifischen Unterschied unter den Migrantinnen und Migranten, und auch teilweise, warum dieser Unterschied bei ihnen grösser ist als bei Einheimischen (Schweizer Staatsbürgerinnen und -bürger). Hingegen erklärt diese Hypothese nicht, warum der geschlechterspezifische Unterschied bei den Migrantinnen und Migranten mit dem Alter zunimmt.

Demgegenüber bestätigt sich die Bedeutung von **sozioökonomischen Faktoren** (Hypothese 2): Ein niedriges Bildungsniveau und ein nachteiliger Status der Migrantinnen auf dem Arbeitsmarkt – im Vergleich zu den Männern – erlaubt es, den Grossteil der geschlechterspezifischen Gesundheitsunterschiede in der Migrationsbevölkerung zu erklären. Gleichzeitig kann auch der grössere Unterschied zur einheimischen Bevölkerung mit zunehmendem Alter teilweise erklärt werden. Der wichtigste Faktor ist der Bildungsstand, gefolgt vom Arbeitsmarktstatus. Diese sozioökonomischen Unterschiede sind zwischen Migrantinnen und Migranten ausgeprägter als in der einheimischen Bevölkerung. Die genannten Unterschiede sind auch mit einer geringeren Überzeugung verbunden, das Leben selbstbestimmt gestalten zu können. Dieser Zusammenhang ist bei Migranten und Migrantinnen besonders ausgeprägt.

Die dritte Hypothese **verbindet die Theorien des Sozial- und des Humankapitals** (letzteres bezieht sich auf sozioökonomische Merkmale wie Bildung). Sie soll erklären, warum der geschlechterspezifische Gesundheitsunterschied bei der Migrationsbevölkerung mit zunehmendem Alter wächst. Sie postuliert, dass Migrantinnen im Hinblick auf die Gesundheit mit fortschreitendem Alter vulnerabler sind, da sie berufsmässig weniger gut integriert sind und dadurch auch weniger soziale Unterstützung geniessen. Während Guggisberg et al. (2011) eine lineare Zunahme der geschlechterspezifischen Unterschiede mit zunehmendem Alter darlegten, zeigen unsere Analysen, dass dieser Unterschied für die Altersgruppe der 39- bis 50-Jährigen am stärksten ausgeprägt ist. Dies ist der Fall für alle Gesundheitsindikatoren mit Ausnahme der Fettleibigkeit. Die dritte Hypothese erlaubt es aber nicht, die geschlechterspezifischen Gesundheitsunterschiede der ältesten Altersgruppe (51+ Jahre) sowie der am stärksten betroffenen Altersgruppe (39-50 Jahre) zu erklären.

Sozioökonomische Eigenschaften allein können zwar einen erheblichen Teil der Geschlechterunterschiede in letzterer Kategorie erklären, aber es bleibt ein Unterschied zwischen Männern und Frauen bestehen. Dieses Ergebnis zeigt, dass in der Altersgruppe 39 bis 50 Jahre wahrscheinlich andere – nicht in den vorhandenen Daten erfasste – Eigenschaften für die geschlechterspezifischen Gesundheitsunterschiede eine wichtige Rolle spielen. Es könnte sich dabei um familiäre Veränderungen handeln (Auszug der Kinder, Trennungen usw.), oder auch um besondere Schwierigkeiten im Zusammenhang mit der Arbeit zu Beginn des mittleren Alters. Dies sind aber nur Vermutungen, welche in gezielten Studien vertieft werden müssen.

Tabelle 2 : Übersicht der Resultate

Frage :	Hypothese :	1. Sozialkapital (inkl. soziale Unterstützung)	2. sozioökonomische Faktoren	3. Sozial- und Humankapital
1 : Erklärung des geschlechterspezifischen Gesundheitsunterschied in der eingewanderten Bevölkerung		teilweise bestätigt	bestätigt	nicht untersucht
2 : Erklärung des grösseren geschlechterspezifischen Gesundheitsunterschied bei Migranten		teilweise bestätigt	teilweise bestätigt	nicht untersucht
3 : Erklärung des grösseren geschlechterspezifischen Gesundheitsunterschieds im zunehmenden Alter		abgelehnt	teilweise bestätigt	abgelehnt

Abschliessend kann festgehalten werden, dass die zweite Hypothese, welche die Bedeutung sozioökonomischer Faktoren unterstreicht – vor allem der Bildungsstand und der Arbeitsmarktstatus –, die geschlechterspezifischen Gesundheitsunterschiede am besten erklärt. Sie liefert somit eine Antwort auf die erste Frage. Obwohl alle untersuchten Faktoren einen Einfluss auf die Gesundheit haben, können diese nur einen Teil der geschlechterspezifischen Gesundheitsunterschiede erklären. Schliesslich darf nicht ausgeschlossen werden, dass unter Berücksichtigung anderer Indikatoren für das Sozialkapital weitere Hypothesen hätten bestätigt werden können, wie beispielsweise der gesundheitsfördernde Einfluss des Gefühls von Angehörigen unterstützt zu werden, die Anzahl Freunde, oder das Vertrauen in Gesundheitsfachpersonen.

Um konkrete Implikationen zuhanden der Politik formulieren zu können, wäre eine genauere Untersuchung wünschenswert, welche die Gründe für den besonders ausgeprägten geschlechterspezifischen Gesundheitsunterschied bei den 40- bis 50-Jährigen eruiert. In dieser Altersgruppe schätzen Frauen ihre Gesundheit im Vergleich zu Männern besonders ungünstig ein. Im Allgemeinen sind aufgrund der Ergebnisse unserer Auswertung jegliche Massnahmen zu fördern, die zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit beitragen. In dieser Stossrichtung sollte der Schwerpunkt vor allem auf die Zielgruppe der gesundheitlich am stärksten benachteiligten Personen unter besonderer Berücksichtigung sozialer Determinanten gelegt werden.

1 Introduction

Après une première enquête en 2004 (GMM I - premier monitoring de l'état de santé de la population migrante en Suisse), l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a conduit un deuxième monitoring (GMM II) d'un échantillon d'une population qui est généralement exclue de l'enquête suisse sur la santé (ESS) puisqu'elle ne parle pas, ou maîtrise mal, une langue nationale. Une première analyse de cette enquête (Guggisberg et al., 2011) a montré un écart de santé entre hommes migrants et femmes migrantes et, en particulier, le fait que cet écart se creuse avec l'âge. De plus, l'écart de santé, entre hommes et femmes est plus important chez les migrants que chez les autochtones. Etudier les différences de santé entre les sexes est d'une importance cruciale. En effet, selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS) :

« Il convient d'étudier, après analyse des données sanitaires ventilées par sexe, les différences observées entre hommes et femmes, de définir des orientations politiques, d'énoncer des principes directeurs, de donner des conseils, de fixer des normes et de concevoir des instruments pour remédier aux différences injustes que l'on peut éviter. Il est essentiel de déterminer, sur la base de données objectives, quelles sont ces différences, quelle en est la cause, si elles sont injustes, inévitables ou si l'on peut au contraire y remédier, et quelles sont les interventions efficaces. » (2009 : 11).

Nous essayons alors, à travers cette étude, d'identifier les facteurs qui permettent d'expliquer les écarts de santé entre les sexes en répondant à trois questions :

- Quels sont les caractéristiques qui expliquent les écarts de genre de la population migrante dans le domaine de la santé (4.1) ?
- Pourquoi l'écart de genre est-il plus élevé dans la population migrante que pour la population autochtone (4.2) ?
- Pourquoi l'écart de genre de l'état de santé est-il supérieur chez les groupes plus âgés parmi les migrants (4.3) ?

Cette étude se distingue de celle réalisée par Guggisberg et al. (2011) de par le fait que nous allons identifier les facteurs qui permettent d'expliquer les écarts de genre. Les analyses effectuées par leur étude visaient plutôt, en contrôlant pour le sexe et l'âge, à présenter des faits stylisés qui ont démontré l'existence de certains écarts. L'étude présentée ici détermine pourquoi il y a des écarts de genre en santé, en contrôlant un certain nombre de caractéristiques observables. Il est important de comprendre, comme le souligne l'OMS, quels sont les facteurs qui expliquent pourquoi les femmes étrangères sont en moins bonne santé par rapport aux hommes migrants, afin que les politiques publiques puissent concentrer leurs efforts dans l'objectif d'améliorer l'état de santé des groupes vulnérables et de réduire les écarts.

Par conséquent, cette étude consiste à analyser les données de l'enquête GMM II pour documenter le différentiel de genre en matière de santé ainsi que ces principaux déterminants. Pour cela, nous estimons des modèles à variables qualitatives (nominales) pour expliquer les écarts de genre. D'autres études ont déjà analysé les différences de santé entre hommes et femmes migrants et autochtones. García et al. (2007) ont montré qu'aux Pays-Bas les groupes migrants principaux (Turquie, Maroc, Antilles hollandaise et Surinam), et en particulier les femmes, se sentent en moins bonne santé que les autochtones, mais ils ne relèvent cependant pas les facteurs explicatifs de cette différence. En France, Berchet et Jusot (2010) ont étudié, à travers des modèles économétriques, les inégalités de santé entre la population immigrée et la population française. Leurs conclusions concernant le mauvais état de santé des hommes montrent qu'elles sont dues à leur situation économique et

sociale, à leur intégration sociale et à leur hygiène de vie, la migration constitue un risque spécifique chez les femmes. Les auteurs relèvent une moins bonne santé chez les femmes que chez les hommes, toutefois sans expliquer les raisons de ces écarts de santé. Read et Gorman (2011) ont choisi de travailler sur les disparités de genre dans le domaine de la santé d'une manière générale, en mettant l'accent sur la mortalité. Ils constatent que les femmes peuvent espérer vivre plus longtemps que les hommes (c'est-à-dire ont une espérance de vie plus longue), mais en moins bonne santé que ceux-ci, mais n'expliquent pas pourquoi. L'étude présentée ici se distingue de par le fait qu'elle tente d'identifier, à travers l'estimation de modèles économétriques, les facteurs qui permettent d'expliquer les écarts dans le domaine de la santé entre hommes et femmes migrants.

Dans la prochaine section, nous commençons tout d'abord par décrire les données, ensuite nous exposons les hypothèses, puis nous présentons le modèle statistique choisi ainsi que le choix des variables retenues pour l'analyse. Dans la section 3, nous procédons à quelques analyses descriptives pour l'ensemble de la population issue du GMM II, suivies d'une courte synthèse des résultats. La section 4 expose les résultats des régressions statistiques et se décline en trois sous-sections, car l'analyse multivariée permet de répondre aux trois questions posées ci-dessus. La première sous-section analyse les caractéristiques permettant d'expliquer l'écart de genre au sein de la population migrante. La seconde sous-section analyse les facteurs susceptibles d'expliquer pourquoi il existe un écart de genre supérieur chez les migrants par rapport à celui chez les autochtones. Et finalement, la dernière sous-section analyse les écarts de genre par tranche d'âge parmi la population migrante. Dans la section 5, nous concluons en reprenant les éléments principaux de l'analyse multivariée. Tout au long du texte, nous utilisons les termes 'population migrante' et 'population étrangère' de manière indifférenciée pour les deux sexes.

2 Plan de recherche

Dans cette section, nous décrivons tout d'abord les données de l'enquête GMM II. Ensuite, nous exposons les quatre hypothèses qui nous servent de fil conducteur dans la réalisation de cette étude. Puis, nous présentons la méthodologie choisie pour l'analyse multivariée. Finalement, nous énumérons les variables dépendantes retenues, ainsi que les facteurs individuels (ou variables indépendantes) que nous incluons dans l'analyse.

2.1 Données

Le monitoring de santé des personnes migrantes en 2010 est constitué de deux échantillons principaux, d'une part celui du GMM II concernant certaines nationalités de la population migrante et, d'autre part, celui de l'ESS 2007 pour la population suisse. L'échantillon du GMM II se décline en quatre sous-échantillons. Tout d'abord, un échantillon clé rassemble 1'800 personnes de nationalité portugaise, turc, serbe et kosovare. Un échantillon supplémentaire regroupe 400 immigrants de nationalités turc et serbe arrivés depuis peu. Un second échantillon supplémentaire regroupe à nouveau 400 personnes d'origine turque et serbe, mais naturalisées depuis peu. Et finalement, un dernier échantillon inclut 400 personnes ressortissantes soit de Somalie ou du Sri Lanka et relevant du domaine de l'asile. Nous avons éliminé ce dernier échantillon de l'analyse multivariée car, du point de vue de la santé, des personnes étant dans un processus de demande d'asile ont un état de santé qui est difficilement comparable à celui des résidents permanents ou des autochtones. Toutefois, pour une vue d'ensemble, les Somaliens et les Sri Lankais sont considérés dans les analyses descriptives.

A chaque fois que cela nous était possible, nous avons retenu des variables disponibles tant pour les autochtones que pour les étrangers. Toutefois, certaines variables comme par exemple la maîtrise d'une langue nationale, le permis de séjour ou les compétences de santé sont uniquement disponibles pour la population migrante.

2.2 Hypothèses

La **première hypothèse** concerne le réseau familial et d'amis et, plus précisément, le capital social.

Selon Bourdieu, « Le capital social est l'ensemble des ressources actuelles ou potentielles qui sont liées à la possession d'un réseau durable de relations plus ou moins institutionnalisées d'interconnaissance et d'inter-reconnaissance ; ou, en d'autres termes, à l'appartenance à un groupe, comme ensemble d'agents qui ne sont pas seulement dotés de propriétés communes [...] mais sont aussi unis par des liaisons permanentes et utiles. » (1980 : 2).

Il apparaît alors que chaque individu appartient à un groupe, mais que cette appartenance n'est ni donnée, ni définitive. Les relations changent et évoluent au fil du temps. L'individu construit son réseau, dont la raison d'être dépend de la complexité des échanges entretenus avec ses relations :

« [...] de l'étendue du réseau des liaisons qu'il peut effectivement mobiliser et du volume de capital (économique, culturel ou symbolique) possédé en propre par chacun de ceux auxquels il est lié. » (1980 : 2).

Pour les femmes étrangères, il semble que l'acquisition du capital social soit déterminante pour l'état de santé. Ce lien entre capital social existe nécessairement pour tout individu – suisse ou étranger. Selon Zhao :

« Les immigrants qui entretiennent des réseaux d'amis diversifiés et qui ont de fréquents contacts avec leurs amis sont plus susceptibles de se déclarer en bonne santé. » (2010 : 17).

Selon Bouchard,

« La recherche en santé des populations a mis en évidence l'importance de certains déterminants sociaux dont le plus important en termes d'impact sur la santé est la position sociale d'un individu au sein de sa communauté. » (2006 : s17).

Les personnes en situation minoritaire, de catégorie socioprofessionnelle inférieure ainsi que les personnes les moins instruites, sont les plus vulnérables du point de vue de la santé. Bouchard reprend en partie la définition du capital social de Bourdieu (celle des réseaux), tout en approfondissant l'aspect personnel, émotionnel et l'estime de soi de l'individu :

« Les liens sociaux que favorisent les réseaux donnent aux individus à la fois du soutien social, cognitif et émotionnel, qui agit directement sur l'estime de soi et le sentiment de compétence personnelle, ainsi que l'accès à des ressources sociales, au niveau d'opportunités potentielles d'emploi et de positionnement social, par exemple. » (2006 : s17).

En effet, le capital social, ou les réseaux de relations, permettent aussi et surtout de ne pas être en situation d'isolement, c'est-à-dire d'être inséré dans la société. L'estime de soi est, elle aussi, renforcée par les réseaux de connaissance et agit indirectement sur le sentiment de maîtriser sa vie qui est susceptible d'influencer l'état de santé d'une personne. Toujours selon Bouchard,

« Les personnes qui n'ont pas de soutien social sont deux à cinq fois plus susceptibles de décéder de toutes causes de mortalité que celles qui sont insérées dans des réseaux sociaux. » (2006 : s18).

Le capital social est alors un aspect déterminant de la santé pour chaque individu. Toutefois, ce facteur est déterminant pour expliquer le fait que les femmes migrantes sont en moins bonne santé que les hommes migrants. En effet, les femmes migrantes sont proba-

blement plus isolées par rapports aux réseaux les entourant puisqu'elles ont des charges familiales supplémentaires. Les facteurs qui nous permettent de vérifier la pertinence de cette première hypothèse sont la situation du ménage (présence d'enfants et/ou du conjoint), le soutien social (visites de ou à des amis/famille) et le sentiment de maîtriser sa vie.

La **seconde hypothèse** postule que les facteurs socioéconomiques tels que le statut sur le marché du travail, l'éducation et la maîtrise d'une langue nationale sont déterminants pour la santé. Ces différents facteurs sont communément reconnus pour influencer le niveau de santé des individus. Effectivement, selon Attias-Donfut, la perception de la santé varie selon le niveau socioéconomique de chaque individu :

« Quels que soient les pays d'origine, le niveau d'éducation et le niveau de vie subjectif déterminent fortement la perception de la santé. Les plus instruits et les plus riches ont plus de chances d'avoir une meilleure santé. À l'inverse, l'avancée en âge augmente significativement la probabilité d'un état de santé général dégradé. Il en va de même du fait d'être une femme [...]» (2006 : 103).

Les femmes qui auraient un faible niveau de formation, une situation défavorable sur le marché du travail, une maîtrise d'une langue nationale inférieure comparativement aux hommes sont autant de facteurs susceptibles d'expliquer les écarts de genre dans le domaine de la santé.

Selon Becker (1964), la santé est considérée comme un investissement en termes de capital humain. La célèbre théorie du capital humain de Becker postule que les inégalités de salaires seraient dues principalement aux inégalités d'investissement en capital humain qui passe majoritairement par l'éducation. La santé est l'un des trois piliers de la théorie du capital humain :

« Education, training, and health are the most important investments in human capital. » (1964 : 1).

Grossman (2000) démontre que la santé améliore le revenu, en ajoutant des jours de travail en bonne santé, alors que l'éducation augmente la productivité. Sur ce point, Shields et Wheatly Price (2005), Llana-Nozal (2009) et Cottini et Lucifora (2010) ont démontré que les variables du marché du travail sont d'importants déterminants de la santé.

La seconde hypothèse énonce donc que les facteurs socioéconomiques sont déterminants pour la santé et qu'ils sont susceptibles d'expliquer le différentiel de genre du point de vue de la santé. Les facteurs que nous observerons particulièrement pour vérifier cette seconde hypothèse sont les caractéristiques socio-professionnelles (statut sur le marché du travail, niveau de formation et maîtrise d'une langue nationale) et les compétences en matière de santé.

La **troisième hypothèse** est une combinaison de la première et seconde hypothèse, elle allie les théories du capital social et du capital humain. Elle postule que les femmes migrantes qui atteignent un âge avancé sont en moins bonne santé que leurs homologues masculins et restent en Suisse pour bénéficier du système de santé :

« Ces personnes se sentent parfois 'étrangères' lorsqu'elles retournent dans leur pays d'origine. Elles réalisent alors à quel point elles ont changé en vivant dans un pays qui, du moins en partie, est devenu leur nouvelle patrie. Un facteur déterminant est le fait que leurs enfants et petits-enfants voient leur avenir en Suisse. » (Hungerbüler, 2012 : 199).

L'aspect familial joue un rôle important dans la décision de rester en Suisse, mais l'aspect de santé est tout aussi important :

« Une santé fragile et des ressources économiques limitées peuvent aussi conduire ces personnes à rester en Suisse lors de la retraite, d'autant que la couverture médicale et la sécurité sociale ne leur sont pas toujours garanties dans leur pays d'origine. » (Hungerbüler, 2012 : 199).

Les femmes migrantes sont d'autant plus vulnérables du point de vue de la santé à un âge avancé qu'elles participent à peine au marché du travail, leur capital humain étant devenu obsolète. Selon Castel,

« [...] sont 'intégrés' les individus et les groupes inscrits dans les réseaux producteurs de la richesse et de la reconnaissance sociale. Seraient 'exclus' ceux qui ne participeraient en aucune manière à ces échanges réels. » (1996 : 32).

