



LABODEMO

4 juin 2008

**La santé des populations migrantes en Suisse : seconde  
analyse des données du GMM. Le rôle du niveau  
d'intégration, des discriminations subies, des  
comportements à risque et de l'isolation sociale**

Alexis Gbadinho et Philippe Wanner  
Laboratoire de démographie et d'études familiales  
Université de Genève

Etude financée par l'Office Fédéral de la Santé Publique dans le cadre de la stratégie « Migration  
et santé 2002-2007 »

# Table des matières

<b>1</b>	<b>Présentation de l'enquête GMM</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>Facteurs explicatifs et indicateurs</b>	<b>7</b>
2.1	Intégration . . . . .	7
2.1.1	Définition et mesure du niveau d'intégration . . . . .	8
2.1.2	Associations entre degré d'intégration et santé . . . . .	8
2.1.3	Construction de l'échelle d'intégration . . . . .	9
2.1.4	Résultats . . . . .	11
2.1.5	Validation de l'échelle d'intégration . . . . .	13
2.2	Indicateur de discriminations subies . . . . .	15
2.2.1	Définition et mesure . . . . .	15
2.2.2	Association entre discriminations et état de santé . . . . .	16
2.2.3	Construction de l'échelle . . . . .	16
2.2.4	Résultats . . . . .	17
2.2.5	Validation de l'échelle des discriminations subies . . . . .	17
2.3	Histoire migratoire . . . . .	18
2.4	Relations sociales et santé . . . . .	20
2.4.1	Définitions et mesures . . . . .	20
2.4.2	Mécanismes . . . . .	21
2.4.3	Indicateurs . . . . .	22
2.5	Comportements et facteurs de risque . . . . .	22
2.6	Type d'activité professionnelle . . . . .	23
<b>3</b>	<b>Indicateurs de l'état de santé</b>	<b>26</b>
3.1	Analyse exploratoire . . . . .	26
3.2	Facteurs associés avec l'état de santé . . . . .	36
3.3	Synthèse et discussion . . . . .	48
<b>4</b>	<b>Recours aux services de santé</b>	<b>52</b>
4.1	Analyse exploratoire . . . . .	52
4.2	Facteurs associés au nombre de visites chez le médecin . . . . .	53
4.2.1	Personnes âgées de 15 à 50 ans . . . . .	53
4.2.2	Personnes âgées de plus de 50 ans . . . . .	56
4.3	Synthèse et discussion . . . . .	56
<b>5</b>	<b>Expériences avec les services de santé</b>	<b>60</b>
5.1	Introduction . . . . .	60
5.2	Facteurs associés aux expériences avec le système de santé . . . . .	63
5.2.1	Difficultés de compréhension avec le personnel médical . . . . .	63
5.2.2	Prise en compte des besoins spécifiques en rapport avec la culture et la religion	65
5.2.3	Diagnostic du médecin . . . . .	65
5.3	Changement de médecin . . . . .	65
5.3.1	Expériences avec le système de santé et changements de médecins . . . . .	68
5.3.2	Analyse exploratoire . . . . .	69
5.3.3	Facteurs associés aux changements de médecin . . . . .	69

5.3.4 Synthèse et discussion . . . . .	69
5.4 Prescription de médicaments . . . . .	73
5.4.1 Expériences avec le système de santé et prescription de médicaments . . . . .	73
5.4.2 Analyse exploratoire . . . . .	74
5.4.3 Facteurs associés avec la prescription de médicaments . . . . .	74
5.4.4 Synthèse et discussion . . . . .	79
<b>6 Niveau et sources d'information sur les questions de santé</b>	<b>80</b>
6.1 Analyse exploratoire . . . . .	81
6.2 Facteurs associés à l'absence de sources d'information . . . . .	81
6.3 Facteurs associés au choix des sources d'information . . . . .	83
6.4 Synthèse et discussion . . . . .	83
<b>7 Conclusions</b>	<b>89</b>
<b>A Interprétation de l'échelle d'intégration</b>	<b>99</b>
A.1 Modalités associées positivement . . . . .	99
A.2 Modalités associées négativement . . . . .	101
<b>B Interprétation de l'échelle des discriminations subies</b>	<b>103</b>
B.1 Modalités associées positivement . . . . .	103
B.2 Modalités associées négativement . . . . .	104
<b>C Présentation des arbres de régression</b>	<b>106</b>
C.1 Méthode . . . . .	106
C.2 Lecture et interprétation . . . . .	106
C.3 Avantages et limites . . . . .	106

# Introduction

Le monitoring de santé de la population migrante en Suisse (GMM)<sup>1</sup> a été réalisé en 2004 dans le cadre de la stratégie « Migration et santé 2002-2007 ». La présente étude, financée par l'Office Fédéral de la Santé Publique, fait suite à une première phase d'analyse des données recueillies [Gabadinho et al., 2007]. L'objectif de cette première phase était principalement d'étudier le rôle des profils socioéconomiques, démographiques et migratoires dans les différences de l'état de santé, des comportements et des recours aux services de soins observés entre Suisses et étrangers d'une part, et entre groupes d'étrangers d'autre part.

Plusieurs résultats et pistes de recherche ont été dégagés. En particulier, la nationalité ainsi que certains indicateurs d'intégration et de discrimination ont présenté des associations significatives avec les différents indicateurs de santé, même après la prise en compte des facteurs de contrôle tels que l'âge, le sexe et le niveau socioéconomique. Un des objectifs de cette seconde phase d'analyse est d'affiner ces résultats, en recherchant d'autres facteurs importants susceptibles de jouer un rôle dans la situation sanitaire des populations migrantes ou issues de la migration et dans les variations observées entre les différents groupes de migrants. La recherche de facteurs explicatifs se focalisera particulièrement sur les domaines suivants

- les comportements et facteurs de risque (consommation d'alcool et de tabac, sur-poids, activité sportive)
- l'intensité des relations sociales et la quantité de support social disponible
- le niveau d'intégration et les discriminations subies
- le type d'emploi exercé (branche d'activité)

En ce qui concerne le recours aux services de santé, un des objectifs est d'analyser le niveau de recours (nombre de visites chez le médecin) et son association avec l'état de santé et le niveau d'intégration.

Après une brève présentation de l'enquête GMM et de ses données, le second chapitre aborde les différents facteurs qui seront pris en compte par la suite pour l'analyse, et un bref aperçu de la littérature traitant de leurs associations avec l'état de santé et les comportements en rapport avec la santé. Le questionnaire GMM comporte un module sur le thème de l'intégration et des discriminations qui sera utilisé pour construire deux indicateurs synthétiques.

Plusieurs analyses seront ensuite réalisées afin d'étudier l'association de ces facteurs avec l'état de santé, le recours au système de soins, les expériences des migrants avec le système suisse de santé et leur niveau et sources d'information sur ces questions.

---

<sup>1</sup>Monitoring de santé de la population migrante en Suisse. C'est le sigle allemand GMM (Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung) qui sera utilisé pour désigner l'enquête.

# Chapitre 1

## Présentation de l'enquête GMM

Le monitoring de santé de la population migrante en Suisse (GMM) est constitué de trois modules issus de trois échantillons distincts. Le module I est constitué par une partie des données de l'Enquête Suisse sur la Santé (ESS) réalisée en 2002. La cible de cette enquête est la population résidant en Suisse dans un ménage privé, âgée de 15 ans ou plus. L'enquête, réalisée pour la troisième fois par l'OFS (après 1992/93 et 1997) n'est pas spécifique à la population étrangère.

Les langues utilisées lors des interviews (téléphoniques) sont l'allemand, le français et l'italien, ce qui soulève, comme toute enquête de ce type, différentes questions relatives à la représentativité dans les populations migrantes (voir en particulier Raymond et al., 1995). Les données de l'ESS reprises dans le cadre du GMM comprennent les personnes de nationalité suisse, italienne, française, allemande et autrichienne<sup>1</sup> âgées de 15 à 74 ans (tableau 1.1).

Les modules II et III proviennent d'une enquête réalisée en 2004, ayant spécifiquement pour cible la population étrangère âgée de 15 à 74 ans inclus, et utilisant un questionnaire dérivé de celui de l'ESS, traduit dans les différentes langues des populations migrantes interrogées<sup>2</sup>. Le module II vise la population étrangère résidante ayant la nationalité portugaise, turque, sri-lankaise ou d'un pays de l'ex-Yougoslavie<sup>3</sup>. L'objectif était de réaliser 500 interviews pour chacune des nationalités, sauf pour les ex-Yougoslaves<sup>4</sup> pour lesquels 1000 interviews étaient prévus.

La population cible ne comprend donc ni les requérants d'asile, ni les personnes bénéficiant d'un titre de séjour de courte durée (inférieur à 12 mois, permis L), ni les fonctionnaires internationaux et les membres de leurs familles. La base de sondage utilisée est le registre central des étrangers. La population cible du module III est constituée par les demandeurs d'asile provenant du Kosovo et du Sri Lanka, présents en Suisse depuis au moins 12 mois. L'objectif était de réaliser 250 interviews pour chacun de ces deux groupes. La base de sondage est constituée par le registre de l'Office fédéral des migrations.

Les effectifs de personnes interrogées pour les différentes nationalités ou groupes de nationalités figurent dans le tableau 1.1 page suivante. L'échantillon du module II a été stratifié par âge et sexe, et un nombre équivalent de personnes ont été interrogées pour chaque sous-catégorie. Pour chaque nationalité de ce module, la structure par âge de l'échantillon est donc différente de celle de la population étrangère résidant en Suisse.

Le présent rapport utilise les modules spécifiques de l'enquête GMM concernant en particulier l'intégration et les discriminations. Par conséquent, l'analyse se focalise sur les répondants des modules II et III. Au total, 3024 entretiens valides ont été réalisés dans le cadre de ces modules. Les taux de réponse varient selon les modules et les nationalités (tableau 1.2 page suivante).

Les différents groupes visés par l'enquête GMM constituent des populations diverses de point de vue de la situation de séjour, de la structure par âge, de l'âge et des conditions d'arrivées en Suisse. Par ailleurs, la stratification par nationalité, âge et sexe de l'échantillon nécessite la prise en compte

---

<sup>1</sup>Donc des personnes étrangères dont la langue maternelle est une des langues nationales.

<sup>2</sup>Les questionnaires ont été traduits dans les différentes langues des communautés cibles puis retraduits afin de contrôler la cohérence.

<sup>3</sup>Serbie-Monténégro, Croatie, Bosnie Herzégovine, Yougoslavie.

<sup>4</sup>Le terme 'ex-Yougoslaves' sera utilisé dans la suite de ce document, pour des raisons pratiques. Il signifie 'ressortissants des pays de l'ex-Yougoslavie'.

TAB. 1.1 – Modules de l'enquête GMM et effectifs de personnes interrogées

Nationalité	Module	Effectifs	%
Suisse	1	15579	78.7
Italie	1	692	3.5
Allemagne, Autriche, France	1	502	2.5
Ex-Yougoslavie	2	1043	5.3
Portugal	2	511	2.6
Turquie	2	525	2.7
Sri Lanka	2	439	2.2
Kosovo	3	253	1.3
Sri Lanka	3	253	1.3
<b>Total</b>		<b>19797</b>	<b>100</b>

TAB. 1.2 – Taux de réponse net pour les modules II et III

Nationalité	Module	Taux de réponse (%)
Ex-Yougoslavie	2	67.3
Portugal	2	68.1
Turquie	2	66.1
Sri Lanka	2	87.8
Kosovo	3	83.0
Sri Lanka	3	93.4
<b>Ensemble</b>	<b>2+3</b>	<b>72.6</b>

systématique de ces variables dans les modèles statistiques et l'utilisation d'une pondération pour le calcul de proportions et de pourcentages généralisables aux populations visées.

Le terme de « populations migrantes » qui est utilisé dans ce rapport fait référence à des personnes qui possèdent la nationalité d'un des groupes visés par l'enquête, même si ces personnes sont nées sur le territoire suisse. Lorsque l'on fait référence au pays d'origine, il s'agit du pays dont la personne possède la nationalité. Il faut également retenir que la variable nommée « nationalité » comprend 9 modalités, dont certaines se recoupent : pour les deux groupes constitués spécifiquement par les requérants d'asile kosovars et tamouls, la nationalité se recoupe avec celle des groupes constitués par les ressortissants des pays d'ex-Yougoslavie (pour les kosovars) et Sri lankais résidents en Suisse.

## Chapitre 2

# Facteurs explicatifs et indicateurs

Pour comprendre et expliquer les variations dans l'état de santé des groupes de migrants ainsi que dans leur utilisation et leur expérience du système suisse de santé, nous souhaitons examiner, outre les variables de contrôle habituelles (socioéconomiques), le rôle éventuel de facteurs explicatifs relatifs à plusieurs domaines

- l'intégration des immigrants en Suisse et les discriminations subies
- les rôles des réseaux sociaux, de l'isolation sociale et du support social
- les comportements relatifs à la santé
- l'histoire migratoire
- le type d'activité professionnelle

Dans ce chapitre, nous passerons en revue, pour chacun de ces domaines, les informations disponibles dans le questionnaire GMM. En ce qui concerne l'intégration de immigrants et les discriminations subies, nous décrivons la construction de deux indicateurs synthétiques. Une brève revue de la littérature est également proposée, principalement en ce qui concerne les mécanismes par lesquels ces facteurs peuvent agir sur la santé.

### 2.1 Intégration

De nombreuses études ont montré une association entre le degré d'intégration<sup>1</sup> des immigrants et la santé mentale et physique ainsi que la prévalence de certains comportements à risque, aux États-Unis [Marmot and Syme, 1976, Myers and Rodriguez, 2005, Paradies, 2006, Solis et al., 1990], mais aussi en Suisse [Bodenmann et al., 2005] et dans d'autres pays d'Europe [Amundsen et al., 2005].

La première phase de l'analyse des données de l'enquête GMM a montré que plusieurs variables issues des questions spécifiques au thème de l'intégration et de la discrimination étaient associées aux variations de l'état de santé et de la fréquence des comportements à risque. Dans cette première phase, une partie seulement des variables issues du questionnaire GMM ont été prises en compte, à savoir :

- l'âge à l'arrivée en Suisse sous la forme d'une variable dichotomique (avant 15 ans/après 15 ans)
- la maîtrise d'une des langues nationales de la Suisse, également sous une forme dichotomique (maîtrise bien ou très bien une des langues nationales / ne maîtrise aucune langue nationale bien ou très bien)
- le sentiment de n'avoir plus de patrie (souvent ou très souvent / rarement ou jamais)
- le fait d'avoir subi des discriminations

Nous souhaitons dans cette seconde phase d'analyse utiliser un indicateur synthétique du degré d'intégration de chaque individu et étudier son influence sur divers indicateurs de santé. Avant de décrire la construction de cet indicateur, avec une démarche qui sera plutôt empirique et basée

---

<sup>1</sup>Le terme « acculturation » est utilisé dans la littérature anglo-saxonne, et apparaît également dans la littérature francophone. Nous utiliserons indifféremment les deux termes.

sur les informations à disposition dans le questionnaire GMM, nous proposons un aperçu de la littérature théorique concernant la définition et la mesure de l'intégration.

### 2.1.1 Définition et mesure du niveau d'intégration

Selon les études, il existe des différences parfois importantes dans ce qui est désigné par le terme d'intégration, dans les indicateurs utilisés pour le mesurer, mais également dans les effets supposés ou observés de l'intégration sur la santé.

L'acculturation est souvent définie de manière générique comme l'ensemble des changements résultant d'un contact prolongé entre deux cultures, ces changements étant susceptibles d'avoir lieu dans les deux cultures. Bien que le terme d'intégration soit utilisé pour désigner l'ensemble de ce processus, il ne représente pour certains auteurs [Berry, 2005] qu'une des « stratégies » d'adaptation aux changements, avec l'assimilation, la marginalisation et la séparation. Ces stratégies, au niveau du groupe ou de l'individu, résultent de l'interaction entre les membres du groupe arrivant et de la population d'accueil.

**Processus uni ou bi-dimensionnel** Une des questions centrales dans la définition de l'intégration concerne ses dimensions [Bourhis et al., 1997, Berry, 2005]. Le processus d'intégration peut être considéré comme un processus unidimensionnel (bipolaire). Dans ce modèle, les individus se situent entre deux pôles, dont l'un est le maintien de la culture d'origine et l'autre l'adoption de la culture du pays d'accueil. Dans ce cas, on considère implicitement que les liens avec la culture d'origine diminuent avec l'intégration. On notera que l'existence d'une culture « dominante » constituant un pôle vers lequel se dirigent les personnes en phase d'intégration n'est pas toujours évidente. L'approche bi-dimensionnelle (*bidimensional models of acculturation*) prend en compte séparément l'attachement à la culture d'origine et l'assimilation de la culture du pays d'accueil.

**Mesure de l'intégration** La mesure du niveau d'intégration et la construction d'échelles a donné lieu à de nombreux travaux [Zane and Mak, 2005]. Plusieurs approches sont proposées, avec des définitions parfois différentes de ce qu'est l'intégration et des manières différentes de l'appréhender. Au niveau individuel, une des approches possibles pour appréhender le niveau d'intégration est de mesurer le niveau d'apprentissage des valeurs, comportements, styles de vie et de la langue de la culture d'accueil.

Selon l'approche adoptée et les informations disponibles, les échelles peuvent être unidimensionnelles ou bidimensionnelles, prenant en compte à la fois l'attachement à la culture d'origine et l'adoption de la culture du pays d'accueil [Stephenson, 2000, Rezentes, 1993, Bourhis et al., 1997, Harris and Verven, 1996].

### 2.1.2 Associations entre degré d'intégration et santé

Indépendamment de son histoire migratoire elle-même, le niveau d'intégration d'une personne et le processus d'acculturation dans lequel elle est engagée sont susceptibles d'avoir une influence sur l'état de santé, sur les comportements et sur les recours au système de soin. Plusieurs mécanismes directs et indirects sont proposés pour expliquer cette association :

- une modification des comportements ;
- la limitation dans l'accès et le recours au système de soins ;
- le stress acculturatif.

**Comportements** Le processus d'acculturation peut provoquer des changements de comportements en relation avec la santé, notamment en ce qui concerne la consommation d'alcool et de tabac et les comportements alimentaires. Une hypothèse couramment formulée est que l'augmentation du degré d'intégration correspond à une « migration » de l'état de santé et des comportements des étrangers vers ce qui prévaut dans la population du pays d'accueil.

Certains travaux, dont les résultats sont mitigés, testent cette hypothèse en comparant les migrants de seconde génération à ceux de première génération, notamment aux Pays-Bas [Hosper et al., 2007] et aux États-Unis ([Acevedo-Garcia et al., 2005].



**Stress acculturatif** Le « stress acculturatif » (*acculturative stress*) est considéré comme potentiellement pathogène [Issa and Tousignant, 1997]. Les efforts d'adaptation à une nouvelle culture, à de nouveaux systèmes de valeurs et la pression exercée sur les migrants pour l'assimilation de cette culture entraînent une augmentation des symptômes psychosomatiques et psychologiques.

Après avoir construit une échelle d'acculturation (DSI, Dominant Society Immersion), Stephenson [2000] teste l'hypothèse selon laquelle cet indicateur serait un médiateur dans les différences du niveau des symptômes physiques (scores GSI) observées entre groupes ethniques. Les résultats obtenus confirment cette hypothèse, puisque le score obtenu sur l'échelle d'acculturation explique la majeure partie des différences observées entre groupes ethniques.

**Accès au système de soins** La maîtrise de la langue du pays d'accueil est un paramètre déterminant dans l'évaluation du niveau d'intégration d'une personne étrangère (voir 2.1.3). C'est également un facteur important en ce qui concerne l'accès et le recours au système de santé [Bischoff et al., 1999]. Les problèmes de compréhension entre personnel médical et patients migrants sont susceptibles en particulier d'avoir une influence sur la qualité des soins. Au delà de la langue, ces problèmes de compréhension peuvent également résulter de la confrontation de deux visions médicales différentes [Palinkas and Pickwell, 1995].

### 2.1.3 Construction de l'échelle d'intégration

Le questionnaire de l'enquête GMM comporte un module sur le thème de l'intégration et des discriminations subies (tableau 2.1 page suivante). L'objectif est ici de créer, à l'aide des réponses à ces questions, un indicateur synthétique fournissant une mesure du degré d'intégration de chaque personne tenant compte de l'ensemble des aspects abordés.

L'utilisation d'une mesure globale comme approximation du niveau d'intégration évite l'introduction de plusieurs variables simultanément dans les modèles statistiques, dont certaines sont corrélées entre elles (par exemple âge à l'arrivée et maîtrise d'une des langues nationales). La méthode utilisée pour créer cet indicateur est une analyse factorielle des correspondances multiples [Lebart et al., 2000], et peut être comparée à celle adoptée par Anderson et al. [1993].

Le module du questionnaire GMM consacré au thème de l'intégration des migrants (tableau 2.1 page suivante) correspond plutôt à l'approche « bipolaire » décrite précédemment. Il ne comporte par exemple pas de questions sur la maîtrise de la langue du pays d'origine, mais seulement sur la maîtrise d'une des langues nationales. Le sentiment d'appartenance est mesuré à partir d'une seule question (integ05) demandant à la personne de choisir entre des réponses dont les pôles sont d'un côté les Suisses et de l'autre les personnes du pays d'origine. La majorité des autres questions mesure également l'attachement à la culture d'origine.

La maîtrise de la langue (ou d'une des langues dans le cas de la Suisse) du pays d'accueil est un aspect entrant de manière systématique dans les indicateurs synthétiques d'intégration. Toutefois, il existe une certaine diversité dans les informations concernant les langues maîtrisées et utilisées (langue pratiquée à la maison ou au travail, langue préférée) [Zane and Mak, 2005].

Trois questions de l'enquête GMM (variables integ09, integ10 et integ 11, tableau 2.1 page suivante) ont été utilisées. On notera que sans mise en relation avec le lieu de résidence, l'information disponible n'est pas pertinente pour évaluer l'intégration en Suisse alémanique d'une personne pratiquant parfaitement le français mais pas du tout l'allemand. Les personnes ayant déclaré ne parler aucune langue nationale (variable integ09) ont été classées dans les catégories « très mal » pour les questions concernant le niveau de pratique et de compréhension (variables integ10 et integ11).

Dans une première étape, les questions portant sur les discriminations (variables integ07 et integ08, tableau 2.1.3 page 11) ont été prises en compte l'analyse factorielle. Toutefois, la position de ces variables était difficilement interprétable, car elles étaient associées aux caractéristiques attribuables à des personnes intégrées. Une analyse croisée montre en effet que le niveau ressenti de discrimination est le plus élevé parmi les personnes maîtrisant « très bien » ou « bien » une des langues nationales de la Suisse et qu'il est le plus faible parmi les personnes maîtrisant très mal ou pas du tout une de ces langues. D'autre part, ces questions sont formulées au passé et peuvent donc faire référence à une situation antérieure durant laquelle la personne était moins intégrée et ressentait plus fortement les discriminations. Pour ces raisons, les questions concernant

TAB. 2.1 – Questions sur le thème de l'intégration des immigrants

Variable	Question	Modalités
<b>integ01</b>	À combien de reprises au cours de ces cinq dernières années avez- vous effectué un séjour d'un minimum de deux mois sans interruption dans le pays d'origine de votre famille ? Il ne s'agit pas ici de simples vacances.	<1> pas une seule fois <2> 1 à 2 fois <3> 3 à 5 fois <4> 6 à 10 fois <5> plus de 10 fois
<b>integ02</b>	Entretenez-vous des rapports étroits avec des membres de votre famille ou des amis qui vivent dans le pays d'origine de votre famille ? Par courrier, courriel, téléphone ou par des voyages.	<1> oui, avec des membres de ma famille et des amis <2> oui, uniquement avec des membres de ma famille <3> oui, uniquement avec des amis <4> Non
<b>integ03</b>	Quand vous regardez la télévision, regardez-vous souvent des programmes dans la langue de vos compatriotes ? Le faites-vous...	<1> de manière exclusive <2> la plupart du temps <3> en partie <4> rarement <5> jamais - mais je regarde d'autres programmes <6> jamais - je ne regarde jamais la télévision
<b>integ04</b>	En tant qu'immigrant résidant en Suisse, il peut arriver, au bout d'un certain temps, que l'on ait l'impression de ne plus avoir de patrie. C'est comme si l'on n'était à sa place nulle part. Vous arrive-t-il d'avoir ce sentiment ?	<1> très souvent <2> souvent <3> de temps en temps <4> rarement <5> jamais
<b>integ05</b>	Avez-vous le sentiment de faire partie ?	<1> du peuple suisse <2> des personnes du pays d'origine de vos parents <3> de vos compatriotes qui résident ici, en Suisse <4> des personnes d'origines différentes <5> l'origine d'une personne n'a pas d'importance pour vous <6> vous avez l'impression de n'être chez vous nulle part
<b>integ09</b>	Laquelle des langues officielles parlées en Suisse maîtrisez-vous le mieux ?	<1> l'allemand <2> le français <3> l'italien
<b>integ10</b> <b>integ11</b>	À votre avis, comment comprenez-vous cette langue ? Et comment parlez-vous cette langue ?	<1> très bien <2> bien <3> moyennement <4> mal <5> très mal

TAB. 2.2 – Questions sur le thème des discriminations

Variable	Question	Modalités
integ07b integ07c integ07d	Il peut arriver qu'en tant qu'immigrant résidant en Suisse, on ait parfois le sentiment d'être l'objet de discrimination. Pourriez-vous me dire si vous vous êtes déjà senti(e) discriminé(e) pour les raisons suivantes. Cela vous est-il arrivé très souvent, souvent, quelquefois, rarement ou jamais ? (b) à cause de votre origine (c) à cause de votre couleur de peau (d) à cause de votre appartenance à une communauté religieuse	<1> très souvent <2> souvent <3> quelquefois <4> rarement <5> jamais
integ08a integ08b integ08c integ08d integ08e integ08f	Dans la vie de tous les jours, il peut arriver qu'en tant qu'immigrant, on soit traité différemment d'un Suisse. Avez-vous déjà été défavorisé à de telles occasions ? Cela vous est-il arrivé très souvent, souvent, quelquefois, rarement ou jamais ? (a) à l'école ou sur votre lieu de travail (b) dans votre quartier (c) en faisant les courses (d) dans les administrations (e) au restaurant ou dans les bars (f) dans des lieux de loisir	<1> très souvent <2> souvent <3> quelquefois <4> rarement <5> jamais

les discriminations ont été exclues de l'indicateur d'intégration et un indicateur synthétique de discriminations a été construit séparément (voir section 2.2 page 15).

Plusieurs variables ont également été introduites dans l'analyse factorielle en tant que variables supplémentaires (tableau 2.3 page suivante). Ces variables ne sont pas utilisées pour les calculs, mais leur position fournit une aide à l'interprétation des résultats.

### 2.1.4 Résultats

L'analyse factorielle des correspondances met en évidence les modalités qui séparent « au mieux » les individus. Le premier axe est celui qui explique la plus grande part des différences dans la population. Les listes des modalités des variables (y compris des variables supplémentaires) qui sont le plus fortement associées avec l'axe 1, et qui permettent donc de lui donner sa signification, sont présentées en annexe (voir annexe A.1 page 99). Les modalités ayant une mesure d'association fortement positive sont celles que présentent les individus ayant une forte coordonnée positive sur l'axe 1, alors que les modalités ayant une forte valeur négative sont celles que présentent les individus ayant une forte coordonnée négative sur l'axe 1.

Le premier axe oppose assez nettement deux groupes de personnes selon des modalités qui décrivent le niveau d'intégration et d'attachement à la culture d'origine :

- les personnes parlant et comprenant très bien une des langues nationales, arrivées en Suisse avant l'âge de 10 ans, qui regardent rarement les émissions télévisées du pays d'origine de leur famille et qui ont le sentiment d'appartenir au peuple suisse
- les personnes arrivées après l'âge de 25 ans, parlant et comprenant très mal à moyennement une des langues nationales, se sentant le plus proche des personnes du pays d'origine de leur famille, regardant majoritairement ou systématiquement les émissions télévisées de ce dernier pays.

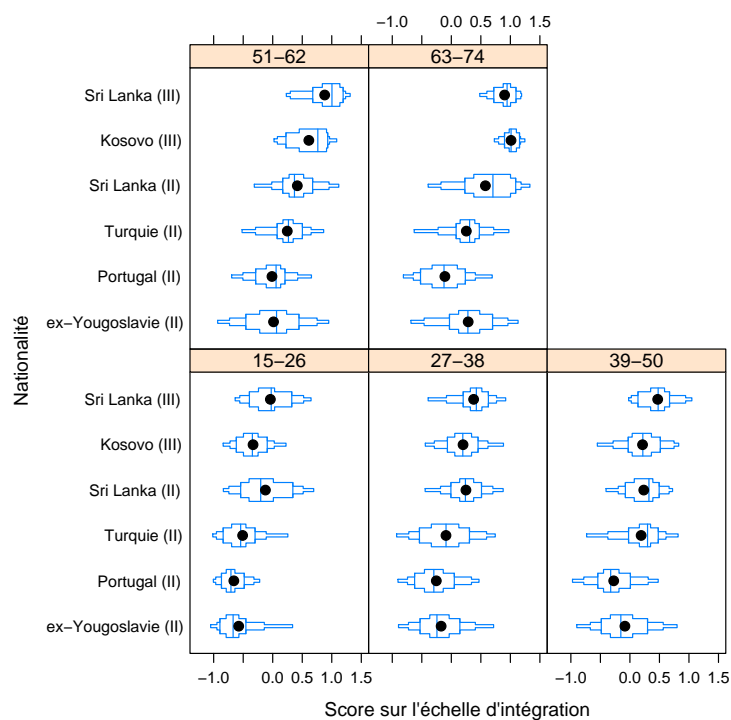
Le résultat correspond donc à un modèle « bipolaire » d'intégration (voir sous-section 2.1.1), ce qui est logique compte tenu des informations disponibles dans le questionnaire GMM.

Les modalités les plus fortement associées sont celles concernant la maîtrise d'une des langues nationales. L'analyse factorielle montre également, et logiquement, la corrélation existant entre les niveaux de pratique et de compréhension de la langue. En revanche, les variables concernant les discriminations subies (introduites en tant que variables supplémentaires) ne figurent pas parmi les plus fortes associations avec l'axe 1. De plus, les modalités qui correspondent à un faible niveau

TAB. 2.3 – Variables supplémentaires pour la construction de l'indicateur d'intégration

Variable	Question	Modalités
nation9	Nationalité / module GMM	Pays de l'ex-Yougoslavie - module II Portugal - module II Turquie - module II Sri Lanka - module II Kosovo (Albanais) - Module III Sri Lanka (Tamouls) - Module III
agear.d	Âge au moment de l'arrivée en Suisse	0=né en Suisse
pdursej.d	Durée de séjour en Suisse, en proportion de l'âge	100%=Personne ayant toujours séjourné en Suisse
aufstat	Permis de séjour	asylgesuch (hängig (n) / abgelehnt) vorläufige aufnahme (f) aufenthalt (b) niederlassung (c)
aufzweck	But de la migration	asyl (modul iii) erwerbsaufenthalt schulbesuch (mit erwerb) schulbesuch (ohne erwerb) studium (mit erwerb) studium (ohne erwerb) rentner verbleib bei familienangehörigen sonstige verbleib beim ehegatten verbleib bei eltern/elternteil auf stellensuche flüchtlingshilfe (ohne erwerb) hegatte eines schweizerbürgers ohne erwerb flüchtlingshilfe (mit erwerb) selbständige erwerbstätigkeit (evp) übrige nichterwerbstätige
mighin1a	On peut venir s'installer en Suisse pour différentes raisons. Laquelle des raisons suivantes a-t-elle joué un rôle pour vous ou vos parents ?	<01> pour avoir une vie meilleure : un meilleur logement, pouvoir acheter plus de choses etc... <02> pour travailler en Suisse afin de soutenir financièrement la famille restée au pays <03> pour travailler en Suisse et faire des économies <04> pour cause de persécution politique <05> pour pouvoir vivre avec un partenaire ou se marier <06> pour vivre avec le reste de la famille <07> pour ne pas avoir à craindre la guerre ni les destructions <08> pour suivre une formation en Suisse <09> pour vivre indépendamment de la famille <10> autres raisons

FIG. 2.1 – Distribution du score sur l'échelle d'intégration, par âge et nationalité



de discrimination sont associées positivement avec l'axe 1 et se retrouvent donc avec les modalités correspondant à un faible niveau d'intégration.

L'analyse factorielle calcule pour chaque individu une coordonnée permettant de le situer sur les axes dégagés. Les coordonnées sur le premier axe peuvent donc être utilisées comme un indicateur (« score ») d'intégration. Ce score varie de -1.21 à +1.44 et peut-être interprété comme une mesure de l'attachement à la culture d'origine. Les personnes pour lesquelles la valeur est proche de +1.44 sont fortement attachées à leur culture d'origine (arrivées récemment et à l'âge adulte en Suisse, se sentant proches des personnes de leur pays d'origine et regardant majoritairement ou systématiquement les programmes dans leur langue d'origine). Ce groupe est composé notamment de requérants d'asile et de personnes venues en Suisse pour rejoindre leur conjoint. Les personnes pour lesquelles le score est proche de -1.21 sont celles qui sont nées ou arrivées en Suisse avant l'âge de 10 ans, qui parlent couramment une des langues nationales et se sentent proches des Suisses. Il s'agit donc en majorité de personnes possédant un permis C. Le fait d'être arrivé en Suisse (ou les parents) pour des raisons économiques (« pour avoir une vie meilleure : un meilleur logement, pouvoir acheter plus de choses ») est également une modalité associée à une forte intégration.

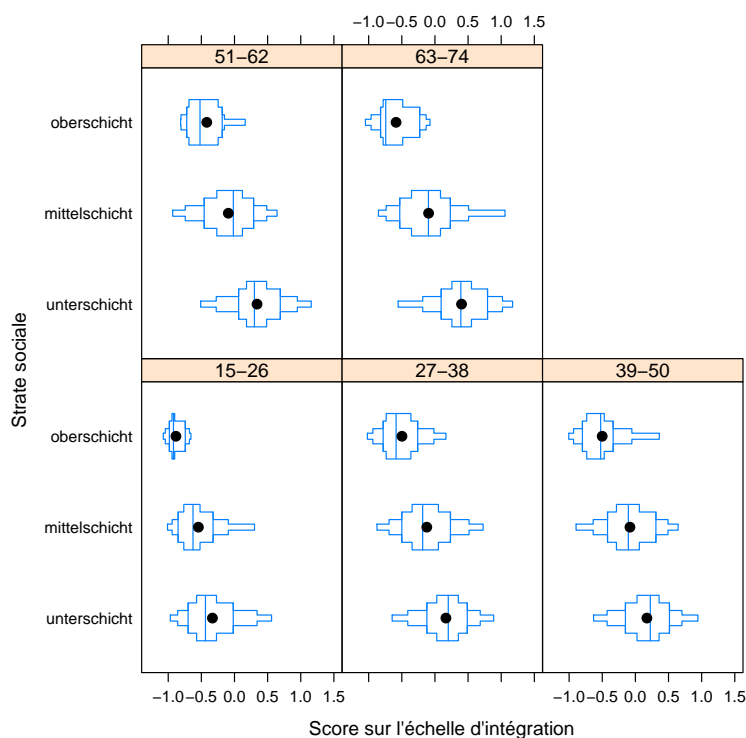
### 2.1.5 Validation de l'échelle d'intégration

Afin de valider l'indicateur, les résultats obtenus pour les individus sont analysés en fonction d'autres caractéristiques socioéconomiques et comparés avec les résultats trouvés dans la littérature. On suppose en effet que le niveau d'intégration varie en fonction notamment de la nationalité, de l'âge ou du niveau socioéconomique. Rappelons qu'une valeur fortement positive représente une faible intégration et un fort attachement à la culture d'origine, alors qu'une valeur fortement négative représente au contraire un haut niveau d'intégration.

Le graphique 2.1 présente le score moyen ainsi que sa dispersion (médiane et quartiles) en fonction de l'âge et de la nationalité. Quel que soit l'âge, les scores moyens et médians<sup>2</sup> sont le plus bas pour les Portugaises et Portugais, signifiant qu'ils constituent la communauté la plus

<sup>2</sup>La moitié des personnes ont un score inférieur au score médian et la moitié un score supérieur.

FIG. 2.2 – Distribution du score sur l'échelle d'intégration, par âge et strate sociale



intégrée selon l'échelle construite. Ils sont suivis par les ressortissantes et ressortissants des pays de l'ex-Yougoslavie puis par les femmes et hommes turcs dont le score moyen est dans la plupart des groupes d'âges supérieur à ces derniers.

Les ressortissantes et ressortissants sri lankais résidents obtiennent en moyenne des scores sensiblement supérieurs sur l'échelle construite, indiquant un niveau d'intégration plus faible et un attachement à la culture d'origine plus important. Le score moyen obtenu par les résidentes et résidents sri lankais est d'ailleurs proche de celui des requérantes et requérants tamouls, pour lesquels le score moyen est le plus élevé. Les requérantes et requérants d'asile kosovars apparaissent également dans l'ensemble comme peu intégrés.

Bien que la strate sociale n'ait pas été utilisée dans la construction de l'indicateur, on constate que l'association est étroite avec celui-ci, avec des scores moyens et médians évoluant parallèlement à la position sociale. Les personnes classées dans la strate socioéconomique supérieure présentent le niveau d'intégration le plus élevé, alors que ce niveau est le plus faible dans la strate socioéconomique inférieure (graphique 2.2). Conformément aux résultats de nombreux autres travaux, le niveau moyen d'intégration est inférieur pour les femmes comparées aux hommes. De plus, le score obtenu sur l'échelle est logiquement corrélé avec l'âge à l'arrivée en Suisse<sup>3</sup> (0.61) et avec la durée du séjour en proportion de l'âge de l'individu (-0.58).

Afin d'avoir une vision plus « qualitative », le tableau 2.4 page suivante présente le profil de personnes ayant les scores minimum et maximum sur l'échelle construite. Le score minimum (-1.22) est obtenu par une femme ressortissante d'un pays de l'ex-Yougoslavie, née en Suisse, qui maîtrise très bien le français et qui a le sentiment d'appartenir au peuple suisse. Le score maximum (1.44) est obtenu par une femme sri lankaise résidente, arrivée à l'âge de 44 ans, ne maîtrisant aucune langue nationale et se sentant appartenir aux personnes ayant la même origine résidant en Suisse.

<sup>3</sup>Les individus nés en Suisse sont arrivés à 0 ans.

TAB. 2.4 – Individus ayant obtenu le score minimum et maximum sur l'échelle d'intégration

Variable	Description	Score minimum	Score maximum
integr.D1	Score sur l'échelle d'intégration	-1.22	1.44
sex	Sexe	Femme	Femme
age5	Age au moment de l'enquête	15-26	51-62
nation9	Nationalité	ex-Yougoslavie (II)	Sri Lanka (II)
agearr	Âge à l'arrivée en Suisse	0	44
integ01	Séjour d'au moins deux mois dans le pays d'origine au cours des cinq dernières années	pas une seule fois	1 à 2 fois
integ02	Rapports étroits avec des personnes du pays d'origine	oui, avec des membres de ma famille et des amis	oui, uniquement avec des membres de ma famille
integ03	Programmes télé dans la langue des compatriotes	rarement	de manière exclusive
integ04	Sentiment de n'avoir plus de patrie	jamais	très souvent
integ05	Sentiment de faire partie	du peuple suisse	de vos compatriotes qui résident ici, en Suisse
integ09	Langue nationale maîtrisée le mieux	Français	aucune
integ10	Compréhension de cette langue	très bien	-
integ11	Pratique de cette langue	très bien	-

## 2.2 Indicateur de discriminations subies

Les relations entre discriminations subies et état de santé physique ou mentale sont étudiées dans un nombre grandissant de travaux concernant majoritairement les Etats-Unis, mais également des pays européens [Karlsen and Nazroo, 2002, 2004, Karlsen et al., 2005] et non-européens [Harris et al., 2006]. Des synthèses sur ce sujet ont également été publiées [Williams et al., 2003, Paradies, 2006, Krieger, 2000]. Selon certains auteurs, le racisme sous ses différentes formes aurait un rôle important dans les différences de santé entre nationalités et groupes ethniques.

Dans la première phase de l'analyse de l'enquête GMM, l'indicateur de discrimination utilisé a été associé significativement avec plusieurs indicateurs de santé. L'objectif est ici d'affiner ces résultats en prenant en compte d'autres questions disponibles et en construisant un indicateur synthétique sur le même modèle que celui réalisé pour l'intégration. Nous commençons par un aperçu rapide de la littérature concernant les définitions et mesures de la discrimination et les liens entre discriminations et état de santé.

### 2.2.1 Définition et mesure

Le terme générique de discrimination est employé pour désigner une inégalité de traitement (défavorable) en fonction de certaines caractéristiques (sexe, nationalité, apparence physique, appartenance religieuse, préférences sexuelles, etc.) et dans tout type de situation (sphère domestique, lieu de travail, administrations, services de soins).

La mesure directe, au niveau individuel, des discriminations perçues n'est pas sans problèmes et est loin d'être standardisée. Parmi les recommandations figure celle de mesurer les expériences de discrimination dans des situations spécifiques telles que le lieu de travail ou les administrations plutôt que globalement [Krieger, 2000]. La « durée d'exposition » aux discriminations de même que leur intensité sont également des paramètres importants [Krieger, 2000] car leur influence sur l'état de santé peut-être un processus de long terme.

La distinction entre discrimination inter-personnelle et discrimination institutionnelle est également mentionnée par plusieurs auteurs. Les discriminations inter-personnelles sont généralement plus facilement perçues que les discriminations institutionnelles. Karlsen and Nazroo [2002] mentionnent une étude au Royaume-Uni selon laquelle le racisme inter-personnel est une expérience

quotidienne pour de nombreux membres des minorités ethniques.

La validité des mesures [Krieger, 2000] est également un aspect important. Des problèmes se posent pour mesurer la nature exacte, l'intensité et la fréquence des discriminations subies (voir par exemple Karlsen et al. [2002], Harris et al. [2006], Karlsen and Nazroo [2002]). De plus, la déclaration par les répondants des expériences vécues de discrimination est inévitablement subjective. Certaines études ont montré des perceptions différentes du niveau de discrimination pour une « exposition » identique, selon la classe sociale et le sexe notamment. Krieger [2000] cite plusieurs travaux indiquant que les personnes appartenant aux classes sociales inférieures ont tendance à « interioriser » les discriminations subies et à ne pas les déclarer lorsqu'elles sont interrogées.