Les personnes exclues voient leur capital social diminuer et cela peut impliquer une dégradation de l'état de santé. Effectivement, les femmes migrantes seraient en moins bonne santé que les hommes migrants dès l'âge de la cinquantaine, dû à une moins bonne participation sur le marché du travail. Pour expliquer pourquoi l'écart de genre se creuse avec l'âge, nous retenons les facteurs socio-professionnels, du soutien social et du sentiment de maîtriser sa vie.

Une dernière hypothèse, celle du « Doppelbelastung » ou de la « double-charge », aurait pu être une piste intéressante pour tenter d'expliquer les écarts de genre entre hommes et femmes. Selon Cramm (1998), les femmes qui assument conjointement les charges familiales et professionnelles sont plus à risque du point de vue de la santé. Ce « double » rôle accentue le stress et donc le risque de maladie. En revanche, selon Corbeil,

« La présence d'enfants à la maison n'est plus prétexte à l'exclusion des mères du marché du travail. Si les contraintes du modèle maternel traditionnel conjuguées à l'absence de services de garde adéquats ont justifié pendant longtemps leur retrait presque automatique, ces conditions ne représentent plus un obstacle suffisant pour contrer leur participation au travail salarié. » (1990 : 100).

Toutefois, la méthodologie choisie dans cette étude ne permet pas de tester cette hypothèse de manière cohérente.

2.3 Méthodologie

Pour analyser les différences de genre en termes de santé à partir des données GMM II, nous utilisons le modèle de probabilité linéaire¹ dont l'équation de base prend la forme suivante :

$$\Pr(y_i = 1 | G, \mathbf{x}) = \alpha G_i + X_i \beta$$

où la probabilité conditionnelle pour un individu i d'être dans un état de santé spécifique y_i (sous forme binaire) est supposée être une fonction linéaire des variables explicatives (G_i = genre féminin, X_i = autres caractéristiques individuelles) et le coefficient α mesure l'écart de genre, soit le changement dans la probabilité d'atteindre un état de santé donné $\Pr(y_i = 1)$ lorsque G_i change de 0 (= hommes) à 1 (= femmes), toutes choses étant égales par ailleurs. Nous considérons initialement le modèle de base, désigné par (0), qui contrôle uniquement pour les caractéristiques démographiques. L'ajout d'autres facteurs, séparément ou séquentiellement, permet d'examiner dans quelle mesure l'écart de genre se résorbe et donc de capturer l'effet de leur inclusion sur les estimations de α . Les variables de contrôle incluses dans X_i sont exposées dans la sous-section suivante. Le modèle de régression linéaire est avantageux par rapport à d'autres modèles à variables qualitatives

¹ Le modèle de probabilité linéaire est estimé par la méthode des moindres carrés ordinaires.

puisqu'il nous permet de pouvoir commenter le signe et la taille des coefficients (Wooldridge, 2002). Nous avons décidé de deux seuils de significativité des coefficients. Le premier est un seuil à 10%, c'est-à-dire $*p < 0.10$, et le second à 5% (qui est donc plus significatif) soit $**p < 0.05$.

2.4 Choix des variables

Les variables indépendantes que nous avons retenues pour les analyses ont, en partie, déjà été évoquées dans la sous-section 2.2. Effectivement, sept groupes de facteurs ont été choisis pour vérifier la pertinence des différentes hypothèses. En ce qui concerne les indicateurs de santé, sept variables dépendantes ont été retenues pour les analyses descriptives et multivariées : le fait de se déclarer en bonne ou très bonne santé (1^{ère} définition de l'état de santé subjectif), le fait de se déclarer en moyenne, bonne ou très bonne santé (2^{ème} définition de l'état de santé subjectif), avoir été traité pour des problèmes psychiques, être obèse, avoir une maladie ou des problèmes de santé qui durent depuis longtemps, avoir été traité pour dépression et être limité à cause d'un problème de santé.

En plus d'une variable muette permettant d'identifier l'écart de genre, nous avons retenu sept groupes de variables de contrôle (nous détaillons ces variables dans la partie Annexes) :

- (0) « Caractéristiques démographiques » : l'âge, la nationalité ou l'origine nationale, le statut migratoire (lieu de naissance, âge d'arrivée en Suisse) et le degré d'urbanisation du lieu de résidence.
- (1) « Caractéristiques socio-professionnelles » : le niveau de formation, le statut sur le marché du travail et le permis de séjour.
- (2) « Maîtrise d'une langue nationale »
- (3) « Situation du ménage » : la composition du ménage, le nombre d'enfants de moins de 15 ans et la présence du partenaire en Suisse ou à l'étranger.
- (4) « Soutien social » : les visites de ou à des membres de la famille et les visites de ou à des amis.
- (5) « Sentiment de maîtriser de sa vie » : incapacité à surmonter certains problèmes, impression d'être ballotté dans tous les sens, sentiment d'avoir peu de contrôle sur ce qui arrive, d'être submergé par les problèmes.
- (6) « Compétences en matière de santé » : connaître le numéro de téléphone des premiers secours, savoir si le Sida peut être guéri ou non, discuter avec d'autres personnes lors d'un rendez-vous chez le médecin, recommander à une personne de consulter un médecin ou un psychologue si elle présente certains symptômes (brûlures d'estomac, toux durable, mal de gorge ou rhume avec fièvre, coliques, sensation de manquer d'air, vomissements répétés, habitude de se faire vomir soi-même, tristesse après une crise relationnelle, tristesse pendant une grande partie de la journée, manque d'intérêts, sensation d'être persécuté, cauchemars).

3 Analyses descriptives

Ayant exclu les requérants d'asile de l'analyse multivariée, il est important de présenter des différences brutes entre sexes pour divers indicateurs de santé sur la base de toutes les nationalités présentes dans les données GMM II. Nous commençons par examiner l'état de santé général, puis le traitement pour des problèmes psychiques au cours des 12 derniers mois, l'indice de masse corporelle classifié en quatre catégories, la présence d'une maladie ou d'un problème de santé qui dure depuis longtemps, le traitement pour dépression au cours des 12 derniers mois et, finalement, le fait d'être limité depuis au moins six mois dans les activités que les gens font habituellement à cause d'un problème de santé. Nous présentons ainsi cinq variables subjectives et une quasi-objective basée sur l'indice de masse corporelle. Chaque variable est stratifiée selon le sexe et la nationalité/origine. Cela nous permet de comparer les résultats entre les femmes et hommes migrants pour rendre compte de la problématique des écarts de genre. De plus, nous avons procédé à une analyse de significativité des résultats pour chacun des tableaux présentés. Nous pouvons observer si les écarts sont significatifs entre femmes et hommes. Pour les tableaux présentés lors des analyses descriptives nous avons appliqué les pondérations et les résultats sont présentés sous formes de pourcentages lignes.

3.1 Présentation et résultats

A présent, nous allons présenter les tableaux descriptifs associés à chacune des variables dépendantes retenues dans cette étude. Nous commençons par commenter les résultats pour les femmes, ensuite pour les hommes. **Erreur ! Référence non valide pour un signet.**, nous constatons que, toute nationalité confondue, les femmes somaliennes sont celles qui se déclarent le plus souvent en très bonne santé (52%). Près de 50% des femmes kosovares naturalisées se disent également en très bonne santé. Les Serbes, les Kosovares et les femmes naturalisées d'origine turque sont une majorité de femmes se déclarant en bonne santé, suivies par celles qui se déclarent être en très bonne santé. Les femmes d'origine portugaise et les femmes turques ont une répartition relativement similaire, avec une majorité de femmes en bonne santé, mais elles sont suivies par celles qui se déclarent être en « moyenne » santé. Finalement, nous observons que les femmes sri lankaises sont celles qui ont le moins bon niveau de santé auto-déclaré : 42% d'entre elles déclarent avoir un état de santé moyen, 14% un mauvais état de santé et 1% un très mauvais état de santé. Nous pouvons aussi remarquer que pour les femmes portugaises, turques et kosovares, l'écart est significatif pour les catégories 'très bonne santé' et 'moyenne santé'.

D'une manière générale, nous constatons immédiatement que les hommes se déclarent plus fréquemment en très bonne santé par rapport aux femmes. Nous observons que, pour les hommes, la plupart des ressortissants somaliens ont à nouveau une très bonne santé auto-déclarée (65%). Viennent ensuite les Kosovars (naturalisés ou non), parmi lesquels entre 48% et 55% des personnes se déclarent en très bonne santé. Entre 30% et 44% des hommes portugais, turcs (naturalisés ou non) et serbes se sentent également en très bonne santé, alors qu'une majorité d'entre eux (entre 42% et 54%) se trouvent en bonne santé. Les hommes sri lankais, comme les femmes sri lankaises, se déclarent en moins bonne santé par rapport à toutes les autres nationalités de l'étude : plus de 50% des hommes se disent, en moyenne, en mauvaise ou très mauvaise santé.

Tableau 3 : L'état de santé auto-évalué, selon la nationalité

NATIONALITE/ ORIGINE		ETAT DE SANTE AUTO-DECLARE					Effectif total
		Très bonne	Bonne	Moyenne	Mauvaise	Très mauvaise	
Portugais	H	30.9%	53.7%	11.8%	2%	1.6%	226
	F	21.5%**	47.2%	24.1%**	5.9%*	1.2%	223
Turcs	H	30.7%	42.2%	16.2%	7.7%	3.2%	324
	F	18.4%**	41.5%	26.7%**	11.5%	2.0%	326
Serbes	H	33.9%	43.7%	11%	10.7%	0.6%	230
	F	30.3%	40.6%	16.5%	7.3%	5.4%*	231
Kosovars	H	48.2%	35.7%	7.5%	6.6%	2.0%	324
	F	36.6%*	38.3%	16.4%*	8.7%	0.0%*	327
Turcs naturalisés	H	44.4%	45.3%	8.6%	1.7%	0.0%	100
	F	39.3%	41.7%	10.9%	5.7%	2.5%*	99
Kosovars naturalisés	H	54.9%	30.0%	6.4%	6.2%	2.4%	99
	F	47.1%	37.8%	11.7%	3.3%	0.0%	101
Somaliens	H	65.4%	22.2%	8.8%	3.6%	0.0%	114
	F	52.1%	30.8%	11.5%	4.6%	1.1%	90
Sri Lankais	H	25.6%	20.5%	38.2%	10.7%	5.0%	100
	F	15.8%	27.0%	42.2%	14.0%	1.1%	100

Notes : pourcentages en ligne, test pour une différence significative entre les proportions des femmes et des hommes par nationalité/origine (** p < 0,05, * p < 0,10).

Tableau 4 : Traitement pour des problèmes psychiques au cours des 12 derniers mois

NATIONALITE/ORIGINE		Traitement pour des problèmes psychiques au cours des 12 derniers mois		Effectif total
		Oui	Non	
Portugais	H	2.3%	97.7%	226
	F	11.8%**	88.1%**	224
Turcs	H	11.9%	88.1%	323
	F	15.4%	84.6%	326
Serbes	H	5.9%	94.1%	231
	F	12.9%	87.1%	231
Kosovars	H	3.3%	96.7%	324
	F	2.4%	97.6%	327
Turcs naturalisés	H	5.3%	94.7%	100
	F	9.2%	90.8%	99
Kosovars naturalisés	H	4.4%	95.6%	99
	F	2.5%	97.5%	101
Somaliens	H	3.7%	96.3%	113
	F	2.1%	97.9%	89
Sri Lankais	H	8.0%	92.0%	100
	F	3.3%	96.7%	100

Notes : pourcentages en ligne, test pour une différence significative entre les proportions des femmes et des hommes par nationalité/origine (** p <0,05, * p <0,10).

Le Tableau 4 ci-dessus nous indique que les femmes les plus touchées par des problèmes psychiques sont les Turques (15%), les Serbes (13%) et les Portugaises (12%). Les naturalisées d'origine turque sont légèrement moins concernées (9%). Les femmes kosovares (naturalisées ou non), somaliennes et sri lankaises sont entre 2% et 3% à être concernées par des traitements pour des problèmes psychiques. Les femmes somaliennes ont le pourcentage le plus bas de femmes touchées par des problèmes psychiques, soit 2%.

Nous constatons immédiatement que certains groupes d'hommes sont moins concernés que les femmes par un traitement pour des problèmes psychiques au cours des 12 derniers mois. Il s'agit des Portugais, des Turcs (naturalisés ou non) et des Serbes. En revanche, la situation est inversée pour les Sri lankais. Alors que 3% des Sri lankaises étaient concernées par un traitement pour troubles psychiques au cours des 12 derniers mois, 8% des Sri Lankais sont touchés. Une situation analogue est présente chez les Kosovars (naturalisés ou non), les Somaliens et les Sri Lankais. Les hommes turcs sont les plus concernés par les traitements pour des problèmes psychiques (12%) suivi par les Sri lankais (8%). A noter toutefois que seul l'écart entre hommes et femmes portugais est significatif.

Tableau 5 : Traitement médical pour dépression au cours des 12 derniers mois

NATIONALITE/ORIGINE		Traitement médical pour cause de dépression au cours des 12 derniers mois		Effectif total
		Oui	Non	
Portugais	H	4.3%	95.7%	226
	F	14.6%**	85.4%**	224
Turcs	H	15.1%	84.9%	324
	F	20.5%	79.5%	326
Serbes	H	5.1%	94.9%	231
	F	14.7%**	85.3%**	231
Kosovars	H	8.2%	91.8%	324
	F	6.0%	94.0%	327
Turcs naturalisés	H	12.3%	87.7%	100
	F	10.7%	89.3%	100
Kosovars naturalisés	H	4.8%	95.2%	99
	F	3.1%	96.9%	101
Somaliens	H	12.1%	87.9%	114
	F	13.0%	87.0%	90
Sri Lankais	H	38.7%	61.3%	100
	F	23.6%**	76.4%**	100

Notes : pourcentages en ligne, test pour une différence significative entre les proportions des femmes et des hommes par nationalité/origine (** p <0,05, * p <0,10).

Les femmes portugaises, turques, serbes et somaliennes sont plus nombreuses que les hommes de même nationalité à avoir suivi un traitement médical pour dépression. Les femmes les plus concernées par ce problème sont les Sri lankaises : 24% ont suivi un traitement médical pour dépression au cours de ces 12 derniers mois. Les femmes turques suivent de près, puisque 21% d'entre elles ont également suivi un tel traitement médical. Entre 11% et 15% des femmes portugaises, serbes, turques naturalisées et somaliennes sont concernées par un traitement pour dépression. Les femmes kosovares (naturalisées ou non) sont les moins enclines à être traitées pour cause de dépression : seules 6% des Kosovares et 3% des Kosovares naturalisées ont suivi un traitement au cours des 12 derniers mois. Les écarts de santé vis-à-vis des hommes sont confirmés pour les femmes portugaises, serbes et sri lankaises, puisque ces écarts sont significatifs à un niveau de 5%.

Les hommes Sri lankais sont, comme les Sri lankaises, ceux qui ont le plus fréquemment suivi un traitement au cours des 12 derniers mois (39%), ils sont également suivis par les hommes turcs (15%). Les Portugais sont les moins concernés par un traitement pour dépression, seuls 4% d'entre eux en ont suivi un au cours des 12 derniers mois. Entre 5% et 12% des Serbes, des Turcs naturalisés, des Kosovars (naturalisés ou non) et des Somaliens sont concernés par des problèmes de dépression.

Tableau 6 : La classification du sous-poids, surpoids et obésité selon l'indice de masse corporelle (IMC)

NATIONALITE/ ORIGINE		Les catégories de l'indice de masse corporelle				Effectif total
		sous-poids	normal	surpoids	obésité	
Portugais	H	1.2%	46.4%	38.2%	14.3%	218
	F	4.1%*	57.2%**	25.5%**	13.2%	224
Turcs	H	0.2%	45.4%	42.3%	12.1%	311
	F	4.7%**	44.8%	32.2%*	18.3%	323
Serbes	H	0.3%	32.6%	46.1%	21.0%	227
	F	3.3%**	51.1%**	22.1%**	23.5%	230
Kosovars	H	0.9%	38.4%	47.1%	13.6%	305
	F	5.1%**	54.0%**	27.0%**	14.0%	323
Turcs naturalisés	H	0.4%	45.3%	46.8%	7.4%	98
	F	4.9%*	60.7%*	28.0%**	6.4%	100
Kosovars naturalisés	H	0.0%	47.8%	36.4%	15.8%	99
	F	8.1%**	57.2%	24.0%*	10.8%	99
Somaliens	H	6.2%	68.1%	15.1%	10.6%	77
	F	0.0%**	40.1%**	32.3%**	27.7%**	100
Sri Lankais	H	7.1%	56.0%	25.1%	11.8%	48
	F	11.9%	62.0%	19.6%	6.5%	68

Notes : pourcentages en ligne, test pour une différence significative entre les proportions des femmes et des hommes par nationalité/origine (** p <0,05, * p <0,10). Les différentes catégories sont définies selon l'indice de masse corporelle ; le sous-poids = IMC<18,5, le poids normal = 18,5≤IMC<25, le surpoids = 25≤IMC<30 et finalement l'obésité = IMC≥30.

La répartition des femmes migrantes selon les différentes catégories de poids est relativement semblable entre Portugaises, Turques (naturalisées ou non), Kosovares (naturalisées ou non) et Sri lankaises (cf. Tableau 6). En effet, la majorité des femmes ont un poids considéré comme « normal ». En revanche, entre 20% et 32% des femmes sont en surpoids selon les nationalités. Parmi les nationalités précitées, plus de femmes sont concernées par l'obésité que par le sous-poids, excepté pour les Sri lankaises dont 12% sont en sous-poids alors que seulement 7% sont obèses. Chez les femmes serbes, nous observons qu'une majorité a un poids « normal », alors que 24% d'entre elles appartiennent à la catégorie « obèse » (l'écart entre sexe n'étant pas significatif) et 22% sont en « surpoids » (l'écart de sexe étant significatif). Par ailleurs, 46% d'entre elles sont en surcharge pondérale². Les femmes somaliennes sont elles aussi très concernées par la surcharge pondérale puisque 32% d'entre elles sont en « surpoids » et 28% sont « obèses ». Les écarts de genre, pour toutes les catégories de poids, sont significatifs pour les ressortissants somaliens. Pour les femmes portugaises, serbes, kosovares et turques naturalisées, les écarts vis-à-vis de leurs homologues masculins pour les catégories 'sous-poids', 'normal' et 'surpoids' sont significatifs.

Les hommes ont globalement un indice de masse corporelle plus élevé que chez les femmes. Les Portugais, les Turcs, les Kosovares naturalisés, les Somaliens et les Sri lan-

2 La surcharge pondérale regroupe les catégories « surpoids » et « obésité ».

kais sont toutefois majoritaires dans la catégorie de poids « normal », suivie de la catégorie « surpoids ». En revanche, les Serbes, les Kosovares et les Turcs naturalisés sont majoritaires dans la catégorie « surpoids » et ensuite dans la catégorie « normal ». Les hommes serbes représentent en fait le groupe le plus concerné par la surcharge pondérale (67%). Par rapport aux Somaliennes, les Somaliens se portent mieux ; en revanche les Sri lankais sont davantage représentés dans les catégories de surpoids et d'obésité que les Sri lankaises. A noter que seuls les ressortissants somaliens présentent pour chaque catégorie de poids des écarts de genre significatifs, alors que ces écarts ne sont jamais significatifs pour les ressortissants somaliens.

Tableau 7 : Maladie ou problèmes de santé qui durent depuis longtemps

NATIONALITE/ORIGINE		Avoir une maladie ou des problèmes de santé qui durent depuis longtemps		Effectif total
		Oui	Non	
Portugais	H	11.7%	88.3%	226
	F	22.5%**	77.5%**	224
Turcs	H	28.6%	71.4%	324
	F	43.5%**	56.5%**	325
Serbes	H	17.6%	82.4%	230
	F	23.1%	76.9%	230
Kosovars	H	10.6%	89.4%	324
	F	17.3%	82.7%	327
Turcs naturalisés	H	16.1%	83.9%	100
	F	14.5%	85.5%	100
Kosovars naturalisés	H	12.9%	87.1%	99
	F	11.0%	89.0%	100
Somaliens	H	10.8%	89.2%	114
	F	15.5%	84.5%	89
Sri Lankais	H	24.7%	75.3%	100
	F	31.6%	68.4%	100

Notes : pourcentages en ligne, test pour une différence significative entre les proportions des femmes et des hommes par nationalité/origine (** p <0,05, * p <0,10).

D'après le Tableau 7, les Turques présentent la proportion la plus élevée ayant répondu de manière affirmative à la question d'une maladie ou de problèmes de santé qui durent depuis longtemps (44%), l'écart vis-à-vis des Turcs étant significatif. Les femmes sri lankaises suivent de près, avec 32% des ressortissantes ayant répondu positivement ; toutefois, l'écart de genre pour cette nationalité n'est pas significatif. En résumé, les femmes turques et sri lankaises sont plus touchées par des troubles de la santé sur la durée que les femmes d'autres nationalités. 23% des Portugaises et des Serbes indiquent être touchées par une maladie ou avoir des problèmes de santé de longue date, soit un taux inférieur aux Turques. A noter que, comme pour les ressortissants turcs, l'écart entre Portugais et Portugaises est significatif, ce qui n'est pas le cas pour les autres groupes nationaux. Les Kosovares (naturalisées ou non), les Turques naturalisées et les Somaliennes sont entre 11% et 17% à être concernées par une maladie ou des problèmes de santé qui durent depuis

longtemps. Les femmes qui se portent le mieux, du point de vue de la question posée, sont les naturalisées d'origines kosovares (11%).

Les hommes sont moins touchés que les femmes par une maladie ou un problème de santé de longue date (cf. Tableau 7). Les seules exceptions sont les deux groupes de personnes naturalisées. En effet, la proportion d'hommes naturalisés ayant répondu de manière affirmative est plus élevée et atteint 16% chez les naturalisés turcs et 13% chez les naturalisés kosovares. Parmi les hommes, les Turcs détiennent la plus haute proportion de personnes atteintes d'une maladie ou d'un problème de santé qui dure depuis longtemps. De manière générale, la population turque est davantage concernée par des problèmes de santé récurrents que les ressortissants des autres pays.

Tableau 8 : Etre limité depuis au moins 6 mois dans les activités que les gens font habituellement à cause d'un problème de santé

NATIONALITE/ ORIGINE		Etre limité depuis au moins 6 mois dans les activités que les gens font habituellement à cause d'un problème de santé			Effectif total
		Très limité	Quelque peu limitée	Pas limité	
Portugais	H	4.5%	10.5%	85.2%	225
	F	7.4%	19.1%**	73.5%**	224
Turcs	H	12.8%	26.6%	60.6%	325
	F	13.8%	25.9%	60.3%	326
Serbes	H	8.3%	17.8%	73.9%	231
	F	13.9%	23.5%	62.6%*	230
Kosovars	H	8.2%	21.8%	69.9%	323
	F	6.1%	27.9%	66.0%	323
Turcs naturalisés	H	5.4%	10.0%	84.6%	100
	F	9.4%	14.6%	76.0%	99
Kosovars naturalisés	H	8.0%	8.5%	83.6%	99
	F	5.4%	18.9%*	75.7%	101
Somaliens	H	5.5%	13.9%	80.6%	111
	F	11.0%	14.0%	75.0%	88
Sri Lankais	H	33.3%	31.7%	35.0%	98
	F	11.5%**	49.2%**	39.4%	100

Notes : pourcentages en ligne, test pour une différence significative entre les proportions des femmes et des hommes par nationalité/origine (** p < 0,05, * p < 0,10).

Les femmes les plus « fortement limitées » sont les Serbes et les Turques (près de 14%). Entre 6% et 12% des femmes portugaises, kosovares, turques naturalisées, somaliennes et sri lankaises sont « fortement limitées » depuis au moins 6 mois à cause d'un problème de santé ; mais seul l'écart entre Sri lankaises et Sri lankais est significatif (à un niveau de 5%). Les femmes les moins « fortement limitées » sont les Kosovares naturalisées (5%). Presque la moitié des Sri lankaises (49%) sont représentées dans la catégorie « un peu limitée », l'écart étant à nouveau significatif (à un niveau de 5%). Les Kosovares sont le deuxième groupe le plus représenté dans cette catégorie, 28% d'entre elles étant « un peu limitées » depuis au moins 6 mois dans les activités que les gens font habituellement. Les femmes qui se portent le mieux du point de vue physique depuis 6 mois sont les Turques

naturalisées : 76% d'entre elles déclarent ne pas être limitées dans les activités physiques que les gens font habituellement.

Les hommes sri lankais (33%) sont le plus « fortement limités » dans les activités physiques usuelles que font les gens depuis au moins 6 mois, suivis par les Turcs (13%). Pour la catégorie « quelque peu limité », on retrouve les mêmes nationalités en tête : les hommes Sri lankais sont les plus concernés (31%), suivi des Turcs (27%). Entre 10% et 22% des Portugais, des Serbes, des Kosovars, des Turcs naturalisés et des Somaliens sont représentés dans cette catégorie. Les Kosovars naturalisés sont les hommes se trouvant le moins souvent dans la catégorie « peu limités » (9%). Finalement, les Portugais et les Turcs naturalisés sont en meilleur santé physiquement : 85% d'entre eux déclarent ne pas être limités dans les activités que les gens font habituellement.

3.2 Synthèse

Dans la suite des analyses déjà effectuées par l'étude de Guggisberg et al. (2011), nous avons apporté des précisions quant à divers indicateurs de santé.

Du point de vue de la santé subjective, autant les hommes que les femmes de nationalité somalienne se déclarent le plus fréquemment en très bonne santé. Par contre, les Sri lankais se déclarent le plus fréquemment en mauvaise ou très mauvaise santé, toute nationalité confondue. Même si les écarts de genre par catégorie de santé subjective ne sont pas significatifs pour ces groupes relevant du domaine de l'asile, les hommes ont comparativement aux femmes généralement tendance à plus souvent se déclarer en très bonne santé.

Lorsque l'on considère la répartition des hommes et femmes migrants concernant le traitement pour des problèmes psychiques au cours des 12 derniers mois, nous constatons que seules les femmes portugaises sont plus fréquemment concernées par un traitement pour des problèmes psychiques au cours des 12 derniers mois que les hommes. En effet, l'écart de genre n'est jamais significatif pour les autres groupes nationaux.

Les Sri Lankais, tous sexes confondus, ont, par rapport aux autres nationalités, le plus fréquemment suivi un traitement médical pour dépression au cours des 12 derniers mois. Toutefois, les femmes sont significativement moins enclines que leurs compatriotes masculins à suivre un tel traitement. Par contre, les femmes portugaises et serbes sont significativement plus nombreuses à avoir suivi un traitement que les hommes de même nationalité. Parmi les hommes, les Portugais sont les moins concernés par un traitement pour dépression au cours des 12 derniers mois.

Concernant la surcharge pondérale, les hommes sont globalement plus concernés que les femmes. Chez les femmes, les Somaliennes présentent le plus haut pourcentage de femmes en surpoids ou obèses, alors que les hommes serbes sont plus de 60% à être soit en surpoids, soit obèses.

Les femmes portugaises et turques sont les plus concernées par une maladie ou des problèmes de santé qui durent depuis longtemps que leurs homologues masculins, les écarts de genre n'étant pas significatifs parmi les autres nationalités. A noter que les Turques ont le plus souvent déclaré souffrir durablement de maladie ou de problèmes de santé, suivies de près par les Sri lankaises. Chez les hommes, également, les Turcs arrivent en tête de liste.

Finalement, du point de la santé physique, les personnes les plus « fortement limitées » chez les femmes et les hommes sont les Serbes et les Sri lankais. En revanche, les personnes qui se portent le mieux du point de vue de la santé physique auto-déclarée sont les

femmes kosovares naturalisées, les hommes portugais et les hommes turcs naturalisés. A noter que les écarts de genre parmi la catégorie « quelque peu limité » sont uniquement significatifs parmi les Portugais, Kosovars naturalisés et Sri Lankais.

4 Résultats des analyses multivariées

Nous examinons dans quelle mesure le contrôle séparé ou conjoint de divers facteurs, après prise en compte des caractéristiques démographiques (modélisation de base), permet de réduire le différentiel de santé entre hommes et femmes et donc d'expliquer le désavantage de ces dernières. La présentation des résultats se répartit en trois sous-sections. La première permet de répondre aux questions suivantes (soulevées dans l'appel d'offre) : « quels sont les facteurs qui permettent d'expliquer les écarts de genre dans la population migrante ? et pourquoi les femmes présentent-elles des valeurs significativement plus faibles que les hommes ? ». La seconde sous-section vise à répondre à la question « pourquoi est-ce que l'écart de genre est supérieur chez les migrants par rapport aux autochtones ? ». Finalement, la dernière sous-section tente de répondre à la question « pourquoi est-ce que l'écart de genre, concernant l'état de santé subjective, augmente avec l'âge dans la population migrante ? ».

Deux tableaux sont présentés dans chacune des sous-sections. Un premier où chaque groupe de variables indépendantes est appliqué séparément pour capturer l'importance de chaque facteur explicatif et un deuxième tableau où les groupes de variables sont additionnées les uns après les autres, permettent ainsi de vérifier si, lorsque l'on contrôle pour toutes les variables indépendantes retenues, des écarts subsistent.

En ce qui concerne l'utilisation d'un éventuel facteur de pondération dans les régressions linéaires, nous avons effectué des analyses de sensibilité avec et sans pondération pour vérifier si les résultats divergeaient. Il ressort de ces analyses que les résultats obtenus varient à peine. Cela s'explique par le fait que les facteurs de pondération sont essentiellement construits à partir des variables telles que l'âge, la nationalité et le sexe. Puisque nous avons inclus ces variables dans le modèle de base, nous avons donc décidé de ne pas utiliser de facteur de pondération.

4.1 Ecarts de genre parmi la population migrante

L'étude de Guggisberg et al. (2011) et nos résultats descriptifs ont montré l'existence d'écarts de genre en terme de santé dans la population migrante. Effectivement, à de nombreuses reprises, les femmes présentent des valeurs significativement plus faibles que les hommes de même nationalité. Contrairement à Guggisberg et al. (2011) qui n'ont pas fourni d'explication analytique quant à ces écarts, la présente sous-section s'efforce de combler cette lacune.

Le Tableau 9 indique, pour divers indicateurs de santé, dans quelle mesure l'ajout séparé de différents facteurs au modèle de base (n'incluant que les caractéristiques démographiques) permet d'expliquer le désavantage des femmes migrantes par rapport aux hommes migrants (référence). Si l'on observe les résultats pour le premier indicateur de santé, celui de la santé subjective (cf. la 1^{ère} définition p. 15), on constate dans la première colonne, où seules les caractéristiques démographiques sont contrôlées, que les femmes migrantes se déclarent moins souvent en bonne ou très bonne santé par rapport aux hommes migrants, la pénalité de santé associée au genre féminin atteignant 6.3%. La plus grande part de cet écart est expliquée par les caractéristiques socio-professionnelles (prin-

cipalement le niveau de formation, ensuite par le statut sur le marché du travail et, dans une moindre mesure, par le permis de séjour), car lorsque l'on contrôle pour ce facteur (cf. deuxième colonne), l'écart diminue de plus de moitié (soit une diminution de 3.7 points de pourcentage). Le sentiment de maîtriser sa vie (cf. sixième colonne) et les compétences en matière de santé (cf. septième colonne) sont aussi, mais dans une moindre mesure, des facteurs importants puisque le contrôle de l'un ou l'autre de ces facteurs réduit l'écart de 1.7 et de respectivement 1.2 points de pourcentage. La maîtrise d'une langue nationale, la situation du ménage et le soutien social jouent un moindre rôle dans l'explication de la différence de genre pour cet indicateur. Lorsque l'on observe l'état de santé subjectif qui regroupe les catégories 'très bonne, bonne ou moyenne' santé (cf. 2^{ème} définition p. 15), on constate que la pénalité de santé associée au genre féminin est moins importante (soit 1.6%) ; toutefois les caractéristiques socio-professionnelles, le sentiment de maîtriser sa vie et les compétences de santé sont à nouveau les facteurs qui permettent d'expliquer une partie non négligeable de l'écart de santé entre hommes migrants et femmes migrantes.

En ce qui concerne le traitement des problèmes psychiques, on note dans la première colonne que les femmes déclarent plus souvent que les hommes avoir suivi un traitement : les femmes voient leur probabilité de suivre un tel traitement augmenter de 3.6% par rapport aux hommes. Comme pour l'indicateur précédent, les caractéristiques socio-professionnelles – c'est-à-dire un faible niveau de formation et une situation défavorable des femmes sur le marché du travail comparativement aux hommes – sont les facteurs qui permettent d'expliquer la plus grande part de la différence entre hommes et femmes concernant le traitement pour des problèmes psychiques. Effectivement, quasiment la moitié de l'écart (soit une baisse de 1.7 points de pourcentage) est expliquée par ces facteurs. Le sentiment de maîtriser sa vie permet quant à lui d'expliquer 30% de l'écart (soit une baisse de 0.9 points de pourcentage). Les autres facteurs ne permettent pas d'expliquer les différences entre hommes et femmes.

Il n'y a pas de différence significative entre hommes et femmes concernant le risque d'être obèse, c'est-à-dire d'avoir un indice de masse corporel (IMC) supérieur à 30.

D'après l'estimation du modèle de base (cf. première colonne), les femmes déclarent plus régulièrement avoir une maladie ou des problèmes de santé qui durent depuis longtemps que les hommes : leur probabilité de suivre un tel traitement augmente de 4.6%. Les caractéristiques socio-professionnelles sont à nouveau déterminantes puisque l'écart de genre diminue d'environ 75% une fois ces caractéristiques incluses au modèle de base (cf. deuxième colonne). Le sentiment de maîtriser sa vie (cf. sixième colonne) explique aussi une part non négligeable de l'écart de santé (soit au moins 30%) pour cet indicateur, les autres facteurs n'expliquant pas ou très peu cet écart.

Les femmes sont également plus fréquemment sujettes à un traitement pour dépression que les hommes, une fois les seules caractéristiques démographiques incluses. L'estimation du modèle de base pour cet indicateur montre en effet que les femmes ont une probabilité qui augmente de 4.5% par rapport aux hommes (cf. première colonne). Les diverses extensions du modèle de base indiquent que les caractéristiques socio-professionnelles expliquent 40% de l'écart entre les sexes, le sentiment de maîtriser sa vie explique près de 30% et finalement les compétences de santé expliquent 13%. Les autres facteurs n'influencent que très peu ou pas du tout les estimations de l'écart de genre pour le traitement de la dépression.

Finalement, d'après l'estimation du modèle de base, les femmes migrantes sont plus souvent limitées par un problème de santé que les hommes migrants, leur probabilité augmentant de 7.2% par rapport à celle des hommes. A nouveau, les caractéristiques socio-

professionnelles expliquent la plus grande partie de l'écart (soit près de 50%). Suivent le sentiment de maîtriser sa vie et les compétences de santé, dont la prise en compte contribue à réduire l'écart de 1.7 et de respectivement 1.3 points de pourcentage. Les autres facteurs n'expliquent que très peu l'écart, pour cet indicateur de santé, entre les hommes et les femmes migrants.

Tableau 9 : Les facteurs explicatifs des écarts en matière de santé entre hommes et femmes migrants, ajout séparé des différents facteurs retenus

Modèle	(0)	(0)+(1)	(0)+(2)	(0)+(3)	(0)+(4)	(0)+(5)	(0)+(6)
Etat de santé subjectif (selon les catégories 'très bonne et bonne' santé)							
Femmes	-0.063** (0.014)	-0.026* (0.014)	-0.054** (0.014)	-0.065** (0.014)	-0.060** (0.013)	-0.046** (0.013)	-0.051** (0.014)
Observations	2,580	2,580	2,580	2,580	2,580	2,580	2,580
Etat de santé subjectif (selon les catégories 'très bonne, bonne et moyenne' santé)							
Femmes	-0.016* (0.008)	0.010 (0.008)	-0.014 (0.009)	-0.015* (0.009)	-0.014* (0.008)	-0.006 (0.008)	-0.010 (0.009)
Observations	2,580	2,580	2,580	2,580	2,580	2,580	2,580
Traitement pour des problèmes psychiques							
Femmes	0.036** (0.009)	0.019** (0.010)	0.034** (0.009)	0.036** (0.009)	0.031** (0.009)	0.025** (0.009)	0.034** (0.010)
Observations	2,581	2,581	2,581	2,581	2,581	2,581	2,581
Obésité (IMC ≥ 30)							
Femmes	0.007 (0.012)	-0.005 (0.012)	0.006 (0.012)	0.005 (0.012)	0.006 (0.012)	0.003 (0.012)	0.004 (0.012)
Observations	2,528	2,528	2,528	2,528	2,528	2,528	2,528
Maladie ou problèmes de santé qui durent depuis longtemps							
Femmes	0.046** (0.014)	0.012 (0.014)	0.042** (0.014)	0.045** (0.014)	0.042** (0.014)	0.030** (0.013)	0.041** (0.014)
Observations	2,578	2,578	2,578	2,578	2,578	2,578	2,578
Traitement pour dépression							
Femmes	0.045** (0.010)	0.027** (0.010)	0.042** (0.010)	0.045** (0.010)	0.041** (0.010)	0.031** (0.010)	0.039** (0.011)
Observations	2,582	2,582	2,582	2,582	2,582	2,582	2,582
Être limité par un problème de santé							
Femmes	0.072** (0.016)	0.037** (0.017)	0.063** (0.016)	0.071** (0.017)	0.067** (0.016)	0.055** (0.016)	0.059** (0.017)
Observations	2,576	2,576	2,576	2,576	2,576	2,576	2,576

Notes : Le groupe de référence correspond aux hommes migrants. Écart-type entre parenthèses. ** p<0.05, * p<0.10. Le modèle de base (0) inclut seulement les caractéristiques démographiques et les chiffres de (1) à (6) correspondent aux facteurs énumérés dans la sous-section 2.4 qui sont insérés à tour de rôle dans le modèle de base (0) ; par exemple, le modèle (0)+(1) contrôle aussi pour les caractéristiques socio-professionnelles. Pour rappel : (0) caractéristiques démographiques, (1) caractéristiques socio-professionnelles, (2) la maîtrise d'une langue nationale, (3) la situation du ménage, (4) le soutien social, (5) le sentiment de maîtriser sa vie et finalement (6) les compétences de santé.

Diverses analyses de sensibilité ont été effectuées afin de vérifier si, d'une part, la prise en compte de la nationalité et le statut migratoire et, d'autre part, l'inclusion des caractéristiques relatives au vécu professionnel ou aux conditions de travail dans l'emploi actuel

contribuent à expliquer une part significative de l'écart de genre pour tous les indicateurs de santé retenus. Nos résultats s'avèrent robustes face au contrôle séparé des facteurs susmentionnés. En particulier, un niveau de formation moins élevé et un statut défavorable sur le marché du travail pour les femmes demeurent les facteurs permettant d'expliquer la plus grande partie de l'écart de genre en matière de santé. Les analyses de sensibilité sont présentées en Annexes.