### 2.2.2 Association entre discriminations et état de santé

Voici quelques éléments issus des différentes théories et mécanismes proposés pour expliquer la manière dont les discriminations agissent sur l'état de santé (voir notamment Krieger, 2000<sup>4</sup>)

- les discriminations produisent des inégalités socioéconomiques, elles-même connues pour leur effet sur l'état de santé ;
- les discriminations entraînent des différences dans les niveaux d'exposition à certains facteurs de risque physiques et chimiques (dont le bruit, la pollution), biologiques ou comportementaux sur le lieu d'habitation (ségrégation résidentielle) ou sur le lieu de travail (ségrégation professionnelle) ;
- les discriminations peuvent s'exprimer par des agressions verbales ou physiques et entraîner dans ce cas des traumatismes psychologiques ou physiques (effet direct). La peur (l'anticipation) de ces agressions peut influencer l'état de santé notamment en favorisant l'hypertension ;
- les discriminations entraînent des différences dans l'accès au système de santé, dans la qualité de la prise en charge médicale ainsi qu'un niveau inférieur de prévention de certains facteurs de risque (diabète, hypertension).

Certains auteurs soulignent que les effets des discriminations sur la santé peuvent être différents selon l'âge, le sexe et la classe sociale et sont susceptibles d'être plus importants pour les personnes qui « interiorisent » les discriminations [Karlsen and Nazroo, 2002]. L'existence d'un réseau social permettant de discuter de ces expériences peut également atténuer les effets des discriminations sur la santé.

### 2.2.3 Construction de l'échelle

L'indicateur de discriminations subies a été construit sur le même modèle que l'indicateur d'intégration. Une analyse factorielle des correspondances multiples (AFCM) a été réalisée à partir des questions spécifiques de l'enquête GMM concernant les discriminations subies figurant dans le tableau 2.1.3 page 11.

Comme cela a déjà été noté, les questions concernant les discriminations subies sont formulées au passé. On peut donc considérer qu'il s'agit du niveau cumulé de discrimination et pas des discriminations que la personne interrogée a subies au moment de l'enquête. Il est probable que le niveau de discrimination subies et perçues évolue, en particulier avec l'intégration et l'amélioration de la maîtrise de la langue. La mesure de la fréquence des discriminations pour chaque situation sur une échelle (« très souvent » à « jamais ») donne une indication de leur intensité. La série de questions concerne des situations spécifiques (tableau 2.1.3 page 11, variables integ08a à integ08f)<sup>5</sup>.

Lors de la première phase de l'analyse de l'enquête GMM, la prise en compte des discriminations se faisait sous la forme d'une variable dichotomique (« oui/non »). Les individus qui se sont sentis discriminés « souvent » ou « très souvent » dans au moins une des situations proposées étaient classés dans le groupe des personnes ayant subi des discriminations. L'indicateur qui est construit ici prend également en compte l'autre question disponible, qui aborde le thème des discriminations d'une manière plus générale (tableau 2.1.3 page 11, variables integ07b-c-d).

---

<sup>4</sup>Précisons que cet inventaire repose essentiellement sur des travaux réalisés aux Etats-Unis.

<sup>5</sup>Cette approche se révèle plus pertinente qu'une question globale sur les discriminations subies (cf 2.2.1).



## 2.2.4 Résultats

Les variables le plus fortement associées au premier axe de l'analyse factorielle sont celles qui concernent les discriminations subies dans les administrations, les restaurants et les bars et dans les lieux de loisirs (voir tableau, B.1). Les personnes ayant répondu « très souvent », « souvent » ou « rarement » pour ces situations ont un score tendant vers le maximum (5.14), alors que les personnes ayant répondu « jamais » ont un score proche de 0. Le score d'individu est donc d'autant plus élevé que celui-ci a déclaré avoir subi des discriminations.

Comme nous l'avions déjà indiqué, les modalités des variables correspondant à un faible niveau d'intégration (mauvaise pratique et compréhension de la langue, âge à l'arrivée en Suisse supérieur à 25 ans) sont associées à l'absence de discriminations subies. Les personnes percevant des discriminations sont donc plutôt des personnes relativement bien intégrées, ou peut-être manifestant un fort désir d'intégration. Les modalités correspondant à une très bonne pratique et compréhension de la langue, à l'appartenance aux strates sociales supérieures sont en effet associées à l'existence de discriminations ressenties. Ce résultat peut toutefois traduire une différence dans la perception des discriminations selon la situation socioéconomique, comme cela a été observé dans d'autres études (voir 2.2.1).

## 2.2.5 Validation de l'échelle des discriminations subies

Le score obtenu en ce qui concerne la discrimination est très peu corrélé avec celui obtenu sur l'échelle d'intégration (-0.13). Ceci confirme qu'il s'agit de deux aspects indépendants. Par ailleurs, la corrélation avec l'âge à l'arrivée en Suisse (-0.18) et avec la durée de séjour en proportion de l'âge (0.13) est également faible.

La figure 2.3 présente la relation (odds ratios) de l'âge, du sexe, de la nationalité, de la strate socioéconomique et du niveau d'intégration avec l'indicateur de discriminations subies, qui a été dichotomisé en deux catégories (niveaux faible et fort). La probabilité d'avoir subi des discriminations diminue fortement avec l'âge, et est plus faible pour les femmes que pour les hommes. Le résultat concernant l'âge est peut-être lié au fait que les discriminations les plus fréquemment citées sont celles subies dans les bars et sur les lieux de loisirs. Des résultats similaires concernant le sexe ont été observés dans d'autres pays, en particulier pour les attaques verbales ou physiques qui sont plus fréquemment déclarées par les hommes que par les femmes.

Comme cela a déjà été mentionné, la probabilité d'avoir ressenti des discriminations augmente avec la position socioéconomique et est plus faible parmi les personnes faiblement intégrées. L'association inverse entre discrimination et niveau socioéconomique n'est pas observée systématiquement<sup>6</sup>, et pourrait être en fait le résultat d'une sous-déclaration des discriminations par les personnes les moins favorisées. Après contrôle de l'âge, du sexe, de la position socioéconomique et du niveau d'intégration, les ressortissantes et ressortissants turcs se distinguent par une fréquence élevée de discriminations subies, alors que les requérants d'asile kosovars et tamouls se distinguent au contraire par une fréquence diminuée.

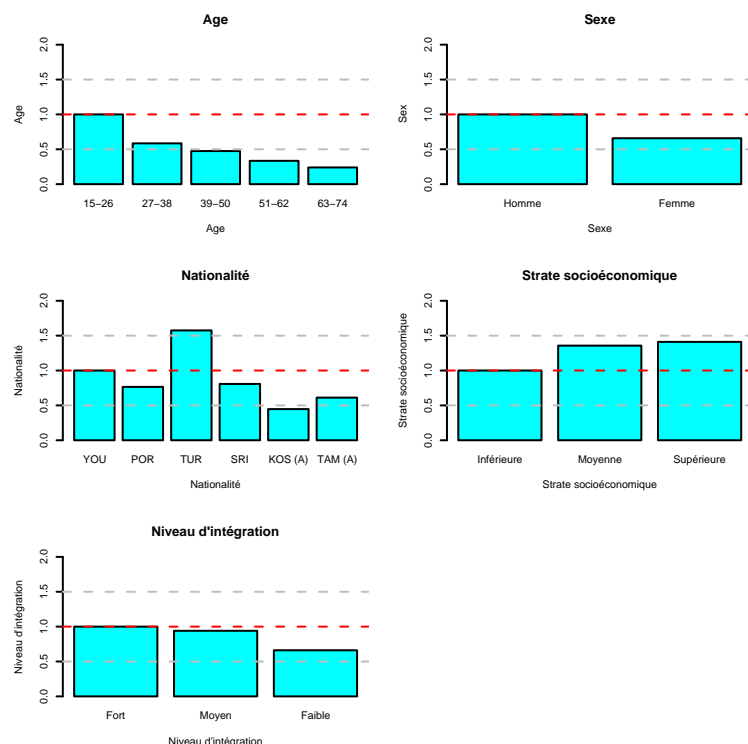
Les profils des individus présentant les scores extrêmes sur l'échelle des discriminations subies figurent dans le tableau 2.5 page 19. Les trois personnes présentant le niveau maximum de discriminations subies ont répondu systématiquement par « très souvent » aux questions posées sur le thème des discriminations. Elles sont toutes arrivées après l'âge de 20 ans, et deux sont des requérants d'asile sri lankais. Mais leurs profils sont assez différents pour certains points, notamment le sentiment d'appartenance (une personne se sent appartenir au peuple suisse, les deux autres se sentent plus proches des personnes de leur pays d'origine). On peut dire qu'il s'agit de personnes moyennement intégrées ou en voie d'intégration : celles-ci ne regardent que rarement les programmes télévisés dans leur langue d'origine, n'ont effectué aucun long séjour dans leur pays d'origine au cours des cinq dernières années et éprouvent « de temps en temps » le sentiment de n'avoir plus de patrie, mais deux d'entre elles ne maîtrisent que moyennement une des langues nationales.

Finalement, la personne présentant le score minimum est une ressortissante d'un pays d'ex-Yougoslavie qui n'a pas un profil très différent de celui de l'homme de la même origine présentant

---

<sup>6</sup>Harris et al. [2006] a par exemple observé pour la Nouvelle-Zélande une faible relation positive entre le niveau de déprivation et le fait d'avoir subi des discriminations.

FIG. 2.3 – Odds ratios pour le score obtenu sur l'échelle des discriminations subies (faible/fort), selon l'âge et la nationalité



le score maximum, excepté qu'elle est arrivée en Suisse depuis plus longtemps (à l'âge de 27 ans alors qu'elle est âgée de 63-74 ans). Cette personne se sent également appartenir aux personnes de son pays d'origine et maintien un lien avec celui-ci (3 à 5 séjours de plus de deux mois durant les cinq dernières années). Cependant, cette personne ne s'est jamais senti discriminée, dans aucune des situations abordées par le questionnaire. La perception et la mesure des discriminations subies est donc relativement complexe et subjective, comme la revue de la littérature l'a montré.

## 2.3 Histoire migratoire

L'expérience migratoire par elle-même est susceptible d'avoir une influence sur la santé. Les raisons de la migration peuvent être traumatiques, particulièrement si la personne a subi une répression ou des violences dans le pays d'origine. En plus des difficultés liées au processus d'acculturation, la migration peut entraîner une isolation sociale et la perte des réseaux sociaux, sources de support émotionnel et instrumental [Issa and Tousignant, 1997]. Ce paramètre peut dépendre de la taille et de l'organisation de la communauté dans le pays d'accueil.

Les variables disponibles pour appréhender l'histoire migratoire sont présentées dans le tableau 2.6 page 20. La question concernant le fait d'avoir subi des persécutions politiques ou des violences dans le pays d'origine a déjà été utilisée dans la première phase de l'analyse de l'enquête GMM et s'est révélée associée significativement avec certains indicateurs de l'état de santé (équilibre psychique et incapacités fonctionnelles de longue durée) ainsi qu'avec la consommation de médicaments. Le statut de séjour (permis) est également un indicateur de l'histoire migratoire, mais ce statut peut évoluer dans le temps. De plus, il se recoupe avec la variable « nationalité », qui comprend deux catégories pour les requérants d'asile kosovars et tamouls.

TAB. 2.5 – Individus présentant les scores minimum et maximum sur l'échelle des discriminations subies

Variable	Description	Score maximum				Score minimum
		5.14	5.14	5.14	5.14	
discrim.D1	Score sur l'échelle d'intégration	Homme	Homme	Homme	Homme	-0.44
sex	Sexe	Homme	Homme	Homme	Homme	Femme
age5	Age au moment de l'enquête	51-62	27-38	15-26	15-26	63-74
nation9	Nationalité	ex-Yougoslavie (II)	Sri Lanka (III)	Sri Lanka (III)	Sri Lanka (III)	ex-Yougoslavie (II)
agearr	Âge à l'arrivée en Suisse	37	23	21	21	27
integ01	Séjour d'au moins deux mois dans le pays d'origine au cours des cinq dernières années	Pas une seule fois	Pas une seule fois	Pas une seule fois	Pas une seule fois	3 à 5 fois
integ02	Rapports étroits avec des personnes du pays d'origine	oui, avec des membres de ma famille et des amis	oui, avec des membres de ma famille et des amis	oui, avec des membres de ma famille et des amis	non	oui, avec des membres de ma famille et des amis
integ03	Programmes télé dans la langue des compatriotes	rarement	rarement	rarement	rarement	jamais - mais je regarde d'autres programmes
integ04	Sentiment de n'avoir plus de patrie	de temps en temps	de temps en temps	de temps en temps	jamais	jamais
integ05	Sentiment de faire partie	des personnes du pays d'origine de vos parents	des personnes du pays d'origine de vos parents	des personnes du pays d'origine de vos parents	du peuple suisse	des personnes du pays d'origine de vos parents
integ09	Langue nationale maîtrisée le mieux	italien	allemand	allemand	allemand	allemand
integ10	Compréhension de cette langue	bien	moyennement	moyennement	moyennement	bien
integ11	Pratique de cette langue	bien	moyennement	moyennement	moyennement	bien
integ07b	Discriminations à cause de l'origine	très souvent	très souvent	très souvent	très souvent	jamais
integ07c	Discriminations à cause de la couleur de peau	très souvent	très souvent	très souvent	très souvent	jamais
integ07d	Discriminations à cause de votre appartenance à une communauté religieuse	très souvent	très souvent	très souvent	très souvent	jamais
integ08a	Discriminations à l'école ou sur votre lieu de travail	très souvent	très souvent	très souvent	très souvent	jamais
integ08b	Discriminations dans votre quartier	très souvent	très souvent	très souvent	très souvent	jamais
integ08c	Discriminations en faisant les courses	très souvent	très souvent	très souvent	très souvent	jamais
integ08d	Discriminations dans les administrations	très souvent	très souvent	très souvent	très souvent	jamais
integ08e	Discriminations au restaurant ou dans les bars	très souvent	très souvent	très souvent	très souvent	jamais
integ08f	Discriminations dans des lieux de loisirs	très souvent	très souvent	très souvent	très souvent	jamais

TAB. 2.6 – Informations concernant l’histoire migratoire

Variable	Question	Modalités
mighin1r1 mighin1r2 mighin1r3 mighin1r4 mighin1r5 mighin1r6 mighin1r7 mighin1r8 mighin1r9	Raisons de la migration	<01> Pour avoir une vie meilleure : un meilleur logement, pouvoir acheter plus de choses, etc. <02> Pour travailler en Suisse afin de soutenir financièrement la famille restée au pays <03> Pour travailler en Suisse et faire des économies <04> Pour cause de persécution politique <05> Pour pouvoir vivre avec un partenaire ou se marier <06> Pour vivre avec le reste de la famille <07> Pour ne pas avoir à craindre la guerre ni les destructions <08> Pour suivre une formation en Suisse <09> Pour vivre indépendamment de la famille <10> Autres raisons
mighin02	Avez-vous personnellement été la victime de persécution politique ou de violences dans votre pays d’origine ?	<1> oui <2> non
aufstat	Permis de séjour	Requérant d’asile (en cours / refusé) Permis F Permis B Permis C

## 2.4 Relations sociales et santé

Le terme de ‘relations sociales’ est un terme générique utilisé ici pour désigner un ensemble de facteurs (intégration sociale, interactions sociales, liens sociaux, support social) apparaissant dans de nombreuses études en relation avec l’état de santé psychique et physique et les comportements en relation avec la santé. Dans la quasi totalité de ces études, l’isolation sociale, quelle que soit la manière dont elle est appréhendée, est liée à une détérioration de l’état de santé (par exemple [Eng et al., 2002](#)). Des résultats dans ce sens ont été obtenus pour la Suisse avec les données du Panel Suisse de Ménages [[Hämmig, 2007](#)]. Des associations particulièrement importantes ont également été montrées concernant l’influence du support social sur la survie ou la récupération après un infarctus ou un accident vasculaire cérébral [[Berkman, 2000](#)].

Ces différents aspects des relations sociales sont des facteurs à prendre particulièrement en compte dans l’étude de la santé des migrants, car la migration peut entraîner l’isolation sociale et la perte des réseaux sociaux, sources de support émotionnel et instrumental, et affecter par ce biais l’état de santé [[Issa and Tousignant, 1997](#)]. Dans la première phase de l’analyse de l’enquête GMM, certaines variables parfois utilisées comme indicatrices du support social se sont révélées significatives (état civil, nombre de personnes de plus de 15 ans dans le ménage).

Les sections suivantes présentent une brève revue de la littérature théorique concernant les définitions et mesures des nombreux aspects des relations sociales et leur lien avec la santé. Les indicateurs disponibles dans l’enquête GMM sont ensuite présentés.

### 2.4.1 Définitions et mesures

[Cohen \[2004\]](#) retient quatre aspects principaux sous lesquels les liens entre relations sociales et santé physique ont été étudiés

- la structure des réseaux sociaux
- le soutien reçu (social support)
- la quantité et la qualité des interactions sociales
- le sentiment de solitude et d’isolation

La mesure de ces différents aspects nécessite des instruments généralement complexes, notamment en ce qui concerne la structure des réseaux sociaux (voir [Berkman, 2000](#) pour un aperçu). La littérature sur le sujet comporte plusieurs tentatives de définition des mécanismes par lesquels ces différents aspects des relations sociales agissent sur l'état de santé [[Cohen, 2004](#), [Kawachi and Berkman, 2001](#), [Cacioppo et al., 2002](#)]. Nous présentons dans ce qui suit une revue brève et non-exhaustive de ces travaux.

## 2.4.2 Mécanismes

Certains auteurs distinguent en premier lieu deux canaux principaux par lesquels la qualité et la quantité des relations sociales affectent la santé : les comportements et les mécanismes physiologiques [[Eng et al., 2002](#)]. [Cohen \[2004\]](#) remarque par ailleurs que les différents aspects des relations sociales étudiés dans la littérature correspondent à la fois à des variables de l'environnement social et à des caractéristiques individuelles susceptibles d'influencer la santé physique au travers de mécanismes différents et indépendants. Outre l'effet direct (« main effect »), un des effets du support social disponible (ou potentiellement disponible) est d'agir comme un « tampon » qui permet de limiter l'impact des événements adverses ou « agressions » de la vie quotidienne sur l'état de santé. Cet effet est appelé « stress buffering » dans la littérature.

[Berkman et al. \[2000\]](#) identifient pour leur part plusieurs mécanismes par lesquels les réseaux sociaux influencent les comportements et l'état de santé

- la fourniture de support social (« social support »)
- l'influence sociale (« social influence »)
- la participation sociale
- le contact de personne à personne (exposition à des agents infectieux)
- l'accès aux ressources et biens matériels

**Support social** Le support social est le mécanisme le plus souvent invoqué. Il peut être décomposé en plusieurs types : émotionnel, instrumental, expertise et « informationnel » (les supports de type émotionnel, expertise ou informationnel sont souvent difficiles à séparer). Chaque membre du réseau social peut fournir un ou plusieurs ou aucun de ces types de support, avec une variation dans la fréquence et l'intensité :

- le support émotionnel est lié à la quantité d'amour, de sympathie, de compréhension, d'estime procuré par les autres
- le support instrumental est l'aide l'assistance pour des besoins tangibles tels que téléphone, cuisine (aide en argent ou en travail)
- le support en expertise se réfère à l'aide concernant la prise de décision
- le support informationnel se réfère à la fourniture d'informations, de conseils

Une distinction supplémentaire peut être opérée entre la quantité disponible ou reçue de support social et la quantité perçue par un individu (le support sur lequel un individu pense pouvoir compter), qui peut ne pas correspondre à la quantité effectivement disponible [[Berkman, 2000](#)]. Il semble que le support social perçu est l'aspect le plus important en ce qui concerne les effets sur l'état de santé. La quantité de support social sur laquelle un individu peut compter (pense pouvoir compter) joue notamment le rôle de tampon (« stress buffering »), évoqué précédemment, dans sa capacité à répondre à différents types de stress (événements de la vie quotidienne, mais aussi réponse immunitaire de l'organisme). Le support social est également supposé agir par la biais de l'efficacité personnelle (« self efficacy »), définie par la confiance qu'une personne a en ses capacités à adopter certains comportements spécifiques.

**Influence sociale** L'« influence sociale » est le mécanisme par lequel les individus obtiennent des informations en comparant leurs comportements avec ceux d'un groupe de référence, ces attitudes étant renforcées si elles sont partagées par les autres membres du groupe, et abandonnées dans le cas contraire (Marsden & Friedkin, 1994, p. 5). Les normes concernant les comportements en relation avec la santé (consommation d'alcool et de tabac, utilisation du système de soins et comportements préventifs, adhérence aux approches thérapeutiques et comportements alimentaires) sont susceptibles d'être des sources importantes d'influence sociale. Plusieurs études ont mis en évidence une relation entre isolation sociale et prévalence de comportements à risque tels que la

TAB. 2.7 – Questions utilisables comme indicateurs de l’intensité des relations sociales et du support social

Variable	Question	Modalités
sounsp01	Entretenez-vous des contacts avec des membres de votre famille résidant en Suisse ?	<1> oui <2> non
sodsp06	Avez-vous actuellement un compagnon/une compagne ou un mari/une femme en Suisse ?	<1> oui <2> non
tpsyg05	Vous arrive-t’il souvent de vous sentir seul(e) ? Cela vous arrive-t’il très souvent, assez souvent, parfois ou bien jamais ?	<1> très souvent <2> assez souvent <3> parfois <4> jamais
tkont03	Nombre de personnes dans le ménage	1 à 10
civ	Etat civil du répondant	Célibataire Marié(e) Veuf(ve) / Divorcé(e)

consommation abusive d’alcool et de tabac, l’inactivité physique et les surcharges pondérales qui en résultent.

Pour terminer, on notera qu’une des questions fondamentales qui se pose, est de savoir si l’isolement social précède ou est la conséquence de la maladie. La réponse à cette question est difficile si l’on ne dispose pas de données longitudinales. L’observation sur la durée de l’état de santé d’un groupe d’individus accompagnée de la mesure de l’intégration sociale, comme cela a été réalisé pour plusieurs études, est la seule manière de voir si l’isolement social est un facteur aggravant dans le déclenchement et le développement de maladies.

### 2.4.3 Indicateurs

L’enquête GMM ne comporte pas de module spécifique sur le thème de l’intégration sociale, mais quelques questions y font référence (tableau 2.7). L’état civil utilisé dans la première phase de l’analyse de l’enquête GMM, est généralement associé à des variations de l’état de santé et des comportements en relation avec la santé, mais c’est un des indicateurs les moins précis. De plus, une personne étrangère vivant en Suisse peut être mariée mais être présente sans son conjoint. De ce fait, la question concernant l’existence d’un partenaire, marié ou non, est plus pertinente (tableau 2.7, variable sodsp06). Une autre question aborde directement le thème de la solitude (tableau 2.7, variable tpsyg05).

## 2.5 Comportements et facteurs de risque

Les comportements relatifs à la santé sont également un facteur explicatif potentiel de l’état de santé, et en conséquence de l’utilisation des services de santé. Le questionnaire de l’enquête GMM contient un nombre limité de variables permettant d’appréhender directement ces comportements, mais certaines informations peuvent être utilisées en tant qu’indicateurs. Il faut noter que peu de moyens sont disponibles pour estimer la fiabilité des informations recueillies dans le domaine des comportements lors d’un questionnaire téléphonique, et que ce problème est susceptible d’être particulièrement important dans le cas de questionnaires traduits concernant des personnes d’origine étrangère [Bhopal et al., 2004].

**Indice de masse corporelle** L’indice de masse corporelle (IMC) est à la fois un indicateur de santé et un indicateur du comportement alimentaire et de la pratique d’une activité physique. La surcharge pondérale est un facteur de risque pour de nombreuses maladies, notamment le diabète et les maladies cardio-vasculaires. On considère généralement qu’un IMC supérieur à 25 indique une surcharge pondérale, et un IMC supérieur à 30 est un indicateur de l’obésité. On notera que l’IMC est ici calculé à l’aide du poids et de la taille indiqués par les répondants, la fiabilité de cet indicateur est donc sujette à caution. Un IMC faible (inférieur à 18) est également un facteur

TAB. 2.8 – Variables utilisables comme indicateurs du comportement

Variable	Question	Modalité
IMC	Pouvez-vous m'indiquer votre taille sans chaussures ? Et combien pesez-vous sans vêtements ?	$IMC = \frac{Taille}{Poids^2}$
TABAC	Fumez-vous, même occasionnellement ?	<1> oui <2> non
SPORFREQ	Faites-vous de la gymnastique, du fitness ou du sport ? . A quelle fréquence faites-vous de la gymnastique, du fitness ou du sport ?	<1> oui <2> non - <1> (presque) chaque jour <2> plusieurs fois par semaine <3> environ 1 fois par semaine <4> environ 1 à 3 fois par mois <5> moins d'une fois par mois
talko01	Quelle est votre consommation habituelle d'alcool (bière, vin, liqueurs, apéritifs, eaux-de-vie) ? En buvez-vous plusieurs fois par jour ou à quelle fréquence ?	<1> 3 fois ou plus par jour <2> 2 fois par jour (pendant les repas) <3> 1 fois par jour <4> plusieurs fois par semaine <5> 1 ou 2 fois par semaine <6> plus rarement <7> jamais, abstinent

de risque mais il concerne un très faible nombre de répondants (36) et n'a donc pas été pris en compte.

**Tabagisme** La consommation de tabac est un facteur de risque connu de maladies cardio-vasculaires et du cancer. Le questionnaire de l'enquête GMM comprend une question sur la consommation actuelle de tabac, mais pas sur la quantité consommée (tableau 2.8). Cette variable ne permet donc pas de distinguer des niveaux de risque en fonction de la quantité de tabac. Toutefois, d'autres enquêtes ont montré que la proportion de fumeurs modérés était relativement faible en comparaison de celle des fumeurs réguliers.

**Consommation d'alcool** La consommation d'alcool peut également servir d'indicateur de comportement. Toutefois, l'usage de cet indicateur est délicat car une consommation régulière et modérée d'alcool apparaît généralement comme bénéfique pour la santé [Gmel et al., 2003, San-Jose, 2003], en particulier pour le système cardio-vasculaire, alors qu'une consommation abusive est un facteur de risque pour de nombreuses maladies. Par ailleurs, il est également possible qu'il existe un problème de sous-déclaration, particulièrement dans certaines sous-populations. Bien que des questions plus détaillées soient disponibles, c'est la question concernant la consommation habituelle d'alcool (tableau 2.8, variable talko01), recodée en trois catégories, qui a été utilisée. Cet indicateur a été étudié lors de la première phase d'analyse de l'enquête GMM.

**Activité physique** La pratique d'une activité physique est également un indicateur de comportements en matière de santé. Une telle pratique régulière a notamment une influence bénéfique en ce qui concerne les maladies cardio-vasculaires. Il faut toutefois noter que certaines personnes pratiquent une activité physique en relation avec leur profession. Dans ce cas l'absence de pratique d'une activité physique extra-professionnelle n'est pas un indicateur pertinent.

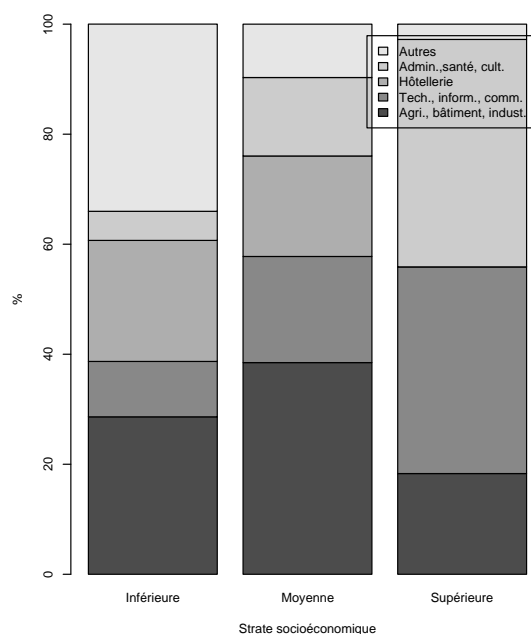
## 2.6 Type d'activité professionnelle

Le type d'activité, au travers de la pénibilité du travail, des risques d'accidents, et de l'exposition à des substances pathogènes est également un des facteurs susceptibles d'être associés à l'état de santé et aux recours aux services de santé. Toutefois, la durée d'exposition au risque, autrement

TAB. 2.9 – Liste des branches d'activité

Branche d'activité	Recodage en 5 catégories
land- und forstwirtschaft, tierzucht	1
produktion in industrie und gewerbe (ohne bau)	1
technische und informatikberufe	2
bau-, ausbaugewerbe, bergbau	1
handel, verkehr	2
gastgewerbe, persönliche dienstleistungen	3
management, administration, banken, versicherungen, justiz	4
gesundheit, lehre, kultur, wissenschaft	4
nicht klassifizierbar	5

FIG. 2.4 – Répartition par branche d'activité, selon la strate socioéconomique



dit la durée passée dans une activité professionnelle, est un paramètre important dont nous ne pouvons pas tenir compte par manque d'informations.

Dans l'enquête GMM, l'information disponible dans ce domaine est la branche d'activité pour la profession actuelle ou la dernière profession exercée par le répondant. La branche d'activité était initialement répartie en 9 catégories (tableau 2.9). Celles-ci ont été regroupées, avec pour objectif de distinguer les personnes effectuant des activités manuelles (pénibilité physique élevée) des autres. Étant donné les effectifs importants, les personnes travaillant dans la branche « hôtellerie et services aux personnes » ont été laissées dans une catégorie à part.

Plusieurs questions se posent quant à l'utilisation de cet indicateur et à sa fiabilité. Tout d'abord, la branche d'activité n'est pas totalement synonyme du type d'emploi exercé. De plus, la question se pose d'un éventuel double emploi avec la strate socioéconomique, qui est utilisée systématiquement comme variable de contrôle. Le graphique 2.4 montre qu'il existe effectivement une corrélation, avec une proportion nettement plus importante d'actifs dans les branches « non manuelles » (professions techniques et de l'informatique, management, administration, banques, assurances, etc...) dans les strates socioéconomiques moyennes et surtout supérieures. On remarque également qu'une part importante des personnes de la classe moyenne travaillent dans les branches de l'industrie, de l'agriculture et du bâtiment.



TAB. 2.10 – Répartition par branche d'activité, selon le sexe et la nationalité

	Branche d'activité				
	Agriculture, industrie, bâtiment	Technique, informatique, commerce	Hôtellerie	Admin., santé, enseignement, culture	Autres
	%	%	%	%	%
<b>Hommes</b>					
ex-Yougoslavie	54.6	18.4	9.1	7.1	10.7
Portugal	51.6	26.9	8.3	6.7	6.6
Turquie	56.8	20.1	4.5	6.8	11.8
Sri lanka (résidents)	31.6	6.7	46.7	7.3	7.7
Kosovars (requérants)	44.1	8.1	10.8	7.2	29.7
Tamouls (requérants)	22.0	5.5	42.9	2.2	27.5
<b>Femmes</b>					
ex-Yougoslavie	20.6	17.3	23.0	16.7	22.5
Portugal	14.5	12.8	38.5	20.4	13.8
Turquie	27.3	12.6	23.1	11.9	25.1
Sri lanka (résidentes)	14.0	2.7	39.3	10.3	33.7
Kosovars (requérantes)	6.3	4.9	19.7	8.5	60.6
Tamouls (requérantes)	8.0	3.1	24.1	2.5	62.4

Il est également possible qu'il existe une forte sectorisation des activités professionnelles par nationalité, ce qui impliquerait une corrélation entre ces deux variables. Le tableau 2.10 montre qu'il y a effectivement certains profils spécifiques selon la nationalité. Les hommes sri lankais résidents, mais également les requérants d'asile tamouls, sont particulièrement présents dans le secteur de l'hôtellerie (47% et 43% respectivement, contre moins de 10% pour les autres nationalités) et moins présents dans les branches de l'agriculture, de l'industrie et du bâtiment (32% pour les sri lankais résidents contre 52% ou plus pour les autres groupes). On remarque cependant la proportion nettement plus élevée de requérants d'asile dans la catégorie « autres », en raison de leur statut.

## Chapitre 3

# Indicateurs de l'état de santé

Dans le précédent chapitre, nous avons sélectionné les variables utilisables pour chacun des facteurs explicatifs que nous souhaitons prendre en compte. Dans une première analyse exploratoire, les arbres de régression (voir annexe C page 106 pour une présentation) vont nous permettre de détecter parmi ces variables celles qui sont les plus pertinentes pour mesurer les associations avec les indicateurs de santé que nous souhaitons « expliquer ». A l'aide de ces résultats, nous pourrions élaborer des modèles spécifiques et mesurer l'influence conjointe (à l'aide d'odds ratios) des différents facteurs sur l'état de santé.

Cinq indicateurs de l'état de santé sont pris en compte (tableau 3). Ceux-ci ont déjà été étudiés lors de la première phase, mais les modalités sont ici différentes. Dans la première phase d'analyse, les indicateurs étaient pris en compte sous une forme dichotomique (par exemple « bon » / « mauvais » pour l'état de santé auto déclaré), alors qu'ils sont codés ici pour la plupart en trois catégories (« bon » / « moyen » / « mauvais » pour l'état de santé auto-déclaré). On notera que, par manque d'informations (non-réponses), certains indicateurs n'ont pas pu être construits pour une proportion non-négligeable des répondants, ce qui limite le nombre d'individus sur lesquels porte l'analyse. C'est notamment le cas pour les troubles physiques, cette mesure synthétique n'ayant pas pu être construite pour près de 23% des personnes interrogées.

### 3.1 Analyse exploratoire

L'analyse exploratoire utilisant les arbres de régression (voir encadré) permet de repérer les facteurs les plus fortement associés aux variations des indicateurs de l'état de santé et d'identifier des sous-groupes de population aux comportements particuliers. La liste des variables utilisées dans les arbres de régression, c'est à dire les variables parmi lesquelles le modèle pourra sélectionner celles qui sont le plus liées aux indicateurs de santé, figure dans les tableaux 3.2 page 28 et 3.3 page 29. Dans la colonne « code » sont indiquées les abréviations des modalités des variables qui sont utilisées dans les graphiques des arbres de régression.

Le tableau 3.4 page 30 présente une synthèse des résultats pour l'ensemble des indicateurs de l'état de santé. Une croix indique si l'une des variables a été retenue par les arbres de régression parmi celles qui sont le plus fortement associées aux variations de chacun des indicateurs de l'état de santé.

L'âge et le sentiment de solitude présentent indéniablement l'association la plus forte avec l'ensemble des indicateurs de l'état de santé. L'âge est la première variable sélectionnée pour trois indicateurs. Dans deux cas sur trois (état de santé, figure 3.1 page 31 et handicaps limitant l'activité normale, figure 3.5 page 35), la division s'opère entre personnes ayant moins de 50 ans et celles plus âgées. Ce résultat n'est pas surprenant, et montre que l'âge agit sur l'état de santé indépendamment de toutes les autres variables. Sa prise en compte est donc nécessaire dans toutes analyse de l'état de santé.

La fréquence à laquelle une personne se sent seule est également un indicateur particulièrement pertinent de l'état de santé. On constate que même lorsque la population a été préalablement divisée en deux groupes en fonction de l'âge (plus et moins de 50 ans), le sentiment de solitude est la seconde variable la plus pertinente, parallèlement pour les deux groupes d'âges ainsi constitués

TAB. 3.1 – Liste des indicateurs de l'état de santé

Variable	Indicateur	Question	Modalités
tsubg01	État de santé auto-déclaré	Commençons par l'essentiel : Comment allez-vous en ce moment ?	Bon Moyen Mauvais
sanpsy3	Équilibre psychique		inférieur ou égal à 12 (mauvais) de 13 à 14 (moyen) 15 et 16 (bon)
symptom3	Troubles physiques		Pas ou peu de symptômes (8 et 9) Quelques symptômes (10 et 11) Troubles physiques importants (12 et plus)
	Incapacité fonctionnelle de longue durée	Il y a actuellement beaucoup de gens qui ont un problème psychique ou physique qui les limite dans leurs activités quotidiennes. Avez-vous un tel problème ou une maladie de ce type, qui dure déjà depuis plus d'une année ?	
	Handicap limitant l'activité normale	Pendant combien de jours avez-vous été handicapé(e) par un problème de santé au point de ne pas pouvoir exercer votre activité normalement, au cours des 4 dernières semaines ?	0-5 jours 6-27 jours 28 jours

(état de santé, figure 3.1 page 31). Ce résultat peut paraître surprenant, et il faudra tenter de l'approfondir dans la suite de l'analyse. La question se pose de savoir si le sentiment de solitude n'est pas la conséquence d'un état de santé détérioré, particulièrement dans le cas des incapacités fonctionnelles de longue durée, ou s'il n'est pas corrélé fortement avec d'autres caractéristiques. Toutefois, nous avons vu précédemment que de nombreux travaux ont montré cette association.

Les échelles d'intégration et de discrimination construites sont également associées aux variations de l'état de santé, mais elles apparaissent le plus souvent après l'âge et la fréquence du sentiment de solitude. Le niveau de discriminations subies est particulièrement associé à l'équilibre psychique, dans le sous-groupe des personnes ne se sentant jamais seules (figure 3.2 page 32). Pour les personnes de plus de 50 ans qui ne souffrent pas de problèmes aigus de solitude, le niveau d'intégration est un facteur important de l'état de santé auto-déclaré (figure 3.1 page 31, nœud 23).

Dans le domaine des comportements, l'indice de masse corporelle est l'indicateur qui apparaît le plus souvent. C'est un paramètre important pour l'état de santé auto-déclaré des personnes âgées de plus de 50 ans ( 3.1 page 31, nœuds 3, 7 et 10). Il apparaît également en ce qui concerne les troubles physiques ( 3.1 page 33), alors que l'obésité (IMC>31) est associée aux handicaps limitant l'activité normale (3.5). La pratique d'un sport intervient également parmi les variables associées à l'état de santé auto-déclaré (ce qui est somme toute logique) et à l'équilibre psychique.

Malgré la « concurrence » de nombreux autres facteurs, la nationalité reste également associée aux variations de l'état de santé. On remarque que la plupart du temps la division ne s'opère pas entre requérants et résidents. En revanche le sexe n'apparaît pas parmi les variables les plus discriminantes, mis à part pour les symptômes physiques (figure 3.1 page 33), et la strate socioéconomique n'est retenue que pour l'équilibre psychique (figure 3.2 page 32).