Tableau 10 : Les facteurs explicatifs des écarts en matière de santé entre hommes et femmes migrants, ajout progressif des différents facteurs retenus

Modèle	(0)	(0)+(1)	(0)+(1) +(2)	(0)+(1) +(2)+(3)	(0)+(1) +(2)+(3) +(4)	(0)+(1) +(2)+(3) +(4)+(5)	(0)+(1) +(2)+(3) +(4)+(5) +(6)
Etat de santé subjectif (selon les catégories 'très bonne et bonne' santé)							
Femmes	-0.063** (0.014)	-0.026* (0.014)	-0.021 (0.014)	-0.025* (0.014)	-0.024* (0.014)	-0.018 (0.013)	-0.010 (0.014)
Observations	2,580	2,580	2,580	2,580	2,580	2,580	2,580
Etat de santé subjectif (selon les catégories 'très bonne, bonne et moyenne' santé)							
Femmes	-0.016* (0.008)	0.010 (0.008)	0.010 (0.009)	0.010 (0.009)	0.010 (0.009)	0.014* (0.008)	0.017** (0.009)
Observations	2,580	2,580	2,580	2,580	2,580	2,580	2,580
Traitement pour des problèmes psychiques							
Femmes	0.036** (0.009)	0.019** (0.010)	0.019* (0.010)	0.019* (0.010)	0.016 (0.010)	0.010 (0.009)	0.011 (0.010)
Observations	2,581	2,581	2,581	2,581	2,581	2,581	2,581
Obésité (IMC ≥ 30)							
Femmes	0.007 (0.012)	-0.005 (0.012)	-0.006 (0.012)	-0.007 (0.012)	-0.007 (0.012)	-0.010 (0.012)	-0.013 (0.013)
Observations	2,528	2,528	2,528	2,528	2,528	2,528	2,528
Maladie ou problèmes de santé qui durent depuis longtemps							
Femmes	0.046** (0.014)	0.012 (0.014)	0.012 (0.014)	0.013 (0.014)	0.010 (0.014)	0.002 (0.014)	-0.002 (0.014)
Observations	2,578	2,578	2,578	2,578	2,578	2,578	2,578
Traitement pour dépression							
Femmes	0.045** (0.010)	0.027** (0.010)	0.027** (0.010)	0.028** (0.010)	0.026** (0.010)	0.020** (0.010)	0.018* (0.010)
Observations	2,582	2,582	2,582	2,582	2,582	2,582	2,582
Être limité par un problème de santé							
Femmes	0.072** (0.016)	0.037** (0.017)	0.033** (0.017)	0.034** (0.017)	0.030* (0.017)	0.023 (0.017)	0.015 (0.017)
Observations	2,576	2,576	2,576	2,576	2,576	2,576	2,576

Notes : Le groupe de référence correspond aux hommes migrants. Écart-type entre parenthèses. ** p<0.05, * p<0.10. Le modèle de base (0) inclut seulement les caractéristiques démographiques et les chiffres de (1) à (6) correspondent aux facteurs énumérés dans la sous-section 2.4. Dans ce tableau, les facteurs sont additionnés les uns après les autres ; par exemple, le modèle (0)+(1)+(2)+(3)+(4)+(5)+(6) représente le modèle où tous les facteurs sont contrôlés. Pour rappel : (0) caractéristiques démographiques, (1) caractéristiques socio-professionnelles, (2) la maîtrise d'une langue nationale, (3) la situation du ménage, (4) le soutien social, (5) le sentiment de maîtriser sa vie et finalement (6) les compétences de santé.

D'après le Tableau 10, nous constatons que lorsque l'on contrôle progressivement pour tous les facteurs, l'écart de genre tend vers zéro ou devient non significatif pour presque tous les indicateurs de santé (excepté pour le traitement de la dépression). Effectivement, tous les facteurs retenus simultanément expliquent en majeure partie les écarts entre hommes et femmes.

Dans le cas du traitement pour dépression, et après avoir été contrôlé pour tous les facteurs (cf. dernière colonne), un écart inexplicé de 1.8% persiste entre hommes et femmes migrants, ces dernières étant donc plus enclines à suivre un tel traitement, toutes choses étant égales par ailleurs.

On remarque que pour la plupart des indicateurs de santé (c'est-à-dire l'état de santé subjectif, suivre un traitement pour des troubles psychiques, avoir une maladie ou des problèmes de santé qui durent depuis longtemps, suivre un traitement pour dépression et le fait d'être limité par un problème de santé) sont, comme mentionné précédemment, majoritairement expliqués par les caractéristiques socio-professionnelles, autrement dit par le niveau de formation, le statut sur le marché du travail et le permis de séjour.

D'après ces premiers résultats, la première hypothèse qui postule une importance fondamentale du capital social est infirmée, même si une certaine influence n'est pas exclue. En effet, la situation du ménage et le soutien social n'expliquent que très peu ou pas du tout les écarts de santé entre hommes et femmes migrants. Néanmoins, le sentiment de maîtriser sa vie permet d'expliquer une petite partie de ces écarts. En fait, les caractéristiques socio-professionnelles permettent d'expliquer la part la plus importante du différentiel de santé entre hommes et femmes migrants, suivies par les compétences en santé. La seconde hypothèse qui postule l'importance des caractéristiques socio-économiques est donc, en grande partie, vérifiée. La troisième hypothèse ne peut être testée dans cette première sous-section, car nous n'avons pas analysé les écarts de genre parmi les migrants selon les différentes catégories d'âge.

4.2 Ecarts de genre : population migrante vs population suisse

Le rapport de Guggisberg et al. (2011) a mis en évidence un écart de genre plus important parmi la population migrante que parmi la population suisse. Dans cette sous-section, nous identifions les facteurs qui permettent d'expliquer cette différence. Un seul tableau est présenté. Il indique, d'une part, les écarts de genre pour la population suisse (les écarts de genre parmi les migrants ont été présentés dans la sous-section 4.1) et, d'autre part, la différence entre les écarts parmi les migrants et ceux parmi les Suisses.

Pour tous les indicateurs de santé, il apparaît clairement que, lorsque seules les caractéristiques démographiques sont contrôlées, l'écart de genre en matière de santé est plus prononcé parmi les migrants. Dans le cas de l'obésité, l'écart de genre parmi les Suisses est non seulement inférieur à celui parmi les étrangers, mais il est en défaveur des hommes, c'est-à-dire que les hommes suisses souffrent davantage d'obésité que les femmes (la situation est inversée chez les ressortissants étrangers).

Les facteurs principaux permettant d'expliquer non seulement les écarts de genre en matière de santé, tant chez les migrants que chez les Suisses, mais aussi un écart de genre supérieur chez les premiers et pour tous les indicateurs de santé (excepté pour l'obésité), sont les caractéristiques socio-professionnelles. Par exemple, dans le cas de la santé subjective qui regroupe les catégories 'très bonne et bonne santé', un peu moins de deux tiers de l'écart entre hommes et femmes migrants est expliqué par ces caractéristiques. Pour les

Suisse, une fois ces caractéristiques contrôlées, un écart de genre est toujours présent, mais ce sont les hommes qui deviennent pénalisés. A niveau de formation et statut sur le marché du travail similaires, les Suissesses présentent une meilleure santé que les hommes.

Le second facteur qui permet d'expliquer les écarts de genre est le sentiment de maîtriser sa vie. Nous avons vu dans la sous-section précédente (4.1) que parmi la population migrante, ce facteur est important pour tous les indicateurs de santé. Pour la population suisse, ce facteur intervient dans une moindre mesure, à l'exception de l'indicateur de la dépression où il permet le plus d'expliquer les écarts de genre, devant les caractéristiques socio-professionnelles. S'il l'on considère la différence entre écarts chez les migrants et les Suisses, nous constatons que ce facteur intervient également en seconde position pour expliquer les écarts de genre supérieurs dans la population migrante.

Le dernier facteur important pour expliquer des écarts de genre supérieurs parmi les étrangers est le soutien social. En effet, pour le traitement des problèmes psychiques et dans le cas de traitement pour dépression particulièrement, nous constatons que le soutien social joue un rôle tout aussi important que le sentiment de maîtriser sa vie pour expliquer la différence entre les écarts de genre chez les Suisses et les migrants. Pour les autres indicateurs, le soutien social est le troisième facteur le plus important pour expliquer les écarts de genre supérieurs parmi les migrants.

Pour tous les indicateurs de santé, le facteur concernant la situation du ménage ne permet pas ou très peu d'expliquer les écarts de genre en matière de santé parmi la population migrante. Pour les Suisses, c'est uniquement dans le cas de traitement pour des problèmes psychiques que la situation de la famille permet d'expliquer une partie des écarts de genre, part qui est égale à celle expliquée par les caractéristiques socio-professionnelles et par le sentiment de maîtriser sa vie. Toutefois, concernant les écarts de genre supérieurs parmi les migrants, ce dernier facteur n'est pas pertinent.

En résumé, les écarts de genre en matière de santé sont supérieurs parmi les migrants et principalement dus aux caractéristiques socio-professionnelles, puis au sentiment de maîtriser sa vie et finalement au soutien social. Chez les ressortissants étrangers, les différences en termes de niveau de formation et de statut sur le marché du travail peuvent être plus importantes que parmi les Suisses. Les migrants reçoivent ou rendent également moins de visites à leur famille ou leurs amis que les Suisses, mais cela est probablement dû à leur statut de migrant. Leur famille n'est pas nécessairement en Suisse et il est aussi parfois difficile de faire de nouvelles connaissances, particulièrement si une personne est absente du marché du travail par exemple.

En ce qui concerne la vérification des hypothèses de départ, nous constatons que l'hypothèse du capital social est partiellement vérifiée. En effet, le soutien social et le sentiment de maîtriser sa vie permettent d'expliquer une partie des écarts supérieurs parmi les migrants. Néanmoins, puisque la maîtrise d'une langue nationale n'a pas pu être retenue dans cette sous-section, nous ne pouvons pas valider entièrement cette hypothèse. Les facteurs socio-professionnels sont les plus importants et permettent d'expliquer partiellement les écarts de genre ainsi que la différence des écarts entre populations. Finalement, la dernière hypothèse qui allie capital humain et capital social n'a pas été testée, car le modèle utilisé n'a pas distingué les catégories d'âge. Nous avons placé en Annexes deux tableaux reflétant des analyses préliminaires qui n'ont finalement pas été retenues dans cette sous-section.

Tableau 11 : les facteurs explicatifs des écarts en matière de santé entre hommes et femmes suisses, ajout séparé des différents facteurs retenus

Modèle	(0)	(0)+(1)	(0)+(3)	(0)+(4)	(0)+(5)
Etat de santé subjectif (selon les catégories 'très bonne et bonne' santé)					
Femmes	-0.013** (0.006)	0.012** (0.006)	-0.010* (0.006)	-0.015** (0.005)	-0.011** (0.005)
Δ	-0.050	-0.038	-0.055	-0.050	-0.035
Observations	13,844	13,844	13,844	13,844	13,844
Etat de santé subjectif (selon les catégories 'très bonne, bonne et moyenne' santé)					
Femmes	0.002 (0.003)	0.012** (0.003)	0.003 (0.003)	0.001 (0.003)	0.002 (0.003)
Δ	-0.018	-0.002	-0.018	-0.015	-0.008
Observations	13,844	13,844	13,844	13,844	13,844
Traitement pour des problèmes psychiques					
Femmes	0.020** (0.004)	0.015** (0.004)	0.015** (0.004)	0.021** (0.004)	0.015** (0.004)
Δ	0.016	0.004	0.021	0.010	0.010
Observations	13,842	13,842	13,842	13,842	13,842
Obésité (IMC ≥ 30)					
Femmes	-0.014** (0.005)	-0.025** (0.005)	-0.014** (0.005)	-0.013** (0.005)	-0.013** (0.005)
Δ	-0.021	-0.020	-0.019	-0.019	-0.016
Observations	13,713	13,713	13,713	13,713	13,713
Maladie ou problèmes de santé qui durent depuis longtemps					
Femmes	0.015* (0.008)	-0.001 (0.008)	0.011 (0.008)	0.017** (0.008)	0.010 (0.008)
Δ	0.031	0.013	0.034	0.025	0.020
Observations	13,837	13,837	13,837	13,837	13,837
Traitement pour dépression					
Femmes	0.022** (0.004)	0.017** (0.004)	0.019** (0.004)	0.023** (0.004)	0.016** (0.004)
Δ	0.023	0.010	0.026	0.014	0.015
Observations	10,596	10,596	10,596	10,596	10,596
Être limité par un problème de santé					
Femmes	0.034** (0.008)	0.013* (0.008)	0.031** (0.008)	0.037** (0.008)	0.029** (0.008)
Δ	0.038	0.024	0.040	0.030	0.026
Observations	12,656	12,656	12,656	12,656	12,656

Notes : Le groupe de référence correspond aux hommes suisses. Le symbole Δ correspond à la différence entre les écarts parmi les migrants et ceux parmi les Suisses. Écart-type entre parenthèses. ** p<0.05, * p<0.10. Le modèle de base (0) inclut seulement les caractéristiques démographiques, dans ce cas les 'tranches d'âge' et le degré 'd'urbanisation'. Les chiffres de (1) à (5) correspondent aux facteurs énumérés dans la sous-section 2.4 qui sont insérés à tour de rôle dans le modèle de base (0) ; par exemple, le modèle (0)+(1) contrôle aussi pour les caractéristiques socio-professionnelles qui englobent uniquement le 'niveau de formation' et le 'statut sur le marché du travail'. Pour rappel : (0) caractéristiques démographiques, (1) caractéristiques socio-professionnelles, (3) la situation du ménage, (4) le soutien social et (5) le sentiment de maîtriser sa vie.

4.3 Ecarts de genre : population migrante et âge

Cette dernière sous-section vise à répondre à la question « pourquoi est-ce que l'écart de genre en matière de santé est supérieur chez les groupes âgés ? ». Ce fait parmi la population migrante a été souligné dans le rapport de Guggisberg et al. (2011), les femmes migrantes étant de plus en plus pénalisées au fil de l'âge par rapport aux hommes migrants. Toutefois, il semble important de souligner que le rapport de Guggisberg et al. (2011) part du principe que chaque indicateur de santé retenu est une fonction linéaire de l'âge, tandis que notre analyse se base sur des groupes d'âge afin de mieux tenir de la relation non-linéaire entre un état de santé donné et l'âge. Pour tous les indicateurs de santé, l'écart de santé augmente de manière continue (les femmes représentant le groupe pénalisé) jusqu'à la classe d'âge 39-50 ans où il atteint son maximum, puis diminue légèrement dans la classe 51 ans et plus. C'est seulement pour l'obésité que cette classe est effectivement la plus pénalisée en termes d'écarts entre hommes et femmes.

Nous testons dans quelle mesure la prise en compte de différents facteurs pris séparément (Tableau 12) est susceptible d'expliquer ces écarts et voir si, lorsque tous les facteurs sont additionnés (Tableau 16), des différences entre les sexes par classe d'âge restent toujours significatives. Les tableaux complets sont présentés dans la partie Annexes.

Le premier résultat qu'il faut souligner est que lorsque seules les caractéristiques démographiques sont contrôlées, nous constatons effectivement que les femmes sont défavorisées, par rapport aux hommes, pour tous les indicateurs de santé et pour toutes les classes d'âge (excepté pour l'indicateur « avoir une maladie ou des problèmes de santé qui durent depuis longtemps » parmi les migrants âgés entre 17-26 ans). Par exemple, pour la classe d'âge 39-50 ans, l'écart de genre concernant la santé subjective regroupant les catégories 'très bonne et bonne santé' est à son maximum ; alors que l'écart de santé pour les classes d'âge et 51 ans et plus est quasiment équivalent à la classe d'âge plus jeune des 27-38 ans. Ceci ne contredit, en revanche, pas le fait que la santé subjective ne se détériore pas avec l'âge, tant pour les hommes que pour les femmes.

D'une manière générale, les caractéristiques socio-professionnelles demeurent importantes, car elles permettent d'expliquer la plus grande partie des écarts observés initialement dans le modèle de base (0). Principalement, c'est un niveau de formation inférieur pour les femmes par rapport aux hommes de même que, mais toutefois dans une moindre mesure, le statut défavorable des migrantes sur le marché du travail qui permettent d'expliquer la plus grande partie des écarts. Cependant, nous remarquons que pour la classe d'âge entre 39-50 ans, celle où l'écart est le plus important (sauf pour l'obésité), les caractéristiques socioéconomiques restent déterminantes, mais expliquent l'écart dans une moindre mesure que pour les autres groupes d'âge. Cela signifie que, pour ce groupe d'âge, interviennent des déterminants de santé que nous ne sommes pas en mesure d'expliquer. En revanche, pour les autres classes nous constatons que les écarts se réduisent sensiblement lorsque l'on contrôle pour les caractéristiques socio-professionnelles.

Le second facteur qui permet, dans une moindre mesure, d'expliquer les écarts de santé pour les différentes classes d'âge est le sentiment de maîtriser sa vie. Ce facteur n'est pas spécifique à une certaine classe d'âge comme c'est le cas pour les caractéristiques socio-professionnelles. Les femmes auraient alors moins confiance en elles quant à la façon de vivre leur vie que les hommes. Cela est vrai particulièrement pour toutes les classes d'âge dans le cas de l'indicateur de santé subjective qui regroupe les catégories 'très bonne et bonne santé', mais aussi dans le cas de traitement pour des problèmes psychiques et pour l'indicateur être limité à cause de problèmes de santé. Finalement, le dernier facteur qui

permet d'expliquer des écarts de santé entre hommes et femmes migrants est la maîtrise d'une langue nationale qui est moins bonne chez les femmes migrantes.

Nous pouvons donc dire que l'hypothèse du capital social est rejetée car, malgré le fait que le sentiment de maîtriser sa vie permet d'expliquer une partie de l'écart de genre pour certains indicateurs de santé (santé subjective 'très bonne et bonne', traitement de problèmes psychiques et être limité à cause de problèmes de santé), l'importance de ce facteur est moindre. Le soutien social n'a pas permis d'expliquer les écarts de santé entre hommes et femmes migrants pour tous les indicateurs de santé, ce qui renforce le rejet de l'hypothèse renvoyant au capital social. En revanche, l'hypothèse qui postule l'importance des facteurs socioéconomiques est partiellement vérifiée. Un moindre niveau de formation des femmes par rapport aux hommes permet d'expliquer les écarts de genre pour toutes les classes d'âge, mais néanmoins de manière limitée pour la tranche 39-50 ans qui est la plus défavorisée en matière de santé. Finalement, la troisième et dernière hypothèse (celle qui allie capital social et capital humain) n'est vérifiée ni pour le groupe le plus âgé et ni pour le groupe où l'écart de genre est le plus important.

Tableau 12 : Ecart de genre plus élevé parmi les plus âgés au sein de la population migrante, ajout séparé des différents facteurs retenus

Modèle	(0)	(0)+(1)	(0)+(2)	(0)+(3)	(0)+(4)	(0)+(5)	(0)+(6)
Etat de santé subjectif (selon les catégories 'très bonne et bonne' santé)							
Femmes	-0.005 (0.022)	0.021 (0.022)	-0.002 (0.022)	-0.008 (0.022)	-0.003 (0.022)	0.003 (0.021)	0.007 (0.022)
Femmes*27-38 ans	-0.083** (0.032)	-0.056* (0.032)	-0.074** (0.032)	-0.083** (0.033)	-0.079** (0.032)	-0.056* (0.031)	-0.079** (0.032)
Femmes*39-50 ans	-0.116** (0.037)	-0.106** (0.036)	-0.108** (0.037)	-0.112** (0.037)	-0.115** (0.037)	-0.112** (0.035)	-0.118** (0.037)
Femmes*51 ans et +	-0.075 (0.049)	-0.073 (0.048)	-0.055 (0.049)	-0.068 (0.049)	-0.073 (0.049)	-0.080* (0.047)	-0.076 (0.049)
Observations	2,580	2,580	2,580	2,580	2,580	2,580	2,580
Etat de santé subjectif (selon les catégories 'très bonne, bonne et moyenne' santé)							
Femmes	0.000 (0.014)	0.018 (0.014)	-0.001 (0.014)	-0.000 (0.014)	-0.001 (0.014)	0.005 (0.013)	0.001 (0.014)
Femmes*27-38 ans	-0.007 (0.020)	0.012 (0.020)	-0.003 (0.020)	-0.006 (0.020)	-0.001 (0.020)	0.008 (0.020)	0.002 (0.020)
Femmes*39-50 ans	-0.055** (0.023)	-0.048** (0.022)	-0.051** (0.023)	-0.054** (0.023)	-0.052** (0.023)	-0.051** (0.022)	-0.048** (0.023)
Femmes*51 ans et +	-0.024 (0.031)	-0.020 (0.030)	-0.013 (0.031)	-0.017 (0.031)	-0.021 (0.030)	-0.026 (0.030)	-0.020 (0.031)
Observations	2,580	2,580	2,580	2,580	2,580	2,580	2,580
Traitement pour des problèmes psychiques							
Femmes	0.015 (0.015)	0.002 (0.015)	0.016 (0.015)	0.016 (0.015)	0.014 (0.015)	0.010 (0.015)	0.013 (0.015)
Femmes*27-38 ans	0.026 (0.022)	0.016 (0.022)	0.023 (0.022)	0.024 (0.022)	0.019 (0.022)	0.010 (0.022)	0.022 (0.022)
Femmes*39-50 ans	0.050* (0.025)	0.048* (0.025)	0.045* (0.025)	0.048* (0.026)	0.046* (0.025)	0.045* (0.025)	0.053** (0.025)
Femmes*51 ans et +	0.023 (0.034)	0.022 (0.033)	0.013 (0.034)	0.017 (0.034)	0.019 (0.033)	0.025 (0.033)	0.029 (0.034)
Observations	2,581	2,581	2,581	2,581	2,581	2,581	2,581
Obésité (BMI ≥ 30)							
Femmes	-0.041** (0.019)	-0.050** (0.020)	-0.041** (0.019)	-0.043** (0.020)	-0.042** (0.019)	-0.045** (0.019)	-0.047** (0.020)
Femmes*27-38 ans	0.056** (0.028)	0.046 (0.028)	0.053* (0.028)	0.056** (0.028)	0.056** (0.028)	0.054* (0.028)	0.059** (0.029)
Femmes*39-50 ans	0.072** (0.032)	0.069** (0.032)	0.070** (0.032)	0.068** (0.033)	0.071** (0.032)	0.072** (0.032)	0.076** (0.033)
Femmes*51 ans et +	0.160** (0.043)	0.159** (0.043)	0.152** (0.043)	0.166** (0.043)	0.159** (0.043)	0.160** (0.043)	0.170** (0.043)
Observations	2,528	2,528	2,528	2,528	2,528	2,528	2,528

(Suite)

Modèle	(0)	(0)+(1)	(0)+(2)	(0)+(3)	(0)+(4)	(0)+(5)	(0)+(6)
Maladie ou problèmes de santé qui durent depuis longtemps							
Femmes	0.023 (0.022)	-0.003 (0.022)	0.024 (0.022)	0.022 (0.023)	0.021 (0.022)	0.015 (0.022)	0.021 (0.023)
Femmes*27-38 ans	0.031 (0.033)	0.009 (0.032)	0.024 (0.033)	0.031 (0.033)	0.028 (0.033)	0.011 (0.032)	0.022 (0.033)
Femmes*39-50 ans	0.045 (0.037)	0.040 (0.036)	0.039 (0.037)	0.051 (0.037)	0.045 (0.037)	0.037 (0.036)	0.041 (0.037)
Femmes*51 ans et +	0.035 (0.049)	0.040 (0.048)	0.020 (0.049)	0.028 (0.049)	0.033 (0.049)	0.041 (0.048)	0.038 (0.049)
Observations	2,578	2,578	2,578	2,578	2,578	2,578	2,578
Traitement pour dépression							
Femmes	-0.001 (0.017)	-0.014 (0.017)	0.001 (0.017)	0.003 (0.017)	0.000 (0.017)	-0.006 (0.016)	-0.004 (0.017)
Femmes*27-38 ans	0.057** (0.024)	0.047* (0.024)	0.052** (0.024)	0.052** (0.024)	0.049** (0.024)	0.036 (0.023)	0.052** (0.024)
Femmes*39-50 ans	0.092** (0.028)	0.090** (0.027)	0.088** (0.028)	0.087** (0.028)	0.089** (0.028)	0.086** (0.027)	0.091** (0.028)
Femmes*51 ans et +	0.075** (0.037)	0.080** (0.036)	0.058 (0.037)	0.064* (0.037)	0.070* (0.037)	0.081** (0.035)	0.081** (0.037)
Observations	2,582	2,582	2,582	2,582	2,582	2,582	2,582
Être limité par un problème de santé							
Femmes	0.034 (0.027)	0.010 (0.027)	0.034 (0.027)	0.029 (0.027)	0.030 (0.027)	0.027 (0.026)	0.022 (0.027)
Femmes*27-38 ans	0.048 (0.039)	0.023 (0.039)	0.038 (0.039)	0.049 (0.039)	0.048 (0.039)	0.022 (0.039)	0.045 (0.039)
Femmes*39-50 ans	0.097** (0.045)	0.086* (0.044)	0.083* (0.044)	0.107** (0.045)	0.095** (0.045)	0.091** (0.044)	0.096** (0.045)
Femmes*51 ans et +	0.024 (0.059)	0.020 (0.058)	-0.002 (0.059)	0.031 (0.059)	0.022 (0.059)	0.019 (0.058)	0.032 (0.059)
Observations	2,576	2,576	2,576	2,576	2,576	2,576	2,576

Notes : Le groupe de référence correspond aux hommes migrants âgés entre 17 et 26 ans (le choix du groupe de référence n'a aucune influence sur la portée des résultats). Écart-type entre parenthèses. ** p<0.05, * p<0.10. Le modèle de base (0) inclut seulement les caractéristiques démographiques et les chiffres de (1) à (6) correspondent aux facteurs énumérés dans la sous-section 2.4 qui sont insérés à tour de rôle dans le modèle de base (0) ; par exemple, le modèle (0)+(1) contrôle aussi pour les caractéristiques socio-professionnelles. Pour rappel : (0) caractéristiques démographiques, (1) caractéristiques socio-professionnelles, (2) la maîtrise d'une langue nationale, (3) la situation du ménage, (4) le soutien social, (5) le sentiment de maîtriser sa vie et finalement (6) les compétences de santé.

A présent, nous nous concentrons sur les résultats du Tableau 16 en Annexes et estimons, en particulier, les écarts de genre par tranche d'âge lorsque tous les facteurs sont cumulés pour chacun des indicateurs de santé.

Nous constatons que les femmes appartenant à la tranche d'âge entre 39-50 demeurent les plus pénalisées par rapport à leurs homologues masculins pour tous les indicateurs de santé, excepté « obésité » et « avoir une maladie ou des problèmes de santé qui durent depuis longtemps » pour lesquels la tranche des 51 ans et plus représente la classe d'âge où les femmes migrantes sont les plus pénalisées par rapport aux hommes migrants. Néanmoins, même lorsque tous les facteurs sont considérés, des écarts importants persistent pour la

classe d'âge entre 39-50 ans. Cela signifie que nous n'avons pas tenu compte de tous les facteurs susceptibles d'expliquer les écarts de genre en matière de santé parmi les migrants. Des facteurs spécifiques à cette classe d'âge seraient alors à chercher. Cette classe d'âge correspond, en effet, à la période de la vie où les enfants imposent de nombreux coûts aux parents qui doivent peut-être travailler plus. Elle peut aussi être caractéristique du moment où les enfants quittent le domicile familiale. La variable nombre d'enfants dans le ménage a été contrôlée, mais ne permet pas d'expliquer les écarts de genre en matière de santé. Cependant, une question concernant le contexte psychologique dans lequel peut se situer un foyer qui se prépare au départ d'un enfant n'a pas été posée. Des recherches dans cette direction permettraient peut-être de considérer des variables plus adaptées pour tester l'hypothèse du capital social.

5 Conclusion

Dans cette étude, nous avons tenté de répondre à trois questions principales.

Concernant la première question « quels sont les caractéristiques qui expliquent les écarts de genre de la population migrante dans le domaine de la santé ? », lorsque l'on a contrôlé pour les facteurs retenus de manière séparée, nous avons constaté que les caractéristiques socio-professionnelles permettent, dans une large mesure, d'expliquer l'écart entre hommes et femmes migrants en matière de santé. Par ailleurs, lorsque tous les facteurs sont contrôlés, l'écart de genre est complètement expliqué pour certains indicateurs de santé.

Les caractéristiques socio-professionnelles ainsi que, dans une moindre mesure, le sentiment de maîtriser sa vie, permettent d'expliquer une partie non négligeable des écarts de genre constatés après contrôle des seuls facteurs démographiques. D'après les hypothèses qui ont été posées, seule la seconde, qui affirme que les facteurs socio-économiques (niveau de formation et statut sur le marché du travail) sont déterminants pour la santé, a permis d'expliquer une grande partie des écarts de santé et est donc vérifiée (voir aussi Zemp Stutz et al., 2008). La première hypothèse qui affirme que le capital social est essentiel pour une bonne santé, particulièrement chez les migrants, n'est pas vérifiée lors de nos analyses. Toutefois, il n'est pas exclu que les variables retenues (les visites de ou à des membres de la famille et les visites de ou à des amis) ne permettent pas entièrement de capter la dimension complexe du capital social. Des variables telles que le sentiment d'être soutenu par des proches, le nombre d'amis et la confiance envers les professionnels de la santé auraient peut-être permis de mieux saisir cette dimension pour vérifier cette hypothèse.

Concernant la deuxième question « pourquoi l'écart de genre est-il plus élevé dans la population migrante que pour la population autochtone ? », nous observons pour tous les indicateurs de santé des écarts de genre plus importants parmi la population migrante par rapport à la population suisse, lorsque seules les caractéristiques démographiques sont contrôlées. Quant aux facteurs qui permettent de les expliquer, les caractéristiques socio-professionnelles sont particulièrement déterminantes : pour la santé subjective chez les migrants, l'écart de genre est diminué de deux tiers, alors que, parmi les Suisses, la différence est même renversée (ce qui signifie qu'une fois ce facteur contrôlé, ce sont les hommes qui se déclarent moins souvent en 'très bonne et bonne santé'). Finalement, ces facteurs sont les plus importants pour expliquer les écarts supérieurs parmi les migrants. Le sentiment de maîtriser sa vie est le second facteur qui permet d'expliquer les écarts de genre plus importants en matière de santé parmi les étrangers, toutefois dans une moindre

mesure. Le dernier facteur important pour expliquer ces différences d'écart est le soutien social. Il est même tout aussi important que le facteur du sentiment de maîtriser sa vie pour les indicateurs de traitement pour problèmes psychiques et pour la dépression. Nous pouvons alors dire que l'écart de genre plus prononcé parmi les migrants peut être expliqué par le fait qu'il y a plus de disparités entre hommes et femmes étrangers en ce qui concerne le niveau de formation et le statut sur le marché du travail, les femmes étant le groupe défavorisé. Il est possible que ces femmes soient venues en Suisse principalement au titre du regroupement familial et qu'elles aient moins de perspectives professionnelles que celles venues de leur propre chef. De plus, cette situation influence leur sentiment de maîtriser leur vie qui est, par là même, moins bon que celui des hommes.

Concernant la troisième question « dans quelle mesure et pourquoi l'écart de genre en matière de santé est-il supérieur chez les groupes plus âgés ? », nous observons que les écarts de genre augmentent jusqu'à l'âge de 50 ans, mais qu'ensuite il diminue légèrement pour tous les indicateurs de santé retenus, à l'exception de l'obésité. Il est intéressant de constater qu'alors que les caractéristiques socio-professionnelles permettent de réduire sensiblement les écarts de genre en matière de santé pour toutes les classes d'âge, pour la classe entre 39 et 50 ans cette baisse est relativement faible et cela pour tous les indicateurs de santé. Nous ne sommes pas en mesure, avec les facteurs que nous avons retenus dans cette analyse, d'expliquer pourquoi l'écart de genre est plus prononcé dans cette catégorie d'âge. En effet, lorsque nous contrôlons pour tous les facteurs, il s'avère que la majeure partie de l'écart de genre demeure inexpliquée pour cette classe d'âge.

La seconde hypothèse a été partiellement vérifiée puisque seules les caractéristiques socio-professionnelles sont en mesure d'expliquer une part des différences observées pour chacune des classes d'âge. Toutefois, la baisse des écarts après contrôle des caractéristiques socio-professionnelles est nettement plus importante pour les classes 17-26 ans, 27-38 ans et 51 ans et plus que pour la classe 39-50 ans. Cela signifie que, pour ce groupe d'âge, interviennent des déterminants de santé que nous ne sommes pas en mesure d'expliquer. Finalement, l'hypothèse alliant capital humain et capital social n'est vérifiée ni pour la catégorie des plus âgés, ni pour celle où l'écart est le plus prononcé. Il serait intéressant de mener une analyse approfondie sur ce dernier groupe d'âge qui correspond souvent à la période où les enfants grandissent, quittent la famille et durant laquelle les femmes doivent se réorienter et éventuellement réintégrer le marché du travail, ce qui est sans doute plus difficile pour les migrantes qui ont un faible niveau de formation.

Des analyses complémentaires qui contrôlèrent pour les éventuels effets d'interaction entre les caractéristiques socio-professionnelles et la situation familiale, permettraient de tester l'hypothèse de la double-charge (*Doppelbelastung*) qui semble intéressante pour expliquer les différentiels de genre dans le domaine de la santé.

Pour conclure, les analyses présentées dans ce rapport ont permis d'identifier les facteurs permettant d'expliquer les écarts de genre et d'en relativiser l'ampleur, une fois que les caractéristiques socio-économiques sont prises en considération. Il est dommage qu'à cause de la faible taille des échantillons les données ne permettent pas d'approfondir l'analyse en obtenant des résultats significatifs. De plus, les analyses sont limitées par le fait que certaines variables ne sont pas disponibles pour la population suisse (les compétences de santé par exemple), ce qui donne une image incomplète lorsque l'on compare l'état de santé de la population suisse à celui de la population étrangère. En effet, comme l'a recommandé le rapport de Guggisberg et al. (2011), il semble pertinent à l'avenir d'allier le monitoring de santé des personnes migrantes à l'enquête suisse sur la santé, pour avoir à disposition des variables identiques dans les deux populations.

En ce qui concerne d'éventuelles implications en termes de politiques de santé ou d'intégration, il est difficile de se prononcer sur des mesures précises avant d'avoir entrepris une étude plus approfondie des raisons responsables pour l'écart de genre particulièrement défavorable dans le groupe d'âge des femmes de 40 à 50 ans. D'une manière plus générale, les résultats de notre analyse appuient toute mesure visant à réduire les inégalités de santé, en se focalisant en priorité sur les personnes les plus défavorisées, comme le préconise l'OMS dans ses objectifs de Santé 2020. Des recommandations d'experts suisses vont dans le même sens d'une approche intégrée de l'égalité sociale en santé (Lehmann, 2010). Dans le domaine de l'intégration, une attention particulière devrait être portée à la formation continue, à l'insertion et aussi à la réinsertion professionnelle des femmes peu qualifiées. Des études montrent que la formation continue reste très souvent réservée aux femmes déjà relativement bien formées. Par ailleurs, le temps partiel – très répandu parmi la population active féminine mais n'étant pas toujours une option pour les couches défavorisées –, les conditions de travail et structures de prise en charge extra-scolaire jouent également un rôle crucial dans ce contexte, même si les mesures à envisager relèvent d'une politique d'emploi et d'éducation plus large.

6 Bibliographie

- Attias-Donfut, C. et Tessier, P. (2005) « Santé et vieillissement des immigrés », Retraite et société 3 (n° 46), p. 89-129.
- Becker, G.S. (1964). *Human Capital*. Columbia University Press for the National Bureau of Economic Research, New York.
- Behnecke, S. (2009). "How Does Retirement Affect Health? ". IZA Discussion Papers No. 4253.
- Berchet, C. et F. Jusot (2010). "L'état de santé des migrants de première et de seconde génération en France : Une analyse selon le genre et l'origine." La Revue Economique 61(6) : 1075-1098.
- Bolzman, C. Fibbi, R. and Vial, M. (2006). "What to do after retirement? Elderly migrants and the question of return". Journal of Ethnic and Migration Studies, 32:8, 1359-1375.
- Bouchard, L. et Gilbert, A. (2005). « Capital social et minorités francophones au Canada ». Francophonies d'Amérique, N°20, pp 147-159.
- Bourdieu, P. (1980). "Le capital social". In : Actes de la recherche en sciences sociales. Vol.31, pp. 2-3.
- Borooah, V. (2009). "Gender Differences in the Incidence of Depression and Anxiety: Econometric Evidence from the USA". Journal of Happiness Studies, 11, 663-682.
- Castel, R., (1996). "Les marginaux dans l'histoire". in Paugam, S. "L'exclusion, l'état des savoirs". Paris, la Découverte. p. 32-41.
- Claussen, B., O. S. Dalgard et D. Brussaard (2009). « Disability Pensioning: Can Ethnic Divides be explained by Occupations, Income, Mental Distress, or Health ? » Scandinavian Journal of Public Health, 7, 395-400.
- Chevalier, A. et L. Feinstein, (2006). « Sheepskin or Prozac: The Causal Effect of Education on Mental Health ». IZA Discussion Papers No. 2231.
- Coleman, J.S (1988). « Social capital in the creation of human capital ». American Journal of Sociology. Vol 94: 95-120
- Corbeil, C., Descarries, F., Gill, C. et Séguin, C. (1990). « Des femmes, du travail et des enfants : des vies dédoublées ». Nouvelles pratiques sociales, vol. 3, n° 2, p. 99-115.
- Cottini, E. et C. Lucifora (2010). « Mental Health and Working Conditions in European Countries ». IZA DP No. 4717
- Cramm, C., Blossfeld, H-P. und Drobnic, S. (1998). « Die Auswirkungen der Doppelbelastung durch Familie und Beruf auf das Krankheitsrisiko von Frauen ». Zeitschrift für Soziologie, 27-5, pp. 341-357.
- Efionayi-Mäder, Denise et Chantal Wyssmüller (2008). «Migration et santé», in Meyer, Katharina (éd.), *La santé en Suisse : rapport national sur la santé 2008*. Chêne-Bourg : Editions Médecine et Hygiène, p. 88-105.

- Gabadinho, Alexis, Philippe Wanner et Janine Dahinden (2007). *La santé des populations migrantes en Suisse : une analyse des données du GMM*. Neuchâtel: Swiss Forum for Migration and Population Studies.
- García, A. M., M. Bartley and Alvarez-Dardet, C. (2007). "Engendering epidemiology." Journal of Epidemiology and Community Health 61(Suppl 2): ii1–ii2
- Grossman, M. (2000). "The Human Capital Model of the Demand For Health" Chapter 7, in *Handbook of Health Economics*, eds. J. P. Newhouse and A. J. Culyer, Amsterdam: Elsevier Science.
- Guggisberg, J., Gardiol, L., Graf, I., Oesch, T., Künzi, K., Volken, T., Rüesch, P., Abel, T., Ackermann, S. und Müller, C. (2011). "Gesundheitsmonitoring des Migrationsbevölkerung (GMM) in der Schweiz". Schlussbericht
- Hungerbüler, H. (2012). "La population migrante âgée en Suisse : une diversité de parcours et de situations". Sécurité sociale CHSS, 4, 198-202.
- Johnston, David W. et Lordan G. (2011). "Discrimination makes me sick! An examination of the discrimination- health relationship". Journal of Health Economics 31, 99-111.
- Kofman, E. (2004). "Genre et migration internationale". Les cahiers du CEDREF 12, 81-97.
- Lehmann, P. (2010). « Inégalités sociales et santé en Suisse – Analyse des actions concrètes menées par et dans les cantons visant à diminuer les inégalités sociales face à la santé ». Rapport de recherche à l'intention de l'Office fédéral de la santé publique. Lausanne : HECV Santé.
- Llàcer, A., Zunzunegui M. V, Del Amo, J., Mazarrasa, L. and Bolumar, F. (2007). "The contribution of a gender perspective to the understanding of migrants' health". Journal of Epidemiology and Community Health 61(Suppl II): ii4-ii10.
- Malmusi, D., Borrell, C. and Benach, J. (2010). "Migration- related health inequalities: Showing the complex interactions between gender, social class and place of origin". Journal of Social Science & Medicine 71, 1610-1619.
- OMS (2009), « Stratégie pour une démarche soucieuse d'équité entre hommes et femmes : Intégrer l'analyse des spécificités de chaque sexe dans les activités de l'OMS »
- Pedraza, S. (1991). " Women and Migration: The Social Consequences of Gender". Annual Review of Sociology, 17, 303-325.
- Read, J. n. G. and B. K. Gorman (2011). *Gender and Health Revisited*. *Handbook of the Sociology of Health, Illness, and Healing*. B. A. Pescosolido, J. K. Martin, J. D. McLeod and A. Rogers, Springer New York: 411-429.
- Rommel, A., Weilandt, C. und Eckert, J. (2006). "Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung". Endbericht
- Shields, M. and S. Wheatley Price (2005). "Exploring the Economic and Social Determinants of Psychological Well-being and Perceived Social Support in England". *Journal of the Royal Statistical Society - Series A: Statistics in Society*, 168:513-537.
- Stafford, M. and Cummins, S., Macintyre, S., Ellaway, A. and Marmot, M. (2005). " Gender differences in the associations between health and neighbourhood environment". Journal of Social Science & Medicine 60, 1681-1692.