Tab. 3.2 – Liste des variables utilisées dans les arbres de régression - Caractéristiques socioéconomiques et sociodémographiques

Variable	Description	Modalités	Codes
ages5	Âge du répondant au moment de l'enquête	15-26 ans 27-38 ans 39-50 ans 51-62 ans 63-74 ans	
sex	Sexe du répondant	Homme Femme	
region	Région de résidence	Suisse alémanique Suisse romande Tessin	DE FR IT
nation9	Nationalité	Pays de l'ex-Yougoslavie - module II Portugal - module II Turquie - module II Sri Lanka - module II Kosovo (Albanais) - Module III Sri Lanka (Tamouls) - Module III	YOU POR TUR SRI KOS (A) TAM (A)
strata3	Strate socioéconomique	Strate inférieure Strate intermédiaire Strate supérieure	STRAT1 STRAT2 STRAT3
civ	Etat civil	Célibataire Marié(e) Veuf(ve) / Divorcé(e)	CIV1 CIV2 CIV3
branche	Branche d'activité	Agriculture, production dans l'industrie, construction Profession techniques et de l'informatique, commerce Hôtellerie, services aux personnes Management, administration, santé, culture Autres, non classifiables	BR1 BR2 BR3 BR4 BR5
aufstat	Permis de séjour	Requérant d'asile (en cours / refusé) Permis F Permis B Permis C	

TAB. 3.3 – Liste des variables utilisées dans les arbres de régression – Comportements et facteurs de risque

Variable	Description	Modalités	Codes
integr.D1	Score sur l'échelle d'intégration	de -1.21 (très intégré) à 1.44 (peu intégré)	
discrim.D1	Score sur l'échelle de discrimination	de -0.44 (aucune discrimination subie) à 5.14 (forte discrimination ressentie)	
IMC	Indice de masse corporelle	de 14 à 49 (surpoids si IMC>25, obésité si IMC>30)	
TABAC	Fumeur	fumeur non-fumeur	
SPORTFREQ	Pratique de la gymnastique, du fitness ou du sport	au moins une fois par semaine moins d'une fois par semaine	
talko01	Consommation d'alcool	tous les jours quelques fois par semaine 1 à 2 fois par semaine ou moins pas de réponse	ALCO+ ALCO= ALCO-
tpsyp05	Sentiment de solitude	souvent parfois jamais	
tkont03	Nombre de personnes de plus de 15 ans dans le ménage	de 1 à 10	
sounsp01	Contacts avec des membres de la famille résidant en Suisse	oui non	
sodsp06	Compagnon/compagne ou mari/femme en Suisse	oui non	
mighin1r1 mighin1r2 mighin1r3 mighin1r4 mighin1r5 mighin1r6 mighin1r7 mighin1r8 mighin1r9	Raisons de la migration	<01> Pour avoir une vie meilleure : un meilleur logement, pouvoir acheter plus de choses, etc. <02> Pour travailler en Suisse afin de soutenir financièrement la famille restée au pays <03> Pour travailler en Suisse et faire des économies <04> Pour cause de persécution politique <05> Pour pouvoir vivre avec un partenaire ou se marier <06> Pour vivre avec le reste de la famille <07> Pour ne pas avoir à craindre la guerre ni les destructions <08> Pour suivre une formation en Suisse <09> Pour vivre indépendamment de la famille <10> Autres raisons	
mighin02	Victime de persécution politique ou de violences dans le pays d'origine	<1> oui <2> non	

TAB. 3.4 – Variables sélectionnées par les arbres de régression

Variable	Description	État de santé auto-déclaré	Équilibre psychique	Symptômes physiques	Incapacité fonctionnelle de longue durée	Handicap limitant l'activité normale
age5	Age	X		X	X	X
sex	Sexe			X		X
region	Région				X	
nation9	Nationalité	X	X		X	X
strata3	Strate socioéconomique		X			
civ	Etat civil					
branche	Branche d'activité		X			
integ. D1	Score sur l'échelle d'intégration	X			X	
discrim. D1	Score sur l'échelle des discriminations subies		X	X		X
IMC	Indice de masse corporelle	X		X		X
TABAC	Consommation de tabac					
SPORTFREQ	Activité sportive	X	X			
talko01	Consommation d'alcool				X	
tpsyg05	Sentiment de solitude	X	X	X	X	X
tkont03	Nombre de personnes dans le ménage					
sounsp01	Contacts avec des membres de la famille résidant en Suisse					
sodsp06	Partenaire en Suisse					
mighn1r1	Raisons de la migration (1)					
mighn1r2	Raisons de la migration (2)					
mighn1r3	Raisons de la migration (3)					
mighn1r4	Raisons de la migration (4)					
mighn1r5	Raisons de la migration (5)					
mighn1r6	Raisons de la migration (6)					
mighn02	Victimes de persécutions politiques dans le pays d'origine					
aufstat	Permis de séjour					

FIG. 3.1 – Arbre de régression pour l'état de santé auto-déclaré - Les histogrammes indiquent la répartition de l'état de santé (« bon », « moyen », « mauvais ») pour chacun des sous-groupes définis par les branches de l'arbre

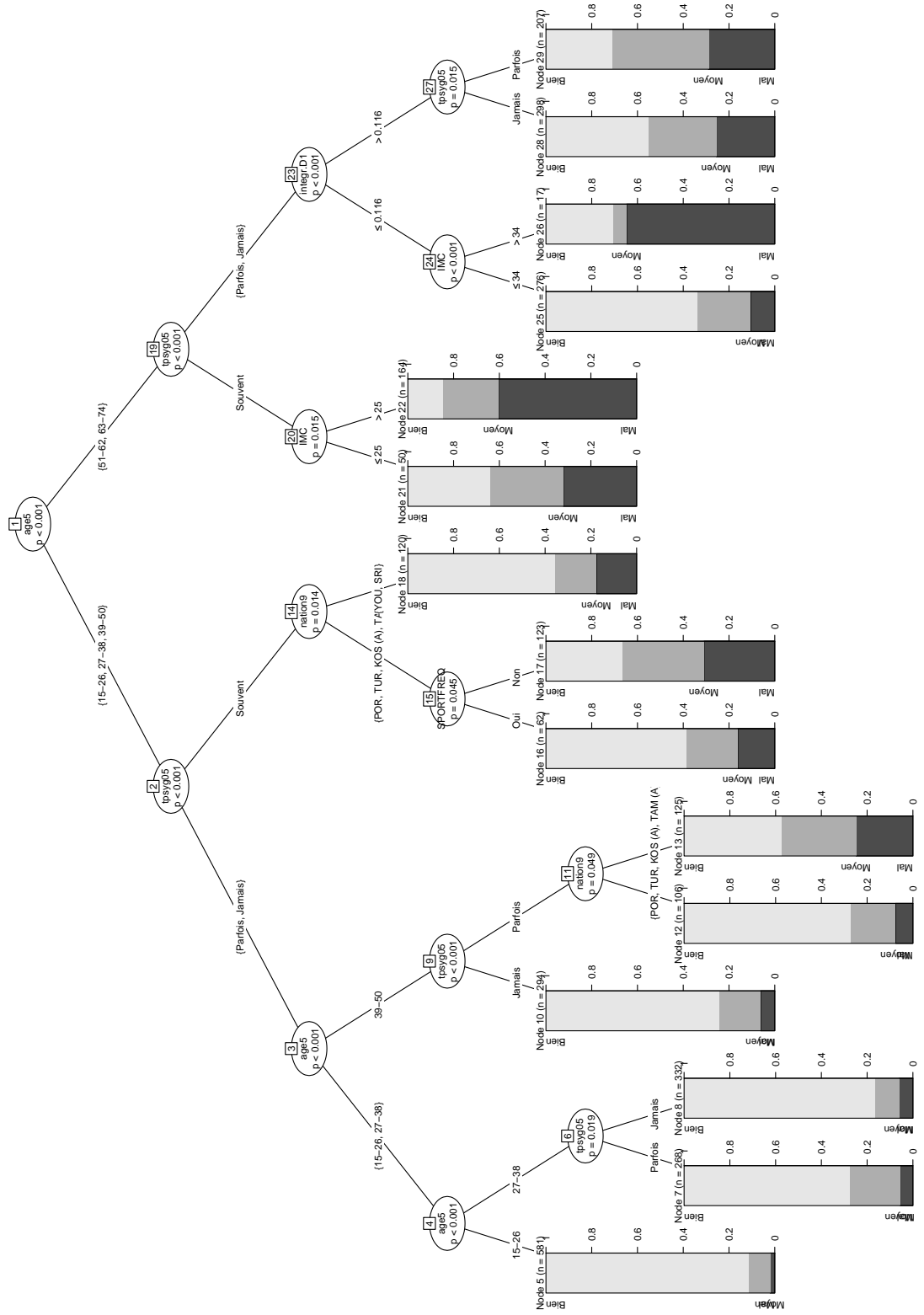


FIG. 3.2 – Arbre de régression pour l'équilibre psychique - Les histogrammes indiquent la distribution de l'équilibre psychique (« bon », « moyen », « mauvais ») dans chacun des sous-groupes définis par les branches de l'arbre

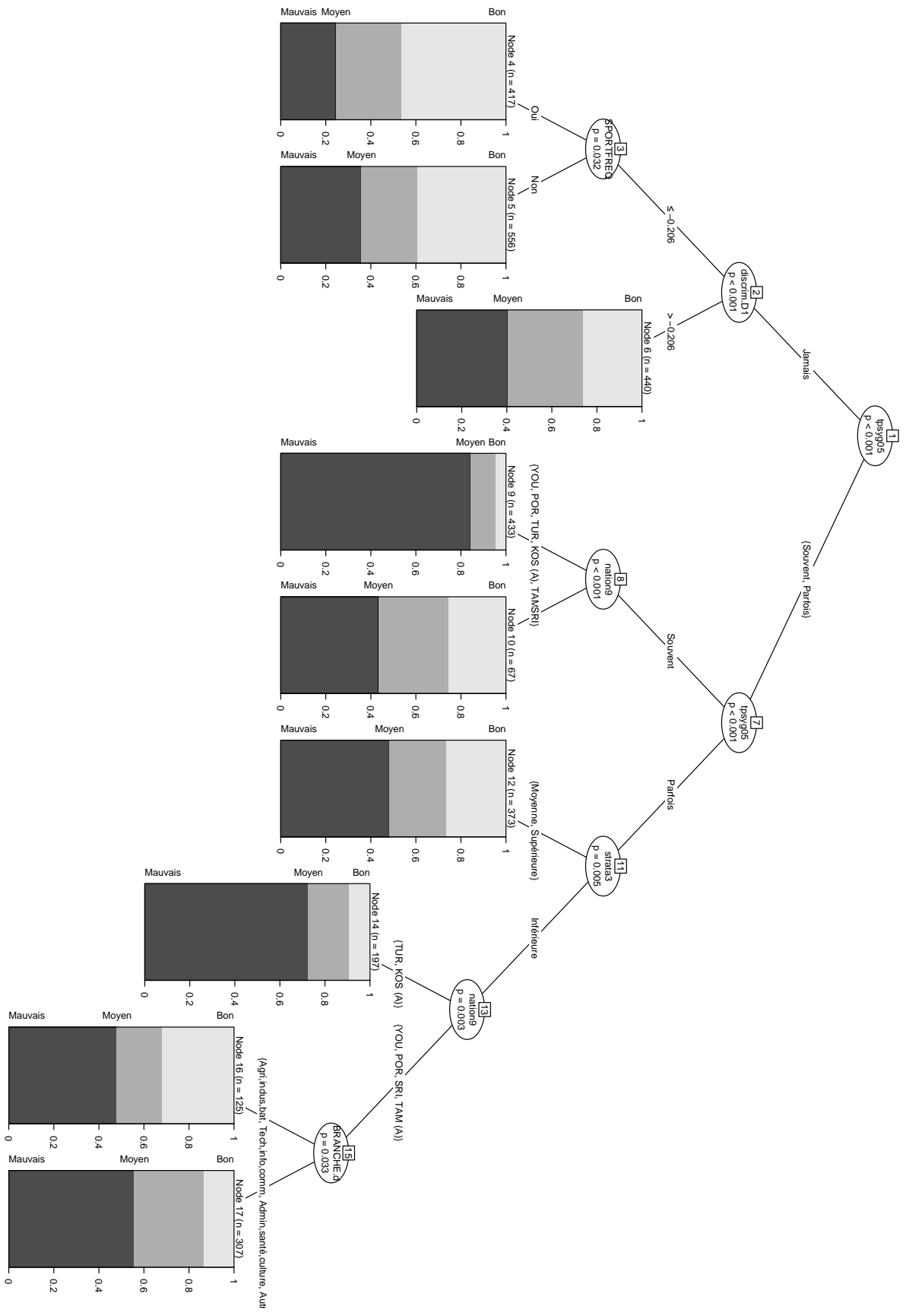




FIG. 3.3 – Arbre de régression pour les troubles physiques - Les histogrammes indiquent la distribution des symptômes physiques (symptômes importants= « symp+ », quelques symptômes, peu ou pas de symptômes= « symp- ») dans chacun des sous-groupes définis par les branches de l'arbre

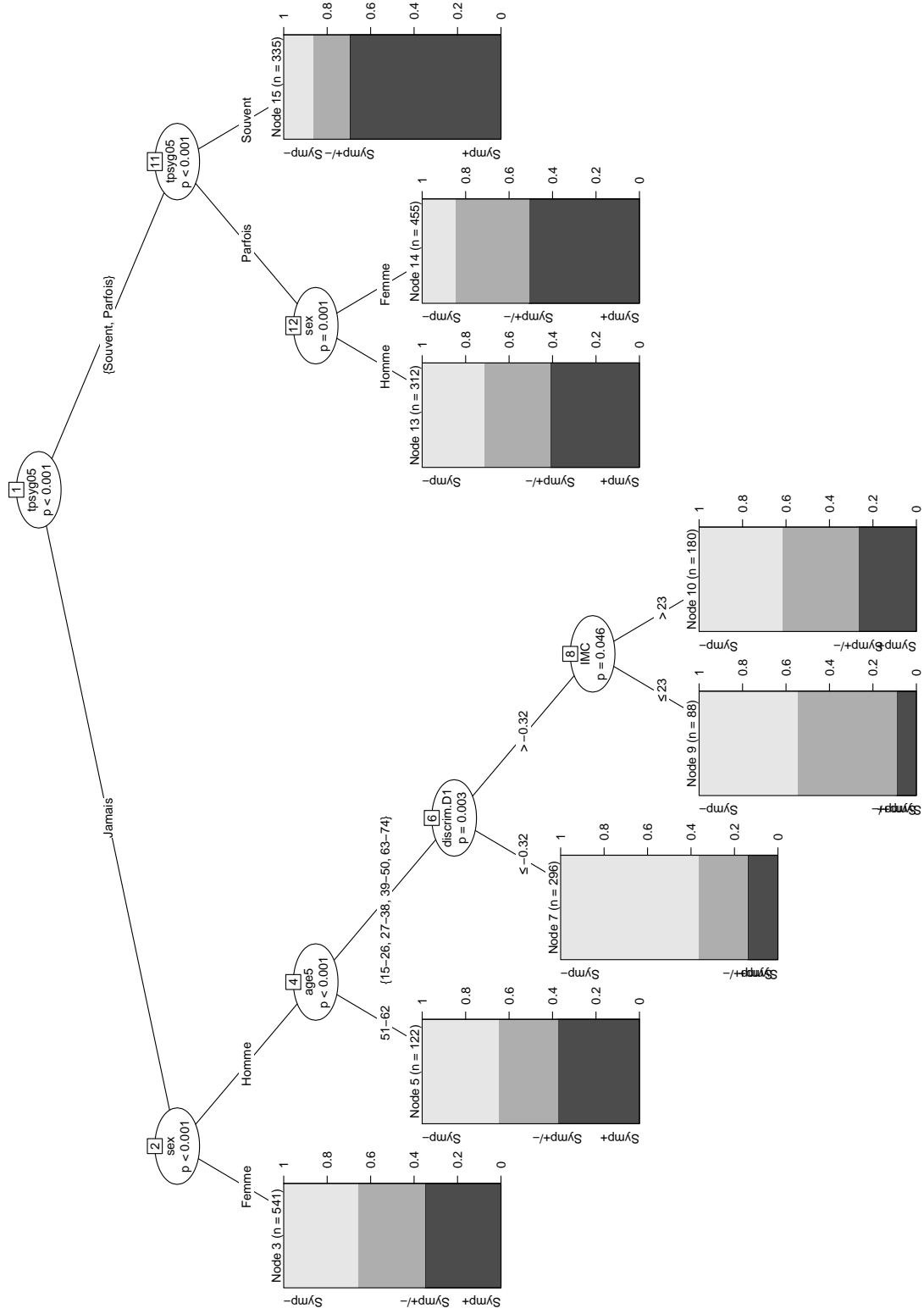


FIG. 3.4 – Arbre de régression pour l'incapacité fonctionnelle de longue durée - Les histogrammes indiquent la fréquence des incapacités fonctionnelles de longue durée (« oui » / « non ») dans chacun des sous-groupes définis par les branches de l'arbre

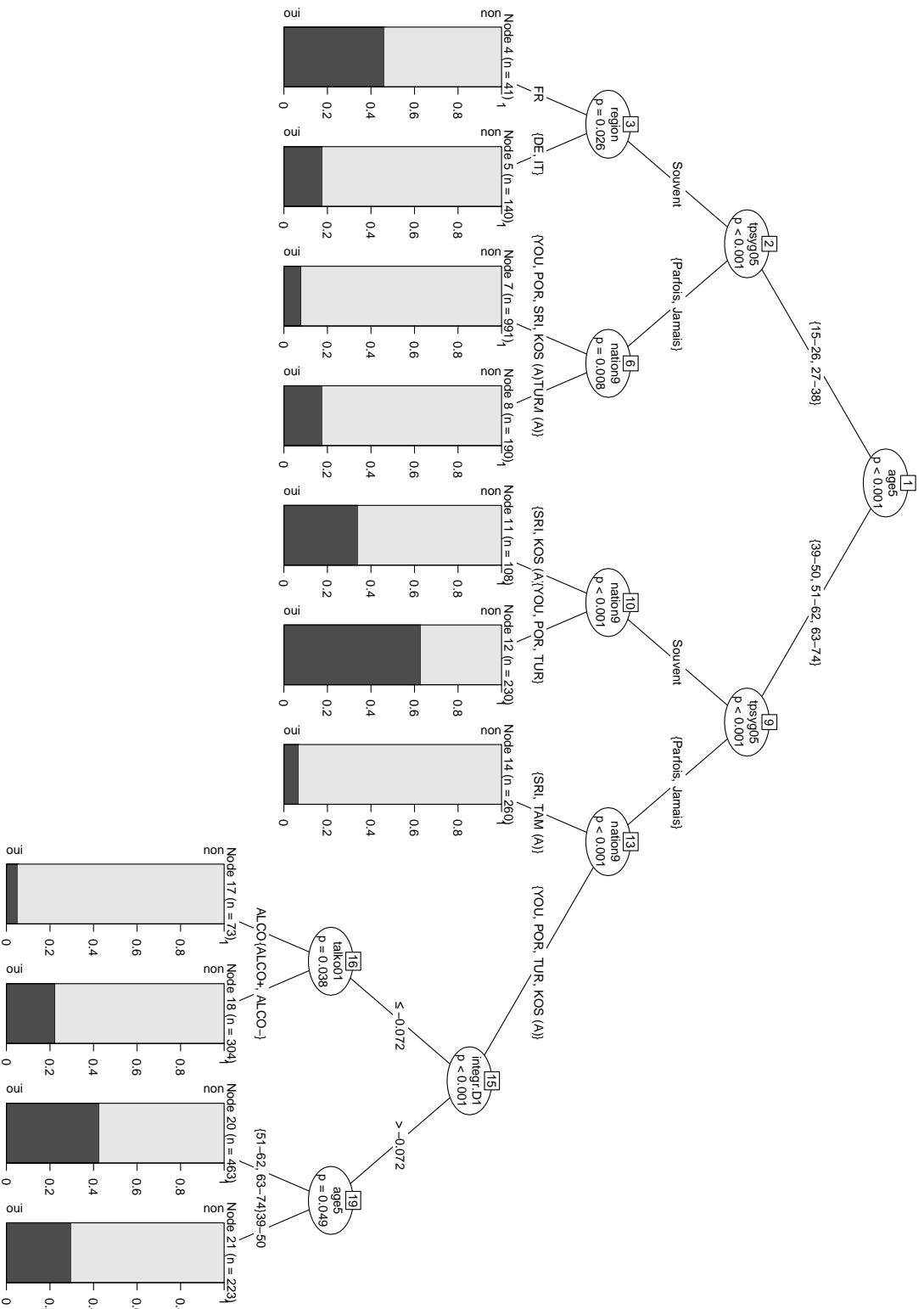
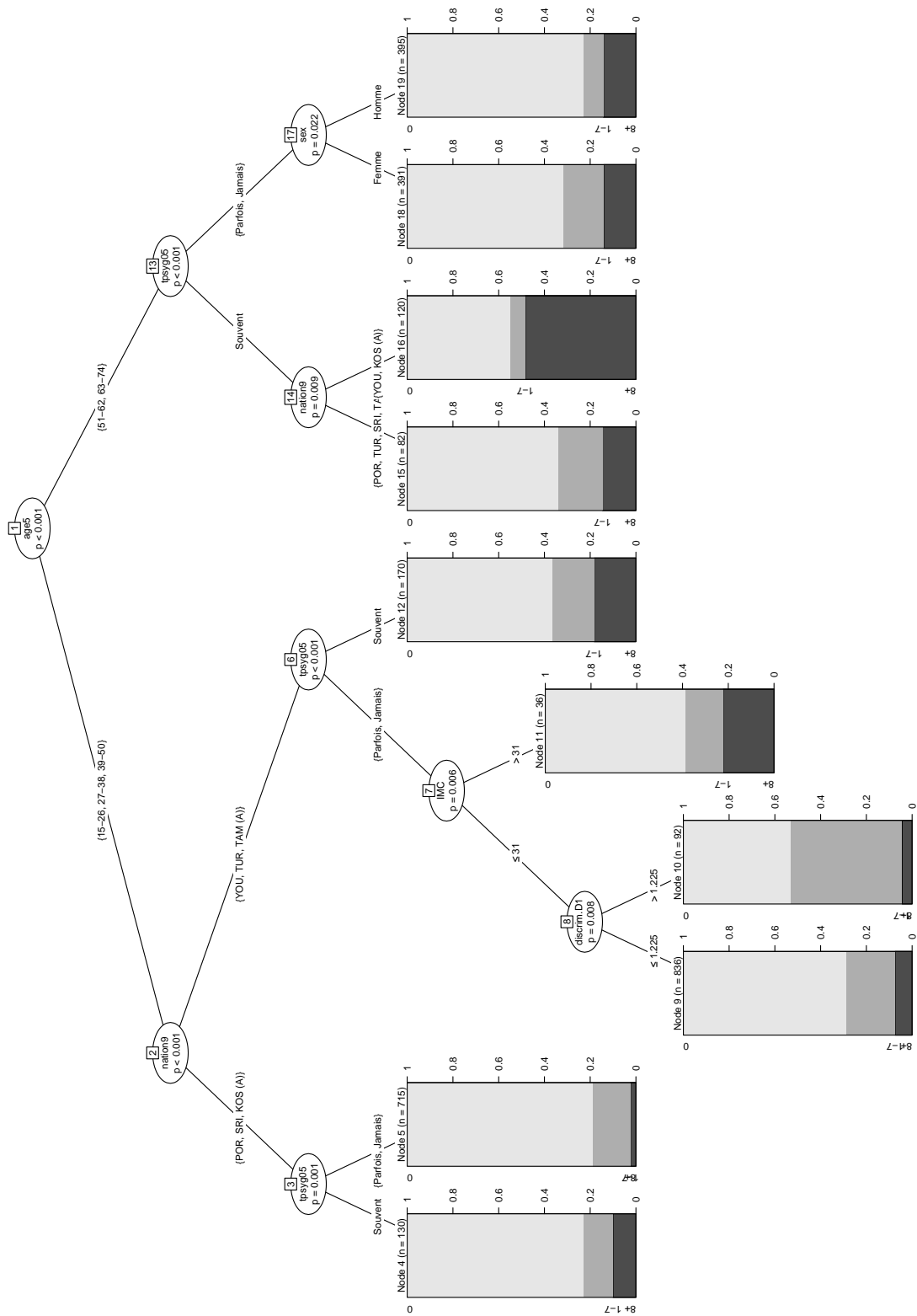


FIG. 3.5 – Arbre de régression pour le handicap limitant l'activité professionnelle ou habituelle - Les histogrammes indiquent la distribution du nombre de jours de handicap (« aucun », « de 1 à 7 jours », « 8 jours ou plus ») dans chacun des sous-groupes définis par les branches de l'arbre



## 3.2 Facteurs associés avec l'état de santé

Les résultats des arbres de régression nous permettent de sélectionner un ensemble limité de variables pertinentes représentant les dimensions que nous souhaitons prendre en compte en tant que facteurs explicatifs. Ces variables, dont la liste figure dans le tableau 3.5 page ci-contre, sont regroupées en cinq domaines :

- variables socioéconomiques « classiques » (âge, sexe, nationalité, strate socioéconomique)
- intégration et discriminations subies (échelles contruites)
- facteurs de risque et comportements (indice de masse corporelle, pratique d'une activité sportive)
- relations sociales et support social (fréquence du sentiment de solitude)
- branche d'activité

Les variables concernant l'histoire migratoire n'ont pas été retenues car elles ne figuraient pas parmi celles sélectionnées par les arbres de régression. De même, parmi les indicateurs de l'isolation sociale et du support social, seul le sentiment de solitude a été retenu. En ce qui concerne les comportement et facteurs de risque, la consommation de tabac et d'alcool n'ont pas été pris en compte.

Cette section présente l'analyse de chacun des indicateurs de l'état de santé à l'aide de modèles de régression logistique, en mettant l'accent sur les questions suivantes

- quelle est la force de l'association entre l'état de santé et les comportements en matière de santé, le niveau d'intégration, les discriminations subies, l'isolation sociale ?
- une fois ces dimensions prises en compte, des différences entre nationalités subsistent-elles ?

Les modèles statistiques utilisés permettent de dégager les effets de chacune des variables « toutes choses égales par ailleurs », c'est à dire après contrôle pour toutes les autres variables présentes dans le modèle. Deux analyses séparées ont été réalisées, l'une pour le groupe d'âges 15-50 ans et l'autre pour le groupe d'âges 51-74 ans. Dans ce dernier groupe d'âges, les requérants d'asile ont été exclus car les effectifs sont faibles (71 personnes au total pour les requérants kosovars et tamouls).

Les résultats sont présentés sous forme de graphiques, avec les odds ratios pour chacune des modalités des variables retenues. Un odds ratio supérieur à 1 signifie une augmentation de la probabilité de l'évènement, un odds ratio inférieur à 1 une diminution. Pour chacune des variables considérées par le modèle, les odds ratios s'expriment par rapport à une catégorie de référence, dont l'odds ratio est par définition de 1. Cette catégorie est la première en partant de la gauche sur chacun des histogrammes. Pour aider la lecture, des lignes rouges pointillées représentant une valeur de 0.5 (probabilité fortement diminuée) et 1.5 (probabilité fortement augmentée) sont tracées.

Les résultats sont présentés dans les graphiques 3.6 page 38 à 3.15 page 47.

Le sentiment de solitude reste un prédicteur particulièrement fiable de l'état de santé, même après contrôle de toutes les autres variables. Quel que soit l'indicateur, les personnes se sentant souvent seules présentent un état de santé fortement détérioré. Ceci est d'autant plus remarquable que l'on pouvait s'attendre à un effet diminué par la présence dans le modèle d'autres variables susceptibles d'être corrélées avec le sentiment de solitude (niveau d'intégration, statut de requérant d'asile). De surcroît, l'effet est quasiment identique pour les moins de 50 ans et pour les plus de 50 ans. Les personnes qui se sentent seules sont donc indéniablement une population à risque.

Dans le domaine des comportements et facteurs de risque, l'indice de masse corporelle apparaît effectivement comme un facteur important. Pour les personnes âgées de plus de 50 ans, l'IMC est fortement associé à l'état de santé auto-déclaré (figure 3.7), à la présence de symptômes physiques (figure 3.11) et à l'incapacité fonctionnelle de longue durée (figure 3.13). Les résultats pour l'équilibre psychique vont dans le même sens, mais ils sont moins significatifs. La pratique d'une activité sportive présente également un effet significatif, mais celui-ci est plus délicat à interpréter car l'effet joue également dans le sens inverse : les personnes en mauvaise santé ont logiquement moins de chance de pratiquer une telle activité.

Le niveau d'intégration estimé à l'aide de l'échelle construite s'avère associé à l'état de santé. Alors que pour les moins de 50 ans il y a peu de différences entre les personnes « moyennement » et « fortement » intégrées, l'effet est graduel pour les plus de 50 ans. Dans ce groupe d'âges, l'association est particulièrement forte pour l'équilibre psychique (3.9), mais également pour les symptômes physiques (figure 3.11) et l'état de santé auto-déclaré (3.11). Les personnes ayant subi des discriminations présentent également, pour l'ensemble des indicateurs, un moins bon état de

TAB. 3.5 – Liste des variables utilisées dans les arbres de régression – Caractéristiques socioéconomiques et sociodémographiques

Description	Modalités	Codes
Âge du répondant au moment de l'enquête	15-26 ans 27-38 ans 39-50 ans 51-62 ans 63-74 ans	
Sexe du répondant	Homme Femme	
Nationalité	Pays de l'ex-Yougoslavie – module II Portugal - module II Turquie - module II Sri Lanka - module II Kosovo (Albanais) - Module III Sri Lanka (Tamouls) - Module III	YOU POR TUR SRI KOS (A) TAM (A)
Strate socioéconomique	Strate inférieure Strate intermédiaire Strate supérieure	inférieure moyenne supérieure
Sentiment de solitude	Souvent Parfois Jamais	
Niveau d'intégration	Fort Moyen Faible	
Discriminations subies	Fort Faible	
Indice de masse corporelle	<25 Surpoids Obésité	
Pratique d'une activité sportive	Oui Non	
Branche d'activité	Agriculture, production dans l'industrie, construction Profession techniques et de l'informatique, commerce Hôtellerie, services aux personnes Management, administration, santé, culture Autres, non classifiables	BR1 BR2 BR3 BR4 BR5

FIG. 3.6 – Odds ratios pour l'état de santé subjectif (« Bon », « Moyen » et « Mauvais ») - Femmes et hommes âgés de 15 à 50 ans - Un odds ratio supérieur à 1 indique un effet négatif sur l'état de santé, un odds ratio inférieur à 1 un effet positif

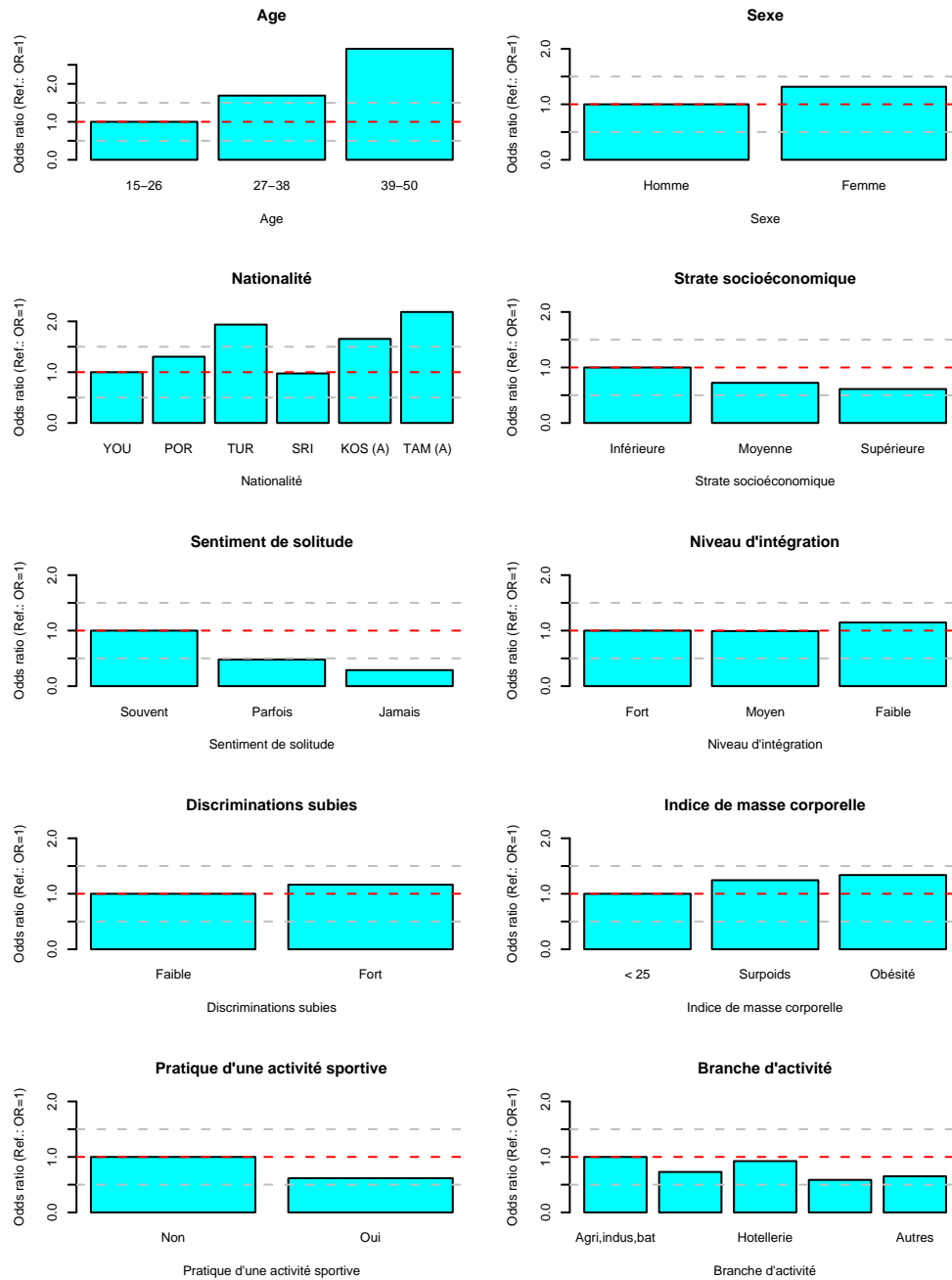


FIG. 3.7 – Odds ratios pour l'état de santé subjectif (« Bon », « Moyen » et « Mauvais ») - Femmes et hommes âgés de 51 à 74 ans (résidents uniquement) - Un odds ratio supérieur à 1 indique un effet négatif sur l'état de santé, un odds ratio inférieur à 1 un effet positif

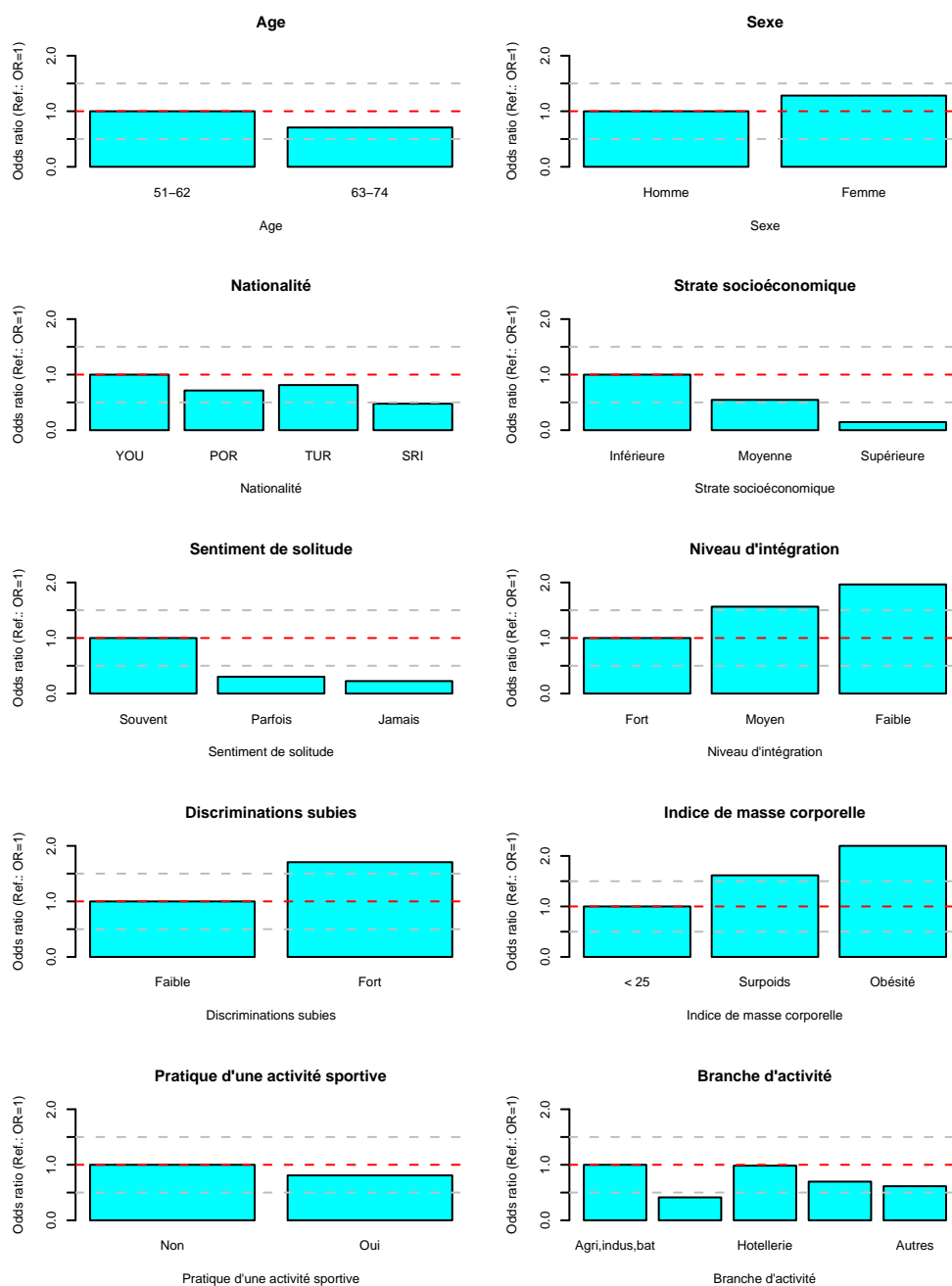


FIG. 3.8 – Odds ratios pour l'équilibre psychique (« Bon », « Moyen » et « Mauvais ») - Femmes et hommes âgés de 15 à 50 ans - Un odds ratio supérieur à 1 indique un effet négatif sur l'état de santé, un odds ratio inférieur à 1 un effet positif

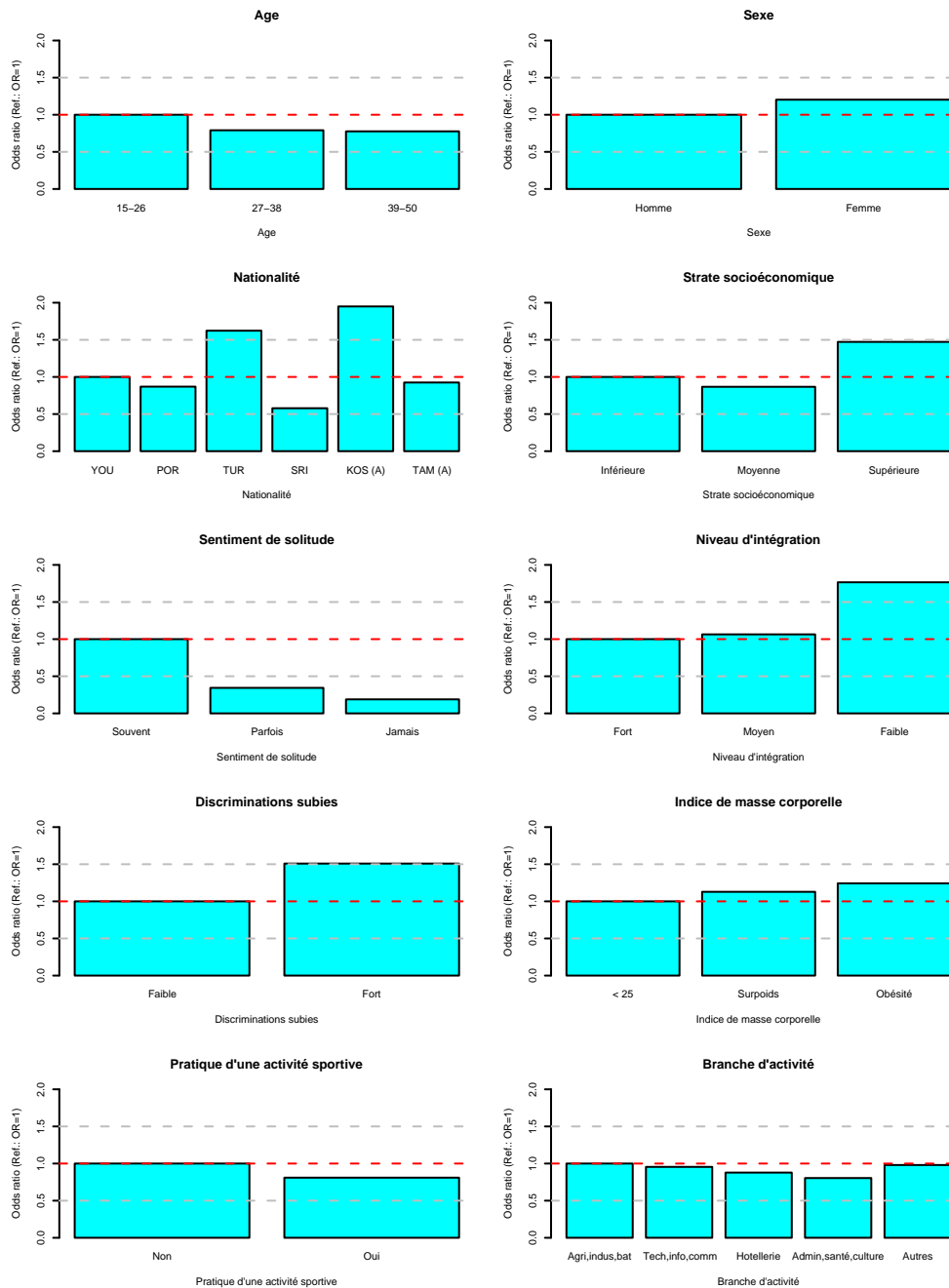




FIG. 3.9 – Odds ratios pour l'équilibre psychique (« Bon », « Moyen » et « Mauvais ») - Femmes et hommes âgés de 51 à 74 ans - Un odds ratio supérieur à 1 indique un effet négatif sur l'état de santé, un odds ratio inférieur à 1 un effet positif

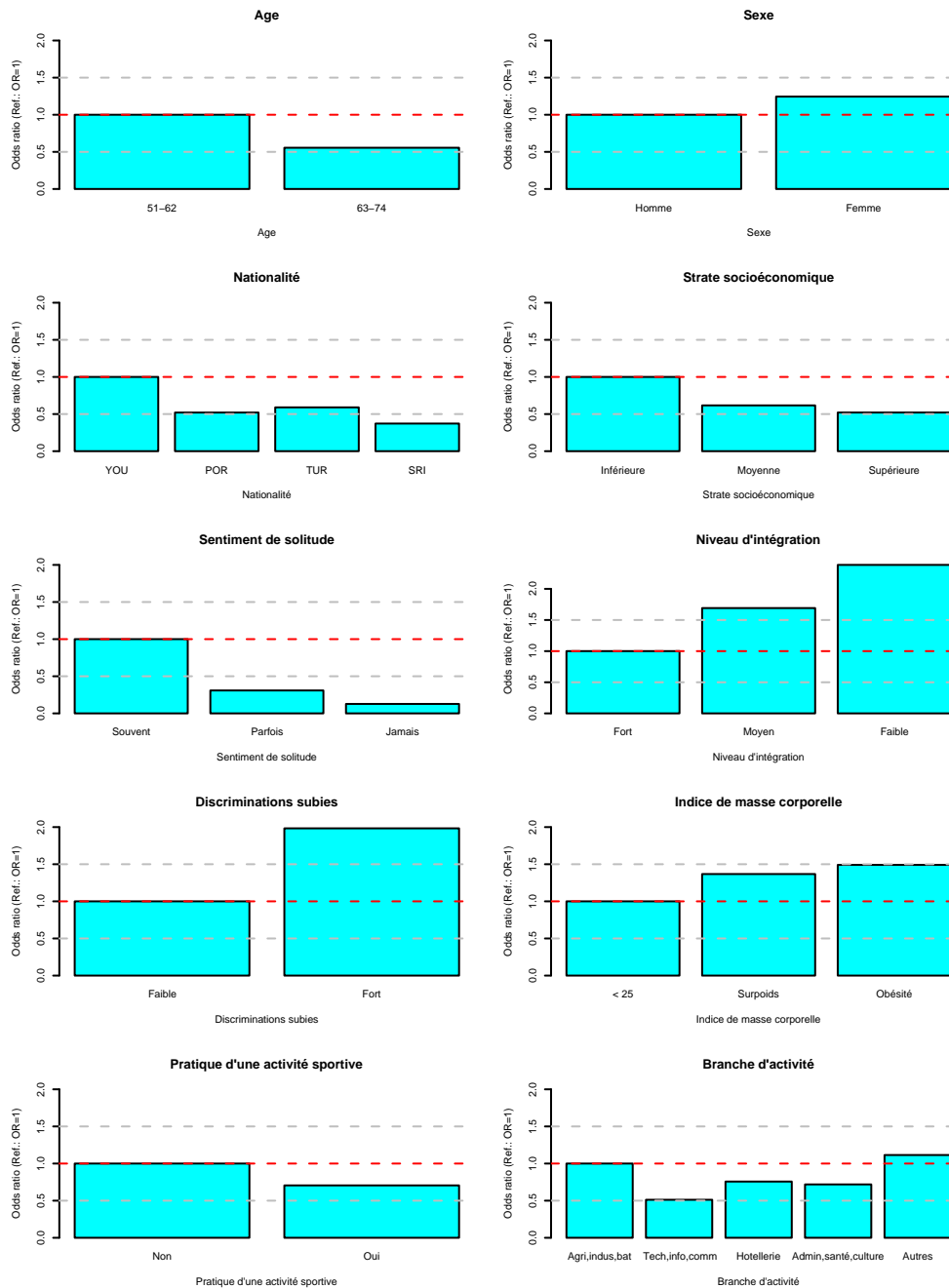


FIG. 3.10 – Odds ratios pour les symptômes physiques - Femmes et hommes âgés de 15 à 50 ans - Un odds ratio supérieur à 1 indique un effet négatif sur l'état de santé, un odds ratio inférieur à 1 un effet positif