- Thapa, S. et Hauff, E. (2005). "Gender differences in factors associated with psychological distress among immigrants from low- and middle- income countries". Journal of Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology, 40, 78-84.
- Turra, C. et Elo, I. (2008). "The Impact of Salmon Bias on the Hispanic Mortality Advantage: New Evidence from Social Security Data". Springer Science and Business Media, 27, 515-530.
- Wooldridge, J. (2002). "Econometric Analysis of Cross Section and Panel Data". Cambridge, Massachusetts: The MIT Press.
- Wyssmüller, Chantal, Bülent Kaya et Denise Efionayi-Mäder (2009). *Migration et santé : vue d'ensemble d'un choix d'ouvrages spécialisés, publiés de 2006 à 2008*. Neuchâtel : Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population.
- Zemp Stutz, Elisabeth, Julia Dratva, Paola Coda Berteza, Katharina Staehelin and Carine Weiss (2008). "Fokusbericht Gender und Gesundheit". OFSP.
- Zhao, J., Xue, L. and Gilkinson, T. (2010). « Etat de santé et capital social des nouveaux immigrants : données probantes issues de l'Enquête longitudinale auprès des immigrants du Canada ». Prepared for Citizenship and Immigration Canada.

7 Annexes

Dans cette annexe, nous détaillons tout d'abord la construction des variables explicatives utilisées pour les analyses de la section 4. Ensuite, nous exposons deux tableaux (cf. Tableau 13 et Tableau 14) que nous avons décidé de ne pas retenir pour l'analyse de la sous-section 4.2, mais qui apportent des informations complémentaires intéressantes. Puis, les résultats complets issus de la sous-section 4.3 sont présentés dans le Tableau 15 et le Tableau 16. Finalement, les autres tableaux introduits en fin d'annexe illustrent différentes analyses de sensibilité.

Le choix des variables indépendantes retenues pour les analyses sont détaillées ci-dessous :

- (0) « Caractéristiques démographiques » : l'âge, la nationalité ou l'origine nationale, le statut migratoire (lieu de naissance, âge d'arrivée en Suisse) et le degré d'urbanisation du lieu de résidence.

Ce groupe de facteur est considéré dans toutes les estimations du modèle de probabilité linéaire ; lorsque l'on contrôle uniquement pour ce facteur, le modèle estimé est désigné par l'appellation « modèle de base ».

L'âge est un facteur important dans divers comportements liés à la santé, généralement pour des raisons biologiques. Nous avons donc tenu compte de ce facteur en introduisant quatre classes d'âge : « 17-26 ans » (groupe de référence dans le modèle), « 27-38 ans », « 39-50 ans » et « 51 ans et plus ».

Dans l'enquête GMM II, toute personne migrante ou issue de la migration, qu'elle soit née en Suisse ou non, est désignée sous le terme migrant. Cette population est hétérogène, c'est pourquoi nous avons décidé d'inclure la variable nationalité ou origine nationale déclinée en six modalités : « Portugais » (référence lors des analyses n'incluant que les migrants), « Turcs », « Serbes », « Kosovars », « Turcs naturalisés » et « Kosovars naturalisés ». A noter que, dans les analyses incluant les autochtones et les migrants, les différentes nationalités/origines des migrants sont regroupées en une seule catégorie « Etrangers » afin de pouvoir les comparer au groupe de référence « Suisses » ; ce regroupement implique que les six modalités découlant de la variable nationalité/origine ne peuvent être introduite dans la modélisation.

Nous avons également retenu le statut migratoire. Cette variable contient six modalités : « né en Suisse » (référence), « âge à l'arrivée : 0-14 ans », « âge à l'arrivée : 15-26 ans », « âge à l'arrivée : 27-38 ans » et « âge à l'arrivée : 39 ans et plus ».

- (1) « Caractéristiques socio-professionnelles » : le niveau de formation, le statut sur le marché du travail et le permis de séjour.

Le niveau de formation, ainsi que le statut sur le marché du travail, sont des facteurs susceptibles d'être associés aux comportements de santé et à l'état de santé (Gabadinho et al., 2007).

La variable niveau de formation a été construite en trois modalités : « scolarité obligatoire ou niveau secondaire I », « niveau secondaire II » (référence) et « niveau tertiaire ». La variable statut sur le marché du travail se décline quant à elle en quatre modalités : « actif

occupé » (référence), « actif au chômage », « inactif au bénéfice de la rente AVS » et « autres inactifs ».

Le permis de séjour est décliné en deux modalités : « permis B » et « permis C » (référence). A noter que cette information est uniquement disponible parmi la population migrante.

➤ (2) « Maîtrise d'une langue nationale »

La maîtrise d'une langue nationale constitue un facteur d'intégration dans la société suisse qui permet de communiquer et donc de mieux s'informer/s'exprimer sur les questions de santé. Cette variable est disponible uniquement chez les étrangers et se décline en sept modalités : « parler très bien une langue nationale » (référence), « parler bien une langue nationale », « parler moyennement une langue nationale », « parler mal une langue nationale », « parler très mal une langue nationale », « ne pas parler une langue nationale » et « valeurs manquantes ». Nous avons dû catégoriser les valeurs manquantes pour ne pas perdre ou éliminer des observations.

➤ (3) « Situation du ménage » : la composition du ménage, le nombre d'enfants de moins de 15 ans et la présence du partenaire en Suisse ou à l'étranger.

En ce qui concerne la composition du ménage, les informations disponibles autant dans le questionnaire du GMM II que dans l'ESS ont permis d'avoir une typologie de la composition du ménage avec des liens de parenté. La variable se décline en six modalités : « 1 personne » (référence), « 2 adultes », « 2 adultes avec enfants », « 1 adulte avec enfants », « 3 adultes » et « 3 adultes avec enfants ».

La variable concernant le nombre d'enfants de moins de 15 ans permet de prendre en considération le nombre d'enfants mineurs présents dans le ménage et donc de compléter les informations de la variable composition du ménage.

Dans notre analyse, nous avons également retenu la variable permettant d'identifier si le partenaire/conjoint d'un individu de nationalité ou d'origine étrangère vit en Suisse ou à l'étranger (référence).

➤ (4) « Soutien social » : les visites de ou à des membres de la famille et les visites de ou à des amis.

Ces deux variables permettent d'avoir des informations sur la fréquence des visites reçues ou rendues à des membres de la famille ou à des amis. Les deux variables se déclinent en six modalités, identique dans les deux cas : « visites tous les jours ou presque tous les jours » (référence), « visites au moins une fois par semaine », « visites au moins une fois par mois », « visites au moins une fois par année », « moins d'une fois par année/quasiment jamais » et finalement « valeurs manquantes ».

➤ (5) « Sentiment de maîtriser de sa vie » : incapacité à surmonter certains problèmes, impression d'être ballotté dans tous les sens, sentiment d'avoir peu de contrôle sur ce qui arrive, être submergé par les problèmes.

Ces quatre variables permettent d'évaluer dans quelle mesure un individu a le sentiment de maîtriser sa vie et ce qui lui arrive. Les réponses possibles pour chacune de ces va-

riables sont identiques : « tout à fait exact » (référence), « à peu près exact », « pas vraiment exact », « pas exact du tout » et « valeurs manquantes ».

- (6) « Compétences en matière de santé » : connaître le numéro de téléphone des premiers secours, savoir si le Sida peut être guéri ou non, discuter avec d'autres personnes lors d'un rendez-vous chez le médecin, recommander à une personne de consulter un médecin ou un psychologue si elle présente certains symptômes (brûlures d'estomac, toux durable, mal de gorge ou rhume avec fièvre, coliques, sensation de manquer d'air, vomissements répétés, habitude de se faire vomir soi-même, tristesse après une crise relationnelle, tristesse pendant une grande partie de la journée, manque d'intérêts, sensation d'être persécuté, cauchemars).

Ces différentes variables permettent de saisir et d'évaluer le niveau de compétence en matière de santé de chaque individu. La variable concernant le numéro de téléphone des premiers secours se décline en trois modalités : « oui, le 144 » (référence), « oui, d'autres numéros erronés », « non ». Pour la question relative au Sida, elle se décline en trois modalités : « oui » (référence), « non », « ne sait pas ». La variable suivante, « discuter avec d'autres personnes lors d'un rendez-vous chez le médecin » se décline en cinq modalités : « jamais » (référence), « rarement », « parfois », « souvent/toujours », « n'est jamais encore allé chez un médecin » et « valeurs manquantes ». Finalement, pour les variables énumérant les différents symptômes, les modalités de réponse sont dichotomiques : « oui » (référence), « non » et « valeurs manquantes ». A noter que cette série de variables ne sont disponibles que parmi la population migrante.

Voici, ci-dessous, deux tableaux que nous avons utilisés lors de précédentes analyses, mais que nous n'avons finalement pas retenus pour la sous-section 4.2 :

Tableau 13 : Ecart de genre en matière de santé dans la population migrante et suisse, ajout séparé des différents facteurs retenus

Modèle	(0)	(0)+(1)	(0)+(3)	(0)+(4)	(0)+(5)
Etat de santé subjectif ('très bonne et bonne santé')					
Femmes	-0.013** (0.006)	0.014** (0.006)	-0.010* (0.006)	-0.014** (0.006)	-0.010* (0.005)
Etrangers	0.008 (0.017)	0.049** (0.017)	-0.001 (0.017)	0.013 (0.017)	-0.016 (0.017)
Femmes*Etrangers	-0.050** (0.014)	-0.043** (0.014)	-0.056** (0.014)	-0.046** (0.014)	-0.037** (0.014)
Observations	16,440	16,440	16,440	16,440	16,440
Etat de santé subjectif ('très bonne, bonne et moyenne santé')					
Femmes	0.002 (0.003)	0.014** (0.003)	0.003 (0.003)	0.001 (0.003)	0.003 (0.003)
Etrangers	-0.002 (0.009)	0.010 (0.009)	-0.003 (0.009)	0.001 (0.009)	-0.010 (0.009)
Femmes*Etrangers	-0.018** (0.008)	-0.010 (0.008)	-0.019** (0.008)	-0.016** (0.008)	-0.013* (0.008)
Observations	16,440	16,440	16,440	16,440	16,440
Traitement pour des problèmes psychiques					
Femmes	0.020** (0.004)	0.014** (0.004)	0.015** (0.004)	0.021** (0.004)	0.015** (0.004)
Etrangers	-0.012 (0.013)	-0.015 (0.013)	-0.003 (0.013)	-0.013 (0.013)	-0.001 (0.012)
Femmes*Etrangers	0.015 (0.010)	0.006 (0.010)	0.022** (0.010)	0.012 (0.010)	0.008 (0.010)
Observations	16,439	16,439	16,439	16,439	16,439
Obésité (IMC ≥ 30)					
Femmes	-0.014** (0.005)	-0.025** (0.005)	-0.014** (0.005)	-0.014** (0.005)	-0.013** (0.005)
Etrangers	0.016 (0.015)	-0.007 (0.015)	0.015 (0.015)	0.014 (0.015)	0.019 (0.015)
Femmes*Etrangers	0.021* (0.012)	0.024** (0.012)	0.021* (0.012)	0.019 (0.012)	0.017 (0.012)
Observations	16,256	16,256	16,256	16,256	16,256
Maladie ou problèmes de santé qui durent depuis longtemps					
Femmes	0.014* (0.007)	-0.004 (0.007)	0.011 (0.007)	0.016** (0.007)	0.010 (0.007)
Etrangers	-0.090** (0.023)	-0.102** (0.023)	-0.079** (0.023)	-0.093** (0.023)	-0.073** (0.023)
Femmes*Etrangers	0.033* (0.018)	0.025 (0.018)	0.040** (0.018)	0.028 (0.018)	0.024 (0.018)
Observations	16,431	16,431	16,431	16,431	16,431

(Suite)

Modèle	(0)	(0)+(1)	(0)+(2)	(0)+(4)	(0)+(5)
Traitement pour dépression					
Femmes	0.022** (0.004)	0.015** (0.005)	0.019** (0.004)	0.023** (0.004)	0.015** (0.004)
Etrangers	-0.012 (0.012)	-0.022* (0.012)	-0.005 (0.012)	-0.014 (0.012)	-0.009 (0.012)
Femmes*Etrangers	0.022** (0.010)	0.016 (0.010)	0.027** (0.010)	0.020** (0.010)	0.017* (0.009)
Observations	13,194	13,194	13,194	13,194	13,194
Être limité par un problème de santé					
Femmes	0.033** (0.008)	0.011 (0.008)	0.030** (0.008)	0.036** (0.008)	0.029** (0.008)
Etrangers	-0.014 (0.022)	-0.040* (0.023)	-0.007 (0.023)	-0.016 (0.022)	0.017 (0.023)
Femmes*Etrangers	0.039** (0.018)	0.028 (0.018)	0.044** (0.019)	0.034* (0.018)	0.030 (0.018)
Observations	15,248	15,248	15,248	15,248	15,248

Notes : Le groupe de référence correspond aux hommes suisses. Écart-type entre parenthèses. ** p<0.05, * p<0.10. La référence correspond à tous les hommes. Le modèle de base (0) inclut seulement les caractéristiques démographiques et les chiffres de (1) à (5) correspondent aux facteurs énumérés dans la sous-section 2.4 qui sont insérés à tour de rôle dans le modèle de base (0).

Tableau 14 : Ecart de genre en matière de santé dans la population migrante et suisse, ajout progressif des différents facteurs retenus

Modèle	(0)	(0)+(1)	(0)+(1)+(3)	(0)+(1)+(3)+(4)	(0)+(1)+(3)+(4)+(5)
Etat de santé subjectif ('très bonne et bonne santé')					
Femmes	-0.013** (0.006)	0.014** (0.006)	0.018** (0.006)	0.014** (0.006)	0.013** (0.005)
Etrangers	0.008 (0.017)	0.049** (0.017)	0.040** (0.017)	0.040** (0.017)	0.014 (0.017)
Femmes*Etrangers	-0.050** (0.014)	-0.043** (0.014)	-0.049** (0.014)	-0.045** (0.014)	-0.035** (0.013)
Observations	16,440	16,440	16,440	16,440	16,440
Etat de santé subjectif ('très bonne, bonne et moyenne santé')					
Femmes	0.002 (0.003)	0.014** (0.003)	0.015** (0.003)	0.013** (0.003)	0.012** (0.003)
Etrangers	-0.002 (0.009)	0.010 (0.009)	0.008 (0.009)	0.008 (0.009)	-0.001 (0.009)
Femmes*Etrangers	-0.018** (0.008)	-0.010 (0.008)	-0.012 (0.008)	-0.010 (0.008)	-0.006 (0.007)
Observations	16,440	16,440	16,440	16,440	16,440

(Suite)

Modèle	(0)	(0)+(1)	(0)+(1)+(3)	(0)+(1)+(3)+(4)	(0)+(1)+(3)+(4)+(5)
Traitement pour des problèmes psychiques					
Femmes	0.020** (0.004)	0.014** (0.004)	0.008* (0.004)	0.010** (0.004)	0.008** (0.004)
Etrangers	-0.012 (0.013)	-0.015 (0.013)	-0.005 (0.013)	-0.004 (0.013)	0.007 (0.013)
Femmes*Etrangers	0.015 (0.010)	0.006 (0.010)	0.013 (0.010)	0.010 (0.010)	0.005 (0.010)
Observations	16,439	16,439	16,439	16,439	16,439
Obésité (IMC ≥ 30)					
Femmes	-0.014** (0.005)	-0.025** (0.005)	-0.025** (0.005)	-0.024** (0.005)	-0.022** (0.005)
Etrangers	0.016 (0.015)	-0.007 (0.015)	-0.008 (0.015)	-0.007 (0.015)	-0.004 (0.015)
Femmes*Etrangers	0.021* (0.012)	0.024** (0.012)	0.024* (0.012)	0.022* (0.012)	0.020 (0.012)
Observations	16,256	16,256	16,256	16,256	16,256
Maladie ou problèmes de santé qui durent depuis longtemps					
Femmes	0.014* (0.007)	-0.004 (0.007)	-0.009 (0.008)	-0.006 (0.008)	-0.007 (0.007)
Etrangers	-0.090** (0.023)	-0.102** (0.023)	-0.092** (0.023)	-0.091** (0.023)	-0.073** (0.023)
Femmes*Etrangers	0.033* (0.018)	0.025 (0.018)	0.033* (0.018)	0.028 (0.018)	0.022 (0.018)
Observations	16,431	16,431	16,431	16,431	16,431
Traitement pour dépression					
Femmes	0.022** (0.004)	0.015** (0.005)	0.011** (0.005)	0.013** (0.005)	0.011** (0.004)
Etrangers	-0.012 (0.012)	-0.022* (0.012)	-0.015 (0.012)	-0.014 (0.012)	-0.008 (0.012)
Femmes*Etrangers	0.022** (0.010)	0.016 (0.010)	0.021** (0.010)	0.019* (0.010)	0.015 (0.010)
Observations	13,194	13,194	13,194	13,194	13,194
Être limité par un problème de santé					
Femmes	0.033** (0.008)	0.011 (0.008)	0.007 (0.008)	0.011 (0.008)	0.009 (0.008)
Etrangers	-0.014 (0.022)	-0.040* (0.023)	-0.032 (0.023)	-0.029 (0.023)	0.001 (0.023)
Femmes*Etrangers	0.039** (0.018)	0.028 (0.018)	0.033* (0.018)	0.028 (0.018)	0.022 (0.018)
Observations	15,248	15,248	15,248	15,248	15,248

Notes : Le groupe de référence correspond aux hommes suisses. Écart-type entre parenthèses. ** p<0.05, * p<0.10. La référence correspond à tous les hommes. Le modèle de base (0) inclut seulement les caractéristiques démographiques et les chiffres de (1) à (5) correspondent aux facteurs énumérés dans la sous-section 2.4. Dans ce tableau, les facteurs sont additionnés les uns après les autres ; par exemple, le modèle (0)+(1)+(3)+(4)+(5) représente le modèle où l'on contrôle tous les facteurs disponible parmi la population suisse et les migrants.

Ci-dessous sont présentés les deux tableaux complets illustrés dans la sous-section 4.3 :

Tableau 15 : Ecart de genre plus élevé parmi les plus âgés au sein de la population migrante, ajout séparé des différents facteurs retenus

Modèle	(0)	(0)+(1)	(0)+(2)	(0)+(3)	(0)+(4)	(0)+(5)	(0)+(6)
Etat de santé subjectif ('très bonne et bonne santé')							
Femmes	-0.005 (0.022)	0.021 (0.022)	-0.002 (0.022)	-0.008 (0.022)	-0.003 (0.022)	0.003 (0.021)	0.007 (0.022)
27-38 ans	-0.032 (0.026)	-0.043* (0.025)	-0.041 (0.025)	-0.043 (0.027)	-0.027 (0.026)	-0.039 (0.025)	-0.036 (0.026)
39-50 ans	-0.237** (0.032)	-0.201** (0.033)	-0.246** (0.032)	-0.243** (0.033)	-0.228** (0.032)	-0.204** (0.031)	-0.231** (0.032)
51 ans et +	-0.485** (0.040)	-0.361** (0.043)	-0.494** (0.040)	-0.483** (0.040)	-0.458** (0.040)	-0.427** (0.038)	-0.462** (0.040)
Femmes*27-38 ans	-0.083** (0.032)	-0.056* (0.032)	-0.074** (0.032)	-0.083** (0.033)	-0.079** (0.032)	-0.056* (0.031)	-0.079** (0.032)
Femmes*39-50 ans	-0.116** (0.037)	-0.106** (0.036)	-0.108** (0.037)	-0.112** (0.037)	-0.115** (0.037)	-0.112** (0.035)	-0.118** (0.037)
Femmes*51 ans et +	-0.075 (0.049)	-0.073 (0.048)	-0.055 (0.049)	-0.068 (0.049)	-0.073 (0.049)	-0.080* (0.047)	-0.076 (0.049)
Observations	2,580	2,580	2,580	2,580	2,580	2,580	2,580
Etat de santé subjectif ('très bonne, bonne et moyenne santé')							
Femmes	0.000 (0.014)	0.018 (0.014)	-0.001 (0.014)	-0.000 (0.014)	-0.001 (0.014)	0.005 (0.013)	0.001 (0.014)
27-38 ans	-0.021 (0.016)	-0.031* (0.016)	-0.023 (0.016)	-0.029* (0.017)	-0.021 (0.016)	-0.024 (0.015)	-0.023 (0.016)
39-50 ans	-0.114** (0.020)	-0.097** (0.021)	-0.116** (0.020)	-0.118** (0.020)	-0.112** (0.020)	-0.097** (0.019)	-0.112** (0.020)
51 ans et +	-0.221** (0.025)	-0.156** (0.027)	-0.225** (0.025)	-0.220** (0.025)	-0.206** (0.025)	-0.188** (0.024)	-0.211** (0.025)
Femmes*27-38 ans	-0.007 (0.020)	0.012 (0.020)	-0.003 (0.020)	-0.006 (0.020)	-0.001 (0.020)	0.008 (0.020)	0.002 (0.020)
Femmes*39-50 ans	-0.055** (0.023)	-0.048** (0.022)	-0.051** (0.023)	-0.054** (0.023)	-0.052** (0.023)	-0.051** (0.022)	-0.048** (0.023)
Femmes*51 ans et +	-0.024 (0.031)	-0.020 (0.030)	-0.013 (0.031)	-0.017 (0.031)	-0.021 (0.030)	-0.026 (0.030)	-0.020 (0.031)
Observations	2,580	2,580	2,580	2,580	2,580	2,580	2,580

(Suite)

Modèle	(0)	(0)+(1)	(0)+(2)	(0)+(3)	(0)+(4)	(0)+(5)	(0)+(6)
Traitement pour des problèmes psychiques							
Femmes	0.015 (0.015)	0.002 (0.015)	0.016 (0.015)	0.016 (0.015)	0.014 (0.015)	0.010 (0.015)	0.013 (0.015)
27-38 ans	0.033* (0.018)	0.043** (0.018)	0.036** (0.018)	0.037** (0.018)	0.029 (0.018)	0.035** (0.017)	0.029 (0.018)
39-50 ans	0.088** (0.022)	0.089** (0.023)	0.091** (0.022)	0.091** (0.022)	0.080** (0.022)	0.068** (0.021)	0.077** (0.022)
51 ans et +	0.106** (0.027)	0.082** (0.030)	0.111** (0.027)	0.106** (0.027)	0.094** (0.027)	0.071** (0.027)	0.097** (0.028)
Femmes*27-38 ans	0.026 (0.022)	0.016 (0.022)	0.023 (0.022)	0.024 (0.022)	0.019 (0.022)	0.010 (0.022)	0.022 (0.022)
Femmes*39-50 ans	0.050* (0.025)	0.048* (0.025)	0.045* (0.025)	0.048* (0.026)	0.046* (0.025)	0.045* (0.025)	0.053** (0.025)
Femmes*51 ans et +	0.023 (0.034)	0.022 (0.033)	0.013 (0.034)	0.017 (0.034)	0.019 (0.033)	0.025 (0.033)	0.029 (0.034)
Observations	2,581	2,581	2,581	2,581	2,581	2,581	2,581
Obésité (BMI ≥ 30)							
Femmes	-0.041** (0.019)	-0.050** (0.020)	-0.041** (0.019)	-0.043** (0.020)	-0.042** (0.019)	-0.045** (0.019)	-0.047** (0.020)
27-38 ans	0.030 (0.022)	0.032 (0.023)	0.032 (0.022)	0.035 (0.023)	0.027 (0.022)	0.030 (0.022)	0.028 (0.022)
39-50 ans	0.111** (0.028)	0.094** (0.029)	0.114** (0.028)	0.113** (0.028)	0.111** (0.028)	0.107** (0.028)	0.109** (0.028)
51 ans et +	0.189** (0.034)	0.143** (0.039)	0.192** (0.035)	0.187** (0.035)	0.181** (0.035)	0.178** (0.035)	0.181** (0.035)
Femmes*27-38 ans	0.056** (0.028)	0.046 (0.028)	0.053* (0.028)	0.056** (0.028)	0.056** (0.028)	0.054* (0.028)	0.059** (0.029)
Femmes*39-50 ans	0.072** (0.032)	0.069** (0.032)	0.070** (0.032)	0.068** (0.033)	0.071** (0.032)	0.072** (0.032)	0.076** (0.033)
Femmes*51 ans et +	0.160** (0.043)	0.159** (0.043)	0.152** (0.043)	0.166** (0.043)	0.159** (0.043)	0.160** (0.043)	0.170** (0.043)
Observations	2,528	2,528	2,528	2,528	2,528	2,528	2,528

(Suite)

Modèle	(0)	(0)+(1)	(0)+(2)	(0)+(3)	(0)+(4)	(0)+(5)	(0)+(6)
Maladie ou problèmes de santé qui durent depuis longtemps							
Femmes	0.023 (0.022)	-0.003 (0.022)	0.024 (0.022)	0.022 (0.023)	0.021 (0.022)	0.015 (0.022)	0.021 (0.023)
27-38 ans	0.053** (0.026)	0.072** (0.026)	0.057** (0.026)	0.056** (0.027)	0.049* (0.026)	0.059** (0.025)	0.055** (0.026)
39-50 ans	0.207** (0.032)	0.199** (0.033)	0.211** (0.032)	0.204** (0.033)	0.203** (0.032)	0.189** (0.031)	0.208** (0.032)
51 ans et +	0.423** (0.040)	0.317** (0.044)	0.427** (0.040)	0.418** (0.040)	0.408** (0.040)	0.378** (0.039)	0.412** (0.040)
Femmes*27-38 ans	0.031 (0.033)	0.009 (0.032)	0.024 (0.033)	0.031 (0.033)	0.028 (0.033)	0.011 (0.032)	0.022 (0.033)
Femmes*39-50 ans	0.045 (0.037)	0.040 (0.036)	0.039 (0.037)	0.051 (0.037)	0.045 (0.037)	0.037 (0.036)	0.041 (0.037)
Femmes*51 ans et +	0.035 (0.049)	0.040 (0.048)	0.020 (0.049)	0.028 (0.049)	0.033 (0.049)	0.041 (0.048)	0.038 (0.049)
Observations	2,578	2,578	2,578	2,578	2,578	2,578	2,578
Traitement pour dépression							
Femmes	-0.001 (0.017)	-0.014 (0.017)	0.001 (0.017)	0.003 (0.017)	0.000 (0.017)	-0.006 (0.016)	-0.004 (0.017)
27-38 ans	0.016 (0.019)	0.026 (0.019)	0.018 (0.019)	0.022 (0.020)	0.014 (0.019)	0.017 (0.018)	0.015 (0.019)
39-50 ans	0.080** (0.024)	0.078** (0.025)	0.081** (0.024)	0.087** (0.025)	0.075** (0.024)	0.055** (0.023)	0.074** (0.024)
51 ans et +	0.160** (0.030)	0.101** (0.033)	0.165** (0.030)	0.164** (0.030)	0.144** (0.030)	0.111** (0.029)	0.148** (0.030)
Femmes*27-38 ans	0.057** (0.024)	0.047* (0.024)	0.052** (0.024)	0.052** (0.024)	0.049** (0.024)	0.036 (0.023)	0.052** (0.024)
Femmes*39-50 ans	0.092** (0.028)	0.090** (0.027)	0.088** (0.028)	0.087** (0.028)	0.089** (0.028)	0.086** (0.027)	0.091** (0.028)
Femmes*51 ans et +	0.075** (0.037)	0.080** (0.036)	0.058 (0.037)	0.064* (0.037)	0.070* (0.037)	0.081** (0.035)	0.081** (0.037)
Observations	2,582	2,582	2,582	2,582	2,582	2,582	2,582

(Suite)

Modèle	(0)	(0)+(1)	(0)+(2)	(0)+(3)	(0)+(4)	(0)+(5)	(0)+(6)
Être limité par un problème de santé							
Femmes	0.034 (0.027)	0.010 (0.027)	0.034 (0.027)	0.029 (0.027)	0.030 (0.027)	0.027 (0.026)	0.022 (0.027)
27-38 ans	0.019 (0.031)	0.026 (0.031)	0.030 (0.031)	0.003 (0.032)	0.017 (0.031)	0.025 (0.030)	0.021 (0.031)
39-50 ans	0.152** (0.039)	0.115** (0.040)	0.168** (0.039)	0.133** (0.040)	0.147** (0.039)	0.124** (0.038)	0.147** (0.039)
51 ans et +	0.372** (0.048)	0.260** (0.053)	0.387** (0.048)	0.365** (0.048)	0.358** (0.048)	0.328** (0.047)	0.347** (0.048)
Femmes*27-38 ans	0.048 (0.039)	0.023 (0.039)	0.038 (0.039)	0.049 (0.039)	0.048 (0.039)	0.022 (0.039)	0.045 (0.039)
Femmes*39-50 ans	0.097** (0.045)	0.086* (0.044)	0.083* (0.044)	0.107** (0.045)	0.095** (0.045)	0.091** (0.044)	0.096** (0.045)
Femmes*51 ans et +	0.024 (0.059)	0.020 (0.058)	-0.002 (0.059)	0.031 (0.059)	0.022 (0.059)	0.019 (0.058)	0.032 (0.059)
Observations	2,576	2,576	2,576	2,576	2,576	2,576	2,576

Notes : Le groupe de référence correspond aux hommes migrants âgés entre 17 et 26 ans. Écart-type entre parenthèses. ** p<0.05, * p<0.10. Le modèle de base (0) inclut seulement les caractéristiques démographiques et les chiffres de (1) à (6) correspondent aux facteurs énumérés dans la sous-section 2.4 qui sont insérés à tour de rôle dans le modèle de base (0) ; par exemple, le modèle (0)+(1) contrôle aussi pour les caractéristiques socio-professionnelles. Dès lors, le coefficient associé à la variable « Femmes » représente l'écart de genre parmi la classe 17-26 ans. Les coefficients associés à chaque tranche d'âge indiquent les écarts de santé entre hommes migrants d'une classe donnée (soit « 27-38 ans », « 39-50 ans » ou « 51 ans et + ») à ceux du groupe de référence (hommes migrants âgés entre 17 et 26 ans). Finalement, l'écart de santé entre les femmes migrantes d'une classe d'âge donnée, par exemple 27-38 ans, et le groupe de référence correspond à la somme entre le coefficient associé à la variable « Femmes », le coefficient associé à la classe d'âge « 27-38 ans » et le coefficient associé au terme d'interaction « Femmes*27-38 ans ». A noter que ce dernier coefficient, considéré de manière isolée, mesure l'écart de genre parmi la classe 27-38 ans net de l'effet direct associé à la variable « Femmes ».

Tableau 16 : Ecart de genre plus élevé parmi les plus âgés au sein de la population migrante, ajout progressif des différents facteurs retenus

Modèle	(0)	(0)+(1)	(0)+(1)+ (2)	(0)+(1)+ (2)+(3)	(0)+(1)+ (2)+(3)+ (4)	(0)+(1)+ (2)+(3)+ (4)+(5)	(0)+(1)+ (2)+(3)+ (4)+(5)+ (6)
Etat de santé subjectif ('très bonne et bonne santé')							
Femmes	-0.005 (0.022)	0.021 (0.022)	0.021 (0.022)	0.015 (0.022)	0.015 (0.022)	0.019 (0.021)	0.027 (0.021)
27-38 ans	-0.032 (0.026)	-0.043* (0.025)	-0.045* (0.025)	-0.060** (0.026)	-0.054** (0.026)	-0.057** (0.025)	-0.058** (0.026)
39-50 ans	-0.237** (0.032)	-0.201** (0.033)	-0.199** (0.033)	-0.204** (0.033)	-0.196** (0.033)	-0.173** (0.033)	-0.168** (0.033)
51 ans et +	-0.485** (0.040)	-0.361** (0.043)	-0.363** (0.043)	-0.355** (0.044)	-0.334** (0.044)	-0.301** (0.042)	-0.294** (0.043)
Femmes*27-38 ans	-0.083** (0.032)	-0.056* (0.032)	-0.048 (0.032)	-0.049 (0.032)	-0.047 (0.031)	-0.033 (0.031)	-0.032 (0.031)
Femmes*39-50 ans	-0.116** (0.037)	-0.106** (0.036)	-0.101** (0.036)	-0.097** (0.036)	-0.097** (0.036)	-0.099** (0.035)	-0.101** (0.035)
Femmes*51 ans et +	-0.075 (0.049)	-0.073 (0.048)	-0.057 (0.048)	-0.043 (0.048)	-0.044 (0.047)	-0.060 (0.046)	-0.059 (0.046)
Observations	2,580	2,580	2,580	2,580	2,580	2,580	2,580
Etat de santé subjectif ('très bonne, bonne et moyenne santé')							
Femmes	0.000 (0.014)	0.018 (0.014)	0.016 (0.014)	0.014 (0.014)	0.013 (0.014)	0.015 (0.013)	0.014 (0.013)
27-38 ans	-0.021 (0.016)	-0.031* (0.016)	-0.030* (0.016)	-0.041** (0.016)	-0.040** (0.016)	-0.041** (0.016)	-0.041** (0.016)
39-50 ans	-0.114** (0.020)	-0.097** (0.021)	-0.095** (0.021)	-0.101** (0.021)	-0.097** (0.021)	-0.086** (0.020)	-0.083** (0.020)
51 ans et +	-0.221** (0.025)	-0.156** (0.027)	-0.157** (0.027)	-0.156** (0.027)	-0.145** (0.027)	-0.127** (0.027)	-0.122** (0.027)
Femmes*27-38 ans	-0.007 (0.020)	0.012 (0.020)	0.015 (0.020)	0.016 (0.020)	0.021 (0.020)	0.029 (0.019)	0.037* (0.019)
Femmes*39-50 ans	-0.055** (0.023)	-0.048** (0.022)	-0.046** (0.022)	-0.045** (0.023)	-0.043* (0.022)	-0.042* (0.022)	-0.035 (0.022)
Femmes*51 ans et +	-0.024 (0.031)	-0.020 (0.030)	-0.012 (0.030)	-0.001 (0.030)	-0.001 (0.030)	-0.008 (0.029)	-0.003 (0.029)
Observations	2,580	2,580	2,580	2,580	2,580	2,580	2,580

(Suite)

Modèle	(0)	(0)+(1)	(0)+(1)+(2)	(0)+(1)+(2)+(3)	(0)+(1)+(2)+(3)+(4)	(0)+(1)+(2)+(3)+(4)+(5)	(0)+(1)+(2)+(3)+(4)+(5)+(6)
Traitement pour des problèmes psychiques							
Femmes	0.015 (0.015)	0.002 (0.015)	0.004 (0.015)	0.006 (0.015)	0.005 (0.015)	0.002 (0.015)	0.002 (0.015)
27-38 ans	0.033* (0.018)	0.043** (0.018)	0.043** (0.018)	0.048** (0.018)	0.042** (0.018)	0.042** (0.018)	0.038** (0.018)
39-50 ans	0.088** (0.022)	0.089** (0.023)	0.089** (0.023)	0.091** (0.024)	0.082** (0.023)	0.069** (0.023)	0.061** (0.023)
51 ans et +	0.106** (0.027)	0.082** (0.030)	0.085** (0.030)	0.082** (0.031)	0.069** (0.031)	0.050* (0.030)	0.049 (0.030)
Femmes*27-38 ans	0.026 (0.022)	0.016 (0.022)	0.013 (0.022)	0.010 (0.022)	0.004 (0.022)	-0.005 (0.022)	-0.007 (0.022)
Femmes*39-50 ans	0.050* (0.025)	0.048* (0.025)	0.045* (0.025)	0.044* (0.025)	0.042* (0.025)	0.041* (0.025)	0.043* (0.025)
Femmes*51 ans et +	0.023 (0.034)	0.022 (0.033)	0.013 (0.033)	0.005 (0.034)	0.004 (0.033)	0.013 (0.032)	0.017 (0.033)
Observations	2,581	2,581	2,581	2,581	2,581	2,581	2,581
Obésité (BMI ≥ 30)							
Femmes	-0.041** (0.019)	-0.050** (0.020)	-0.049** (0.020)	-0.049** (0.020)	-0.049** (0.020)	-0.052** (0.020)	-0.059** (0.020)
27-38 ans	0.030 (0.022)	0.032 (0.023)	0.033 (0.023)	0.039 (0.024)	0.036 (0.024)	0.037 (0.024)	0.034 (0.024)
39-50 ans	0.111** (0.028)	0.094** (0.029)	0.095** (0.030)	0.099** (0.030)	0.099** (0.030)	0.098** (0.030)	0.095** (0.031)
51 ans et +	0.189** (0.034)	0.143** (0.039)	0.146** (0.039)	0.148** (0.039)	0.142** (0.039)	0.134** (0.040)	0.128** (0.040)
Femmes*27-38 ans	0.056** (0.028)	0.046 (0.028)	0.043 (0.028)	0.044 (0.029)	0.044 (0.029)	0.045 (0.029)	0.049* (0.029)
Femmes*39-50 ans	0.072** (0.032)	0.069** (0.032)	0.068** (0.032)	0.064** (0.033)	0.063* (0.033)	0.063* (0.033)	0.066** (0.033)
Femmes*51 ans et +	0.160** (0.043)	0.159** (0.043)	0.152** (0.043)	0.156** (0.043)	0.155** (0.043)	0.157** (0.043)	0.168** (0.044)
Observations	2,528	2,528	2,528	2,528	2,528	2,528	2,528

(Suite)

Modèle	(0)	(0)+(1)	(0)+(1)+ (2)	(0)+(1)+ (2)+(3)	(0)+(1)+ (2)+(3)+ (4)	(0)+(1)+ (2)+(3)+ (4)+(5)	(0)+(1)+ (2)+(3)+ (4)+(5)+ (6)
Maladie ou problèmes de santé qui durent depuis longtemps							
Femmes	0.023 (0.022)	-0.003 (0.022)	0.000 (0.022)	-0.000 (0.022)	-0.003 (0.022)	-0.008 (0.022)	-0.008 (0.022)
27-38 ans	0.053** (0.026)	0.072** (0.026)	0.071** (0.026)	0.079** (0.027)	0.073** (0.027)	0.075** (0.026)	0.077** (0.026)
39-50 ans	0.207** (0.032)	0.199** (0.033)	0.195** (0.033)	0.196** (0.034)	0.192** (0.034)	0.182** (0.033)	0.186** (0.034)
51 ans et +	0.423** (0.040)	0.317** (0.044)	0.317** (0.044)	0.314** (0.044)	0.303** (0.044)	0.276** (0.044)	0.281** (0.044)
Femmes*27-38 ans	0.031 (0.033)	0.009 (0.032)	0.004 (0.032)	0.006 (0.032)	0.005 (0.032)	-0.005 (0.032)	-0.013 (0.032)
Femmes*39-50 ans	0.045 (0.037)	0.040 (0.036)	0.037 (0.036)	0.043 (0.037)	0.043 (0.037)	0.040 (0.036)	0.034 (0.036)
Femmes*51 ans et +	0.035 (0.049)	0.040 (0.048)	0.030 (0.048)	0.019 (0.048)	0.019 (0.048)	0.035 (0.047)	0.033 (0.048)
Observations	2,578	2,578	2,578	2,578	2,578	2,578	2,578
Traitement pour dépression							
Femmes	-0.001 (0.017)	-0.014 (0.017)	-0.011 (0.017)	-0.007 (0.017)	-0.005 (0.017)	-0.009 (0.016)	-0.010 (0.016)
27-38 ans	0.016 (0.019)	0.026 (0.019)	0.025 (0.019)	0.033 (0.020)	0.029 (0.020)	0.027 (0.019)	0.025 (0.019)
39-50 ans	0.080** (0.024)	0.078** (0.025)	0.075** (0.025)	0.082** (0.026)	0.074** (0.026)	0.056** (0.025)	0.051** (0.025)
51 ans et +	0.160** (0.030)	0.101** (0.033)	0.104** (0.033)	0.107** (0.033)	0.091** (0.033)	0.062* (0.032)	0.060* (0.032)
Femmes*27-38 ans	0.057** (0.024)	0.047* (0.024)	0.042* (0.024)	0.037 (0.024)	0.031 (0.024)	0.019 (0.023)	0.018 (0.023)
Femmes*39-50 ans	0.092** (0.028)	0.090** (0.027)	0.087** (0.027)	0.083** (0.028)	0.080** (0.028)	0.078** (0.027)	0.076** (0.027)
Femmes*51 ans et +	0.075** (0.037)	0.080** (0.036)	0.066* (0.036)	0.052 (0.037)	0.050 (0.036)	0.065* (0.035)	0.067* (0.035)
Observations	2,582	2,582	2,582	2,582	2,582	2,582	2,582