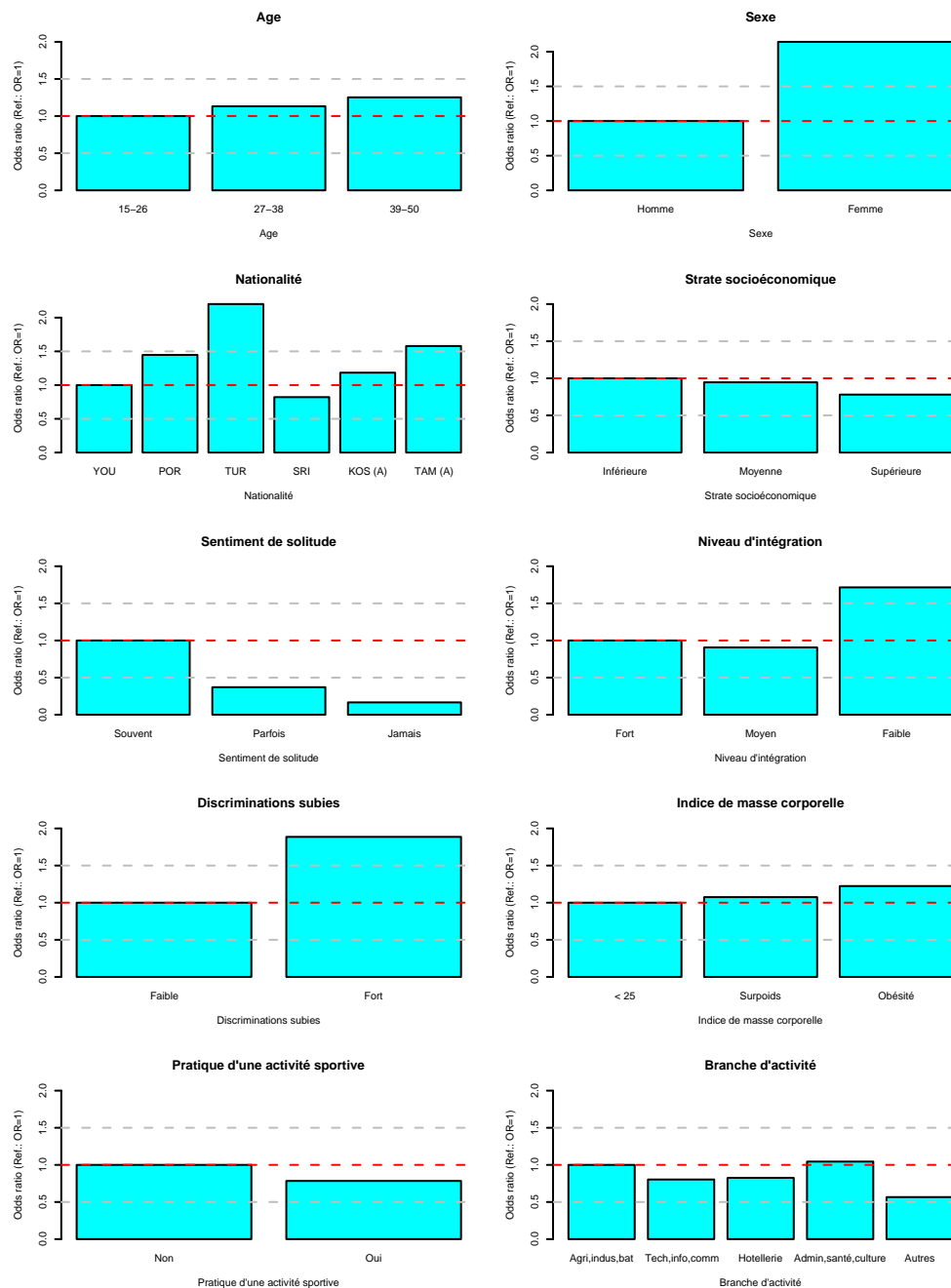


FIG. 3.11 – Odds ratios pour les symptômes physiques - Femmes et hommes âgés de 51 à 74 ans (résidents uniquement) - Un odds ratio supérieur à 1 indique un effet négatif sur l'état de santé, un odds ratio inférieur à 1 un effet positif

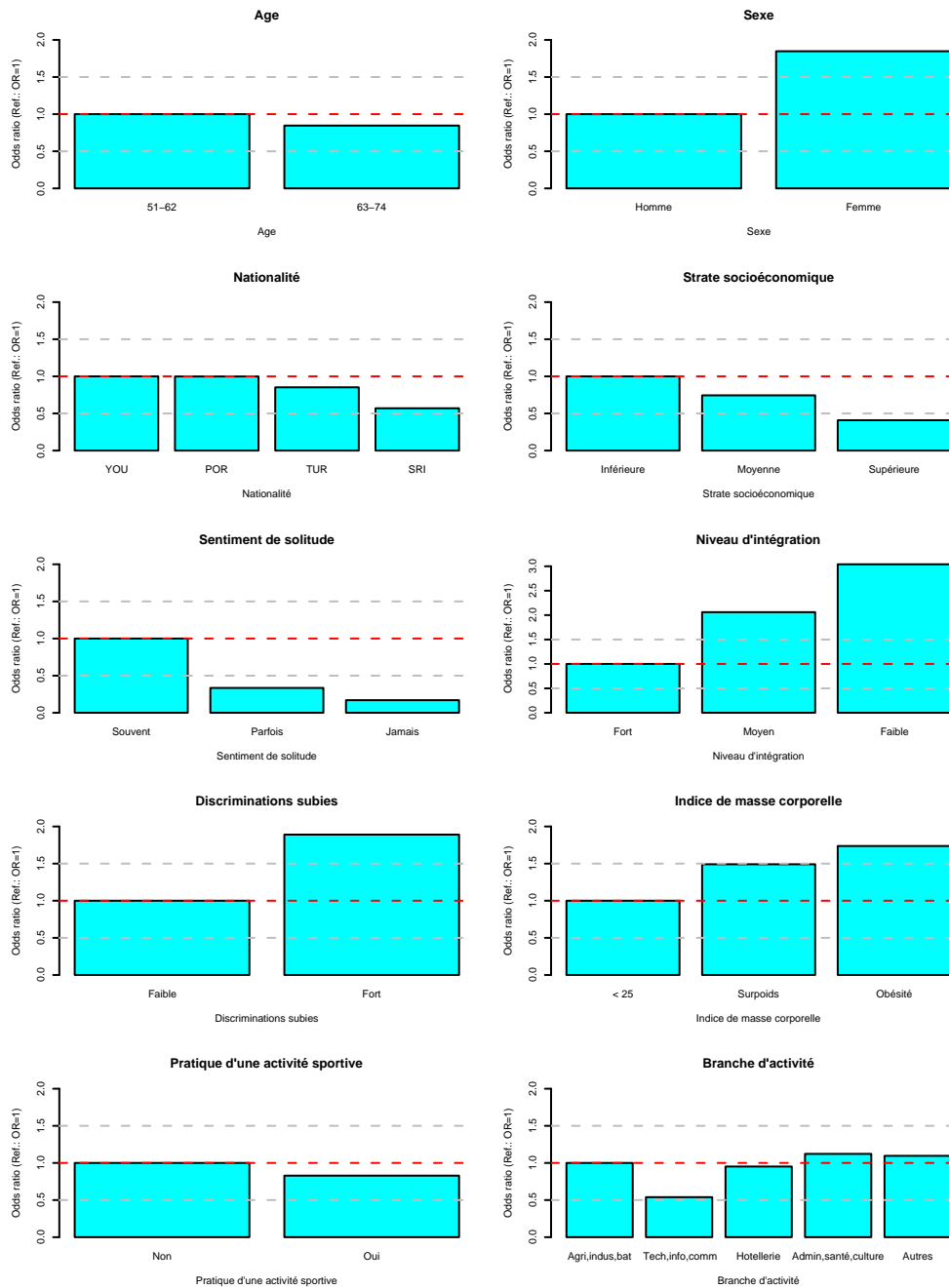


FIG. 3.12 – Odds ratios pour l'incapacité fonctionnelle de longue durée (« non » / « oui » - Femmes et hommes âgés de 15 à 50 ans - Un odds ratio supérieur à 1 indique un effet négatif sur l'état de santé, un odds ratio inférieur à 1 un effet positif

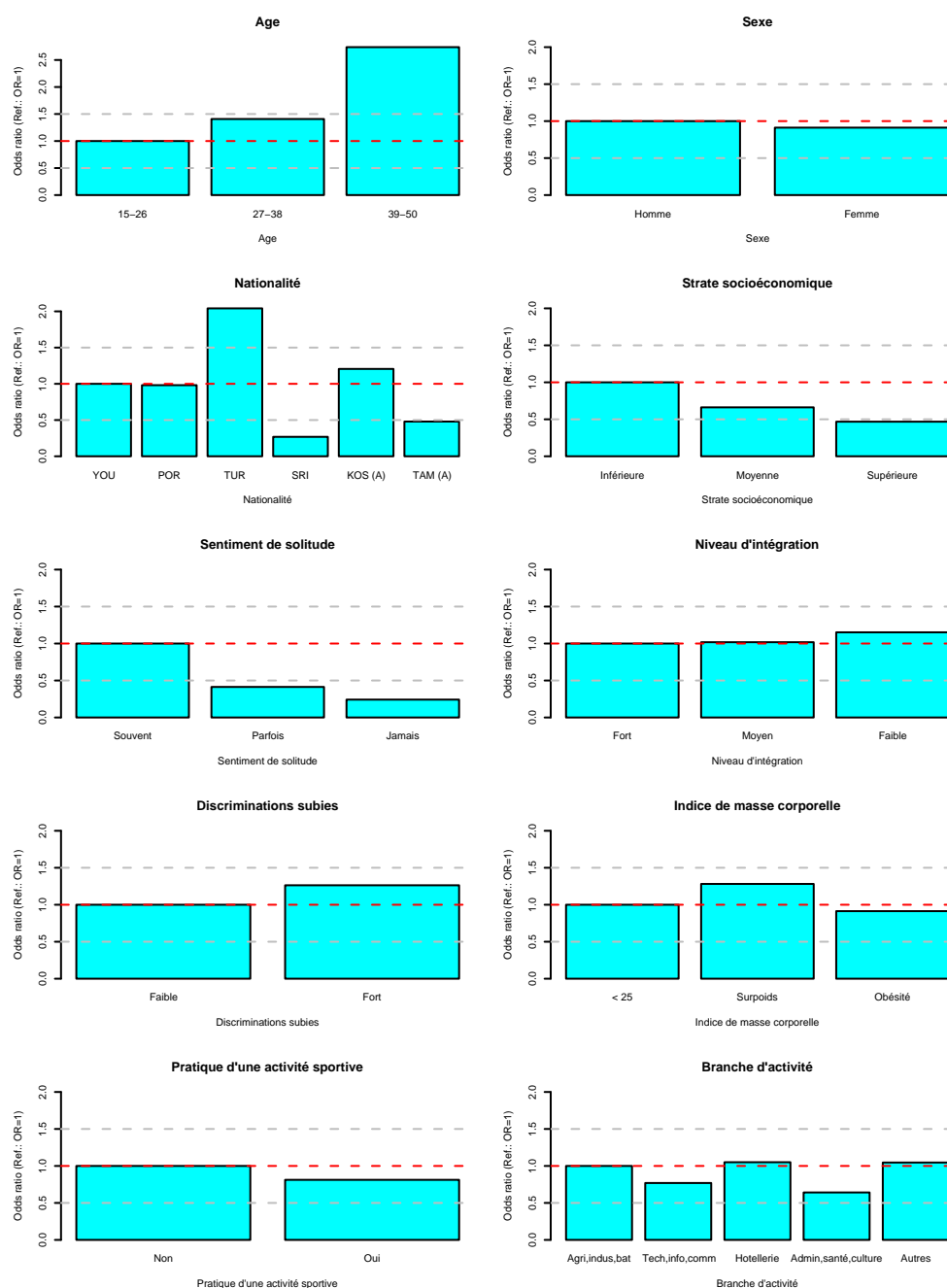


FIG. 3.13 – Odds ratios pour l'incapacité fonctionnelle de longue durée (« non » / « oui » - Femmes et hommes âgés de 51 à 74 ans - Un odds ratio supérieur à 1 indique un effet négatif sur l'état de santé, un odds ratio inférieur à 1 un effet positif

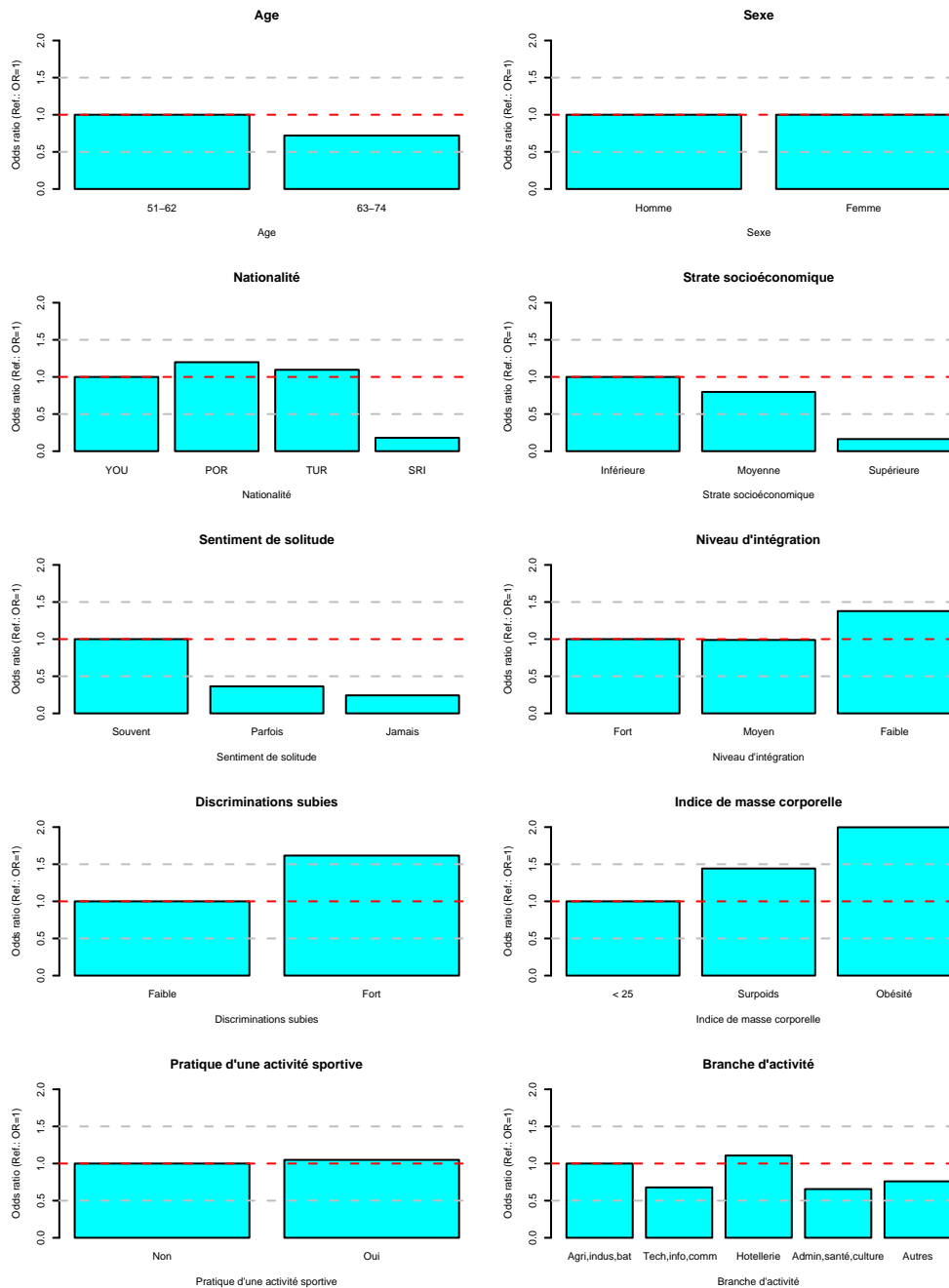


FIG. 3.14 – Odds ratios pour le handicap limitant l'exercice de l'activité normale - Femmes et hommes âgés de 15 à 50 ans - Un odds ratio supérieur à 1 indique un effet négatif sur l'état de santé, un odds ratio inférieur à 1 un effet positif

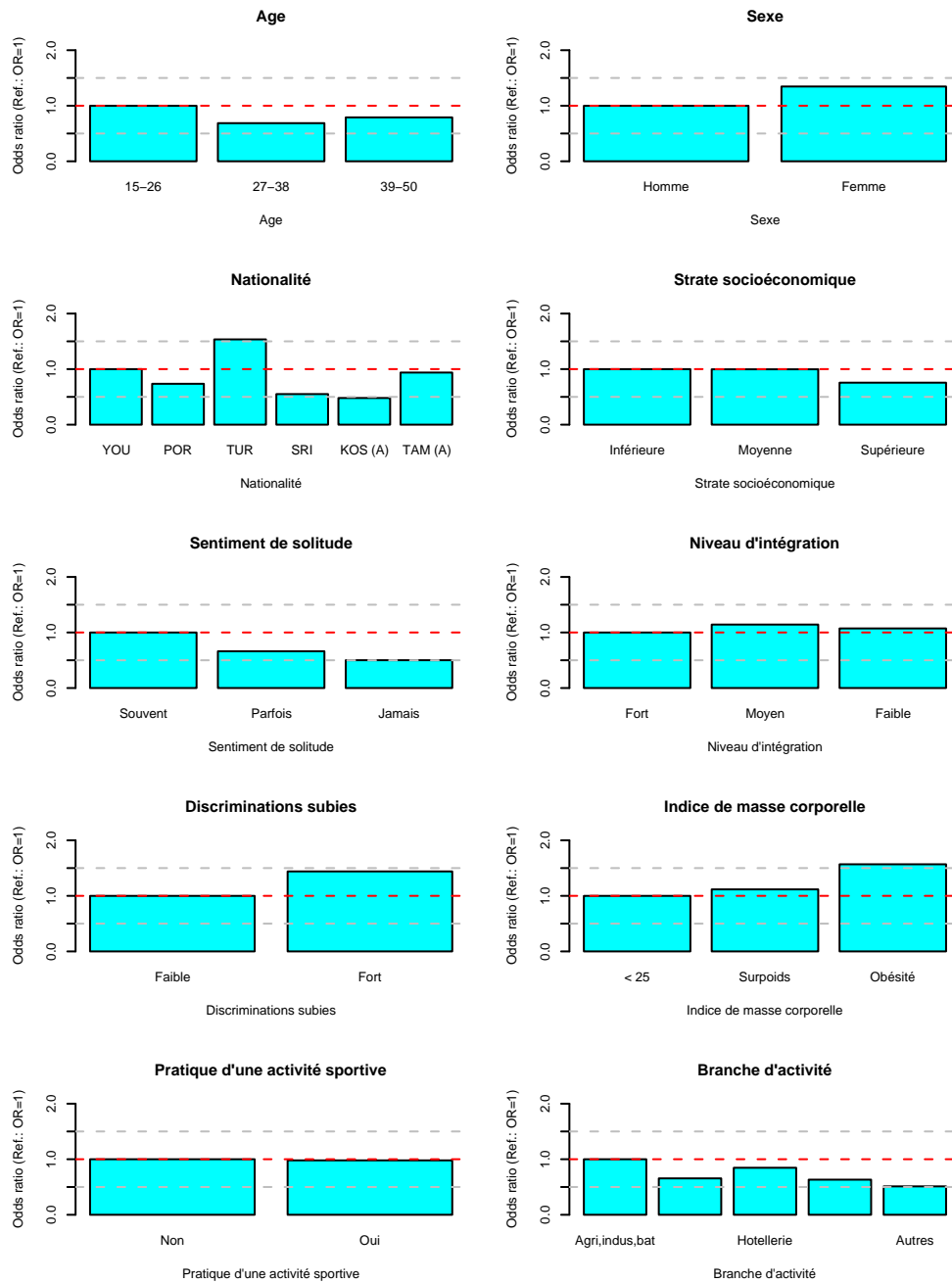
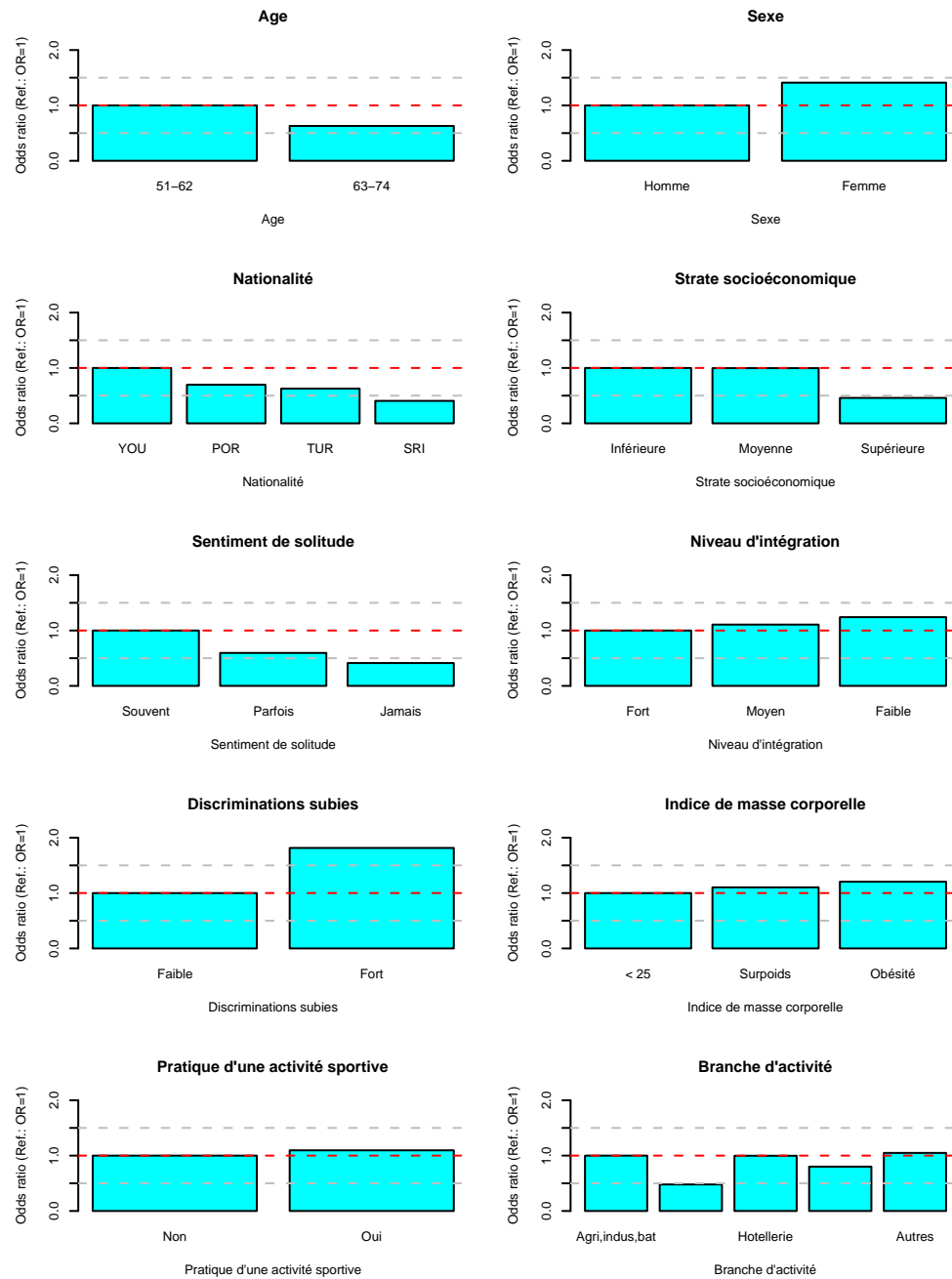


FIG. 3.15 – Handicap limitant l'exercice de l'activité normale - Femmes et hommes âgés de 51 à 74 ans - Un odds ratio supérieur à 1 indique un effet négatif sur l'état de santé, un odds ratio inférieur à 1 un effet positif



santé. Dans la plupart des cas, l'effet est plus important pour les personnes âgées de plus de 50 ans.

L'association entre branche d'activité et état de santé est également significative pour certains indicateurs. L'état de santé subjectif est ainsi moins bon pour les personnes travaillant dans les branches de l'industrie et du bâtiment et de l'hôtellerie, comparé à celui des personnes travaillant dans les professions techniques, informatiques ou tertiaires (figures 3.6 et 3.7). Le même schéma s'observe pour les incapacités fonctionnelles de longue durée (figures 3.12 et 3.13).

Après contrôle de toutes ces variables, la nationalité reste un facteur de variation important. Toutefois, les schémas sont assez différents selon le groupe d'âges. Après 50 ans, les ressortissantes et ressortissants des pays d'ex-Yougoslavie présentent un état de santé défavorable en ce qui concerne l'état de santé subjectif (figure 3.7) et surtout l'équilibre psychique (figure 3.9), ainsi que les limitations de l'activité normale (figure 3.15).

Parmi les personnes âgées de moins de 50 ans, ce sont les résidentes et résidents turcs qui se distinguent par un état de santé moins bon dans l'ensemble, que ce soit pour la santé auto-déclarée (figure 3.6), pour l'équilibre psychique (figure 3.8), les symptômes physiques (3.10) et l'incapacité fonctionnelle de longue durée (figure 3.12). En revanche, l'état de santé des résidents sri lankais apparaît particulièrement favorable une fois que les facteurs « confondants » sont contrôlés. Enfin, l'état de santé des requérants d'asile kosovars et tamouls reste dégradé, principalement en ce qui concerne l'état de santé auto-déclaré.

### 3.3 Synthèse et discussion

Dans chacun des domaines retenus, la prise en compte des facteurs explicatifs sélectionnés apporte une contribution importante à l'explication des indicateurs de l'état de santé. Plusieurs facteurs de risque ont été mis en évidence. Mis à part l'âge, deux d'entre eux se distinguent en premier lieu : l'isolation sociale et la surcharge pondérale. Les niveaux d'intégration et de discriminations subies tels que mesurés par les échelles construites jouent également un rôle significatif. La prise en compte de l'ensemble des facteurs précédents, supposés être des vecteurs des différences dans l'état de santé entre groupes de migrants, n'a toutefois pas permis d'expliquer la totalité de ces différences.

L'isolation sociale, appréhendée au travers du sentiment de solitude, apparaît comme un facteur crucial en ce qui concerne l'état de santé. La nature exacte de la relation entre le sentiment de solitude et l'état de santé, et, parmi les mécanismes identifiés dans la revue de la littérature, celui ou ceux qui sont à l'oeuvre, restent toutefois à déterminer. La fréquence du sentiment de solitude parmi les personnes les plus âgées pourrait expliquer son association systématique avec les indicateurs de santé. Mais, bien qu'il existe une association nette entre âge et sentiment de solitude, les analyses statistiques ont montré que ce facteur est indépendant de l'âge. La proportion de personnes se sentant seules est également plus élevée parmi les requérants d'asile sri lankais et surtout kosovars, mais étant donné que la variable « nationalité » est présente dans les modèles, les résultats seraient atténués s'ils étaient dus uniquement à cette association.

Un arbre de régression permet d'explorer les variables associées avec le sentiment de solitude et ainsi d'établir un profil des personnes se sentant seules. Les résultats sont présentés dans la figure 3.16 page 50. La première division la plus pertinente est opérée entre les requérants d'asile et les résidents. Ceci est conforme à ce qui a été indiqué précédemment, à savoir que le sentiment de solitude est particulièrement répandu parmi les requérants d'asile. Le niveau d'intégration est un paramètre important pour les résidents et également pour les requérants d'asile qui n'ont pas de partenaire, les personnes les moins intégrées se sentant plus souvent seules. Parmi les résidents, le sexe pour les personnes moins intégrées (les femmes se sentent plus souvent seules que les hommes) et le fait d'être divorcé pour les personnes plus intégrées sont importants. Le niveau de discrimination subies apparaît également associé au sentiment de solitude. Pour les requérantes et requérants d'asile kosovars et tamouls, le fait d'avoir un compagnon ou une compagne en Suisse est un des facteurs les plus importants et, à un niveau inférieur, le nombre de personnes dans le ménage.

Le sentiment de solitude est donc une sorte d'indicateur synthétique prenant en compte le statut (requérant), le niveau d'intégration et la situation familiale. Son association avec le niveau



d'intégration renforce l'importance de ce dernier facteur dans les variations de l'état de santé. Pour terminer, la question se pose de savoir dans quelle mesure le fait de se sentir seul(e) est l'expression ou le résultat de troubles physiques ou psychiques, et si les personnes qui éprouvent ce sentiment sont plus particulièrement des personnes malades se sentant isolées en raison de leur état de santé. Il est également possible que le sentiment de solitude soit le marqueur d'un état psychique dégradé. La réponse à cette question nécessite des données longitudinales. Les études de ce type qui ont été réalisées montrent que sur le long terme, l'isolation sociale a effectivement un important effet négatif sur la santé (par exemple [Eng et al., 2002](#)).

En ce qui concerne la surcharge pondérale, les effets sur la santé sont mieux connus. Les résultats d'un arbre de régression pour l'indice de masse corporelle (classé en trois catégories) sont présentés dans la figure [3.17](#) page [51](#). La population est d'abord divisée en deux groupes d'âges (plus et moins de 38 ans). Pour les plus jeunes, l'état civil est un paramètre important (il y a nettement moins de risque de surcharge pondérale parmi les célibataires et divorcés), ainsi que le sexe pour les personnes mariées (les hommes sont plus fréquemment en surcharge pondérale). Pour les personnes de plus de 38 ans, la nationalité et le fait d'être fumeur sont associés aux variations de l'indice de masse corporelle. La proportion de personnes présentant une surcharge pondérale ou des signes d'obésité est plus élevée parmi les non-fumeurs. On remarque que la pratique d'une activité sportive n'est pas retenue parmi les variables les plus fortement associées aux variations de l'IMC. Le degré d'intégration, dont certains travaux ont montré qu'il était notamment en relation avec les comportements alimentaires, ne figure pas non plus parmi les variables sélectionnées.

Le rôle du degré d'intégration et de discriminations subies sur l'état de santé est également un résultat important. Les mécanismes susceptibles d'agir ont été évoqués précédemment ([2.1.2](#) page [8](#) et [2.2](#) page [15](#)). Parmi ceux-ci figurent les barrières à l'accès au système de soins dues à des problèmes de langue ou de discriminations. L'étude des questions de l'enquête GMM sur ce sujet dans la suite de ce document fournira quelques éléments de réponse. Un des mécanismes par lesquels les discriminations sont supposées agir sur l'état de santé est le fait qu'elles provoquent des inégalités socioéconomiques, elles-mêmes génératrices d'inégalités. Mais le fait que les discriminations subies sont plus fréquentes dans les strates socioéconomiques supérieures d'une part, et le fait que l'indicateur de discriminations reste significatif après la prise en compte de la position socioéconomique d'autre part indiquent que les effets sont dus à d'autres mécanismes.

Toutefois, les facteurs précédents n'expliquent toutes les différences entre nationalités. Les femmes et hommes de nationalité turque continuent à se distinguer par un état de santé globalement mauvais, mais cette différence ne s'observe que pour les personnes âgées de moins de 50 ans. Une étude réalisée en Suède a également observé un état de santé auto-déclaré particulièrement mauvais pour les personnes de nationalité turque [[Wiking et al., 2004](#)], mais cette association a pu être entièrement expliquée par des différences de statut socioéconomique, de niveau d'intégration et de discriminations subies. L'analyse réalisée ici, qui tient compte de facteurs similaires, n'aboutit pas au même résultat, mais les populations comparées sont différentes ([Wiking et al.](#) compare des immigrants turcs, iraniens et polonais avec des personnes nées en Suède).

Les différences qui persistent peuvent être liées à des facteurs « culturels », car il ne faut pas oublier que l'ensemble des informations recueillies résultent de l'auto-déclaration des répondants. Pour l'état de santé auto-déclaré et l'équilibre psychique notamment, les ressortissantes et ressortissants turcs de plus de 50 ans présentent même une situation relativement favorable, comparée à celle de leurs homologues des pays de l'ex-Yougoslavie. Parmi les personnes de plus de 50 ans, ces derniers présentent en effet un état de santé globalement mauvais, dont on peut penser qu'il est lié aux causes de la migration.

Fig. 3.16 – Arbre de régression pour le sentiment de solitude - Histogrammes indiquant la fréquence du sentiment de solitude (« jamais », « parfois », « souvent ») dans les sous-groupes définis par les branches de l'arbre

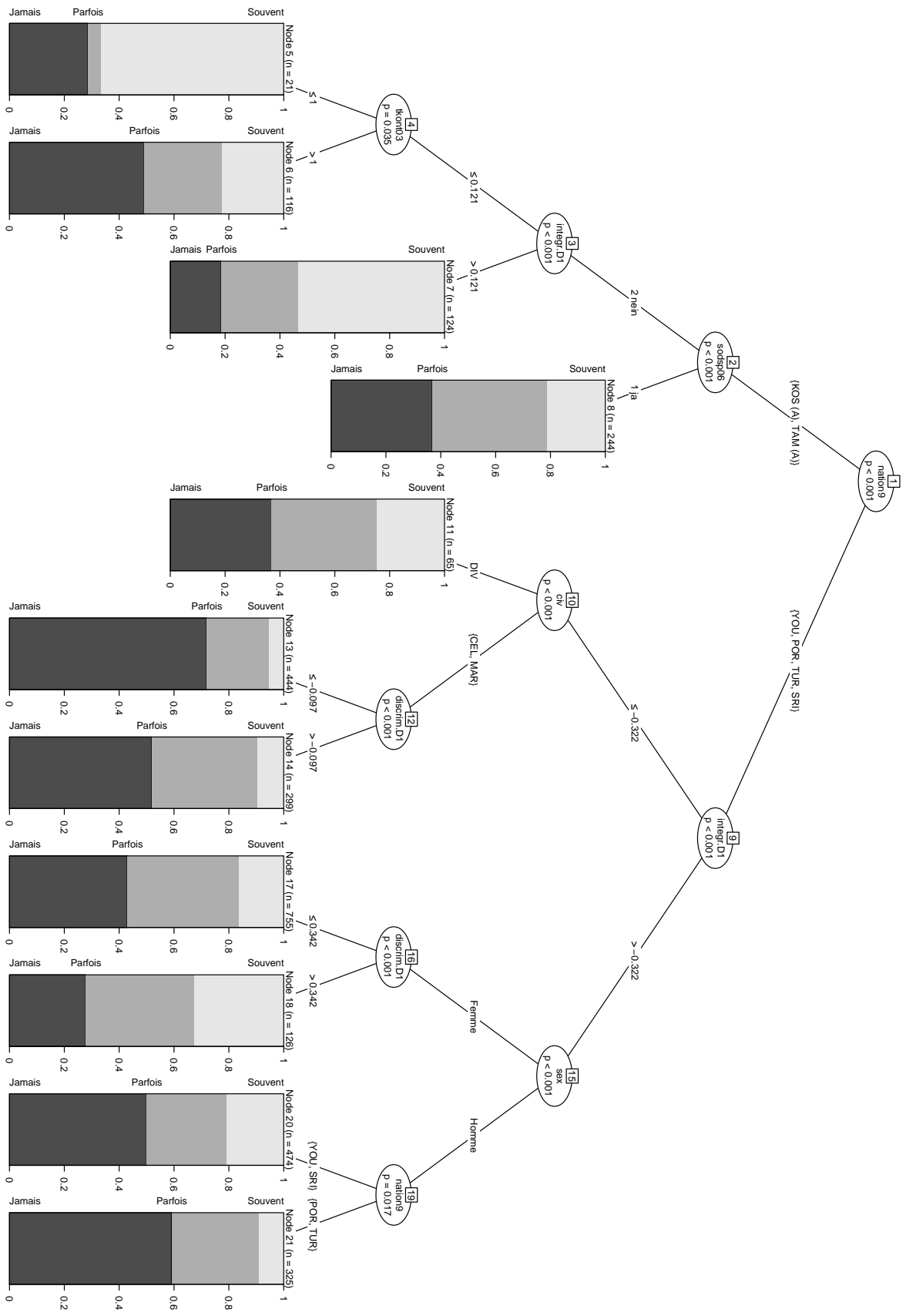
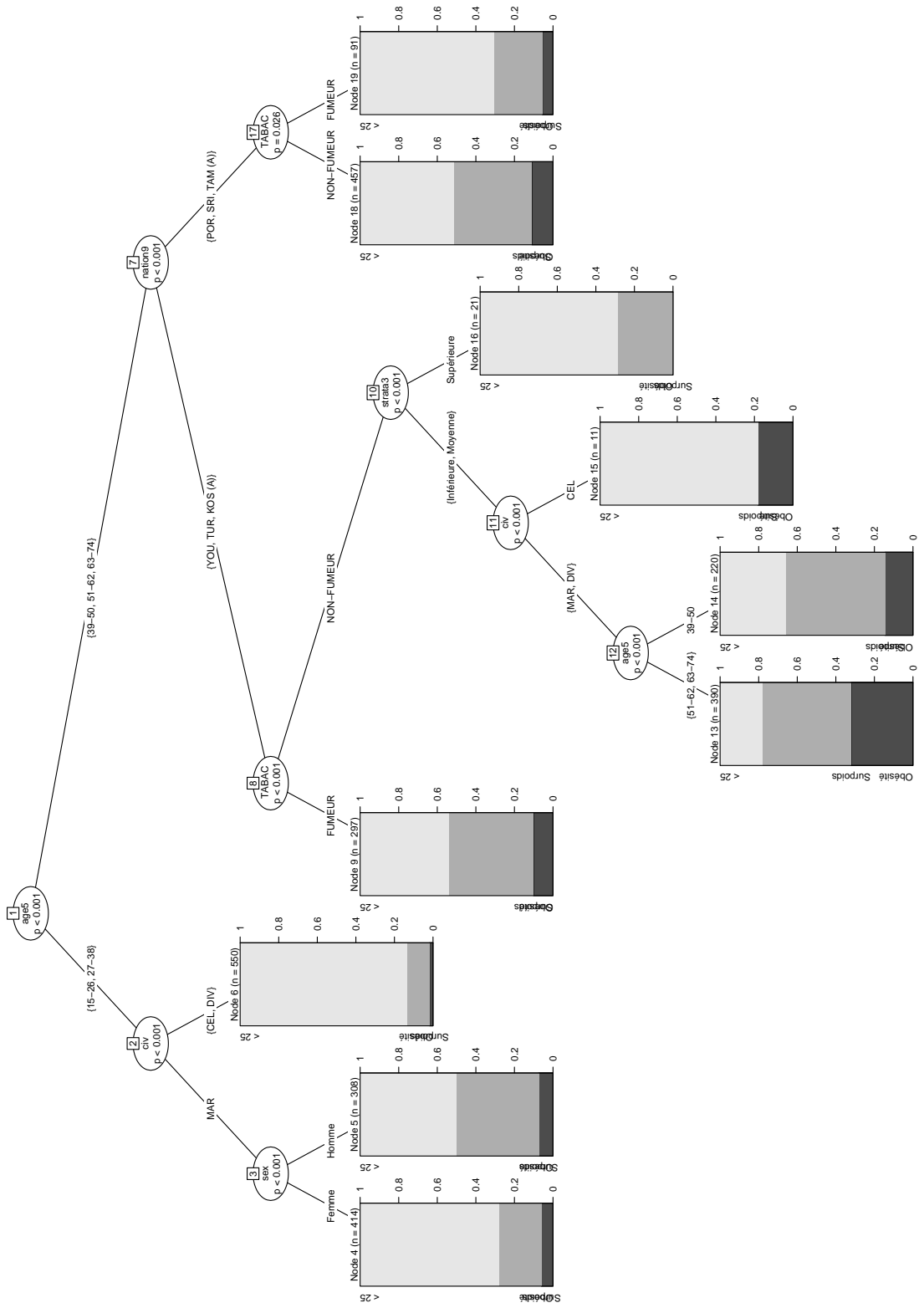


FIG. 3.17 – Arbre de régression pour l'indice de masse corporelle - Histogrammes indiquant la répartition de l'IMC (IMC<25, IMC compris entre 25 et 30, IMC>=30) dans les sous-groupes définis par les branches de l'arbre



## Chapitre 4

# Recours aux services de santé

Nous abordons dans ce chapitre le thème des recours aux services de santé, au travers du nombre de visites chez le médecin au cours des douze derniers mois. L'analyse vise notamment à étudier l'association entre l'échelle d'intégration construite précédemment et le recours aux services soins. Elle permettra également de voir si l'état de santé mesuré par auto-déclaration, ainsi que certains facteurs de risque tels que la surcharge pondérale sont de bons prédicteurs du nombre de visites chez le médecin.

Dans la première phase de l'analyse, les consultations chez le médecin avaient été appréhendées à l'aide de la question « Avez-vous été chez le médecin au cours des 12 derniers mois, sans compter le dentiste? ». Toutefois, cette analyse s'est révélée peu pertinente, car la grande majorité des personnes interrogées avaient consulté un médecin (70% pour les hommes et 81% des femmes). Différences marquées apparaissent pourtant entre les nationalités si l'on s'intéresse au nombre de consultations, même après prise en compte de l'âge (tableau 4 page suivante). Alors que le nombre moyen de visites au cours des 12 derniers mois s'élève à 2.8 pour les femmes et hommes suisses âgés de 15 à 26 ans, il est de 4.4 pour les ressortissantes et ressortissants Turcs. Pour la classe d'âge 51-62 ans, le nombre moyen de visites est trois fois plus élevé (10.9 contre 3.6). On remarquera toutefois que la question posée n'est pas très précise, et qu'il est notamment impossible de distinguer les visites selon leur but (prévention, consultation pour un problème aigu) ou selon le type de médecin (généraliste ou spécialiste).

La démarche adoptée est similaire à celle utilisée pour les indicateurs de santé. Dans un premier temps, l'utilisation d'un arbre de régression permet de repérer les variables importantes dans les variations du nombre de visites chez le médecin et des sous-populations au comportement particulier. Ensuite, un modèle de régression logistique permettra d'avoir un aperçu de l'effet simultané de chacun des facteurs explicatifs pris en compte.

### 4.1 Analyse exploratoire

Le nombre de visites durant les 12 derniers mois a été classé en 3 catégories

1. de 0 à 3 visites
2. de 4 à 10 visites
3. plus de 10 visites

Outre les variables socioéconomiques utilisées pour les autres indicateurs de santé (voir tableau 3.2 page 28), l'état de santé subjectif, l'équilibre psychique et les symptômes physiques ont notamment été pris en compte parmi les déterminants potentiels du nombre de visites chez le médecin (tableau 4.2 page 54). On notera que type d'assurance maladie, et en particulier la franchise choisie, est susceptible d'avoir une influence sur le nombre de visites chez le médecin [Schellhorn, 2001], mais que nous ne disposons pas de cette information dans le questionnaire GMM.

Les variables principales permettant de prédire au mieux le nombre de visite chez le médecin sont toutes liées à l'état de santé. La première d'entre elles est l'état de santé auto-déclaré (figure 4.1 page 55). Les répondants sont divisés en deux groupes, l'un avec les personnes déclarant

TAB. 4.1 – Nombre moyen de consultations chez le médecin durant les 12 derniers mois, selon l'âge et la nationalité (données pondérées)

Nationalité	Module GMM	15-26 ans	27-38 ans	39-50 ans	51-62 ans	63-74 ans
Suisse	1	2.8	2.8	2.8	3.6	4.0
Italie	1	2.1	2.4	2.9	4.1	5.0
Allemagne /Autriche/France	1	2.3	3.0	2.8	2.9	4.9
ex-Yougoslavie	2	2.6	3.8	4.7	8.1	5.8
Portugal	2	3.0	3.2	4.3	7.3	6.2
Turquie	2	4.4	6.9	7.4	10.9	6.5
Sri Lanka	2	3.9	3.1	3.1	6.2	6.6
Kosovo (requérants d'asile)		4.1	4.9	8.2	(10.1)	(12.8)
Sri Lanka (requérants d'asile)		2.6	4.7	5.4	(4.6)	(7.1)

Les nombres moyens entre parenthèses sont calculés sur moins de 30 cas

se sentir « mal », l'autre avec les personnes déclarant se sentir « bien » ou « moyennement bien ». Parmi les personnes dont l'état de santé auto-déclaré est mauvais (nœud numéro 21), l'équilibre psychique permet de distinguer deux sous-groupes. Plus de 60% des personnes présentant un équilibre psychique mauvais (score inférieur ou égal à 9) ont effectué plus de 10 visites durant les 12 derniers mois (nœud numéro 22).

Pour les personnes dont l'état de santé auto-déclaré est moyen ou bon, c'est le niveau des symptômes physiques qui est le meilleur prédicteur du nombre de visites chez le médecin. Le sexe et le niveau d'intégration (pour les femmes de moins de 50 ans en bonne santé) sont les seules variables qui ne sont pas directement liées à l'état de santé qui apparaissent. Parmi les femmes qui sont le mieux intégrées, la proportion de celles qui ont effectué plus de trois visites chez le médecin est supérieure. L'âge ne figure pas parmi les variables les plus importantes, mais est pris en compte par l'intermédiaire de l'état de santé, qui est fortement corrélé avec celui-ci.

## 4.2 Facteurs associés au nombre de visites chez le médecin

L'analyse exploratoire a montré que l'état de santé auto-déclaré était, parmi d'autres indicateurs de l'état de santé, un des facteurs importants pour prédire le nombre de visites chez le médecin. Celui-ci a donc été retenu pour le modèle de régression. D'autres indicateurs plus « objectifs » (indice de masse corporelle et consommation de tabac), qui n'ont pas été mis en évidence par l'arbre ont également été ajoutés, en plus des variables socioéconomiques et des échelles d'intégration et de discriminations subies. Le modèle permet d'analyser l'effet de chacune des variables sur le nombre moyen de visite chez le médecin<sup>1</sup>, contrôlé pour l'effet de toutes les autres variables. Deux analyses séparées pour les personnes âgées de moins et de plus de 50 ans ont été réalisées.

### 4.2.1 Personnes âgées de 15 à 50 ans

Pour les personnes âgées de moins de 51 ans, l'âge n'a pas d'influence mais le nombre moyen de visite est plus élevé pour les femmes (figure 4.2). La région linguistique de résidence est un facteur de variation important, avec une diminution du nombre de visites dans les aires francophones et italophones comparées à l'aire germanophone, résultat qui n'a pas été observé par Winkelmann [2002] avec les données du Panel Suisse de Ménages.

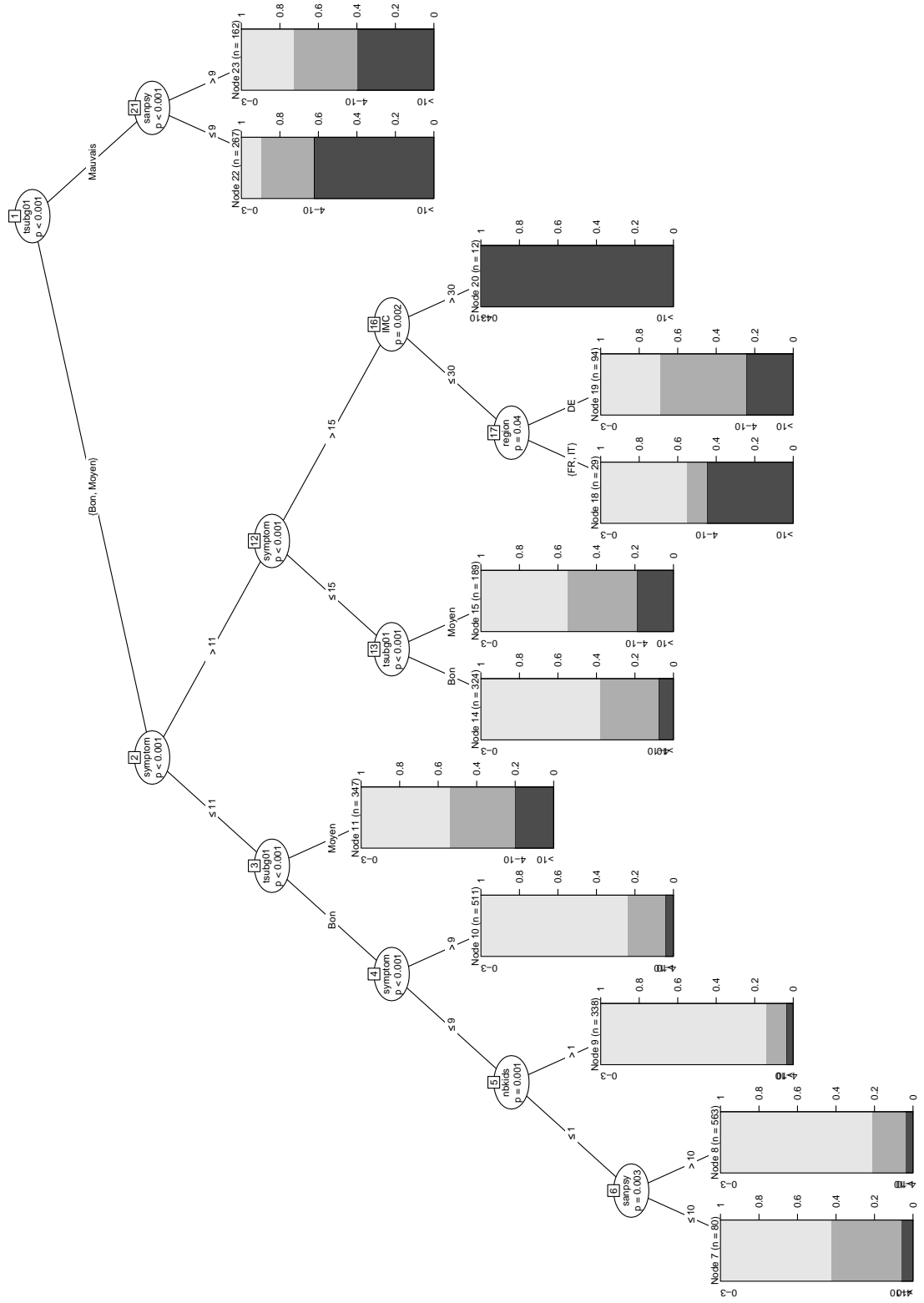
Conformément à ce qui a été observé par d'autres études [Schellhorn, 2001, Winkelmann, 2002], l'état de santé auto-déclaré « capture » une partie très importante des variations, avec un nombre de visites augmentant sensiblement pour les personnes qui se sentent moyennement bien ou mal.

<sup>1</sup>Un modèle de régression de Poisson a été utilisé, voir par exemple Zeileis et al. [2007].

TAB. 4.2 – Variables utilisées dans l'arbre de régression pour le nombre de visites chez le médecin

Variable	Description	Modalités	Codes
integr_D1	Score sur l'échelle d'intégration	de -1.21 (très intégré) à 1.44 (peu intégré)	
discrim_D1	Score sur l'échelle de discrimination	de -0.44 (aucune discrimination subie) à 5.14 (forte discrimination ressentie)	
IMC	Indice de masse corporelle	de 14 à 49 (surpoids si $IMC > 25$ , obésité si $IMC > 30$ )	
TABAC	Fumeur	fumeur non-fumeur	
SPORTFREQ	Pratique de la gymnastique, du fitness ou du sport	au moins une fois par semaine moins d'une fois par semaine	
talko01	Consommation d'alcool	tous les jours quelques fois par semaine 1 à 2 fois par semaine ou moins pas de réponse	ALCO+ ALCO= ALCO-
tpsypg05	Sentiment de solitude	souvent parfois jamais	
tkont03	Nombre de personnes de plus de 15 ans dans le ménage	de 1 à 10	
nbkids	Nombre d'enfants dans le ménage	0 à 8	
tsubg01	Etat de santé auto-déclaré	Bon Moyen Mauvais	
sampsy	Equilibre psychique	1 (mauvais) à 16 (bon)	
symptom	Symptômes physiques	8 (peu de symptômes) à 24 (symptômes importants)	

FIG. 4.1 – Arbre de régression pour le nombre de visites chez le médecin - Histogrammes présentant la répartition du nombre de visites chez le médecin (0 à 3, 4 à 10, plus de 10) dans les sous-groupes définis par les branches de l'arbre



Les variables comportementales prises en compte ont également une influence significative. Le nombre de visites augmente pour les personnes présentant une surcharge pondérale moyenne ou sévère ainsi que pour les fumeuses et fumeurs.

En revanche, le nombre de visites chez le médecin n'apparaît pas fortement lié à l'échelle d'intégration, ni à celle des discriminations subies. Seule une légère diminution pour les personnes les moins intégrées est observable. La nationalité reste une variable significative, avec un nombre de visites plus important pour les femmes et hommes turcs ainsi que pour les requérants d'asile kosovars.

#### 4.2.2 Personnes âgées de plus de 50 ans

Pour les plus de 50 ans, l'effet de l'âge est similaire à ce qui a été observé dans les analyses des indicateurs de l'état santé. Les personnes âgées de 51 à 62 ans présentent un état de santé (auto-déclaré) moins favorable que celles qui ont atteint l'âge de la retraite, ce qui se traduit également par un nombre supérieur de visites chez le médecin (figure 4.3). Le résultat pour le sexe est inversé par rapport aux personnes de moins de 50 ans, avec un nombre moyen de visites qui diminue légèrement pour les femmes. Il diminue également parallèlement à l'augmentation du niveau socioéconomique.

L'état de santé auto-déclaré est une nouvelle fois la variable ayant l'effet le plus fort sur le nombre de visites chez le médecin, mais les variables comportementales ont une effet moins marqué (indice de masse corporelle) ou absent (consommation de tabac) comparé aux personnes de moins de 50 ans. Les résultats concernant les échelles d'intégration et de discriminations subies sont également différents, puisque ces variables présentent une association significative. En ce qui concerne l'intégration, un effet est observé uniquement pour les personnes « moyennement » intégrées, pour lesquelles le nombre moyen de visites diminue sensiblement. En revanche, les personnes qui subissent ou ont subi des discriminations vont plus fréquemment chez le médecin. Ceci peut signifier que la perception de discriminations est assez fortement associée avec un mauvais état de santé, et que l'indicateur de discriminations subies fonctionne en partie comme un indicateur de l'état de santé.

La branche d'activité a également une influence significative sur le nombre de visites chez le médecin. Par rapport aux personnes travaillant dans les branches de l'industrie, de la construction et de l'hôtellerie, celles qui sont actives dans les professions techniques, informatiques et commerciales ou de l'administration, de la santé et de la culture vont en moyenne moins fréquemment chez le médecin.

Enfin, la nationalité conserve une nouvelle fois une influence après le contrôle de toutes les autres variables. Il s'avère que les femmes et hommes turcs consultent plus fréquemment les médecins que les ressortissantes et ressortissants d'ex-Yougoslabie, les Portugaises et Portugais, et les Sri lankaises et Sri lankais.

### 4.3 Synthèse et discussion

L'état de santé auto-déclaré est donc un indicateur particulièrement fiable du nombre de visite effectuées chez le médecin. A un moindre niveau, les variables comportementales prenant en compte certains facteurs de risque ont également un rôle prédictif, surtout l'indice de masse corporelle. On peut en déduire que les personnes dont l'état de santé ressenti est mauvais ou qui présentent certains facteurs de risque ont accès au système de santé et y recourent. Ces résultats rejoignent ceux obtenus par Winkelmann [2002] avec les données du Panel Suisse de Ménages et pour les Pays-Bas [Reijneveld, 1998]. Les immigrants<sup>2</sup>, et notamment les personnes de nationalité turque, présentent un nombre moyen de consultations plus élevé que les nationaux, qui s'explique en grande partie par un moins bon état de santé.

Le niveau d'intégration ne figure pas parmi les variables les plus fortement associées au nombre de visites. Cependant, le nombre moyen de consultations augmente légèrement pour les personnes les plus intégrées, particulièrement celles âgées de plus de 50 ans. On peut conclure qu'une faible intégration (mesurée par l'échelle construite) n'apparaît pas un comme un obstacle majeur à l'accès

---

<sup>2</sup>Les personnes n'indiquant pas la nationalité suisse comme leur première nationalité



FIG. 4.2 – Régression (modèle de Poisson) pour le nombre de visites chez le médecin - Femmes et hommes âgés de moins de 50 ans

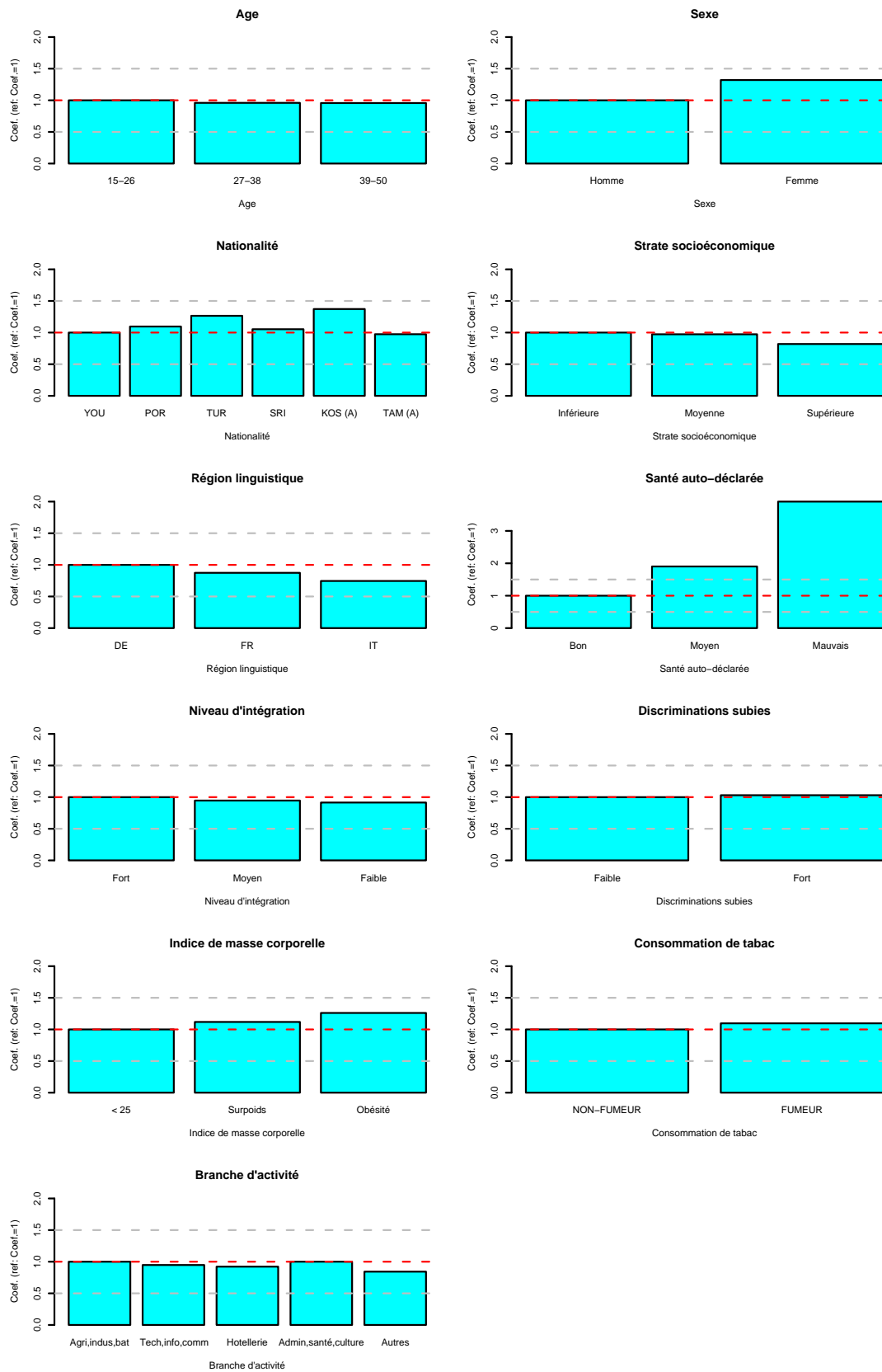
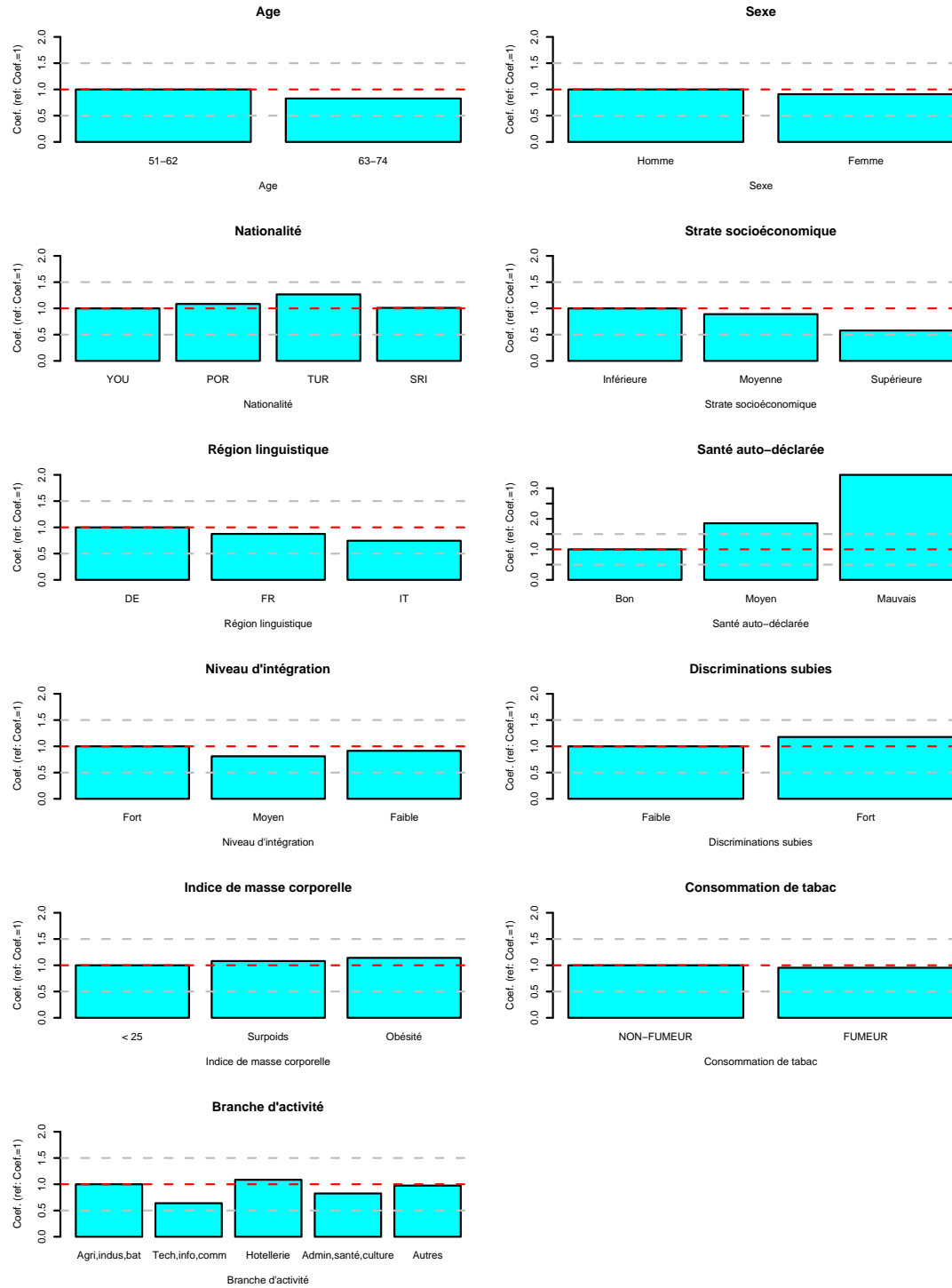


FIG. 4.3 – Régression (modèle de Poisson) pour le nombre de visites chez le médecin - Femmes et hommes âgés de plus de 50 ans



au système de soins. Toutefois, il serait nécessaire de pouvoir distinguer les visites selon leur but et le type de médecin consulté. En effet, il est possible que le niveau d'intégration ne joue pas de rôle important pour les consultations pour des soins « immédiats » mais il est peut-être un facteur limitant les visites préventives, comme le suggère les résultats de l'arbre de régression, qui montre que cette variable est importante pour les femmes de moins de 50 ans qui se déclarent en bonne santé. D'autres travaux ont également montré que pour certains groupes de migrants (turcs et marocains) les visites chez le médecin généraliste étaient plus fréquentes, mais qu'au contraire le nombre de recours aux services plus spécialisés étaient moins fréquents [Stronks et al., 2001].

On observe effectivement que pour un état de santé et des facteurs de risques équivalents, les ressortissantes et ressortissants turcs ont plus souvent recours aux médecins. Le profil particulier des personnes de nationalité turque a déjà été observé pour l'état de santé, les comportements en matière de santé et les recours aux médecins généralistes, en Suisse avec l'enquête GMM [Gabadinho et al., 2007] mais également dans d'autres pays tels que la Suède [Wiking et al., 2004] et les Pays-Bas [Reijneveld, 1998, Stronks et al., 2001]. Il est possible, comme cela vient d'être indiqué, que le recours au médecin généraliste soit plus systématique pour certains groupes de migrants et que ceci soit dû à des raisons d'ordre culturel.

L'existence d'une sur-déclaration des visites chez le médecin n'est pas non plus à exclure. Une telle sur-déclaration a été observée par Reijneveld [2000] à Amsterdam (Pays-Bas), mais celle-ci était relativement identique pour toutes les nationalités. Une sur-déclaration plus importante a été observée pour les ressortissants turcs et marocains, mais avec une différence peu significative. Les biais dans les comparaisons entre groupes de migrants sont donc à priori limités.

Le résultat observé pour la branche d'activité est conforme à l'hypothèse qui a été formulée, les branches d'activité à plus forte pénibilité étant celles pour lesquelles on observe une augmentation du nombre de visites. Le fait que cette relation ne s'observe que pour les personnes de plus de 50 ans est également relativement logique, car l'effet du type d'activité sur la santé est supposé se faire sentir à relativement long terme.

## Chapitre 5

# Expériences avec les services de santé

Le questionnaire de l'enquête GMM comporte un module consacré aux expériences des immigrants avec les services de santé. Les répondants étaient amenés à donner leur avis sur une série de propositions dont la liste figure dans le tableau 5.1. Nous proposons ici d'étudier deux effets potentiels d'éventuels problèmes dans la prise en charge des patients migrants et dans la communication avec le personnel soignant : une fréquence plus élevée des changements de médecin d'une part et de prescription de médicaments d'autre part. Dans un premier temps, nous présentons une analyse descriptive de la fréquence des problèmes rencontrés par les patients migrants et des facteurs associés à ces problèmes.

### 5.1 Introduction

Dans leur très grande majorité, les patients migrants ou issus de la migration font confiance aux médecins et considèrent qu'ils reçoivent les soins et médicaments dont ils ont besoin. Plus de neuf personnes sur 10 sont d'accord<sup>1</sup> avec les propositions sur ces aspects (questions `speer01a` et `speer01i`, tableau 5.2 page 62). Les proportions sont légèrement supérieures parmi les requérants d'asile kosovars et tamouls (93% et 96% sont d'accords) à celle observée parmi les résidents ressortissants des pays de l'ex-Yougoslavie, de la Turquie, du Portugal et du Sri Lanka. Les personnes interrogées sont également globalement satisfaites de leur prise en charge par les médecins (question `speer01m`, tableau 5.2), avec de nouveau une proportion légèrement supérieure parmi les requérants d'asile.

La plupart des personnes interrogées considèrent également qu'ils n'ont pas ou peu de problèmes de compréhension avec le personnel médical (question `speer01g`, tableau 5.2). Cependant, ces problèmes paraissent plus fréquents parmi les requérants d'asile (12% ne sont pas d'accord avec la proposition, contre 5% parmi les résidents). La proposition qui partage le plus les répondants est celle qui concerne les différences culturelles dans la vision de la maladie (proposition `k`). Un peu plus de la moitié des résidents, et 47% des requérants, pensent qu'en Suisse, les médecins ont souvent une vision de la maladie différente de celle des personnes de leur pays d'origine.

Dans l'ensemble, les patients migrants font donc état d'expériences très positives avec les services de santé suisses. On remarque que les requérants d'asile ont une opinion aussi, sinon plus, positive que celles des personnes bénéficiant d'un permis de résidence pour de nombreux aspects tels que la qualité de la prise en charge. Il est possible que la formulation des questions, qui ne demandent pas une réponse directe aux personnes mais leur accord ou désaccord avec une série de propositions, ait entraîné une sous-déclaration des expériences négatives.

---

<sup>1</sup>Les réponses sur l'échelle de 1 à 5 proposée ont été regroupées en trois catégories : d'accord (<1> et <2>), moyennement d'accord (<3>) et pas d'accord (<4> et <5>).

TAB. 5.1 – Questions concernant les expériences des migrants avec les services de santé

Variable	Question	Modalités
	En vous basant sur votre expérience personnelle des services de santé suisses, indiquez à quel point vous êtes d'accord avec les affirmations suivantes sur une échelle d'accord allant de 1 à 5. 1 signifie "entièrement d'accord". 5 signifie "pas du tout d'accord". Vous pouvez nuancer votre jugement en utilisant les notes intermédiaires.	
speer01a	Vous faites confiance aux médecins et à leur personnel	1 à 5
speer01b	Pendant les consultations, ce que vous dites est pris au sérieux	1 à 5
speer01c	Vos besoins en rapport avec votre culture ou votre religion sont suffisamment respectés.	1 à 5
speer01d	Vous êtes aussi bien traité(e) que les gens du pays	1 à 5
speer01e	On prend le temps qu'il faut pour s'occuper de vous	1 à 5
speer01f	Vous recevez suffisamment d'informations concernant vos maladies et leurs traitements	1 à 5
speer01g	Vous n'avez pas de difficultés à comprendre le personnel médical ni à vous en faire comprendre	1 à 5
speer01h	Les médecins répondent à vos questions de façon à ce que vous les compreniez	1 à 5
speer01i	Vous recevez le traitement ou les médicaments dont vous avez besoin	1 à 5
speer01j	Quand vous allez chez le médecin, il fait le diagnostic de ce dont vous souffrez	1 à 5
speer01k	En Suisse, les médecins ont souvent une vision de la maladie différente de celle des personnes qui vivent dans le pays d'origine de votre famille	1 à 5
speer01l	On vous traite avec respect chez le médecin comme à l'hôpital	1 à 5
speer01m	En général, vous êtes satisfait(e) de la façon dont vous êtes traité(e) chez le médecin	1 à 5

TAB. 5.2 – Expériences avec les services de santé

	Résidents (ex-Yougoslaves, Portugais, Turcs, Sri lankais)			Requérants d'asile (Kosovars et Sri lankais)		
	D'accord (%)	Plus ou moins d'accord (%)	Pas d'accord (%)	D'accord (%)	Plus ou moins d'accord (%)	Pas d'accord (%)
(a) Vous faites confiance aux médecins et à leur personnel	86.2	9.3	4.5	93.0	4.4	2.6
(b) Pendant les consultations, ce que vous dites est pris au sérieux	89.7	6.5	3.8	92.6	4.2	3.2
(c) Vos besoins en rapport avec votre culture ou votre religion sont suffisamment respectés.	90.1	5.7	4.2	86.2	8.4	5.5
(d) Vous êtes aussi bien traité(e) que les gens du pays	87.0	7.7	5.3	89.2	8.6	2.3
(e) On prend le temps qu'il faut pour s'occuper de vous	86.0	9.3	4.7	92.8	5.6	1.6
(f) Vous recevez suffisamment d'informations concernant vos maladies et leurs traitements	82.4	10.8	6.8	89.1	6.5	4.5
(g) Vous n'avez pas de difficultés à comprendre le personnel médical ni à vous en faire comprendre	85.7	9.5	4.8	80.7	7.2	12.2
(h) Les médecins répondent à vos questions de façon à ce que vous les compreniez	90.5	7.0	2.5	94.2	4.2	1.6
(i) Vous recevez le traitement ou les médicaments dont vous avez besoin	92.4	5.2	2.4	96.0	2.8	1.2
(j) Quand vous allez chez le médecin, il fait le diagnostic de ce dont vous souffrez	80.8	12.3	6.9	90.7	6.9	2.4
(k) En Suisse, les médecins ont souvent une vision de la maladie différente de celle des personnes qui vivent dans le pays d'origine de votre famille	54.0	16.4	29.7	47.0	16.7	36.4
(l) On vous traite avec respect chez le médecin comme à l'hôpital	91.6	5.2	3.2	96.4	2.8	0.8
(m) En général, vous êtes satisfait(e) de la façon dont vous êtes traité(e) chez le médecin	88.6	7.4	4.0	93.6	4.8	1.6

## 5.2 Facteurs associés aux expériences avec le système de santé

Dans cette section, nous présentons une analyse des réponses à certaines questions relatives aux expériences des personnes migrantes avec le système de santé Suisse. Les questions retenues concernent plus particulièrement les difficultés de compréhension avec le personnel médical et les éventuels problèmes liés aux spécificités culturelles et religieuses des patients. Nous tentons de mettre en évidence certains facteurs associés avec ces difficultés.

### 5.2.1 Difficultés de compréhension avec le personnel médical

Le graphique 5.1 page suivante présente les résultats d'une régression logistique pour la probabilité d'avoir indiqué des difficultés à comprendre le personnel médical ou à s'en faire comprendre<sup>2</sup>. Un odd ratio supérieur à 1 pour une modalité indique une augmentation de la probabilité par rapport à la catégorie de référence, un odds ratio inférieur à 1 une diminution.

On observe une augmentation régulière avec l'âge, due probablement en partie à l'augmentation des recours aux services de soins parmi les personnes plus âgées. L'état de santé a également été pris en compte comme facteur explicatif dans le modèle, et s'avère fortement significatif. Plus les personnes se sentent en mauvaise santé, et plus elles font état de difficultés de compréhension. Ce résultat peut être interprété de plusieurs manières. Les personnes qui ne se sentent pas en bonne santé ont plus fréquemment recours aux services de soins et peuvent rencontrer des difficultés à décrire les symptômes qu'elles ressentent. Par ailleurs, l'insatisfaction ou le désaccord quant au diagnostic porté par le personnel médical est susceptible d'être perçue comme un problème de compréhension (voir sous-section 5.2.3 page 65).

Les femmes rencontrent significativement plus de problèmes que les hommes, mais l'interprétation de ce résultat n'est pas évidente. On pourrait penser au niveau d'intégration des femmes qui est dans l'ensemble inférieur à celui des hommes, mais cette variable est également présente dans le modèle (cf ci-dessous). On peut avancer l'hypothèse que les visites gynécologiques génèrent davantage d'incompréhension.

La probabilité diminue pour les personnes classées dans la strate socioéconomique supérieure, mais ce résultat est à la limite de la significativité en raison des faibles effectifs présents dans cette catégorie.

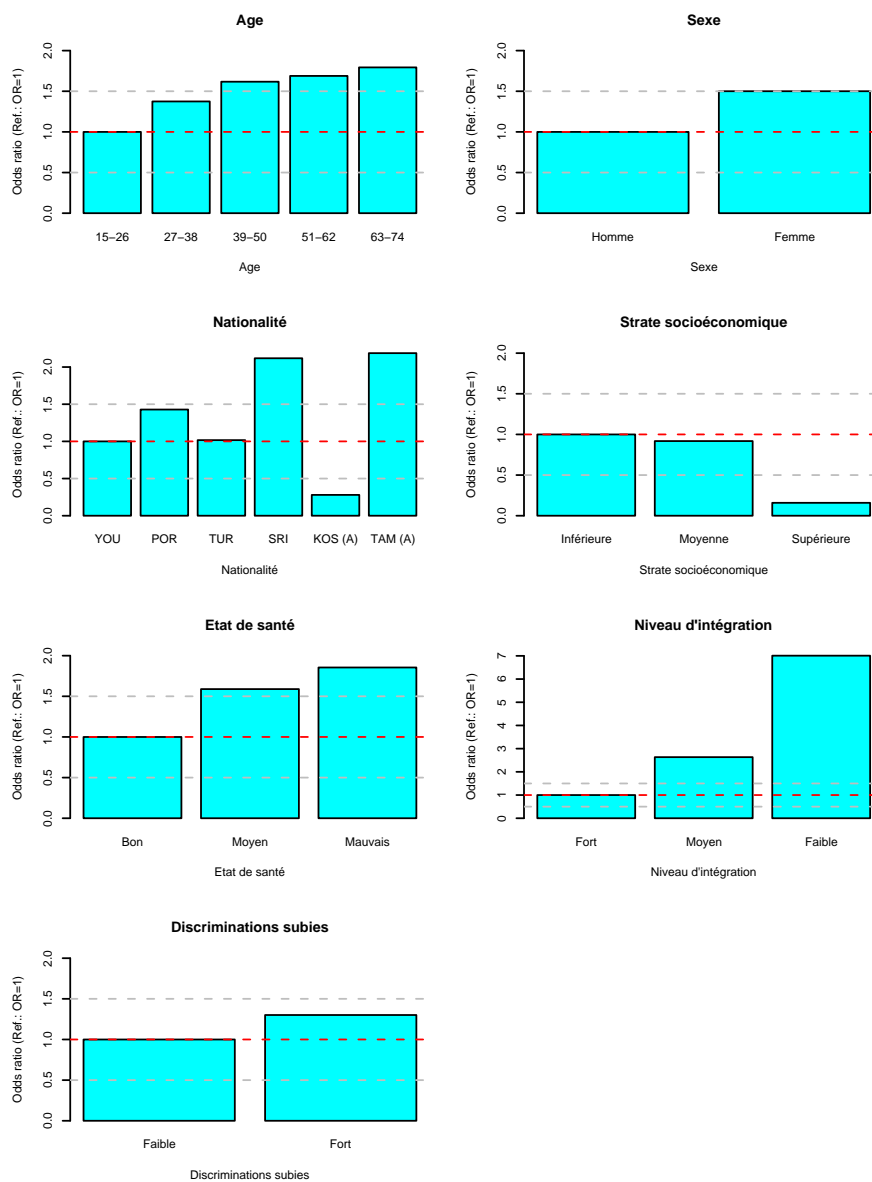
Le niveau d'intégration joue un rôle particulièrement important dans le modèle statistique. La probabilité de rencontrer des difficultés de compréhension est fortement augmentée (odds ratio > 7) pour les personnes dont le niveau d'intégration mesuré sur l'échelle construite est faible. Nous avons vu que l'absence de maîtrise d'une des langues nationales est un paramètre déterminant dans l'échelle d'intégration construite, et celle-ci est un obstacle majeur dans les relations entre les patients et les médecins. La probabilité d'avoir du mal à comprendre le personnel médical ou à s'en faire comprendre est également associée positivement avec le niveau de discriminations subies.

Une fois l'ensemble des facteurs précédents pris en compte, les variations selon la nationalité restent fortement significatives. Les ressortissants sri lankais, qu'ils soient résidents en Suisse ou requérants d'asile, présentent une probabilité nettement accrue de rencontrer des difficultés de compréhension. Etant donné que cette différence se manifeste après la prise en compte du niveau d'intégration, elle indique que la compréhension entre les ressortissants Sri lankais et le personnel médical est particulièrement délicate. On pense pour l'expliquer aux spécificités de la culture tamoule, particulièrement en ce qui concerne la vision de la santé et de la maladie [Lüthi, 2004]. Dans une moindre mesure, les Portugaises et Portugais font également plus fréquemment état de difficultés, alors que les requérants kosovars se distinguent au contraire par un niveau particulièrement faible.

---

<sup>2</sup>La probabilité qui est modélisée est celle d'être d'accord, moyennement d'accord ou pas d'accord avec la proposition concernant la compréhension avec le personnel médical (tableau 5.1, proposition g)

FIG. 5.1 – Désaccord avec la proposition « Vous n’avez pas de difficultés à comprendre le personnel médical ni à vous en faire comprendre » - Odds ratios





### 5.2.2 Prise en compte des besoins spécifiques en rapport avec la culture et la religion

La prise en compte des spécificités culturelles et religieuses des patients est un autre aspect important des relations entre migrants et personnel médical, auquel une question a été consacrée (tableau 5.1, question *c*). Les réponses à cette question ont été analysées à l'aide d'un modèle statistique dont les résultats figurent dans le graphique 5.2. Un odds ratio supérieur à 1 pour une modalité indique une augmentation de la probabilité de n'être pas d'accord avec la proposition, autrement dit de penser que les besoins spécifiques en rapport avec la culture ou la religion ne sont pas pris en compte. Un odds ratio inférieur à 1 indique au contraire une diminution de cette probabilité. Pour chaque graphique, la première modalité représente la catégorie de référence, pour laquelle la valeur de l'odds ratio est par définition de 1.

Contrairement aux difficultés de compréhension, ni l'âge ni la strate socioéconomique ne présentent d'association significative avec la variable étudiée. Par ailleurs, les résultats pour le sexe sont inverses, avec une probabilité accrue pour les hommes de penser que leurs besoins en rapport avec leur culture et leur religion ne sont pas pris en compte par le personnel médical.

Comme on pouvait s'y attendre, les scores sur les échelles d'intégration et de discriminations subies sont fortement associés à la perception d'un déficit dans la prise en compte des besoins en rapport avec la culture et la religion. Les ressortissantes et ressortissants turcs et sri lankais résidents ou requérants d'asile se distinguent par une perception plus fréquente d'un tel déficit. Ce résultat confirme l'hypothèse émise pour les personnes de nationalité sri lankaise concernant les problèmes accrus de compréhension avec les personnel médical. On notera toutefois que les femmes et hommes turcs sont également plus fréquemment insatisfaits quant à la prise en compte de leur spécificité culturelle et religieuse, mais que cela ne se traduit pas par une augmentation des problèmes de compréhension. Au contraire, les Portugaises et Portugais ne se distinguent pas en ce qui concerne la prise en compte des spécificités culturelles et religieuses mais figurent parmi les communautés rencontrant le plus fréquemment des problèmes de compréhension avec le personnel médical. Comme pour les autres questions analysées, les requérants d'asile kosovars présentent un niveau de satisfaction particulièrement élevé pour ce qui est de leurs expériences avec les services de santé suisses.

### 5.2.3 Diagnostic du médecin

Une des questions sur le thème des expériences des migrants avec les services de santé suisses porte sur le diagnostic du médecin (tableau 5.1, question *j*). On remarquera que bien qu'il puisse être en relation avec la compréhension entre migrants et personnel médical, cet aspect semble à priori moins spécifique aux personnes étrangères que les précédents.

Les résultats du modèle statistique analysant les réponses à cette question sont présentés dans le graphique 5.3. Un odds ratio supérieur à 1 pour une modalité indique une augmentation de la probabilité de n'être pas d'accord avec la proposition, autrement dit de penser que le médecin ne fait pas le diagnostic de ce dont la personne souffre. Une valeur de l'odds ratio inférieure à 1 indique au contraire une diminution de cette probabilité. Pour chaque graphique, la première modalité représente la catégorie de référence, pour laquelle la valeur de l'odds ratio est par définition de 1.

Les variables déterminantes sont ici l'état de santé, le niveau de discriminations subies et la nationalité. Les personnes dont l'état de santé subjectif est mauvais ont une propension nettement plus importante à penser que les médecins ne diagnostiquent pas correctement ce dont elles souffrent. C'est également le cas des personnes ayant subi des discriminations. Les femmes et hommes turcs se distinguent par une probabilité nettement plus élevée d'être en désaccord avec la proposition, suivis par les Portugaises et Portugais.