(Suite)

Modèle	(0)	(0)+(1)	(0)+(1)+(2)	(0)+(1)+(2)+(3)	(0)+(1)+(2)+(3)+(4)	(0)+(1)+(2)+(3)+(4)+(5)	(0)+(1)+(2)+(3)+(4)+(5)+(6)
Être limité par un problème de santé							
Femmes	0.034 (0.027)	0.010 (0.027)	0.013 (0.027)	0.011 (0.027)	0.007 (0.027)	0.003 (0.026)	-0.005 (0.027)
27-38 ans	0.019 (0.031)	0.026 (0.031)	0.030 (0.031)	0.018 (0.032)	0.016 (0.032)	0.018 (0.032)	0.019 (0.032)
39-50 ans	0.152** (0.039)	0.115** (0.040)	0.120** (0.040)	0.103** (0.041)	0.099** (0.041)	0.080** (0.041)	0.079* (0.041)
51 ans et +	0.372** (0.048)	0.260** (0.053)	0.269** (0.053)	0.258** (0.053)	0.251** (0.054)	0.228** (0.053)	0.220** (0.053)
Femmes*27-38 ans	0.048 (0.039)	0.023 (0.039)	0.015 (0.039)	0.017 (0.039)	0.017 (0.039)	0.003 (0.038)	0.001 (0.038)
Femmes*39-50 ans	0.097** (0.045)	0.086* (0.044)	0.074* (0.044)	0.085* (0.044)	0.084* (0.044)	0.085* (0.044)	0.084* (0.044)
Femmes*51 ans et +	0.024 (0.059)	0.020 (0.058)	-0.003 (0.058)	-0.000 (0.058)	-0.000 (0.058)	0.007 (0.058)	0.013 (0.058)
Observations	2,576	2,576	2,576	2,576	2,576	2,576	2,576

Notes : Le groupe de référence correspond aux hommes migrants âgés entre 17 et 26 ans. Écart-type entre parenthèses. ** p<0.05, * p<0.10. Le modèle de base (0) inclut seulement les caractéristiques démographiques et les chiffres de (1) à (6) correspondent aux facteurs énumérés dans la sous-section 2.4 qui sont insérés à tour de rôle dans le modèle de base (0) ; par exemple, le modèle (0)+(1) contrôle aussi pour les caractéristiques socio-professionnelles. Dès lors, le coefficient associé à la variable « Femmes » représente l'écart de genre parmi la classe 17-26 ans. Les coefficients associés à chaque tranche d'âge indiquent les écarts de santé entre hommes migrants d'une classe donnée (soit « 27-38 ans », « 39-50 ans » ou « 51 ans et + ») à ceux du groupe de référence (hommes migrants âgés entre 17 et 26 ans). Finalement, l'écart de santé entre les femmes migrantes d'une classe d'âge donnée, par exemple 27-38 ans, et le groupe de référence correspond à la somme entre le coefficient associé à la variable « Femmes », le coefficient associé à la classe d'âge « 27-38 ans » et le coefficient associé au terme d'interaction « Femmes*27-38 ans ». A noter que ce dernier coefficient, considéré de manière isolée, mesure l'écart de genre parmi la classe 27-38 ans net de l'effet direct associé à la variable « Femmes ».

Ci-après, nous présentons les résultats de diverses analyses de sensibilité. Ces analyses permettent de vérifier si, d'une part, la prise en compte de la nationalité et le statut migratoire et, d'autre part, l'inclusion des caractéristiques relatives au vécu professionnel ou aux conditions de travail dans l'emploi actuel contribuent à expliquer une part significative de l'écart de genre pour tous les indicateurs de santé retenus. Ces tests ont pu être effectués uniquement pour la population migrante.

Le Tableau 17 montre qu'il n'y a pas de différence dans les estimations de l'écart de genre si l'on considère les tranches d'âge et le degré d'urbanisation avec ou sans la nationalité et le statut migratoire. L'écart de santé chez les migrants n'est donc pas déterminé par l'origine de la personne. Les variables dans le modèle (0') sont les tranches d'âge et le degré d'urbanisation. Les variables dans le modèle (0')+(0) sont identiques à celles retenues dans le section 4 (tranches d'âge, degré d'urbanisation, nationalité/origine et statut migratoire)

Les résultats issus du Tableau 18 nous montre que, lorsque l'on contrôle pour diverses dimensions de la satisfaction vis-à-vis du travail parmi les actifs occupés, les estimations de l'écart de genre ne changent pas de manière significative par rapport à celles découlant

du modèle (0)+(1) où l'on considère simplement l'ensemble des actifs occupés comme catégorie de référence.

Les résultats issus du Tableau 19 montre que, lorsque l'on contrôle pour diverses dimensions des conditions de travail parmi les actifs occupés, les estimations des écarts de genre ne changent pas de manière significative par rapport à celles découlant du modèle (0)+(1) où l'on considère simplement l'ensemble des actifs occupés comme catégorie de référence.

Tableau 17 : Ecart de genre en matière de santé dans la population migrante, ajout séparé de la nationalité et du statut migratoire

Modèle	(0')	(0')+(0)
Etat de santé subjectif ('très bonne et bonne santé')		
Femmes	-0.064** (0.014)	-0.063** (0.014)
Observations	2,580	2,580
Etat de santé subjectif ('très bonne, bonne et moyenne santé')		
Femmes	-0.016* (0.008)	-0.016* (0.008)
Observations	2,580	2,580
Traitement pour des problèmes psychiques		
Femmes	0.037** (0.009)	0.036** (0.009)
Observations	2,581	2,581
Obésité (IMC ≥ 30)		
Femmes	0.007 (0.012)	0.007 (0.012)
Observations	2,528	2,528
Maladie ou problèmes de santé qui durent depuis longtemps		
Femmes	0.045** (0.014)	0.046** (0.014)
Observations	2,578	2,578
Traitement pour dépression		
Femmes	0.044** (0.01)	0.045** (0.01)
Observations	2,582	2,582
Être limité par un problème de santé		
Femmes	0.071** (0.016)	0.072** (0.016)
Observations	2,576	2,576

Notes : Écart-type entre parenthèses. ** p<0.05, * p<0.10.

Tableau 18 : Ecart de genre en matière de santé dans la population migrante, satisfaction au travail parmi les actifs occupés

Modèle	(0)	(0)+(1)	(0)+(1')	(0)+(1'')	(0)+(1''')	(0)+(1''''')	(0)+(1''''')	(0)+(1''''''')
Etat de santé subjectif ('très bonne et bonne santé')								
Femmes	0.063** (0.014)	-0.026* (0.014)	-0.025* (0.014)	-0.026* (0.014)	-0.026* (0.014)	-0.022 (0.014)	-0.026* (0.014)	-0.025* (0.014)
Observations	2,580	2,580	2,578	2,576	2,576	2,579	2,574	2,578
Etat de santé subjectif ('très bonne, bonne et moyenne santé')								
Femmes	-0.016* (0.008)	0.01 (0.008)	0.01 (0.008)	0.01 (0.008)	0.01 (0.008)	0.011 (0.009)	0.01 (0.009)	0.01 (0.008)
Observations	2,580	2,580	2,578	2,576	2,576	2,579	2,574	2,578
Traitement pour des problèmes psychiques								
Femmes	0.036** (0.009)	0.019** (0.01)	0.019** (0.01)	0.019** (0.01)	0.019** (0.01)	0.018* (0.01)	0.019* (0.01)	0.019* (0.01)
Observations	2,581	2,581	2,579	2,577	2,577	2,580	2,575	2,579
Obésité (IMC ≥ 30)								
Femmes	0.007 (0.012)	-0.005 (0.012)	-0.006 (0.012)	-0.005 (0.012)	-0.006 (0.012)	-0.007 (0.012)	-0.006 (0.012)	-0.006 (0.012)
Observations	2,528	2,528	2,526	2,524	2,524	2,527	2,522	2,526
Maladie ou problèmes de santé qui durent depuis longtemps								
Femmes	0.046** (0.014)	0.012 (0.014)	0.012 (0.014)	0.012 (0.014)	0.013 (0.014)	0.010 (0.014)	0.012 (0.014)	0.012 (0.014)
Observations	2,578	2,578	2,576	2,574	2,574	2,577	2,572	2,576
Traitement pour dépression								
Femmes	0.045** (0.01)	0.027** (0.01)	0.027** (0.01)	0.028** (0.01)	0.028** (0.01)	0.024** (0.01)	0.027** (0.01)	0.027** (0.01)
Observations	2,582	2,582	2,580	2,578	2,578	2,581	2,576	2,580
Être limité par un problème de santé								
Femmes	0.072** (0.016)	0.037** (0.017)	0.036** (0.017)	0.037** (0.017)	0.037** (0.017)	0.033** (0.017)	0.036** (0.017)	0.036** (0.017)
Observations	2,576	2,576	2,574	2,572	2,572	2,575	2,570	2,574

Notes : Écart-type entre parenthèses. ** p<0.05, * p<0.10.

Remarques pour le Tableau 18 :

Les modèles (0) et (0)+(1) sont identiques à ceux présentés dans la section 4.

Outre le genre, les variables incluses dans le modèle (0)+(1') sont les tranches d'âge, le degré d'urbanisation, la nationalité/origine, le statut migratoire, le niveau de formation, le permis de séjour et le statut sur le marché du travail où les actifs occupés sont catégorisés en fonction de la réponse à la question « Haben Sie in den letzten 12 Monaten bei der Arbeit Stress oder Zeitdruck erlebt? » (réponse possible : oui ou non).

Outre le genre, les variables dans le modèle (0)+(1'') sont les tranches d'âge, le degré d'urbanisation, la nationalité/origine, le statut migratoire, le niveau de formation, le permis de séjour et le statut sur le marché du travail où les actifs occupés sont catégorisés en fonction de la réponse à la question « Haben Sie in den letzten 12 Monaten bei der Arbeit Überforderung erlebt? » (réponse possible : oui ou non).

Outre le genre, les variables dans le modèle (0)+(1''') sont les tranches d'âge, le degré d'urbanisation, la nationalité/origine, le statut migratoire, le niveau de formation, le permis de séjour et le statut sur le marché du travail où les actifs occupés sont catégorisés en fonction de la réponse à la question « Haben Sie in den letzten 12 Monaten bei der Arbeit Unterforderung erlebt? » (réponse possible : oui ou non).

Outre le genre, les variables dans le modèle (0)+(1''''') sont les tranches d'âge, le degré d'urbanisation, la nationalité/origine, le statut migratoire, le niveau de formation, le permis de séjour et le statut sur le marché du travail où les actifs occupés sont catégorisés en fonction de la réponse à la question « Haben Sie in den letzten 12 Monaten bei der Arbeit Angst erlebt? » oui ou non.

Outre le genre, les variables dans le modèle (0)+(1''''''') sont les tranches d'âge, le degré d'urbanisation, la nationalité/origine, le statut migratoire, le niveau de formation, le permis de séjour et le statut sur le marché du travail où les actifs occupés sont catégorisés en fonction de la réponse à la question « Haben Sie in den letzten 12 Monaten bei der Arbeit Unfaire Behandlung erlebt? » (réponse possible : oui ou non).

Outre le genre, les variables dans le modèle (0)+(1''''''''') sont les tranches d'âge, le degré d'urbanisation, la nationalité/origine, le statut migratoire, le niveau de formation, le permis de séjour et le statut sur le marché du travail où les actifs occupés sont catégorisés en fonction de la réponse à la question « Haben Sie in den letzten 12 Monaten bei der Arbeit Spannungen am Arbeitsplatz erlebt? » (réponse possible : oui ou non).

Tableau 19 : Ecart de genre en matière de santé dans la population migrante, conditions de travail parmi les actifs occupés

Modèle	(0)	(0)+(1)	(0)+(1°)	(0)+(1°°)	(0)+(1°°°)	(0)+(1°°°°)	(0)+(1°°°°°)
Etat de santé subjectif ('très bonne et bonne santé')							
Femmes	-0.063** (0.014)	-0.026* (0.014)	-0.023* (0.014)	-0.030** (0.014)	-0.027** (0.014)	-0.025* (0.014)	-0.026* (0.014)
Observations	2,580	2,580	2,568	2,574	2,575	2,569	2,577
Etat de santé subjectif ('très bonne, bonne et moyenne santé')							
Femmes	-0.016* (0.008)	0.01 (0.008)	0.01 (0.009)	0.01 (0.009)	0.01 (0.008)	0.01 (0.008)	0.01 (0.008)
Observations	2,580	2,580	2,568	2,574	2,575	2,569	2,577
Traitement pour des problèmes psychiques							
Femmes	0.036** (0.009)	0.019** (0.01)	0.019** (0.01)	0.021** (0.01)	0.020** (0.01)	0.018* (0.01)	0.019** (0.01)
Observations	2,581	2,581	2,569	2,575	2,576	2,570	2,578
Obésité (IMC ≥ 30)							
Femmes	0.007 (0.012)	-0.005 (0.012)	-0.006 (0.012)	-0.004 (0.012)	-0.006 (0.012)	-0.005 (0.012)	-0.006 (0.012)
Observations	2,528	2,528	2,517	2,522	2,523	2,517	2,525
Maladie ou problèmes de santé qui durent depuis longtemps							
Femmes	0.046** (0.014)	0.012 (0.014)	0.011 (0.014)	0.016 (0.014)	0.014 (0.014)	0.012 (0.014)	0.012 (0.014)
Observations	2,578	2,578	2,566	2,572	2,573	2,567	2,575
Traitement pour dépression							
Femmes	0.045** (0.01)	0.027** (0.01)	0.025** (0.01)	0.029** (0.011)	0.028** (0.01)	0.026** (0.01)	0.027** (0.01)
Observations	2,582	2,582	2,570	2,576	2,577	2,571	2,579
Être limité par un problème de santé							
Femmes	0.072** (0.016)	0.037** (0.017)	0.035** (0.017)	0.043** (0.017)	0.037** (0.017)	0.036** (0.017)	0.037** (0.017)
Observations	2,576	2,576	2,564	2,570	2,571	2,565	2,573

Notes : Écart-type entre parenthèses. ** p<0.05, * p<0.10.

Remarques pour le Tableau 19 :

Les modèles (0) et (0)+(1) sont identiques à ceux présentés dans la section 4.

Outre le genre, les variables dans le modèle (0)+(1°) sont les tranches d'âge, le degré d'urbanisation, la nationalité/origine, le statut migratoire, le niveau de formation, le permis de séjour et le statut sur le marché du travail où les actifs occupés sont catégorisés en fonction de la réponse à la question « Sagen Sie mir bitte, wie oft es in Ihrem Hauptberuf vorkommt, dass Sie schmerzhafte oder ermüdende Körperhaltungen einnehmen? » (cinq réponses possibles : nie, selten, ungefähr die Hälfte der Zeit, oft, die ganze Zeit).

Outre le genre, les variables dans le modèle (0)+(1°°) sont les tranches d'âge, le degré d'urbanisation, la nationalité/origine, le statut migratoire, le niveau de formation, le permis de séjour et le statut sur le marché du travail où les actifs occupés sont catégorisés en fonction de la réponse à la question « Sagen Sie mir bitte, wie oft es in Ihrem Hauptberuf vorkommt, dass Sie schwere Lasten tragen oder bewegen? » (cinq réponses possibles : nie, selten, ungefähr die Hälfte der Zeit, oft, die ganze Zeit).

Outre le genre, les variables dans le modèle (0)+(1°°°) sont les tranches d'âge, le degré d'urbanisation, la nationalité/origine, le statut migratoire, le niveau de formation, le permis de séjour et le statut sur le marché du travail où les actifs occupés sont catégorisés en fonction de la réponse à la question « Sagen Sie mir bitte, wie oft es in Ihrem Hauptberuf vorkommt, dass Sie Stehen oder Gehen? » (cinq réponses possibles : nie, selten, ungefähr die Hälfte der Zeit, oft, die ganze Zeit).

Outre le genre, les variables dans le modèle (0)+(1°°°°) sont, les tranches d'âge, le degré d'urbanisation, la nationalité/origine, le statut migratoire, le niveau de formation, le permis de séjour et le statut sur le marché du travail où les actifs occupés sont catégorisés en fonction de la réponse à la question « Sagen Sie mir bitte, wie oft es in Ihrem Hauptberuf vorkommt, dass Sie stets gleiche Hand- oder Armbewegungen? » (cinq réponses possibles : nie, selten, ungefähr die Hälfte der Zeit, oft, die ganze Zeit).

Outre le genre, les variables dans le modèle (0)+(1°°°°°) sont les tranches d'âge, le degré d'urbanisation, la nationalité/origine, le statut migratoire, le niveau de formation, le permis de séjour et le statut sur le marché du travail où les actifs occupés sont catégorisés en fonction de la réponse à la question « Sagen Sie mir bitte, wie oft es in Ihrem Hauptberuf vorkommt, dass Sie am Computer arbeiten? » (cinq réponses possibles : nie, selten, ungefähr die Hälfte der Zeit, oft, die ganze Zeit).

Tableau 20 : Ecart de genre en matière de santé dans la population migrante, ajout séparé du niveau de formation (1a), du statut sur le marché du travail (1b) et du permis de séjour (1c)

Modèle	(0)	(0)+(1a)	(0)+(1b)	(0)+(1c)	(0)+(1)
Etat de santé subjectif ('très bonne et bonne santé')					
Femmes	-0.063** (0.014)	-0.032** (0.014)	-0.055** (0.013)	-0.063** (0.013)	-0.026* (0.014)
Observations	2,580	2,580	2,580	2,580	2,580
Etat de santé subjectif ('très bonne, bonne et moyenne santé')					
Femmes	-0.016* (0.008)	0.008 (0.008)	-0.013 (0.008)	-0.016* (0.008)	0.010 (0.008)
Observations	2,580	2,580	2,580	2,580	2,580
Traitement pour des problèmes psychiques					
Femmes	0.036** (0.009)	0.020** (0.009)	0.035** (0.009)	0.036** (0.009)	0.019** (0.010)
Observations	2,581	2,581	2,581	2,581	2,581
Obésité (IMC ≥ 30)					
Femmes	0.007 (0.012)	-0.003 (0.012)	0.005 (0.012)	0.007 (0.012)	-0.005 (0.012)
Observations	2,528	2,528	2,528	2,528	2,528
Maladie ou problèmes de santé qui durent depuis longtemps					
Femmes	0.046** (0.014)	0.015 (0.014)	0.042** (0.014)	0.046** (0.014)	0.012 (0.014)
Observations	2,578	2,578	2,578	2,578	2,578
Traitement pour dépression					
Femmes	0.045** (0.010)	0.029** (0.010)	0.043** (0.010)	0.045** (0.010)	0.027** (0.010)
Observations	2,582	2,582	2,582	2,582	2,582
Être limité par un problème de santé					
Femmes	0.072** (0.016)	0.044** (0.017)	0.063** (0.016)	0.072** (0.016)	0.037** (0.017)
Observations	2,576	2,576	2,576	2,576	2,576

Notes : Écart-type entre parenthèses. ** p<0.05, * p<0.10.