## 5.3 Changement de médecin

Les problèmes de communication entre médecins et patients migrants peuvent se traduire de plusieurs manières. Une des hypothèses est que les personnes qui rencontrent de tels problèmes changent plus fréquemment de médecin. L'enquête GMM comporte une question à ce sujet, dont le texte figure dans le tableau 5.3 page 68.

FIG. 5.2 – Désaccord avec la proposition « Vos besoins en rapport avec votre culture ou votre religion sont suffisamment respectés » - Odds ratios

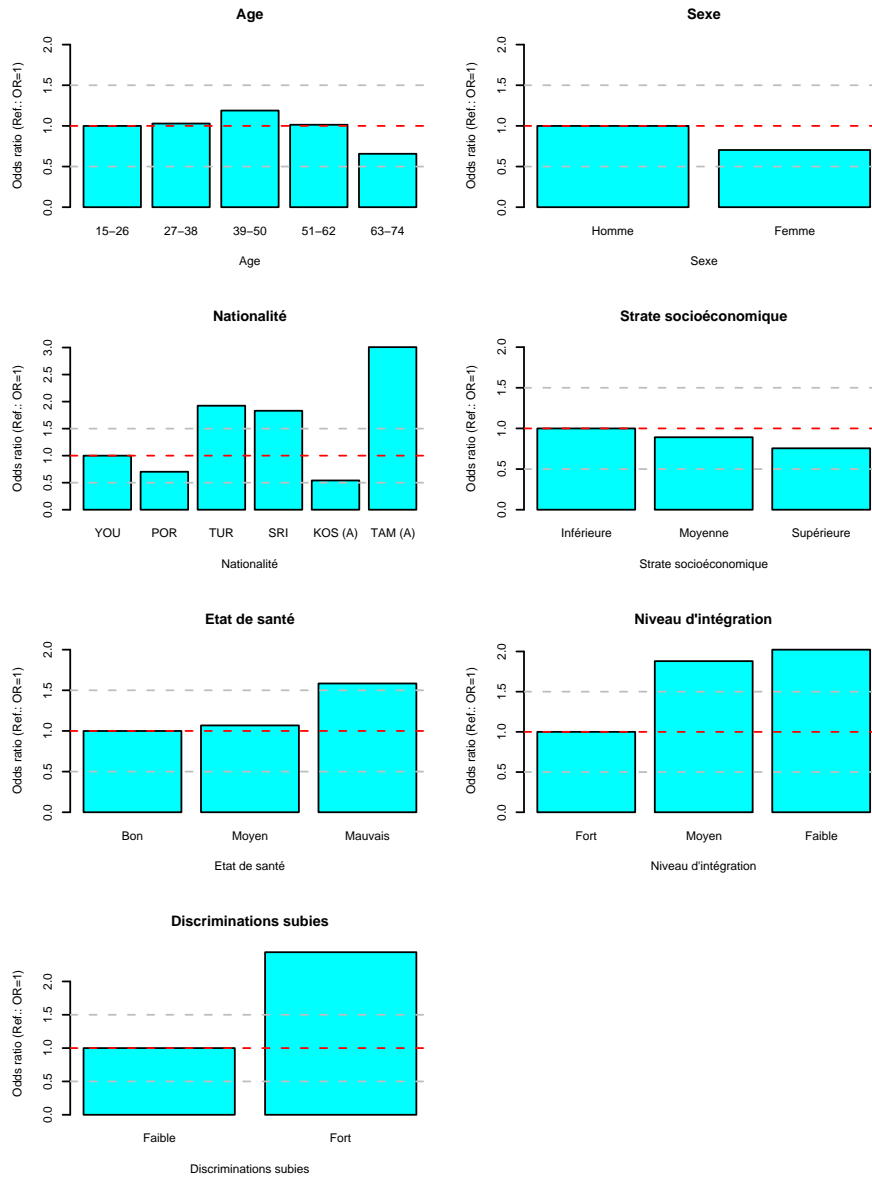
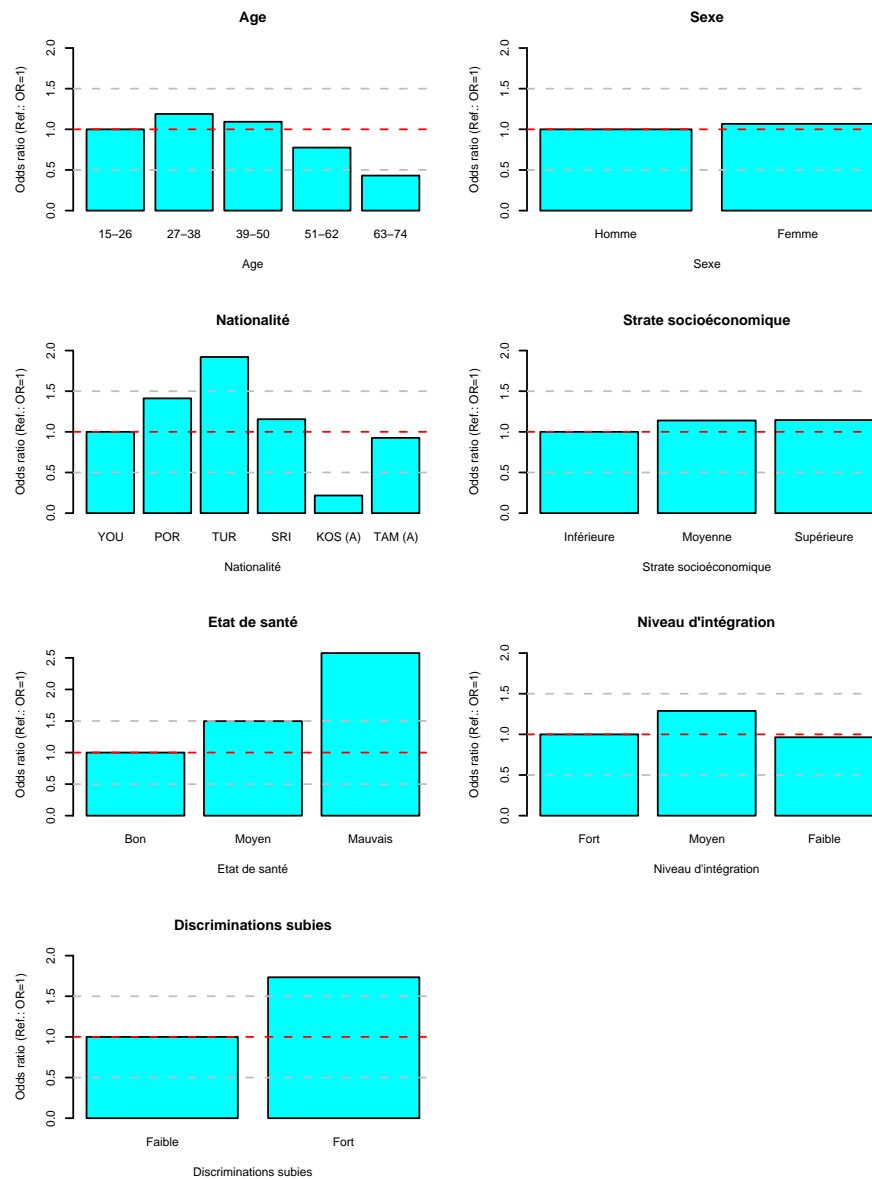


FIG. 5.3 – Désaccord avec la proposition « Quand vous allez chez le médecin, il fait le diagnostic de ce dont vous souffrez » - Odds ratios



TAB. 5.3 – Question concernant le changement de médecin

Question	Modalités	Variables
Avez-vous déjà changé de médecin parce que vous n'étiez pas satisfait(e) du traitement qu'il vous faisait suivre ?	<1> oui <2> non	speer03
Pourquoi n'avez-vous jamais changé de médecin ?	<1> parce que je ne savais pas chez quel autre médecin aller <2> parce que cela fait longtemps que je vais chez le même médecin <3> parce que mon assurance maladie ne l'autorise pas <4> parce que ce ne serait pas mieux chez un autre médecin <5> parce que jusqu'à maintenant, je n'ai jamais été mécontent(e) <7> autres raisons <8> rien de tout cela	speer04a

TAB. 5.4 – Changement de médecin en raison d'un mécontentement

	Oui (%)	Non (%)
Résidents	22.5	77.5
Requérants	17.1	82.9

Au total, près de 22% des résidents (ressortissants des pays d'ex-Yougoslavie, du Portugal, de la Turquie et du Sri Lanka) ont déjà changé au moins une fois de médecin. La proportion est légèrement inférieure parmi les requérants d'asile, avec 17% (tableau 5.4).

Parmi les personnes qui n'ont jamais changé de médecin en raison d'un mécontentement, la raison principale est qu'elles n'ont jamais été mécontentes (64% des résidents et 55% des requérants). Ces résultats, comparés avec ceux concernant les expériences avec les services de santé, indiquent un taux de satisfaction moins important. Toutefois, la seconde raison la plus fréquemment citée (« je vais depuis longtemps chez le même médecin ») peut être considérée comme une expression de la satisfaction. On remarque que les raisons liées au contrat d'assurance maladie sont très peu citées (moins de 0.5% pour les résidents et 2% pour les requérants).

### 5.3.1 Expériences avec le système de santé et changements de médecins

Afin de voir si les changements de médecin sont particulièrement liés à des problèmes de compréhension, nous avons commencé par examiner leur association avec la batterie de questions concernant la satisfaction et les expériences avec les services de soins. L'association (odds ratio) avec le changement de médecin des réponses à chacune des questions figurant dans le tableau 5.1 page 61 a été successivement analysé, avec l'âge, le sexe et la nationalité comme variables de contrôle. Les résultats figurent dans le tableau 5.4 page 70. Les résultats pour les questions a et m

TAB. 5.5 – Première raison pour laquelle les personnes n'ont pas changé de médecin

Raison	Résidents	Requérants
Parce que je ne savais pas chez quel autre médecin aller	3.5	3.4
Parce que cela fait longtemps que je vais chez le même médecin	20.3	23.1
Parce que mon assurance maladie ne l'autorise pas	0.4	1.9
Parce que ce ne serait pas mieux chez un autre médecin	3.2	5.1
Parce que jusqu'à maintenant, je n'ai jamais été mécontent(e)	64.0	54.8
Autres raisons	7.3	9.6
Rien de tout cela	1.3	2.2

ne sont pas présentés car celles-ci mesurent la satisfaction générale quant à la prise en charge par les médecins et sont donc logiquement fortement associées aux changements de médecin liés à un mécontentement.

L'ensemble des variables mesurant les expériences des migrants avec les services de santé présentent une association avec le changement de médecin, mais celle-ci est plus ou moins forte. Les questions  $i$  (« vous recevez le traitement ou les médicaments dont vous avez besoin ») et  $j$  (« quand vous allez chez le médecin, il fait le diagnostic de ce dont vous souffrez »), concernant la qualité des soins sont fortement liées aux changements.

La perception de discriminations et de manque de respect (« Vous êtes aussi bien traités que les gens du pays », « On vous traite avec respect chez le médecin comme à l'hôpital ») sont également associés à une augmentation de la probabilité de changer de médecin. En revanche la variable *speer01g* concernant les problèmes de compréhension avec le personnel médical est une des moins fortement associée avec la probabilité de changer de médecin.

### 5.3.2 Analyse exploratoire

Un arbre de régression a été utilisé afin de détecter les autres variables associées avec le changement de médecin. Les expériences avec les services de santé utilisés précédemment (variables *speer01a* à *speer01j*, tableau 5.1 page 61) ont été introduites parmi les variables potentielles.

La variable correspondant à la proposition « quand vous allez chez le médecin, il fait le diagnostic de ce dont vous souffrez » (tableau 5.1, question  $j$ ) est celle qui est la plus fortement associée avec un changement de médecin (figure 5.5 page 71). Les changements de médecin sont donc principalement liés à l'insatisfaction des patients quant au diagnostic. Parmi les personnes satisfaites, c'est à dire celles qui pensent que « quand [elles vont] chez le médecin, il fait le diagnostic de ce dont [elles souffrent] », la nationalité est la variable la plus pertinente. Les résidents turcs et portugais se distinguent par des changements plus fréquents. Le score sur l'échelle d'intégration intervient à un niveau inférieur, dans le groupe constitué par les ressortissantes et ressortissants des pays de l'ex-Yougoslavie, sri lankais et les requérants d'asile kosovars et tamouls. Le sens de la relation est conforme à ce qui a été observé précédemment, puisque ce sont les personnes les plus intégrées qui changent plus fréquemment de médecin. Comme on pouvait s'y attendre, l'état de santé apparaît également parmi les variables pertinentes.

### 5.3.3 Facteurs associés aux changements de médecin

Le graphique 5.6 page 72 présente les odds ratios<sup>3</sup> pour la probabilité d'avoir changé de médecin suite à un mécontentement. Outre les variables de contrôle classiques que sont l'âge, le sexe, la nationalité et la strate socioéconomique, les indicateurs d'intégration et de discriminations subies ainsi que de l'état de santé ont été ajoutés. L'état de santé permet également de tenir compte du nombre de visites chez le médecin, avec lequel il est fortement corrélé.

Les résultats obtenus avec l'arbre de régression sont confirmés. Toutes choses égales par ailleurs, les femmes et hommes portugais et turcs changent plus fréquemment de médecin, tout comme celles qui pensent que leur médecin ne fait pas le diagnostic de ce dont elles souffrent. Par ailleurs, le niveau d'intégration s'avère être un facteur important. Comme cela a déjà été montré par l'arbre de régression, et par le fait que les requérants d'asile sont plus satisfaits de leurs expériences avec le système de soins, les personnes les plus intégrées changent nettement plus souvent de médecin. En revanche, la probabilité d'avoir changé de médecin augmente significativement pour les personnes qui se sentent discriminées. Les personnes ayant un état de santé moyen ou mauvais, qui sont celles qui ont le plus souvent recours aux médecins, sont également celles qui ont le plus de chances d'en avoir été mécontentes.

### 5.3.4 Synthèse et discussion

La probabilité d'avoir changé de médecin suite à un mécontentement ne semble pas liée en premier lieu à des problèmes de compréhension mais à un mécontentement par rapport au diagnostic et à la prise en charge. Les questions spécifiques concernant les difficultés de compréhension (tableau

---

<sup>3</sup>Par rapport à la catégorie de référence, pour laquelle l'odds ratio est par définition égal à 1.

FIG. 5.4 – Probabilité d’avoir changé de médecin, selon les expériences avec le système de santé suisse (odds ratios - variables de contrôle=âge, sexe et nationalité)

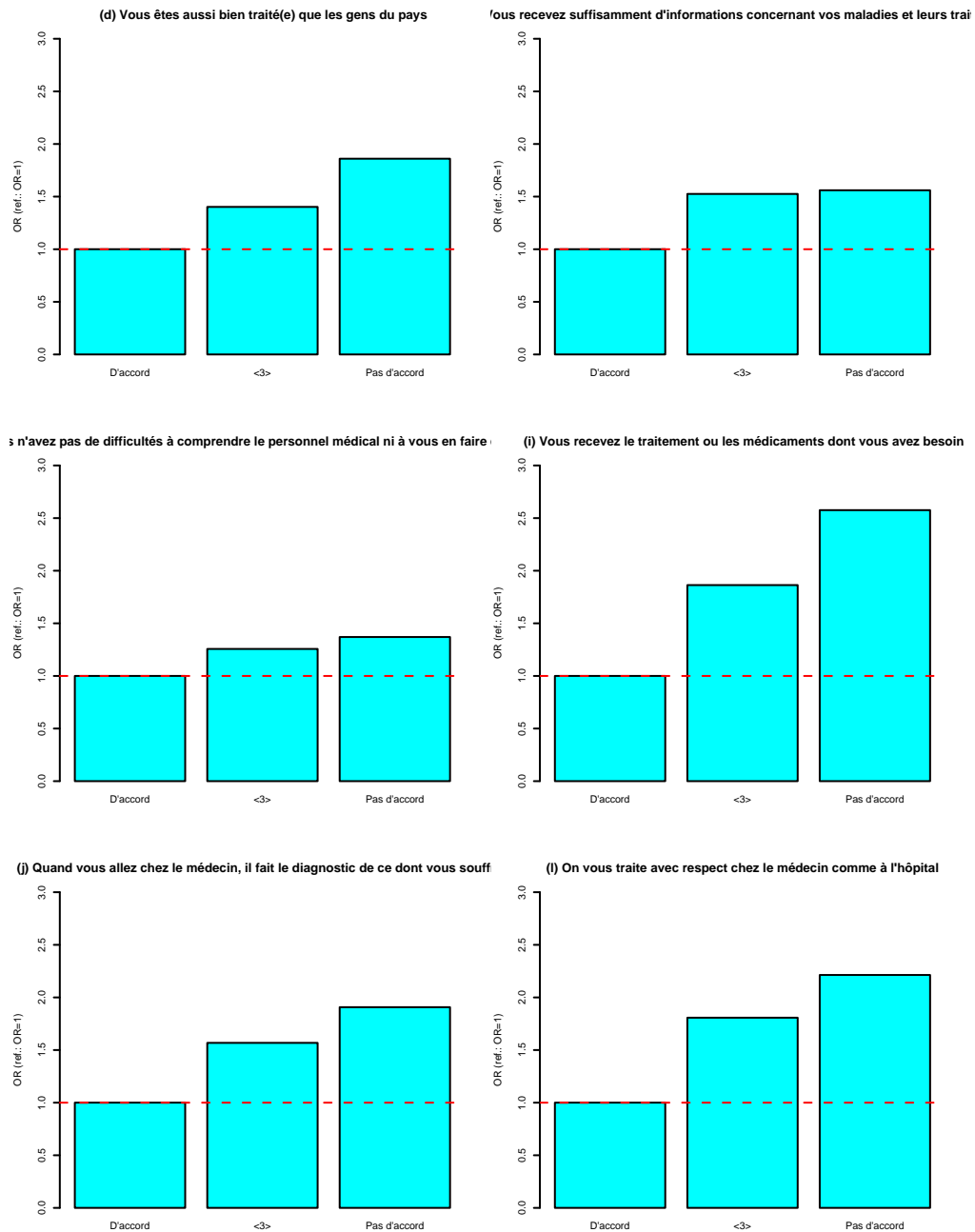


FIG. 5.5 – Arbre de régression pour le changement de médecin suite à un mécontentement

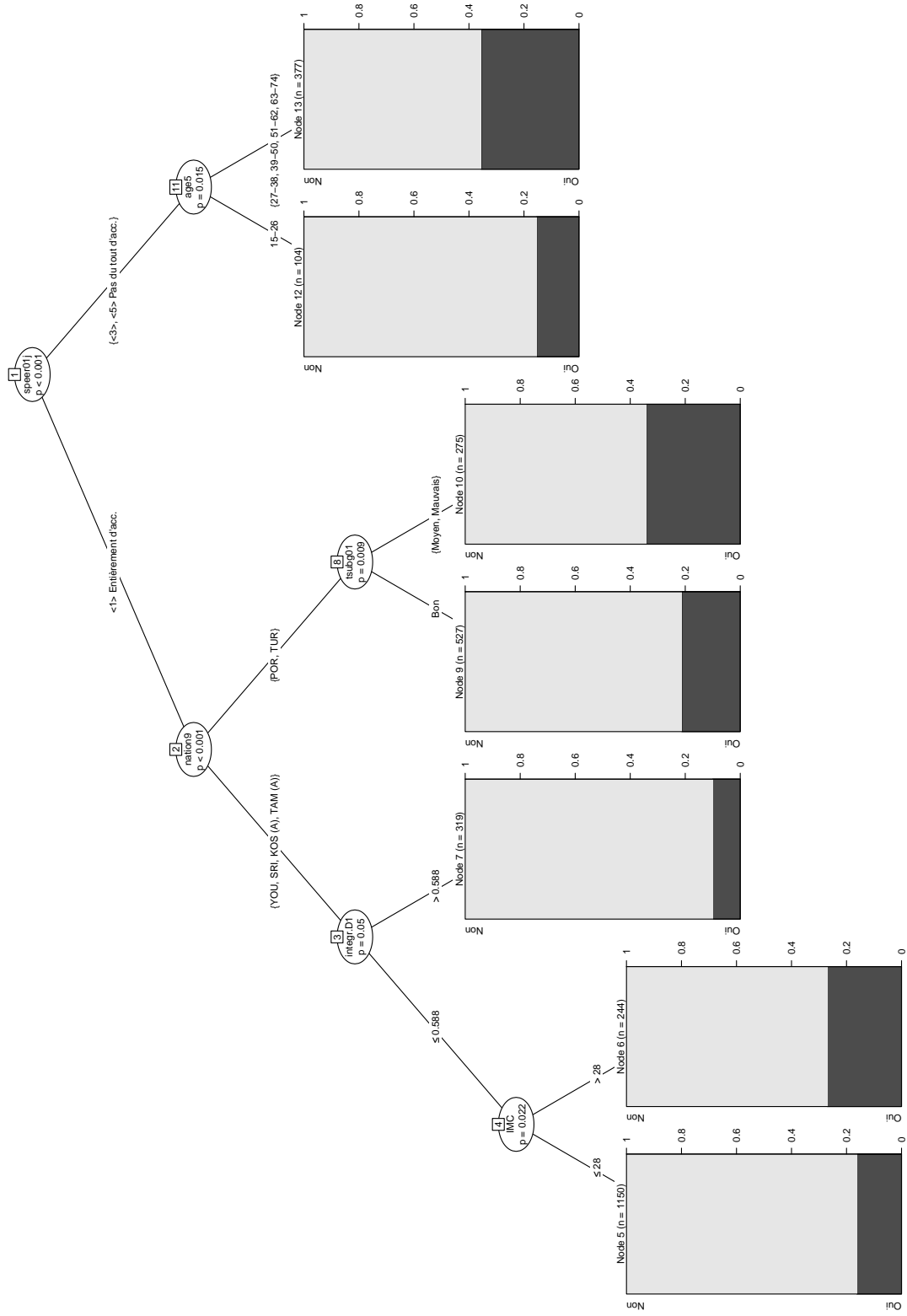
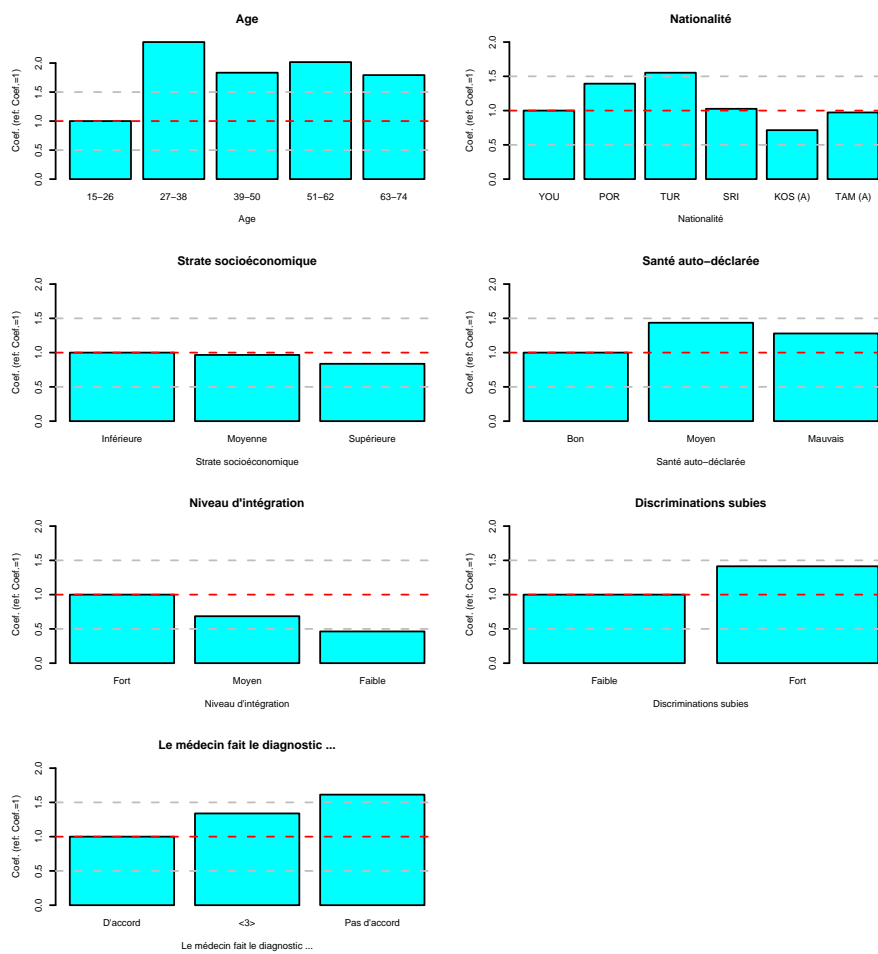


FIG. 5.6 – Changement de médecin en raison d'un mécontentement - Odds ratios





TAB. 5.6 – Questions concernant la prise de médicaments

Variable	Question	Modalités
tmeko10	Avez-vous pris des médicaments contre les douleurs au cours des 7 derniers jours ?	<1> quotidiennement <2> plusieurs fois par semaine <3> env. 1 fois par semaine <4> jamais
tmeko11	Est-ce que ces produits vous ont été prescrits par votre médecin, ou les avez-vous achetés vous-même ou vous ont-ils été procurés par une tierce personne ?	<1> prescrit par le médecin <2> acheté soi-même <3> procurés par un tiers

5.1, question k) ou les différences dans la perception des maladies entre les médecins suisses et ceux du pays d'origine (tableau 5.1, question g) présentent des associations moins significatives avec les changements de médecin dans les modèles statistiques.

Le fait que la probabilité d'avoir changé de médecin est plus faible parmi les personnes les moins intégrées, qui sont celles qui ont à priori le plus de problèmes de communication avec le personnel médical, et plus forte parmi les personnes qui se sentent discriminées (qui sont comme nous l'avons vu plutôt intégrées) confirme que les barrières linguistiques n'interviennent pas de manière prépondérante. Toutefois, les mécontentements quant aux diagnostics des médecins peuvent être l'expression de différences « culturelles » entre la Suisse et le pays d'origine en ce qui concerne la prise en charge et la communication avec le patient.

## 5.4 Prescription de médicaments

Une augmentation de la prescription de médicaments figure parmi les effets possibles des problèmes de compréhension entre migrants et personnel soignant. Afin de tester cette hypothèse, nous avons utilisé les questions concernant la prise de médicaments. La question portant sur l'ensemble des médicaments consommés au cours de la dernière semaine n'a pas été utilisée car ceux-ci peuvent comprendre les médicaments contre l'hypertension, le cholestérol, etc. Nous avons donc utilisé la question concernant sur les médicaments anti-douleur (tableau 5.6). L'analyse a logiquement été limitée aux personnes ayant effectué au moins une visite chez le médecin au cours des 12 derniers mois. Elle porte sur la consommation d'un médicament prescrit par un médecin au moins une fois au cours des 7 derniers jours.

Au total, un quart (25%) des personnes ayant consulté au moins une fois un médecin ont pris un médicament anti-douleurs sur ordonnance au cours des 7 jours précédant l'enquête. Cette proportion est égale à 15% pour les répondants les plus jeunes (15-26 ans) et atteint près de 50% pour ceux âgés de plus de 50 ans.

### 5.4.1 Expériences avec le système de santé et prescription de médicaments

Afin de tester l'hypothèse selon laquelle les problèmes de compréhension entre patients migrants et personnel soignant entraînent une prescription plus systématique de médicaments, nous avons commencé par mesurer les associations entre les expériences avec le système de santé (variables *speer01a*, tableau 5.1) et la consommation de médicaments anti-douleurs prescrits par un médecin (sous la forme d'une variable dichotomique « oui » / « non ») à l'aide d'un modèle statistique. Seuls les personnes ayant consulté un médecin au moins une fois au cours des 12 derniers mois ont été retenues. Les variables de contrôle introduites sont l'âge, le sexe, la nationalité, et dans une variante, l'état de santé.

Les variables tirées des questions sur les expériences avec les services de santé présentant un effet significatifs sur la probabilité d'avoir consommé un médicament anti-douleur prescrit par un médecin sont présentées dans la figure 5.7. La question concernant les problèmes de communication

avec le personnel médical est effectivement l'une des plus influentes, la probabilité d'avoir consommé un médicament anti-douleur augmentant pour les personnes déclarant avoir des problèmes de communication. De même, les désaccords au sujet de la proposition « les médecins répondent à vos questions de façon à ce que vous les compreniez » augmentent cette probabilité. La satisfaction quant à la manière dont les personnes sont traitées chez le médecin présente également une association significative.

Toutefois, ces effets sont fortement atténués ou disparaissent si l'on prend en compte l'état de santé auto-déclaré, variable particulièrement significative en ce qui concerne la consommation d'anti-douleur (figure 5.8).

#### 5.4.2 Analyse exploratoire

Un arbre de régression a été utilisé pour repérer les autres variables importantes en ce qui concerne la consommation d'un médicament anti-douleur sur ordonnance. Les informations concernant les expériences des migrants avec le système de santé (tableau 5.1) ont été introduites dans la liste des variables sélectionnables.

Les deux variables particulièrement associées avec la consommation d'un médicament anti-douleur sur prescription médicale sont l'état de santé et la nationalité (figure 5.9). L'état de santé auto-déclaré est la variable la plus importante, avec d'un côté les personnes allant bien et de l'autre celles allant moyennement bien et mal. Pour chacun de ces deux groupes, la nationalité est ensuite la variable la plus pertinente. Deux groupes aux comportements différents sont distingués, avec d'un côté les personnes de nationalité portugaise et sri lankaise ainsi que les requérants d'asile tamouls, et de l'autre les ressortissantes et ressortissants turcs et des pays de l'ex-Yougoslavie ainsi que les requérants d'asile kosovars. En revanche, aucune des variables relatives aux expériences avec le système de santé n'est sélectionnée.

#### 5.4.3 Facteurs associés avec la prescription de médicaments

Le graphique 5.4.3 présente les résultats d'un modèle de régression logistique<sup>4</sup> pour la prise de médicaments anti-douleur prescrits par un médecin durant les 7 derniers jours. La question concernant les problèmes de communication entre patients et personnel soignant (variable `speer01g`, tableau 5.1) a été introduite dans le modèle, ainsi que celle indiquant si les patients pensent recevoir le traitement ou les médicaments dont ils ont besoin (variable `speer01i`, tableau 5.1).

Toutes choses égales par ailleurs (état de santé, sexe, nationalité), l'âge reste est un facteur important, puisque la consommation d'un médicament anti-douleur augmente avec celui-ci, avec toutefois un pic pour les 51-62 ans et une légère diminution pour les 63-74 ans déjà observée pour d'autres indicateurs de santé. On observe également une forte diminution pour les personnes classées dans les strates socioéconomiques moyennes et supérieures.

L'état de santé auto-déclaré présente un fort pouvoir explicatif sur la consommation de médicaments prescrits. Ceci n'est pas surprenant, car nous avons déjà vu que l'état de santé est fortement associé au nombre de visites chez le médecin. Mais même après contrôle de l'état de santé auto-déclaré, les variations selon la nationalité restent particulièrement importantes. Les probabilités sont les plus élevées parmi les ressortissant(e)s des pays de l'ex-Yougoslavie ainsi que celles et ceux de la Turquie. La consommation d'anti-douleur parmi les requérants d'asile kosovars est la plus élevée, alors que celle des requérants tamouls est modérée, même en comparaison de celles des résidents turcs et ex-yougoslaves.

La probabilité d'avoir utilisé un médicament anti-douleur augmente fortement pour les personnes qui pensent qu'elles ne reçoivent pas le traitement ou les médicaments dont elles ont besoin, mais cette association n'est pas statistiquement significative. Par contre, les problèmes de communication ne jouent pas de rôle ni le score sur l'échelle d'intégration ni l'indicateur de discriminations subies ne présentent d'association.

---

<sup>4</sup>Un odds ratio supérieur à 1 signifie une probabilité accrue par rapport à la catégorie de référence (la première catégorie à gauche sur le chacun des graphiques), un odds ratio inférieur à 1 signifie une probabilité inférieure à celle de la catégorie de référence.

FIG. 5.7 – Expériences avec les services de soins et consommation d'un médicament anti-douleurs prescrit par un médecin - Effets contrôlés pour le sexe, l'âge et la nationalité

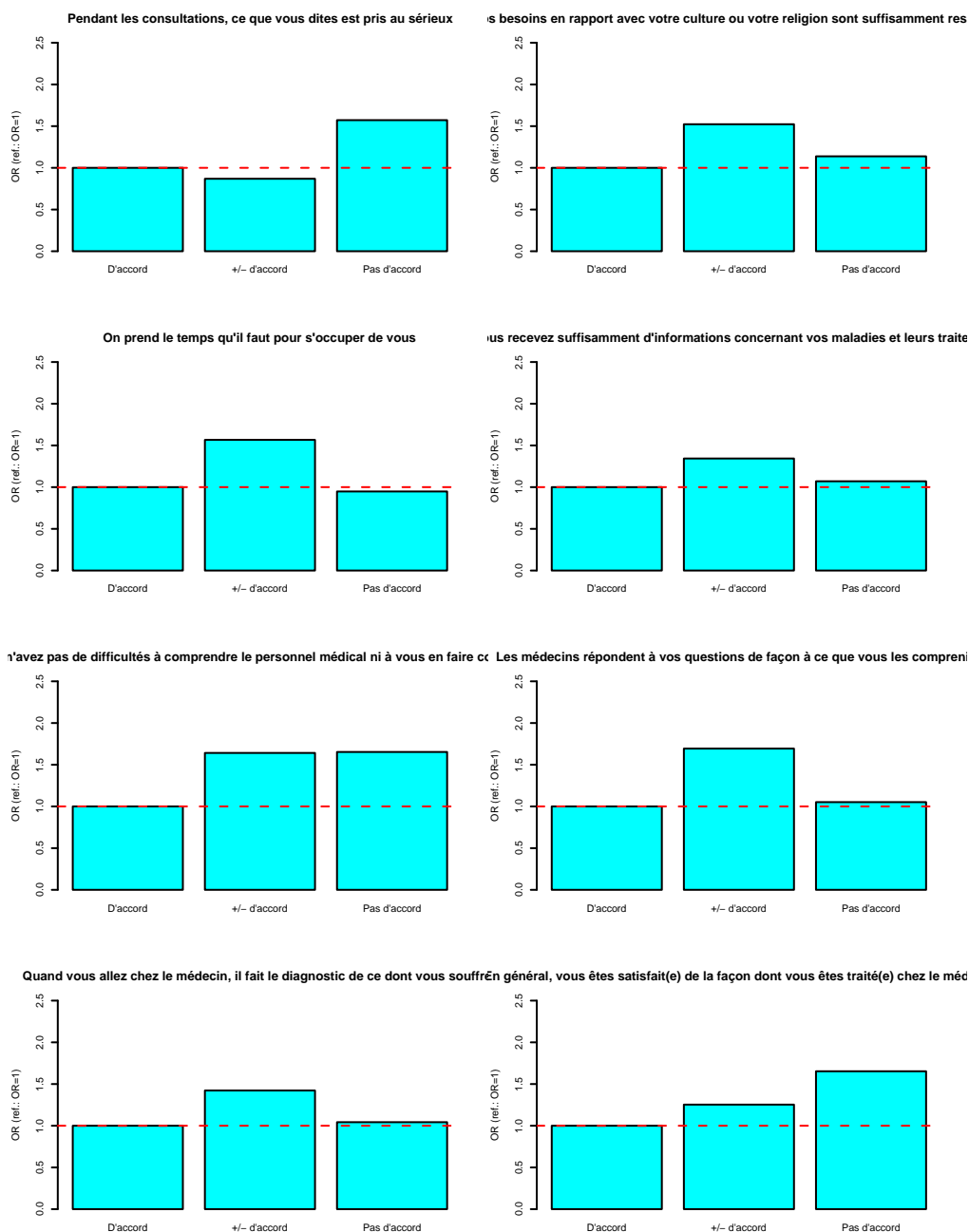


FIG. 5.8 – Expériences avec les services de soins et consommation d'un médicament anti-douleurs prescrit par un médecin - Effets contrôlés pour le sexe, l'âge, la nationalité et l'état de santé auto-déclaré

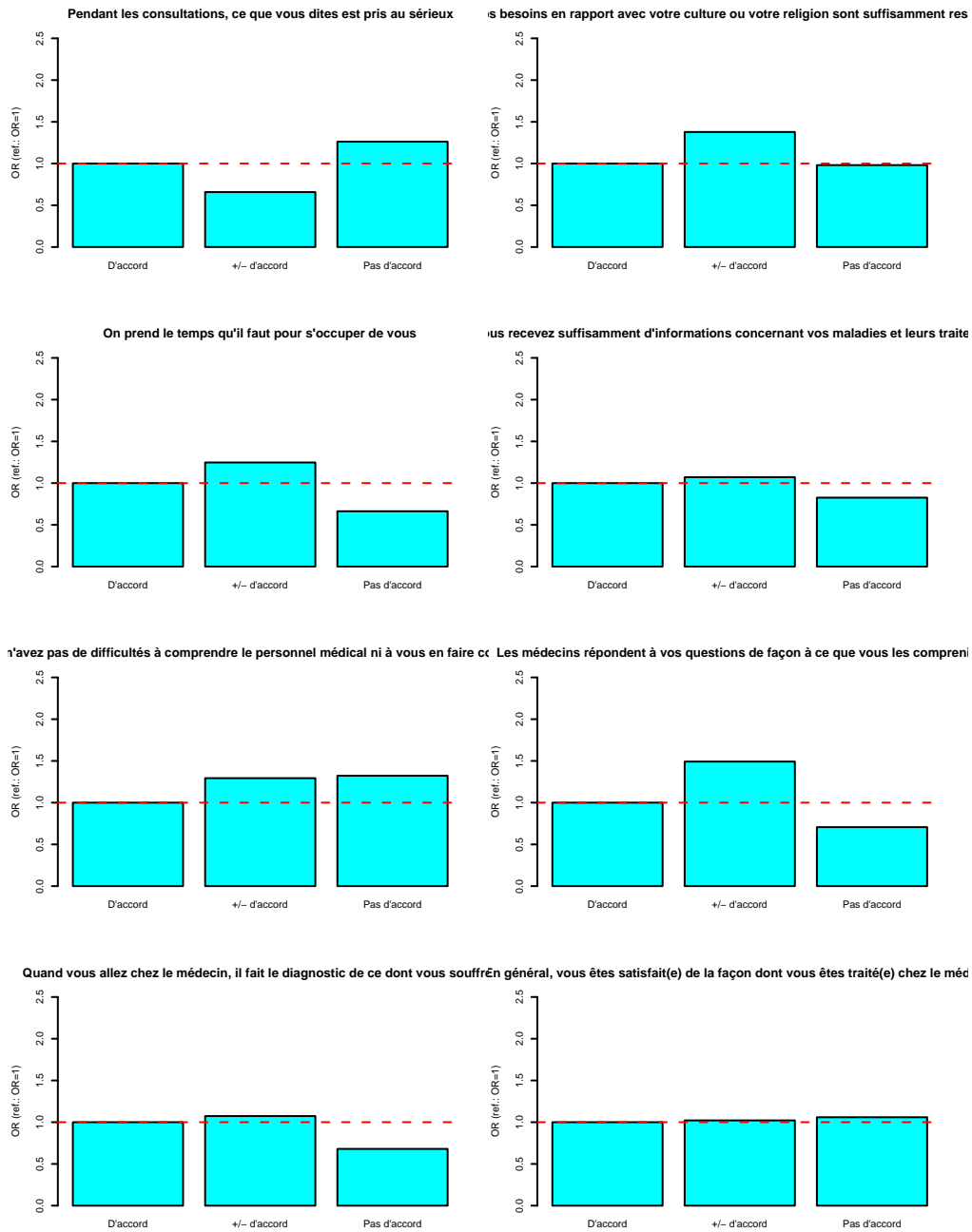


FIG. 5.9 – Arbre de régression pour la consommation d'un médicament anti-douleurs prescrit par un médecin au cours des 7 derniers jours - Personnes ayant consulté au moins une fois au cours des 12 derniers mois

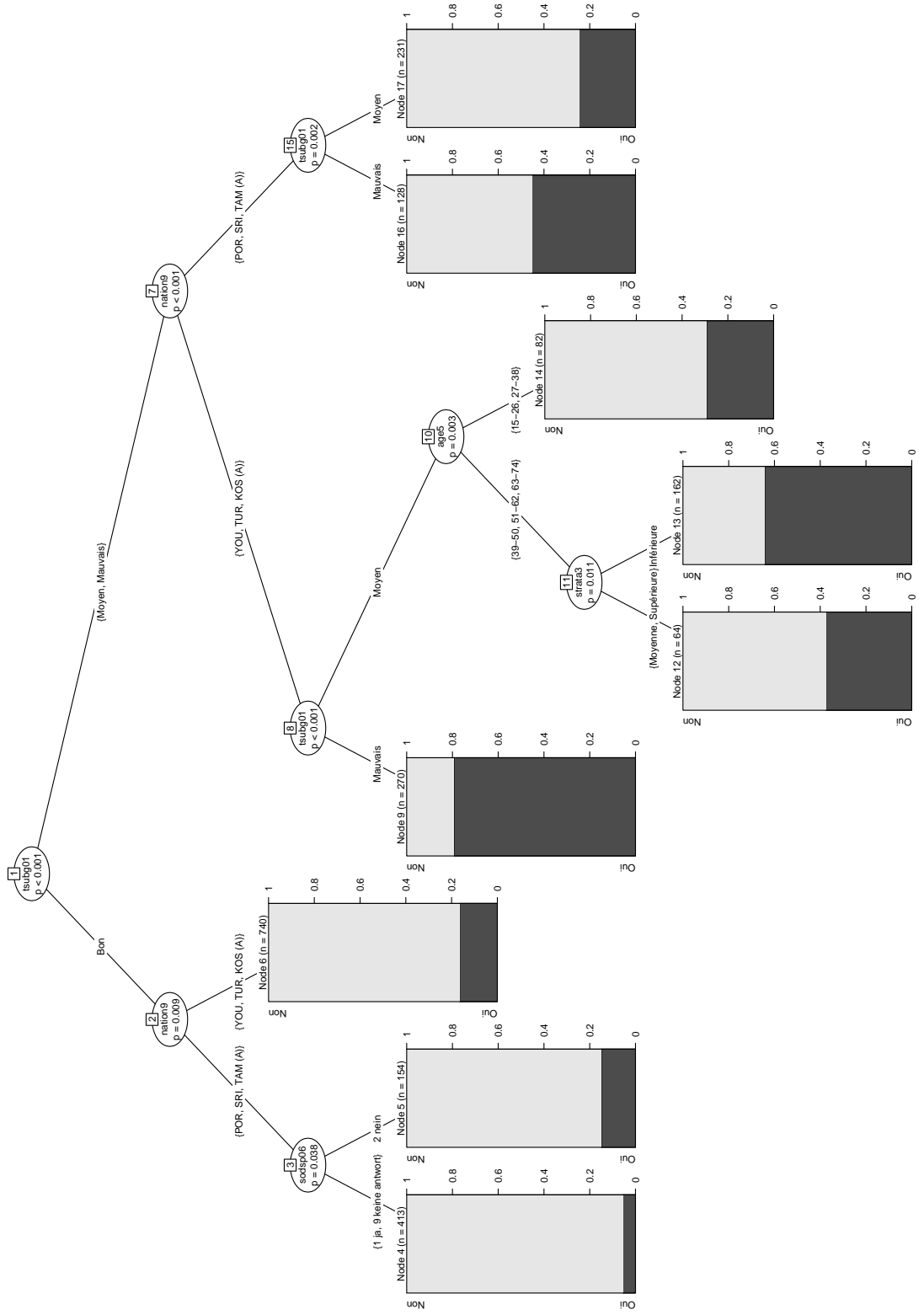
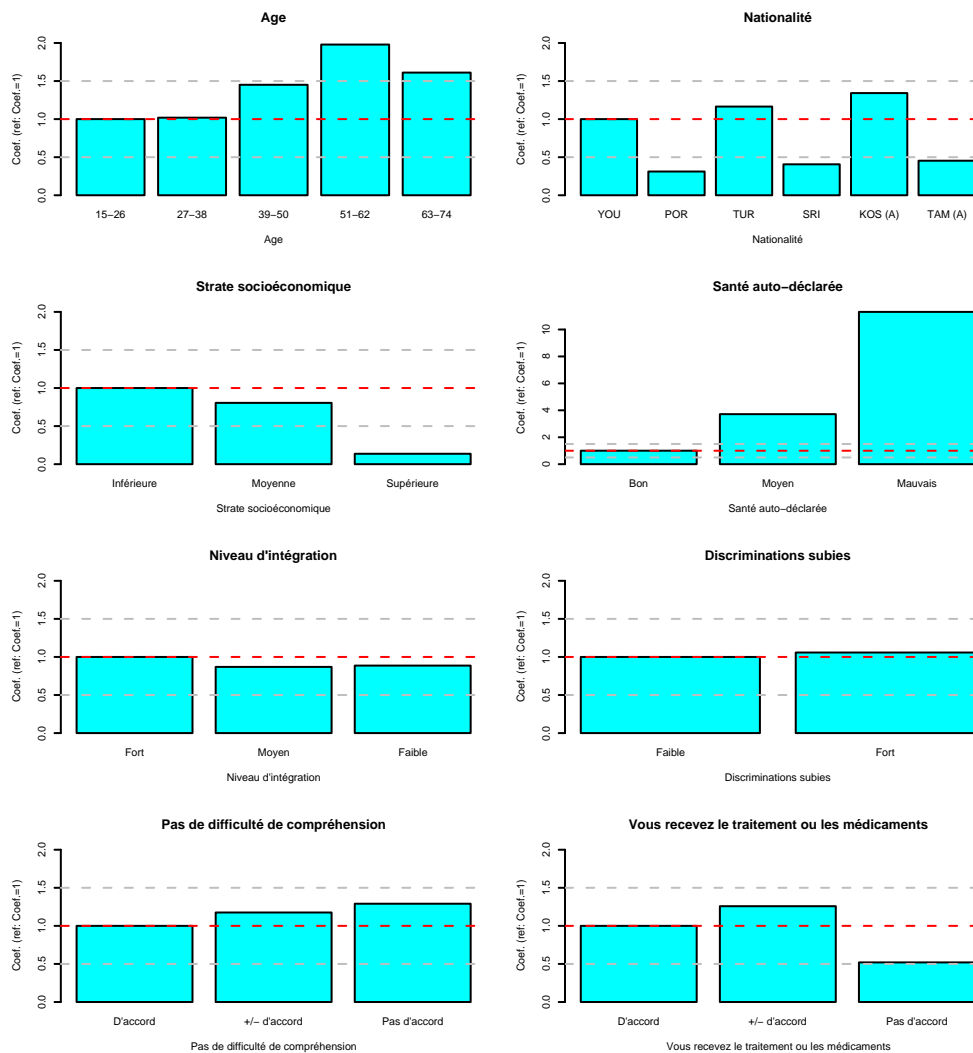


FIG. 5.10 – Consommation d'un médicament anti-douleur prescrit par un médecin au cours des 7 derniers jours - Personnes ayant consulté au moins une fois au cours des 12 derniers mois



#### 5.4.4 Synthèse et discussion

On ne peut pas conclure à l'aide des analyses précédentes que les difficultés de compréhension entre personnel soignant et patients migrants entraînent une prescription plus systématique de médicaments anti-douleur. La réponse à cette question est délicate et nécessiterait des informations plus précises sur l'état de santé des patients et sur les motifs des visites chez le médecin. On peut cependant confirmer que les personnes dont l'état de santé est mauvais vont chez le médecin et se voient prescrire des médicaments anti-douleur.

On peut également conclure que la nationalité des patients est fortement associée à cette consommation, même après la prise en compte de l'état de santé, du niveau d'intégration et d'éventuels problèmes de communication. Ce résultat correspond à l'hypothèse selon laquelle certains groupes de patients sont plus « demandeurs » de médicaments lorsqu'ils vont chez le médecin. C'est effectivement ce qui a été observé en Allemagne, dans une étude comparant des patients turcs et nationaux [von Ferber et al., 2003]. Selon cette étude, le « concept » de traitement des personnes de nationalité turque est plus orienté vers l'usage de médicaments, et la demande d'une prescription est significativement plus forte chez celles-ci que chez les personnes allemandes. Le fait qu'une consommation nettement plus faible de médicaments s'observe pour les résidents et requérants d'asile sri lankais rejoint ces observations, car ceux-ci présentent de fortes spécificités culturelles en ce qui concerne l'approche de la santé, de la maladie et de ses traitements [Lüthi, 2004].

## Chapitre 6

# Niveau et sources d'information sur les questions de santé

Ce chapitre est consacré à l'analyse d'une série de questions concernant les sources d'informations en matière de santé. Les répondants à l'enquête GMM étaient invités à indiquer une ou plusieurs sources d'information parmi celles qui figurent dans le tableau 6.1. La question posée est relativement vague, et le terme « questions de santé » pourrait être interprété à la fois comme relatif au fonctionnement et prestations de l'assurance maladie qu'aux questions de prévention et de facteurs de risque.

La proportion de personnes qui déclarent ne pas s'informer sur les questions de santé est très faible, puisqu'elle est de moins de 3% (tableau 6.2 page suivante) pour les étrangers résidents (ressortissants des pays d'ex-Yougoslavie, portugais, turcs et sri lankais) comme pour les requérants d'asile kosovars et tamouls. Les canaux d'information privilégiés sont les émissions de santé à la télévision (citées par 66% des répondants), le médecin de famille (cité par 61% des répondants) et les journaux et magazines (55%). La diversité des sources d'information est plus importante pour les requérants d'asile, qui citent nettement plus fréquemment que les résidents l'internet, les brochures d'information, les service d'information de l'assurance maladie, les autres services de consultation, les associations d'entraide, la famille et les amis.

Dans la suite de ce chapitre, le thème des sources d'information sur les questions de santé sera abordé sous deux aspects. Tout d'abord, bien que les personnes qui ne s'informent pas soient peu nombreuses, il est possible qu'elles soient plus fortement représentées dans des sous-groupes particuliers de la population, par exemple les personnes peu intégrées ou celles qui ont des comportements à risque. En ce qui concerne les personnes qui s'informent, nous tenterons de voir si certains facteurs sont associés au choix des sources d'information.

TAB. 6.1 – Sources d'informations sur les questions de santé

Question	Modalités
Quelles sont vos sources d'information en matière de santé ?	
- Pas d'information (ne s'informe pas)	Oui/non
- Les journaux, les magazines	Oui/non
- L'internet	Oui/non
- Les émissions de santé à la télévision	Oui/non
- Les brochures d'information	Oui/non
- Les livres	Oui/non
- Le médecin de famille	Oui/non
- Le service information de l'assurance maladie	Oui/non
- Autres services de consultation	Oui/non
- Les associations d'entraide	Oui/non
- La famille et les amis	Oui/non



TAB. 6.2 – Sources d’informations (plusieurs sources possibles pour chaque répondant)

Source d’information	Résidents (%)	Requérants d’asile (%)
Les journaux, les magazines	55.1	55.2
L’internet	11.7	31.8
Les émissions de santé à la télévision	69.4	65.1
Les brochures d’information	14.6	38.4
Les livres	31.8	34.2
Le médecin de famille	55.9	62.6
Le service-information de l’assurance maladie	4.6	19.5
Autres services de consultation	2.4	9.2
Les associations d’entraide	0.6	5.5
La famille et les amis	29.5	46.9
Autres sources d’information	3.8	2.2
pas d’information (ne s’informe pas)	2.8	2.4

## 6.1 Analyse exploratoire

Les résultats d’un arbre de régression pour la probabilité de n’avoir cité aucune source d’information sur les questions de santé est présentée dans le graphique 6.1. La liste des variables introduites (parmi lesquelles les variables les plus pertinentes seront choisies) est la même que pour les indicateurs de l’état de santé (voir tableaux 3.2 et 3.3).

Peu de variables s’avèrent fortement associées à l’absence de source d’information. La première est la pratique d’une activité physique (sportive) au moins une fois par semaine (graphique 6.1). La proportion de personnes qui ne s’informent pas est plus importante parmi celles et ceux qui ne pratiquent pas une telle activité. Au contraire, les femmes et hommes qui pratiquent une activité physique à caractère sportif sont peu nombreux à ne pas être informés, peut-être parce qu’il s’agit d’une population qui se soucie plus de sa santé.

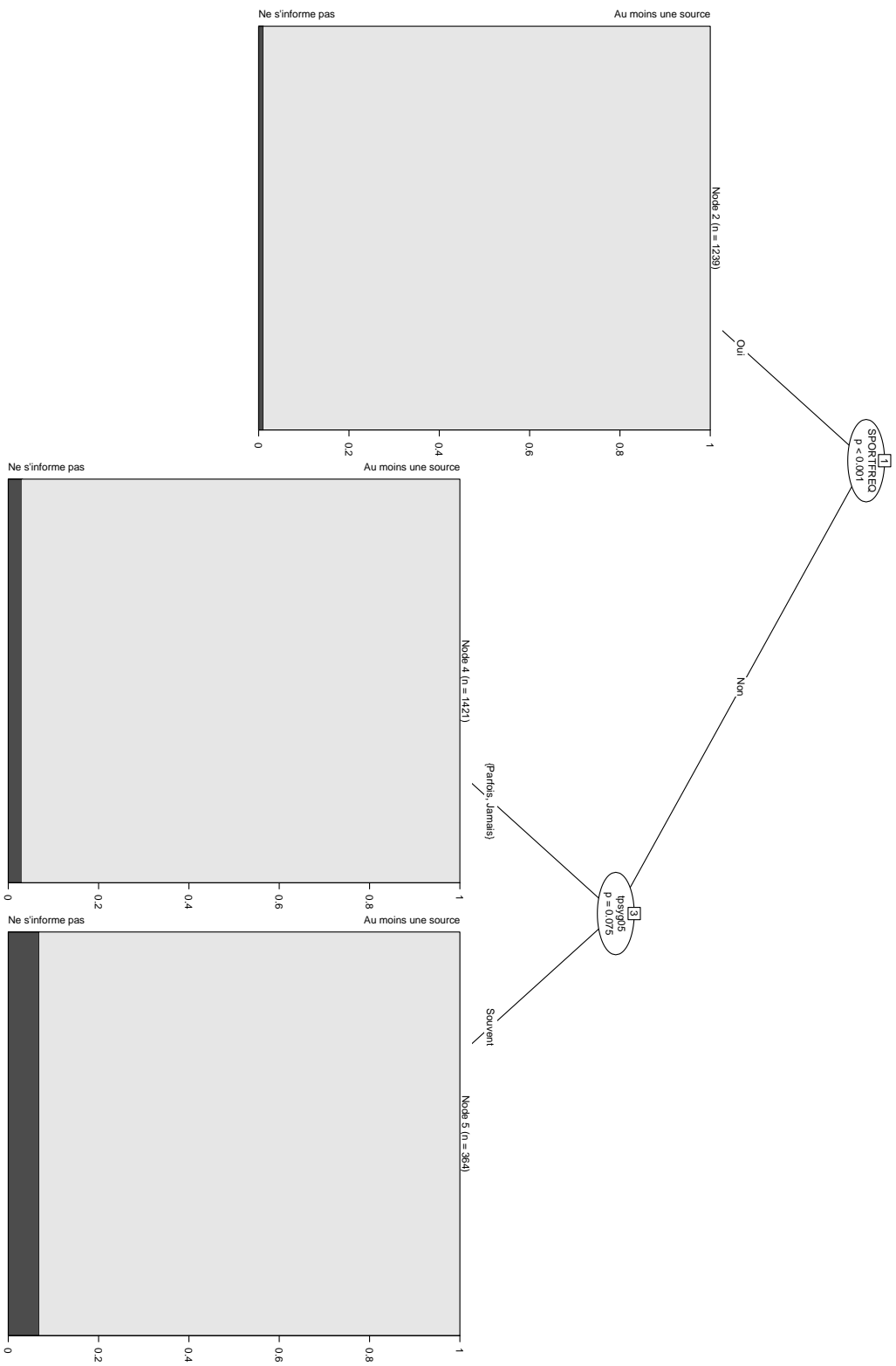
Le sentiment de solitude permet de diviser les répondants ne pratiquant pas une activité sportive en deux groupes, avec une proportion de personnes non-informées plus élevée parmi celles qui se sentent souvent seules. L’interprétation de ce résultat n’est pas évidente. Comme cela a été montré précédemment, le sentiment de solitude est fortement associé à un mauvais état de santé, ce qui indiquerait qu’il y a une proportion plus élevée de personnes non-informées parmi celles qui sont en mauvaise santé. Le rôle du réseau social parmi les canaux d’informations est une autre explication possible. La famille et les amis constituent notamment une source importante d’information, puisqu’elle a été citée par 30% des résidents et surtout par 47% des requérants d’asile, parmi lesquels l’isolation sociale est relativement fréquente.

## 6.2 Facteurs associés à l’absence de sources d’information

Un modèle statistique étudiant la probabilité de ne pas s’informer sur les questions de santé a été réalisé. Les variables introduites sont l’âge, le sexe, la nationalité, la strate socioéconomique, le niveau d’intégration, l’indice de masse corporelle ainsi que les variables mises en évidence par l’analyse exploratoire (la fréquence de pratique d’une activité physique et le sentiment de solitude).

Seuls quelques résultats sont significatifs parmi ceux présentés dans le graphique 6.2 page 84, en raison du faible nombre de personnes qui déclarent ne pas s’informer (83 au total). Toutefois, ceux-ci sont intéressants. La probabilité de ne pas s’informer sur les questions de santé augmente ainsi pour les personnes les moins intégrées. Les problèmes de langue entrent ici probablement en ligne de compte. Après contrôle des autres variables, on retrouve également les résultats obtenus par l’analyse exploratoire, à savoir que la probabilité de ne pas être informé diminue pour les personnes pratiquant régulièrement une activité sportive ainsi que pour les personnes qui ne se sentent jamais seules. On observe également un déficit significatif d’information parmi les requérants d’asile kosovars.

FIG. 6.1 – Arbre de régression pour la probabilité de n'avoir cité aucune source d'information sur les questions de santé



Certains résultats statistiquement non significatifs méritent également que l'on s'y attarde. Les personnes présentant des surcharges pondérales sévères sont ainsi plus nombreuses à ne pas être informées, alors qu'au contraire les personnes dont l'état de santé auto-déclaré est mauvais semblent plus souvent informées. Enfin, si la très forte diminution de la probabilité de ne pas être informé parmi les personnes classées dans la strate socioéconomique supérieure n'est pas du tout significative au sens statistique, c'est en raison du très faible nombre de personnes classées dans cette catégorie.

### 6.3 Facteurs associés au choix des sources d'information

Afin de voir si certains facteurs sont particulièrement liés à la présence ou à l'absence des différentes sources d'information, un modèle statistique analysant la probabilité d'avoir cité chacune des sources a été utilisé<sup>1</sup>. Les variables introduites dans le modèle sont l'âge, le sexe, la nationalité, la strate socioéconomique et les scores sur les échelles d'intégration et de discrimination. Les résultats sont présentés dans les graphiques 6.5 page 87, 6.3 page 85 et 6.6 page 88.

L'âge est un facteur important pour l'utilisation de certaines sources d'information, en particulier l'internet (figure 6.3 page 85), dont l'utilisation diminue fortement parmi les personnes les plus âgées, de même que le recours à la famille et aux amis. Les sources d'information écrites (journaux, magazines, brochures) sont plus souvent citées par les tranches d'âges intermédiaires (de 27 à 50 ans).

La strate socioéconomique a une influence particulièrement forte sur la manière de s'informer. La probabilité de ne pas s'informer diminue fortement et la plupart de sources d'information sont plus souvent utilisées<sup>2</sup> par les personnes classées dans les strates socioéconomiques moyennes et supérieures (figure 6.4 page 86), à l'exception du médecin de famille et des associations d'entraide.

Le niveau d'intégration est un autre facteur déterminant en ce qui concerne les sources d'information. Les personnes les moins intégrées citent nettement moins de sources d'information et sont plus nombreuses à ne pas être informées. Elles utilisent nettement moins certains canaux tels que les journaux et magazine, l'internet, les brochures, les livres et n'utilisent quasiment pas le service d'information de l'assurance maladie (figure 6.5 page 87).

Les résultats sont moins clairs en ce qui concerne la nationalité, mais on constate que les requérants d'asile kosovars et tamouls ainsi que les résidents sri lankais utilisent moins certains canaux tels que l'internet, les brochures, le service information de l'assurance maladie ou les associations d'entraide 6.6 page 88). Par contre les femmes et hommes portugais sont particulièrement nombreux à citer cette dernière source.

### 6.4 Synthèse et discussion

La proportion totale de personnes qui déclarent ne pas s'informer sur les questions de santé est particulièrement faible, ce qui est probablement dû en partie à la formulation de la question (voir début du chapitre). Sur les 3024 répondants, seuls 83 n'ont indiqué aucune des sources proposées. Ceci incite à la prudence dans l'interprétation des résultats.

En ce qui concerne les quelques personnes n'ayant cité aucune source d'information, les quelques résultats obtenus indiquent qu'elles présentent un profil plutôt « à risque » du point de vue de la santé : absence d'activité physique, surcharge pondérale, personnes éprouvant souvent le sentiment de solitude. D'autre part, les personnes qui sont faiblement intégrées présentent manifestement un déficit d'informations, qui est sans doute lié en partie à l'absence de maîtrise d'une des langues nationales.

---

<sup>1</sup>Le modèle analyse la probabilité d'avoir cité la source d'information

<sup>2</sup>Rappelons que chaque répondant pouvait citer plusieurs sources.

FIG. 6.2 – Probabilité de ne pas s’informer sur les questions de santé - Odds ratios

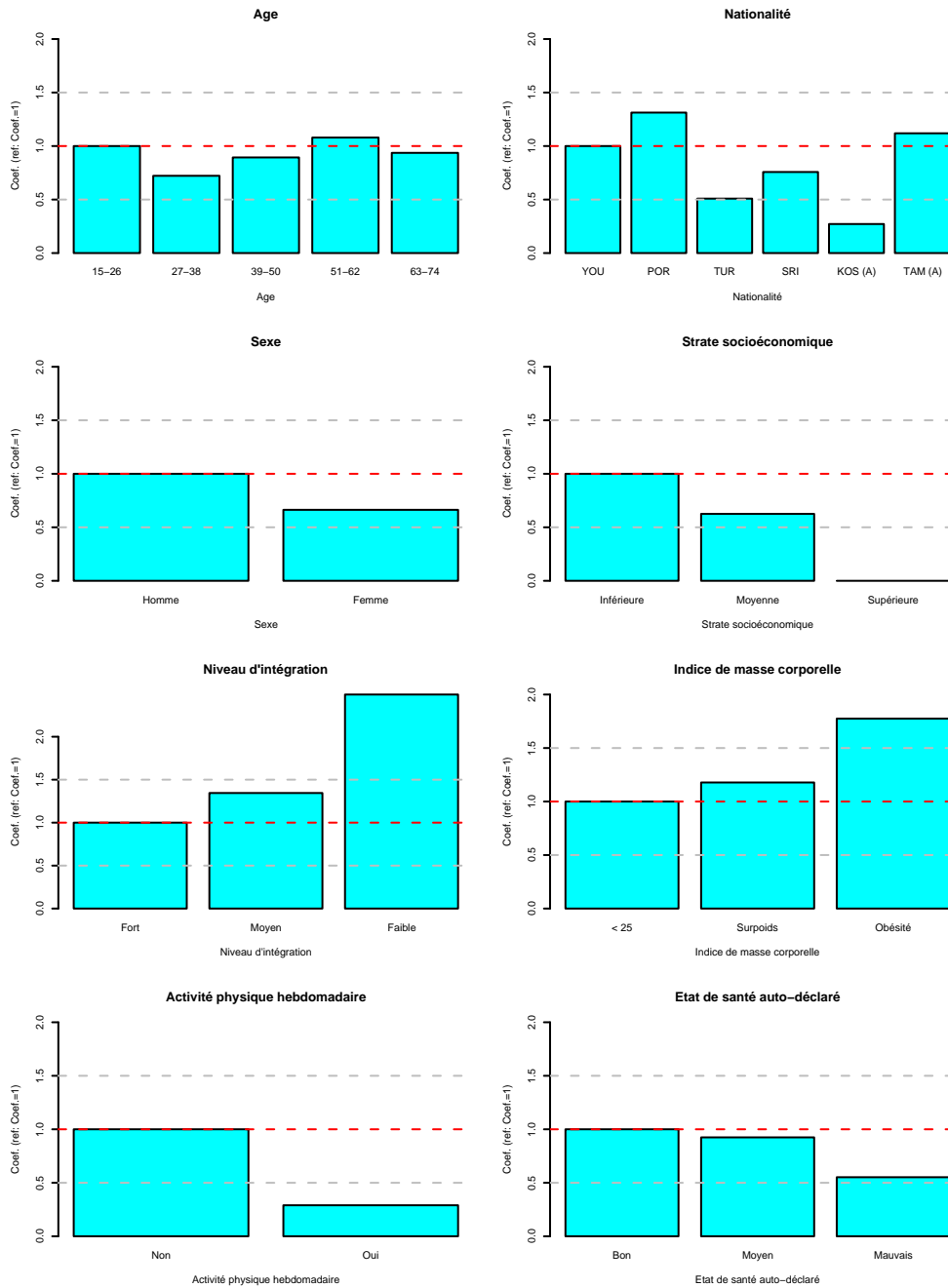


FIG. 6.3 – Sources d'information selon l'âge - Odds ratio contrôlés pour l'âge, le sexe, la strate socioéconomique, le degré d'intégration, et de discrimination

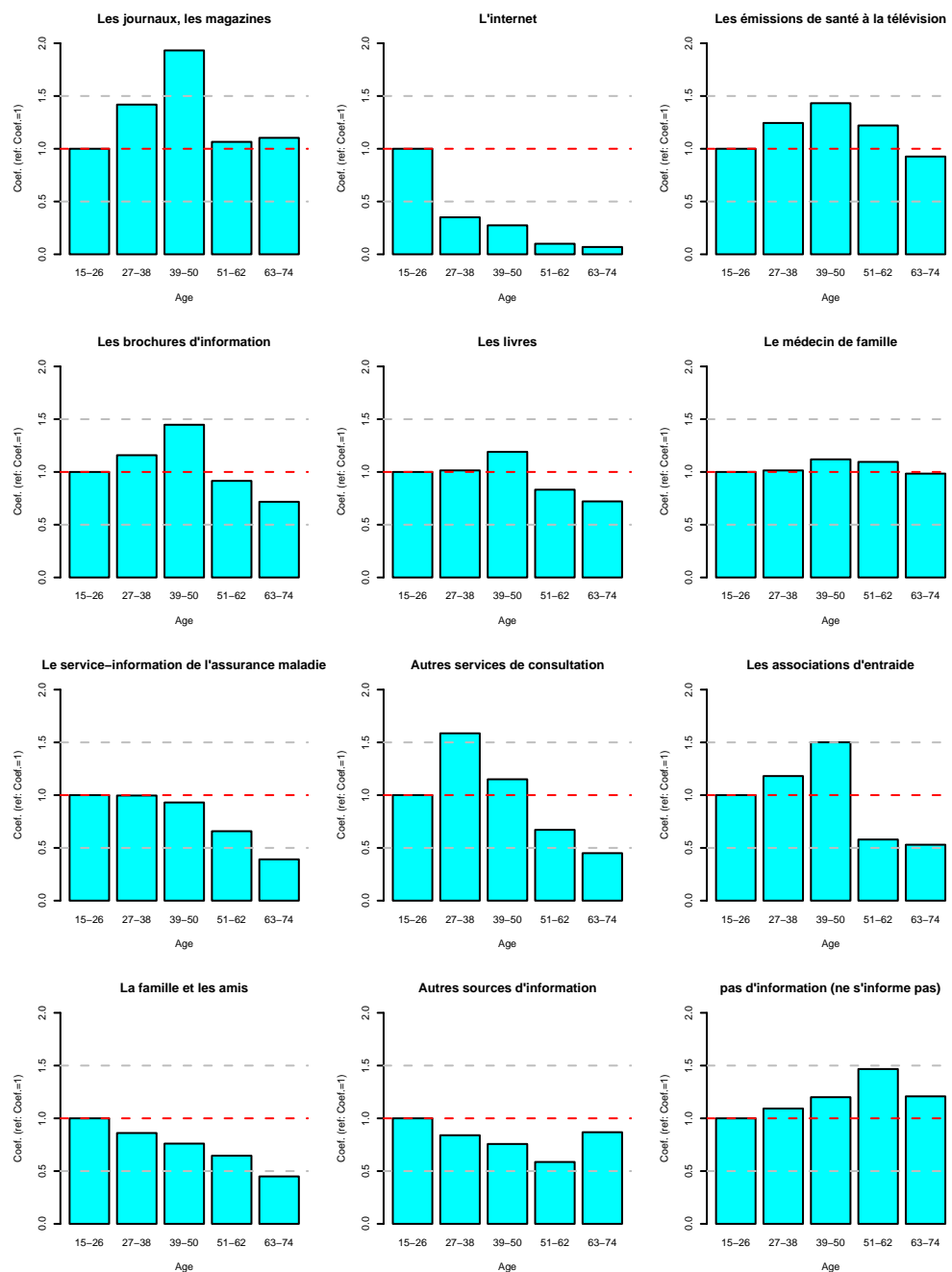


FIG. 6.4 – Sources d'information selon la strate socioéconomique - Odds ratio contrôlés pour l'âge, le sexe, la strate socioéconomique, le degré d'intégration, et de discrimination

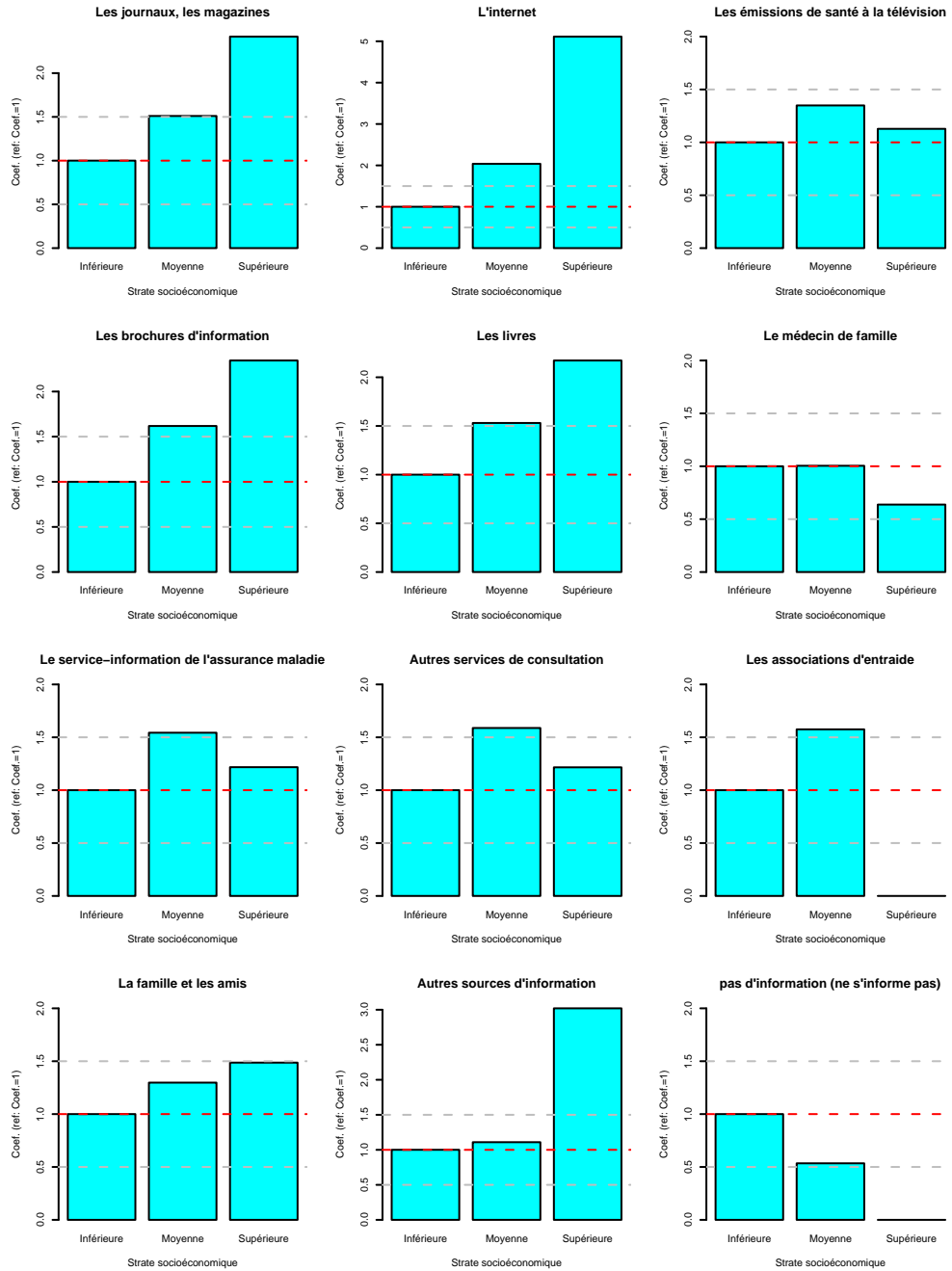


FIG. 6.5 – Sources d'information selon le niveau d'intégration - Odds ratio contrôlés pour l'âge, le sexe et la strate socioéconomique

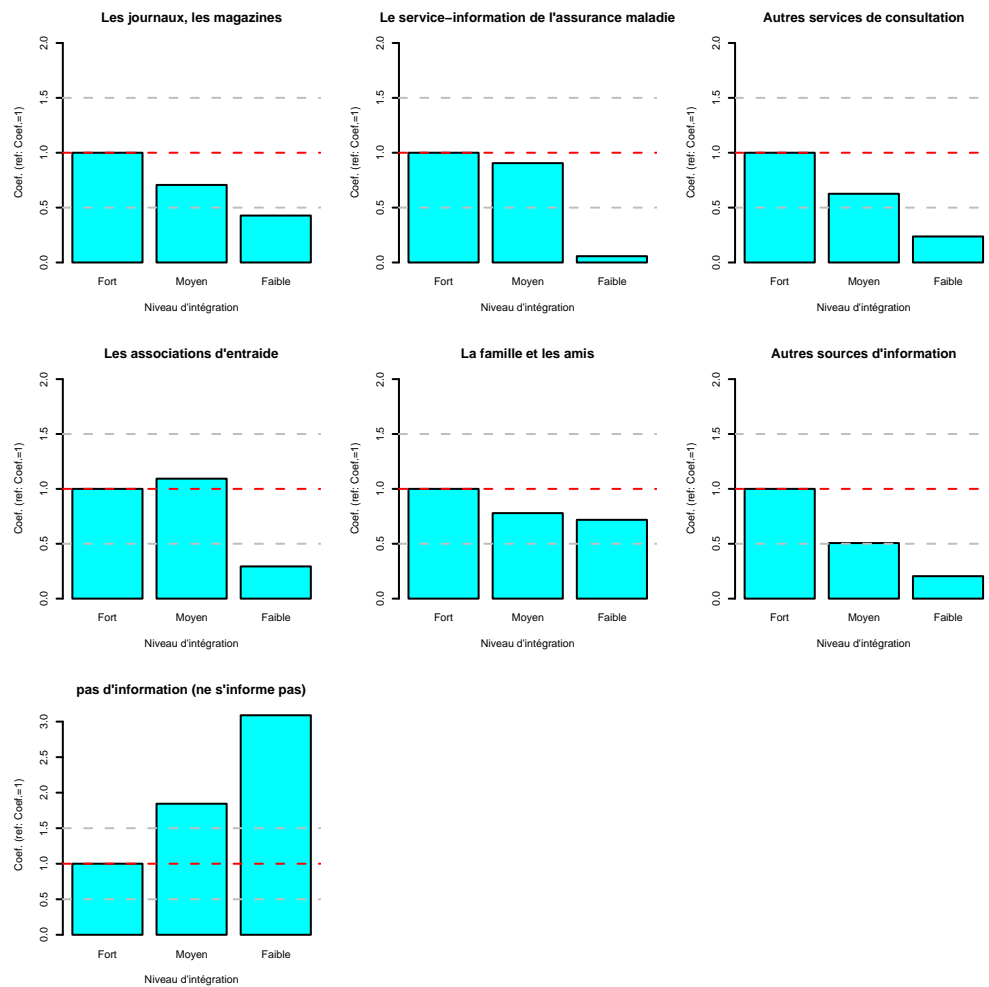
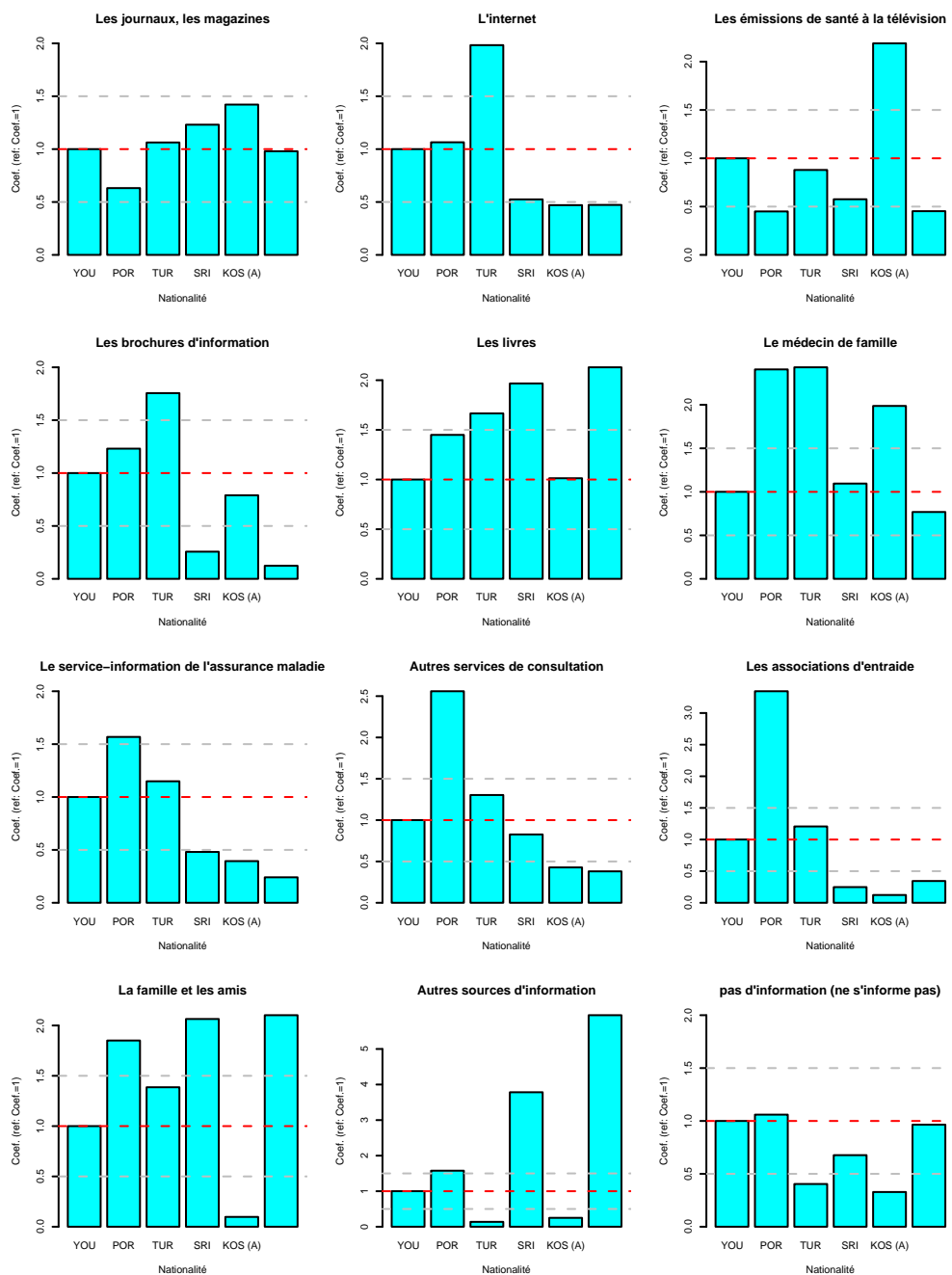


FIG. 6.6 – Sources d'information selon la nationalité - Odds ratio contrôlés pour l'âge, le sexe, la strate socioéconomique, le degré d'intégration et de discrimination





# Chapitre 7

## Conclusions

En prolongement d'une première phase d'analyse de l'enquête GMM, cette recherche a permis de tester plusieurs hypothèses concernant le rôle particulier d'un ensemble de facteurs sur l'état de santé ainsi que sur l'intensité et la qualité des recours au système de soins. Ces hypothèses sont les suivantes :

- le niveau d'intégration, notamment au travers des problèmes de communication avec le personnel médical et les discriminations subies ont un impact sur la santé et induisent des différences dans la qualité de la prise en charge des patients migrants ;
- l'état de santé auto-déclaré est un indicateur fiable du recours aux système de santé, et les variations culturelles dans l'évaluation personnelle de l'état de santé ne biaisent pas cet indicateur ;
- certains comportements à risque (comportements alimentaires, absence d'activité physique, tabagisme, consommation abusive d'alcool) ont une incidence sur l'état de santé et les recours au système de soins, et des différences de prévalence de ces comportements sont susceptibles d'expliquer en partie les différences dans l'état de santé et le recours au système de santé observés entre groupes de migrants ;
- la quantité et la qualité des relations sociales, notamment sous l'aspect du support social en tant que ressource disponible, sont des facteurs importants affectant l'état de santé ; la migration est une source potentielle d'isolation sociale et constitue par ce biais un facteur de risque ;
- les populations migrantes sont souvent concentrées dans des emplois à forte pénibilité, ce qui est susceptible d'avoir des répercussions sur l'état de santé, et, en conséquence, sur les recours aux services de santé.

L'utilisation des informations contenues dans le questionnaire GMM a permis de construire dans un premier temps deux indicateurs synthétiques, l'un pour l'intégration et l'autre pour les discriminations subies. Leur utilisation dans l'analyse des indicateurs de santé a permis de dégager des résultats particulièrement intéressants. La phase de construction des indicateurs a montré que les discriminations étaient plus intensément ressenties par les personnes intégrées, ce qui peut paraître surprenant au premier abord. Mais ce résultat a déjà été observé dans d'autres études portant sur la discrimination et peut être l'expression d'une tendance à l'intériorisation des discriminations par les personnes moins intégrées et/ou socioéconomiquement défavorisées. Certains auteurs suggèrent que les discriminations intériorisées sont potentiellement les plus pathogènes.

Pourtant, l'indicateur de discriminations subies se révèle quasi systématiquement associé avec une détérioration de l'état de santé. L'interprétation des résultats n'est cependant pas évidente, car les confusions potentielles sont nombreuses. On peut se demander dans quelle mesure le fait de ressentir des discriminations est la conséquence, et non la cause, d'un état de santé dégradé ou perçu comme mauvais. Les relations avec les médecins sont une des situations fréquentes dans lesquelles les discriminations sont perçues, et un mauvais état de santé augmente les recours aux services de soins [Harris et al., 2006]. On a pu effectivement observer un lien entre les discriminations ressenties et le mécontentement des patients quant à la prise en charge par les médecins, parce que ces derniers ne portent pas le diagnostic correct ou attendu ou parce que ceux-ci ne respectent pas suffisamment leurs spécificités culturelles ou religieuses.

Si l'on considère l'ensemble des migrants, l'analyse des questions liées aux discriminations ressenties lors des expériences avec les services de santé montre cependant un niveau de satisfaction élevé (90%), que ce soit en ce qui concerne la comparaison avec le traitement reçu par les nationaux, le respect des spécificités religieuses et culturelles ou la prise en charge dans son ensemble.

De même que le score obtenu sur l'échelle de discriminations, celui obtenu sur l'échelle d'intégration est associé à des variations de l'état de santé, mais de manière moins marquée et plus spécifiquement pour les personnes âgées de plus de 50 ans. Les mécanismes potentiels qui expliquent cette relation sont de plusieurs ordres. Parmi ceux-ci figurent au premier rang les difficultés d'accès au système de santé. Pourtant, les résultats obtenus ne permettent pas de valider pas cette hypothèse.

Tout d'abord, l'analyse montre que le score obtenu sur l'échelle d'intégration n'est pas un facteur déterminant en ce qui concerne le nombre de visites chez le médecin. Le rôle prépondérant de l'état de santé, qui est un indicateur de « demande » de soins [Smaje and Grand, 1997, Stronks et al., 2001], dans le nombre de consultations permet de conclure qu'il n'y a pas de discriminations majeures de ce point de vue. C'est également la conclusion à laquelle parviennent les études précédemment citées pour le Royaume-Uni et les Pays-Bas. D'autre part, si l'on en croit les répondants, les problèmes de communications avec le personnel médical sont peu fréquents (moins de 5%, avec toutefois un niveau supérieur de 12% pour les requérants d'asile). L'hypothèse selon laquelle les problèmes de communications entre patients migrants et personnel médical entraîneraient une prescription plus systématique de médicaments et des changements de médecin plus fréquents ne s'est pas non plus vérifiée. Les personnes faiblement intégrées sont même nettement moins nombreuses à déclarer avoir déjà changé de médecin suite à un mécontentement.

A priori, on peut donc exclure les problèmes d'accès au système de santé comme mécanisme principal par lequel le niveau d'intégration agit sur l'état de santé. Toutefois, l'étude d'autres indicateurs du recours au système de soins, permettant notamment de différencier les visites aux médecins généralistes de celles aux spécialistes ainsi que le type de visite (préventive ou curative), serait nécessaire. Plusieurs autres hypothèses pour expliquer la relation entre intégration et santé peuvent être formulées. Premièrement, le score obtenu sur l'échelle d'intégration est fortement corrélé avec plusieurs déterminants essentiels de l'état de santé, en particulier le niveau socio-économique. On a pu observer d'autre part que le niveau d'information sur les questions de santé était inférieur pour les personnes les moins intégrées, et qu'un déficit dans ce domaine pouvait être associé avec certains comportements à risque.

Conformément à ce qui était attendu, certains facteurs de risques ont une incidence sur l'état de santé et sur le recours aux médecins. Bien entendu, ces résultats ne sont pas propres aux populations migrantes. L'indice de masse corporelle et l'absence de pratique d'une activité physique se sont montrés plus pertinents en tant qu'indicateurs que la consommation d'alcool ou de tabac. La prise en compte de ces deux derniers indicateurs est toutefois limitée par les informations disponibles dans l'enquête GMM. La consommation quotidienne d'alcool ne permet pas de distinguer la consommation abusive néfaste pour la santé d'une consommation modérée dont les effets font l'objet d'un débat. La question concernant le tabac ne permet pas de distinguer les fumeurs selon la quantité consommée, et donc de distinguer les personnes selon le niveau de risque. On a également pu observer que les personnes qui ne pratiquent pas d'activité physique et celles qui présentent une surcharge pondérale déclarent plus fréquemment ne pas s'informer sur les questions de santé. Cette relation est toutefois tenue d'un point de vue statistique car les personnes qui déclarent ne pas s'informer sont très peu nombreuses. Les questions de l'enquête GMM ne sont pas suffisamment focalisées sur les connaissances dans les domaines de la prévention et des facteurs de risques pour pouvoir étudier cette relation en détail.

En ce qui concerne le domaine des relations sociales, la fréquence du sentiment de solitude est la variable qui s'est distinguée par son association prépondérante avec l'état de santé. Bien que cette variable soit indéniablement corrélée avec d'autres facteurs tels que l'âge ou le fait d'être requérant d'asile, il ne fait aucun doute qu'elle a un potentiel explicatif particulièrement important. Les mécanismes qui entraînent cette relation restent à découvrir. Il semble que l'absence d'un partenaire soit un paramètre important, particulièrement pour les requérants d'asile mais également pour les résidents dans le cas d'un divorce. Le sentiment de solitude est également plus fréquent parmi les personnes peu intégrées. Une étude plus fine avec des questions spécifiques

concernant la structure du réseau social et l'évaluation du support social de chaque personne serait particulièrement intéressante pour explorer les mécanismes qui sont à l'oeuvre.

Certains résultats intéressants ont également été obtenus pour le type d'activité professionnelle. On observe en particulier une augmentation des consultations médicales parmi les migrants employés dans des branches professionnelles supposées à forte pénibilité. Deux difficultés dans l'analyse de ce facteur de risques sont toutefois à mentionner. D'une part, l'utilisation de la branche d'activité en tant qu'indicateur de pénibilité du travail entraîne un manque de précision, et d'autre part la durée d'exposition est un paramètre déterminant en ce qui concerne les risques professionnels. On a d'ailleurs pu constater que l'effet de la branche d'activité sur le nombre de visites chez le médecin ne s'observe que pour les personnes âgées de plus de 50 ans.

La prise en compte de l'ensemble de ces facteurs potentiels était supposée expliquer au moins en partie les différences entre groupes de migrants en ce qui concerne l'état de santé et le recours au système de soins. Les analyses réalisées montrent cependant que la nationalité reste une variable pertinente, et apportent des précisions intéressantes sur le rôle de celle-ci. Comme cela a déjà été observé en Suisse et dans d'autres pays européens, l'état de santé des femmes et hommes turcs est toujours particulièrement mauvais en comparaison de celui des autres groupes de migrants. Toutefois, cela n'apparaît ici que pour les personnes de moins de 50 ans. Les visites chez le médecin sont également plus nombreuses en moyenne pour les ressortissants turcs, même après contrôle de l'état de santé. Les analyses suggèrent également, comme cela a été observé en Allemagne, que les patients turcs sont particulièrement demandeurs de prescriptions de médicaments.

Les ressortissants du Sri Lanka, qu'ils soient résidents ou requérants d'asile, présentent également certaines spécificités qui s'expriment particulièrement dans leurs relations avec le système de santé suisse. Les patients sri lankais font plus souvent état de problèmes de compréhension avec le personnel médical, et d'un déficit dans la prise en compte de leurs besoins en rapport avec leur culture et leur religion. Cependant ceci ne se traduit ni par un nombre inférieur de consultations médicales, ni par une dégradation de l'état de santé.

La situation des requérants d'asile apparaît défavorable pour certains indicateurs de l'état de santé, notamment la santé psychique pour les Kosovars. Mais ces derniers se distinguent avant tout par un niveau de satisfaction élevé relativement à leurs expériences avec le système de santé et sont particulièrement nombreux à mentionner plusieurs sources d'information en ce qui concerne les questions de santé.

L'enquête GMM a permis d'interroger dans leur langue d'origine des populations échappant en grande partie aux enquêtes nationales telles que l'enquête suisse sur la santé, et ainsi de dresser un bilan représentatif et détaillé de la santé des personnes migrantes ou issues de la migration présentes en Suisse. Les modules spécifiques du questionnaire, en particulier sur les thèmes de l'intégration et des discriminations, ont permis de mettre en évidence des facteurs de risque pour la santé dont l'étude quantitative n'était pas possible auparavant. Une nouvelle enquête s'appuyant sur les résultats et l'expérience accumulée lors de cette première vague permettrait d'approfondir encore cette analyse.

# Liste des tableaux

1.1	Modules de l'enquête GMM et effectifs de personnes interrogées . . . . .	6
1.2	Taux de réponse net pour les modules II et III . . . . .	6
2.1	Questions sur le thème de l'intégration des immigrants . . . . .	10
2.2	Questions sur le thème des discriminations . . . . .	11
2.3	Variables supplémentaires pour la construction de l'indicateur d'intégration . . . . .	12
2.4	Individus ayant obtenu le score minimum et maximum sur l'échelle d'intégration . . . . .	15
2.5	Individus présentant les scores minimum et maximum sur l'échelle des discriminations subies . . . . .	19
2.6	Informations concernant l'histoire migratoire . . . . .	20
2.7	Questions utilisables comme indicateurs de l'intensité des relations sociales et du support social . . . . .	22
2.8	Variables utilisables comme indicateurs du comportement . . . . .	23
2.9	Liste des branches d'activité . . . . .	24
2.10	Répartition par branche d'activité, selon le sexe et la nationalité . . . . .	25
3.1	Liste des indicateurs de l'état de santé . . . . .	27
3.2	Liste des variables utilisées dans les arbres de régression - Caractéristiques socioéconomiques et sociodémographiques . . . . .	28
3.3	Liste des variables utilisées dans les arbres de régression - Comportements et facteurs de risque . . . . .	29
3.4	Variables sélectionnées par les arbres de régression . . . . .	30
3.5	Liste des variables utilisées dans les arbres de régression - Caractéristiques socioéconomiques et sociodémographiques . . . . .	37
4.1	Nombre moyen de consultations chez le médecin durant les 12 derniers mois, selon l'âge et la nationalité (données pondérées) . . . . .	53
4.2	Variables utilisées dans l'arbre de régression pour le nombre de visites chez le médecin . . . . .	54
5.1	Questions concernant les expériences des migrants avec les services de santé . . . . .	61
5.2	Expériences avec les services de santé . . . . .	62
5.3	Question concernant le changement de médecin . . . . .	68
5.4	Changement de médecin en raison d'un mécontentement . . . . .	68
5.5	Première raison pour laquelle les personnes n'ont pas changé de médecin . . . . .	68
5.6	Questions concernant la prise de médicaments . . . . .	73
6.1	Sources d'informations sur les questions de santé . . . . .	80
6.2	Sources d'informations (plusieurs sources possibles pour chaque répondant) . . . . .	81

# Table des figures

2.1	Distribution du score sur l'échelle d'intégration, par âge et nationalité . . . . .	13
2.2	Distribution du score sur l'échelle d'intégration, par âge et strate sociale . . . . .	14
2.3	Odds ratios pour le score obtenu sur l'échelle des discriminations subies (faible/fort), selon l'âge et la nationalité . . . . .	18
2.4	Répartition par branche d'activité, selon la strate socioéconomique . . . . .	24
3.1	Arbre de régression pour l'état de santé auto-déclaré - Les histogrammes indiquent la répartition de l'état de santé (« bon », « moyen », « mauvais ») pour chacun des sous-groupes définis par les branches de l'arbre . . . . .	31
3.2	Arbre de régression pour l'équilibre psychique - Les histogrammes indiquent la distribution de l'équilibre psychique (« bon », « moyen », « mauvais ») dans chacun des sous-groupes définis par les branches de l'arbre . . . . .	32
3.3	Arbre de régression pour les troubles physiques - Les histogrammes indiquent la distribution des symptômes physiques (symptômes importants= « symp+ », quelques symptômes, peu ou pas de symptômes= « symp- ») dans chacun des sous-groupes définis par les branches de l'arbre . . . . .	33
3.4	Arbre de régression pour l'incapacité fonctionnelle de longue durée - Les histogrammes indiquent la fréquence des incapacités fonctionnelles de longue durée (« oui » / « non ») dans chacun des sous-groupes définis par les branches de l'arbre . . . . .	34
3.5	Arbre de régression pour le handicap limitant l'activité professionnelle ou habituelle - Les histogrammes indiquent la distribution du nombre de jours de handicap (« aucun », « de 1 à 7 jours », « 8 jours ou plus ») dans chacun des sous-groupes définis par les branches de l'arbre . . . . .	35
3.6	Odds ratios pour l'état de santé subjectif (« Bon », « Moyen » et « Mauvais ») - Femmes et hommes âgés de 15 à 50 ans - Un odds ratio supérieur à 1 indique un effet négatif sur l'état de santé, un odds ratio inférieur à 1 un effet positif . . . . .	38
3.7	Odds ratios pour l'état de santé subjectif (« Bon », « Moyen » et « Mauvais ») - Femmes et hommes âgés de 51 à 74 ans (résidents uniquement) - Un odds ratio supérieur à 1 indique un effet négatif sur l'état de santé, un odds ratio inférieur à 1 un effet positif . . . . .	39
3.8	Odds ratios pour l'équilibre psychique (« Bon », « Moyen » et « Mauvais ») - Femmes et hommes âgés de 15 à 50 ans - Un odds ratio supérieur à 1 indique un effet négatif sur l'état de santé, un odds ratio inférieur à 1 un effet positif . . . . .	40
3.9	Odds ratios pour l'équilibre psychique (« Bon », « Moyen » et « Mauvais ») - Femmes et hommes âgés de 51 à 74 ans - Un odds ratio supérieur à 1 indique un effet négatif sur l'état de santé, un odds ratio inférieur à 1 un effet positif . . . . .	41
3.10	Odds ratios pour les symptômes physiques - Femmes et hommes âgés de 15 à 50 ans - Un odds ratio supérieur à 1 indique un effet négatif sur l'état de santé, un odds ratio inférieur à 1 un effet positif . . . . .	42
3.11	Odds ratios pour les symptômes physiques - Femmes et hommes âgés de 51 à 74 ans (résidents uniquement) - Un odds ratio supérieur à 1 indique un effet négatif sur l'état de santé, un odds ratio inférieur à 1 un effet positif . . . . .	43
3.12	Odds ratios pour l'incapacité fonctionnelle de longue durée (« non » / « oui ») - Femmes et hommes âgés de 15 à 50 ans - Un odds ratio supérieur à 1 indique un effet négatif sur l'état de santé, un odds ratio inférieur à 1 un effet positif . . . . .	44

3.13	Odds ratios pour l'incapacité fonctionnelle de longue durée (« non » / « oui » - Femmes et hommes âgés de 51 à 74 ans - Un odds ratio supérieur à 1 indique un effet négatif sur l'état de santé, un odds ratio inférieur à 1 un effet positif . . . . .	45
3.14	Odds ratios pour le handicap limitant l'exercice de l'activité normale - Femmes et hommes âgés de 15 à 50 ans - Un odds ratio supérieur à 1 indique un effet négatif sur l'état de santé, un odds ratio inférieur à 1 un effet positif . . . . .	46
3.15	Handicap limitant l'exercice de l'activité normale - Femmes et hommes âgés de 51 à 74 ans - Un odds ratio supérieur à 1 indique un effet négatif sur l'état de santé, un odds ratio inférieur à 1 un effet positif . . . . .	47
3.16	Arbre de régression pour le sentiment de solitude - Histogrammes indiquant la fréquence du sentiment de solitude (« jamais », « parfois », « souvent » dans les sous-groupes définis par les branches de l'arbre . . . . .	50
3.17	Arbre de régression pour l'indice de masse corporelle - Histogrammes indiquant la répartition de l'IMC (IMC<25, IMC compris entre 25 et 30, IMC>=30) dans les sous-groupes définis par les branches de l'arbre . . . . .	51
4.1	Arbre de régression pour le nombre de visites chez le médecin - Histogrammes présentant la répartition du nombre de visites chez le médecin (0 à 3, 4 à 10, plus de 10) dans les sous-groupes définis par les branches de l'arbre . . . . .	55
4.2	Régression (modèle de Poisson) pour le nombre de visites chez le médecin - Femmes et hommes âgés de moins de 50 ans . . . . .	57
4.3	Régression (modèle de Poisson) pour le nombre de visites chez le médecin - Femmes et hommes âgés de plus de 50 ans . . . . .	58
5.1	Désaccord avec la proposition « Vous n'avez pas de difficultés à comprendre le personnel médical ni à vous en faire comprendre » - Odds ratios . . . . .	64
5.2	Désaccord avec la proposition « Vos besoins en rapport avec votre culture ou votre religion sont suffisamment respectés » - Odds ratios . . . . .	66
5.3	Désaccord avec la proposition « Quand vous allez chez le médecin, il fait le diagnostic de ce dont vous souffrez » - Odds ratios . . . . .	67
5.4	Probabilité d'avoir changé de médecin, selon les expériences avec le système de santé suisse (odds ratios - variables de contrôle=âge, sexe et nationalité) . . . . .	70
5.5	Arbre de régression pour le changement de médecin suite à un mécontentement . . . . .	71
5.6	Changement de médecin en raison d'un mécontentement - Odds ratios . . . . .	72
5.7	Expériences avec les services de soins et consommation d'un médicament anti-douleurs prescrit par un médecin - Effets contrôlés pour le sexe, l'âge et la nationalité . . . . .	75
5.8	Expériences avec les services de soins et consommation d'un médicament anti-douleurs prescrit par un médecin - Effets contrôlés pour le sexe, l'âge, la nationalité et l'état de santé auto-déclaré . . . . .	76
5.9	Arbre de régression pour la consommation d'un médicament anti-douleurs prescrit par un médecin au cours des 7 derniers jours - Personnes ayant consulté au moins une fois au cours des 12 derniers mois . . . . .	77
5.10	Consommation d'un médicament anti-douleur prescrit par un médecin au cours des 7 derniers jours - Personnes ayant consulté au moins une fois au cours des 12 derniers mois . . . . .	78
6.1	Arbre de régression pour la probabilité de n'avoir cité aucune source d'information sur les questions de santé . . . . .	82
6.2	Probabilité de ne pas s'informer sur les questions de santé - Odds ratios . . . . .	84
6.3	Sources d'information selon l'âge - Odds ratio contrôlés pour l'âge, le sexe, la strate socioéconomique, le degré d'intégration, et de discrimination . . . . .	85
6.4	Sources d'information selon la strate socioéconomique - Odds ratio contrôlés pour l'âge, le sexe, la strate socioéconomique, le degré d'intégration, et de discrimination . . . . .	86
6.5	Sources d'information selon le niveau d'intégration - Odds ratio contrôlés pour l'âge, le sexe et la strate socioéconomique . . . . .	87

6.6	Sources d'information selon la nationalité - Odds ratio contrôlés pour l'âge, le sexe, la strate socioéconomique, le degré d'intégration et de discrimination . . . . .	88
-----	---	----

# Bibliographie

- D. Acevedo-Garcia, J. Pan, H.J. Jun, T.L. Osypuk, and K.M. Emmons. The effect of immigrant generation on smoking. *Social Science and Medicine*, 61(6) :1223–1242, September 2005. URL [PM:15970233](#).
- E. J. Amundsen, I. Rossow, and S. Skurtveit. Drinking pattern among adolescents with immigrant and norwegian backgrounds : a two-way influence? *Addiction*, 100(10) :1453–63, 2005. 0965-2140 (Print) Journal Article.
- J. Anderson, M. Moeschberger, M. S. Chen, P. Kunn, M. E. Wewers, and R. Guthrie. An acculturation scale for southeast asians. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 28(3) :134–141, Jul 1993.
- L. F. Berkman, T. Glass, I. Brissette, and T. E. Seeman. From social integration to health : Durkheim in the new millennium. *Soc Sci Med*, 51(6) :843–857, Sep 2000.
- Lisa F Berkman. *Social epidemiology*. Oxford University Press, Oxford, March 2000.
- John W. Berry. *Acculturation - Advances in Theory, Measurement, and Applied Research*, chapter Conceptual Approaches to Acculturation, pages 17–37. American Psychological Association, 2005.
- Raj Bhopal, Amanda Vettini, Sonja Hunt, Sushmita Wiebe, Lisa Hanna, and Amanda Amos. Review of prevalence data in, and evaluation of methods for cross cultural adaptation of, uk surveys on tobacco and alcohol in ethnic minority groups. *BMJ*, 328(7431) :76, Jan 2004. doi : 10.1136/bmj.37963.426308.9A. URL <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.37963.426308.9A>.
- A. Bischoff, C. Tonnerre, L. Loutan, and H. Stalder. Language difficulties in an outpatient clinic in switzerland. *Soz Praventivmed*, 44(6) :283–287, 1999.
- P. Bodenmann, N. Murith, B. Favrat, P. Vaucher, A. Bissery, M. Vannotti, J. Cornuz, A. Pecoud, and J.P. Zellweger. Perception of the damaging effects of smoking, and brief cessation counselling by doctors - a comparison between native swiss and immigrants. *Swiss Medical Weekly*, 135(17-18) :256–262, April 2005. ISSN 1424-7860.
- Richard Y. Bourhis, Lena Celine Moise, Stephane Perreault, and Sacha Senecal. Towards an interactive acculturation model : A social psychological approach. *International Journal of Psychology*, 32(6) :369–386, 1997. URL <http://www.informaworld.com/10.1080/002075997400629>.
- John T Cacioppo, Louise C Hawkey, L. Elizabeth Crawford, John M Ernst, Mary H Burleson, Ray B Kowalewski, William B Malarkey, Eve Van Cauter, and Gary G Berntson. Loneliness and health : potential mechanisms. *Psychosom Med*, 64(3) :407–417, 2002.
- Sheldon Cohen. Social relationships and health. *Am Psychol*, 59(8) :676–684, Nov 2004. doi : 10.1037/0003-066X.59.8.676. URL <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.59.8.676>.
- Patricia M Eng, Eric B Rimm, Garrett Fitzmaurice, and Ichiro Kawachi. Social ties and change in social ties in relation to subsequent total and cause-specific mortality and coronary heart disease incidence in men. *Am J Epidemiol*, 155(8) :700–709, Apr 2002.



- Alexis Gabadinho, Philippe Wanner, and Janine Dahinden. *La santé des populations migrantes en Suisse : une analyse des données du GMM*. Number 49 in Etudes du SFM. Forum Suisse pour l'étude des migrations et de la population, Neuchâtel, 2007.
- G. Gmel, E. Gutjahr, and J. Rehm. How stable is the risk curve between alcohol and all-cause mortality and what factors influence the shape? a precision-weighted hierarchical meta-analysis. *European Journal of Epidemiology*, 18(7) :631–642, 2003. ISSN 0393-2990.
- Allen C. Harris and Renee Verven. The greek-american acculturation scale : development and validity. *Psychological Reports*, 78 :599–610, 1996.
- Ricci Harris, Martin Tobias, Mona Jeffreys, Kiri Waldegrave, Saffron Karlsen, and James Nazroo. Racism and health : the relationship between experience of racial discrimination and health in new zealand. *Soc Sci Med*, 63(6) :1428–1441, Sep 2006.
- Karen Hosper, Vera Nierkens, Mary Nicolaou, and Karien Stronks. Behavioural risk factors in two generations of non-western migrants : do trends converge towards the host population? *European Journal of Epidemiology*, 22(3) :163–172, 2007. doi : 10.1007/s10654-007-9104-7. URL <http://dx.doi.org/10.1007/s10654-007-9104-7>.
- Oliver Hämmig. *Gesundheit im Kanton Zürich 2000 - 2006*, chapter Gesundheitsrelevante soziale Verhältnisse, pages 43–62. Number 13 in Gesundheit, Gesundheitsförderung und Gesundheitswesen im Kanton Zürich. Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich, Februar 2007.
- Ihsan Al Issa and Michel Tousignant. *Ethnicity, immigration, and psychopathology*. The Plenum series on stress and coping. Plenum Press, New York, 1997.
- Saffron Karlsen and James Y Nazroo. Relation between racial discrimination, social class, and health among ethnic minority groups. *Am J Public Health*, 92(4) :624–631, Apr 2002.
- Saffron Karlsen and James Yzet Nazroo. Fear of racism and health. *J Epidemiol Community Health*, 58(12) :1017–1018, Dec 2004.
- Saffron Karlsen, James Y Nazroo, and Rob Stephenson. Ethnicity, environment and health : putting ethnic inequalities in health in their place. *Soc Sci Med*, 55(9) :1647–1661, Nov 2002.
- Saffron Karlsen, James Y Nazroo, Kwame McKenzie, Kamaldeep Bhui, and Scott Weich. Racism, psychosis and common mental disorder among ethnic minority groups in england. *Psychol Med*, 35(12) :1795–1803, Dec 2005.
- I. Kawachi and L. F. Berkman. Social ties and mental health. *J Urban Health*, 78(3) :458–467, Sep 2001. doi : 10.1093/jurban/78.3.458. URL <http://dx.doi.org/10.1093/jurban/78.3.458>.
- Nancy Krieger. *Social Epidemiology*, chapter Discrimination and Health, pages 36–75. Oxford University Press, 2000.
- Ludovic Lebart, Alain Morineau, and Marie Piron. *Statistique exploratoire multivariée*. Dunod, Paris, troisième édition, 2000.
- Damaris Lüthi. Umgang mit gesundheit und krankheit bei tamilischen flüchtlingen im raum bern. Number 26 in Arbeitsblatt. Institut für Ethnologie - Universität Bern, 2004.
- M. G. Marmot and S. L. Syme. Acculturation and coronary heart disease in japanese-americans. *Am J Epidemiol*, 104(3) :225–247, Sep 1976.
- Hector F. Myers and Norma Rodrigez. *Acculturation - Advances in Theory, Measurement, and Applied Research*, chapter Acculturation and Physical Health in Racial and Ethnic Minorities, pages 163–185. American Psychological Association, 2005.
- L. A. Palinkas and S. M. Pickwell. Acculturation as a risk factor for chronic disease among cambodian refugees in the united states. *Soc Sci Med*, 40(12) :1643–1653, Jun 1995.

- Yin Paradies. A systematic review of empirical research on self-reported racism and health. *Int J Epidemiol*, 35(4) :888–901, Aug 2006.
- S. A. Reijneveld. The cross-cultural validity of self-reported use of health care : a comparison of survey and registration data. *J Clin Epidemiol*, 53(3) :267–272, Mar 2000.
- S.A. Reijneveld. Reported health, lifestyles, and use of health care of first generation immigrants in the netherlands : do socioeconomic factors explain their adverse position? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 52(5) :298–304, May 1998. ISSN 0143-005X.
- William Rezendes. Na mea hawai'i : A hawaiian acculturation scale. *Psychological Reports*, 73 : 383–393, 1993.
- B. San-Jose. Alcohol consumption and mortality : Comparison between countries and meta-analyses. *European Journal of Epidemiology*, 18(7) :603–605, 2003. ISSN 0393-2990. URL [DOI:10.1007/s10653-003-0003-0](https://doi.org/10.1007/s10653-003-0003-0).
- M. Schellhorn. The effect of variable health insurance deductibles on the demand for physician visits. *Health Econ*, 10(5) :441–456, Jul 2001. doi : 10.1002/hec.630. URL <http://dx.doi.org/10.1002/hec.630>.
- C. Smaje and J. L. Grand. Ethnicity, equity and the use of health services in the british nhs. *Soc Sci Med*, 45(3) :485–496, Aug 1997.
- J. M. Solis, G. Marks, M. Garcia, and D. Shelton. Acculturation, access to care, and use of preventive services by hispanics : findings from hhanes 1982-84. *Am J Public Health*, 80 Suppl : 11–19, Dec 1990.
- M. Stephenson. Development and validation of the stephenson multigroup acculturation scale (smas). *Psychol Assess*, 12(1) :77–88, Mar 2000.
- K. Stronks, A. C. Ravelli, and S. A. Reijneveld. Immigrants in the netherlands : equal access for equal needs? *J Epidemiol Community Health*, 55(10) :701–707, Oct 2001.
- L. von Ferber, I. Köster, and N. Celayir-Erdogan. [turkish and german patients of general practitioners—diseases, drug expectations and drug prescriptions]. *Gesundheitswesen*, 65(5) : 304–311, May 2003.
- E. Wiking, S. E. Johansson, and J. Sundquist. Ethnicity, acculturation, and self reported health. a population based study among immigrants from poland, turkey, and iran in sweden. *J Epidemiol Community Health*, 58(7) :574–82, 2004. 0143-005X (Print) Journal Article.
- David R Williams, Harold W Neighbors, and James S Jackson. Racial/ethnic discrimination and health : findings from community studies. *Am J Public Health*, 93(2) :200–208, Feb 2003.
- Rainer Winkelmann. Work and health in switzerland : Immigrants and natives. Working Papers 0203, University of Zurich, Socioeconomic Institute, March 2002. available at <http://ideas.repec.org/p/soz/wpaper/0203.html>.
- Nolan Zane and Winnie Mak. *Acculturation - Advances in Theory, Measurement, and Applied Research*, chapter Major Approaches to the Measurement of Acculturation Among Ethnic Minority Populations : A Content Analysis and an Alternative Empirical Strategy, pages 39–60. American Psychological Association, 2005.
- Achim Zeileis, Torsten Hothorn, and Kurt Hornik. party with the mob : Model-based recursive partitioning in r. Technical report, 2007.

## Annexe A

# Interprétation de l'échelle d'intégration

Les tableaux suivants présentent la liste des modalités des variables associées positivement et négativement avec le premier axe de l'analyse factorielle (plus la valeur est élevée et plus l'association est forte) réalisée pour la construction d'une échelle d'intégration. Ces associations sont celles qui permettent d'interpréter l'axe et donc de donner sa signification à l'échelle construite. Les individus obtenant un score positif élevé sur le premier axe ont donc tendance à « posséder » les modalités des variables associées positivement avec cet axe, par exemple une maîtrise et une compréhension très mauvaises d'une des langues nationales (tableau A.1, variables integ11 et integ10, modalité « très mal »). Au contraire, les individus obtenant un score négatif ont tendance à « posséder » les modalités des variables associées négativement avec cet axe.

### A.1 Modalités associées positivement

Modalités associées positivement avec le premier axe			
Variable	Description	Modalité	Score
integ11	Maîtrise d'une des langues nationales	très mal	26.25
integ10	Compréhension d'une des langues nationales	très mal	25.10
poursej.d	Durée du séjour en Suisse, en proportion de l'âge	<21%	23.22
integ11	Maîtrise d'une des langues nationales	mal	19.29
agear.d	Age à l'arrivée en Suisse	>47 ans	18.94
integ10	Compréhension d'une des langues nationales	moyennement	18.77
integ10	Compréhension d'une des langues nationales	mal	18.09
aufzweck	But de la migration	verbleib beim ehgatten	17.37
aufzweck	But de la migration	demande d'asile	16.63
integ03	Regarde les programmes télévisés dans la langue d'origine	en majorité	16.47
strata4	Strate socioéconomique	inférieure	16.16
integ03	Regarde les programmes télévisés dans la langue d'origine	exclusivement	15.56
aufstat	Permis de séjour	permis F	14.87
nation9	Nationalité / module	Sri lanka (requérants tamouls, module III)	14.58
integ05	Sentiment de faire partie	des personnes du pays d'origine de vos parents	14.54
integ11	Maîtrise d'une des langues nationales	moyennement	14.17

Modalités associées positivement avec le premier axe			
Variable	Description	Modalité	Score
integ05	Sentiment de faire partie	de vos compatriotes qui résident ici, en Suisse	13.38
mighin1a	Raisons de la migration	pour ne pas avoir à craindre la guerre ni les destructions	12.28
sex	Sexe	femme	11.57
mighin1a	Raisons de la migration	pour pouvoir vivre avec un partenaire ou se marier	10.63
poursej.d	Durée du séjour en Suisse, en proportion de l'âge	22-29%	10.49
integ08a	Discrimination à l'école ou sur le lieu de travail	jamais	10.34
agear.d	Age à l'arrivée en Suisse	37-47 ans	10.09
agear.d	Age à l'arrivée en Suisse	21-36 ans	9.13
integ04	Sentiment de ne plus avoir de patrie	souvent	9.04
integ02	Contacts étroits avec des personnes vivant dans le pays d'origine	oui, uniquement avec des membres de ma famille	9.00
mighin1a	Raisons de la migration	Pour cause de persécution politique	8.23
integ07b	Sentiment de discrimination à cause de l'origine	jamais	8.13
nation9	Nationalité	Kosovo (requérants d'asile albanais)	7.80
aufstat	Permis de résidence	Permis B	6.83
nation9	Nationalité	Sri lanka (requérants d'asile tamouls)	6.64
integ08f	Discriminations dans les lieux de loisir	jamais	6.57
integ08e	Discriminations au restaurant ou dans les bars	jamais	6.57
integ08d	Discriminations dans les administrations	jamais	6.57
aufstat	Permis de séjour	requérant d'asile (pendant (n) / refusé)	6.30
integ01	Séjour de plus de deux mois dans le pays d'origine au cours des cinq dernières années	1 à 2 fois	6.24
integ04	Sentiment de ne plus avoir de patrie	très souvent	5.77
integ01	Séjour de plus de deux mois dans le pays d'origine au cours des cinq dernières années	plus de 10 fois	4.95
aufzwec	But de la migration	flüchtlingshilfe (ohne erwerb)	4.41
integ01	Séjour de plus de deux mois dans le pays d'origine au cours des cinq dernières années	3 à 5 fois	4.36
aufzwec	But de la migration	rentner	4.06
aufzwec	But de la migration	übrige nichterwerbstätige	4.04
integ07d	Sentiment de discrimination à cause de l'appartenance à une communauté religieuse	jamais	3.04
integ03	Regarde les programmes télévisés dans la langue d'origine	jamais - ne regarde jamais la télévision	2.93
integ07c	Sentiment de discrimination à cause de la couleur de peau	quelquefois	2.52
aufzwec	But de la migration	flüchtlingshilfe (mit erwerb)	2.19

Modalités associées positivement avec le premier axe			
Variable	Description	Modalité	Score
integ01	Séjour de plus de deux mois dans le pays d'origine au cours des cinq dernières années	6 à 10 fois	2.18

## A.2 Modalités associées négativement

Echelle d'intégration - Modalités associées négativement avec le premier axe de l'analyse factorielle			
Variable	Description	Modalité	Score
integ10	Compréhension d'une des langues nationales	très bien	-34.88
integ11	Maîtrise d'une des langues nationales	très bien	-32.03
agear.d	Age à l'arrivée en Suisse	<10 ans	-25.79
pdursey.d	Durée du séjour en Suisse, en proportion de l'âge	>66%	-23.72
aufzwec	But de la migration	verbleib bei eltern/elternteil	-19.98
integ05	Sentiment de faire partie	du peuple suisse	-19.55
integ03	Regarde les programmes télévisés dans la langue d'origine	rarement	-19.23
aufstat	Permis de séjour	Permis C	-18.75
mighin1a	Raisons de la migration	Pour avoir une vie meilleure : un meilleur logement, pouvoir acheter plus de choses, etc.	-18.31
integ11	Maîtrise d'une des langues nationales	bien	-16.16
aufzwec	But de la migration	erwerbsaufenthalt	-16.12
nation9	Nationalité	Portugal	-12.13
sex	Sexe	Homme	-11.57
strata4	Strate socioéconomique	moyenne supérieure	-10.97
integ10	Compréhension d'une des langues nationales	bien	-10.62
agear.d	Age à l'arrivée en Suisse	11-15 ans	-9.66
pdursey.d	Durée du séjour en Suisse, en proportion de l'âge	53-66%	-9.23
integ01	Séjour de plus de deux mois dans le pays d'origine au cours des cinq dernières années	pas une seule fois	-9.08
integ03	Regarde les programmes télévisés dans la langue d'origine	jamais - mais je regarde d'autres programmes	-9.06
nation9	Nationalité	pays de l'ex-Yougoslavie	-8.71
integ04	Sentiment de ne plus avoir de patrie	jamais	-8.64
integ05	Sentiment de faire partie	l'origine d'une personne n'a pas d'importance pour vous	-8.30
integ02	Contacts étroits avec des personnes vivant dans le pays d'origine	oui, avec des membres de ma famille et des amis	-7.96
strata4	Strate socioéconomique	moyenne inférieure	-7.71
integ08a	Discrimination à l'école ou sur le lieu de travail	rarement	-7.44
strata4	Strate socioéconomique	supérieure	-7.41
aufzwec	But de la migration	schulbesuch (ohne erwerb)	-5.84
integ03	Regarde les programmes télévisés dans la langue d'origine	teils - teils	-5.70
integ08f	Discriminations dans les lieux de loisir	quelquefois	-5.60
integ08e	Discriminations au restaurant ou dans les bars	quelquefois	-5.60
integ08d	Discriminations dans les administrations	quelquefois	-5.60
integ07b	Discrimination à cause de l'origine	rarement	-5.52

<b>Echelle d'intégration - Modalités associées négativement avec le premier axe de l'analyse factorielle</b>			
<b>Variable</b>	<b>Description</b>	<b>Modalité</b>	<b>Score</b>
integ08a	Discrimination à l'école ou sur le lieu de travail	quelquefois	-5.25
mighin1a	Raisons de la migration	autres raisons	-4.52
mighin1a	Raisons de la migration	pour suivre une formation en Suisse	-4.43
aufzwec	But de la migration	études (sans activité professionnelle)	-4.26
integ07b	Discrimination à cause de l'origine	quelquefois	-3.96
integ07d	Discrimination à cause de l'appartenance à une communauté religieuse	souvent	-3.78
mighin1a	Raisons de la migration	pour vivre indépendamment de la famille	-3.75
mighin1a	Raisons de la migration	pour travailler en Suisse afin de soutenir financièrement la famille restée au pays	-3.71
agear.d	Age à l'arrivée en Suisse	16-20 ans	-3.68
integ04	Sentiment de ne plus avoir de patrie	rarement	-3.39
pdursey.d	Durée du séjour en Suisse, en proportion de l'âge	30-52%	-3.37
integ05	Sentiment de faire partie	vous avez l'impression de n'être chez vous nulle part	-3.34
aufzwec	But de la migration	schulbesuch (mit erwerb)	-3.14
aufzwec	But de la migration	studium (mit erwerb)	-3.12
integ07c	Sentiment de discrimination à cause de la couleur de peau	jamais	-3.10
integ07b	Discrimination à cause de l'origine	souvent	-2.95
integ08f	Discriminations dans les lieux de loisir	rarement	-2.88
integ08e	Discriminations au restaurant ou dans les bars	rarement	-2.88
integ08d	Discriminations dans les administrations	rarement	-2.88
integ08a	Discrimination à l'école ou sur le lieu de travail	souvent	-2.37
integ08f	Discriminations dans les lieux de loisir	souvent	-1.98
integ08d	Discriminations dans les administrations	souvent	-1.98
integ08e	Discriminations au restaurant ou dans les bars	souvent	-1.98

## Annexe B

# Interprétation de l'échelle des discriminations subies

Les tableaux suivants présentent la liste des modalités des variables associées positivement et négativement avec le premier axe de l'analyse factorielle (plus la valeur est élevée et plus l'association est forte) réalisée pour la construction d'une échelle de discrimination subies. Ces associations sont celles qui permettent d'interpréter l'axe et donc de donner sa signification à l'échelle construite. Les individus obtenant un score positif élevé sur le premier axe ont donc tendance à « posséder » les modalités des variables associées positivement avec cet axe, par exemple une maîtrise et une compréhension très mauvaises d'une des langues nationales (tableau B.1, variables integ11 et integ10, modalité « très mal »). Au contraire, les individus obtenant un score négatif ont tendance à « posséder » les modalités des variables associées négativement avec cet axe.

### B.1 Modalités associées positivement

Modalités associées positivement avec l'axe 1			
Variable	Description	Modalité	Score
integ08f	Discriminations dans les lieux de loisir	très souvent	27.12
integ08e	Discriminations au restaurant ou dans les bars	très souvent	27.12
integ08d	Discriminations dans les administrations	très souvent	27.12
integ08c	Discriminations en faisant les courses	très souvent	23.77
integ08d	Discriminations dans les administrations	quelquefois	23.01
integ08f	Discriminations dans les lieux de loisir	quelquefois	23.01
integ08e	Discriminations au restaurant ou dans les bars	quelquefois	23.01
integ08f	Discriminations dans les lieux de loisir	rarement	22.90
integ08e	Discriminations au restaurant ou dans les bars	rarement	22.90
integ08d	Discriminations dans les administrations	rarement	22.90
integ08b	Discriminations dans votre quartier	très souvent	21.05
integ07d	Discrimination à cause de l'appartenance à une communauté religieuse	très souvent	20.29
integ08a	Discrimination à l'école ou sur le lieu de travail	très souvent	19.28
integ07b	Discrimination à cause de l'origine	très souvent	18.80
integ08f	Discriminations dans les lieux de loisir	souvent	18.67
integ08e	Discriminations au restaurant ou dans les bars	souvent	18.67
integ08d	Discriminations dans les administrations	souvent	18.67
integ08b	Discriminations dans votre quartier	rarement	18.16
integ08c	Discriminations en faisant les courses	rarement	18.13
integ07c	Discrimination à cause de la couleur de peau	très souvent	17.52
integ08c	Discriminations en faisant les courses	quelquefois	16.45

Modalités associées positivement avec l'axe 1			
Variable	Description	Modalité	Score
integ08a	Discrimination à l'école ou sur le lieu de travail	souvent	15.44
integ08c	Discriminations en faisant les courses	souvent	15.05
integ08b	Discriminations dans votre quartier	quelquefois	14.44
integ08b	Discriminations dans votre quartier	souvent	14.41
integ07b	Discrimination à cause de l'origine	quelquefois	14.27
integ08a	Discrimination à l'école ou sur le lieu de travail	quelquefois	14.20
integ07d	Discrimination à cause de l'appartenance à une communauté religieuse	quelquefois	13.83
integ07b	Discrimination à cause de l'origine	souvent	13.43
integ07d	Discrimination à cause de l'appartenance à une communauté religieuse	souvent	11.15
integ08a	Discrimination à l'école ou sur le lieu de travail	rarement	10.72
integ07d	Discrimination à cause de l'appartenance à une communauté religieuse	rarement	10.61
integ07c	Discrimination à cause de la couleur de peau	souvent	10.09
integ07c	Discrimination à cause de la couleur de peau	quelquefois	9.74
integ07b	Discrimination à cause de l'origine	rarement	7.75
integ07c	Discrimination à cause de la couleur de peau	rarement	7.57
sex	Sexe	Homme	7.01
agear.d	Age à l'arrivée en Suisse	moins de 15 ans	6.30
nation9	Nationalité / module	Turquie	6.27
strata4	Strate socioéconomique	Strate moyenne supérieure	3.47
pratlang	Maîtrise d'une des langues nationales	très bien	3.42
pratlang	Maîtrise d'une des langues nationales	bien	3.22
complang	Compréhension d'une des langues nationales	très bien	3.16
agear.d	Age à l'arrivée en Suisse	15-24 ans	2.02

## B.2 Modalités associées négativement

Modalités associées négativement avec le premier axe			
Variable	Description	Modalité	Score
integ08f	Discriminations dans les lieux de loisir	jamais	-44.92
integ08e	Discriminations au restaurant ou dans les bars	jamais	-44.92
integ08d	Discriminations dans les administrations	jamais	-44.92
integ08c	Discriminations en faisant les courses	jamais	-34.43
integ08b	Discriminations dans votre quartier	jamais	-33.27
integ08a	Discrimination à l'école ou sur le lieu de travail	jamais	-30.1
integ07b	Discrimination à cause de l'origine	jamais	-27.31
integ07d	Discrimination à cause de l'appartenance à une communauté religieuse	jamais	-26.67
integ07c	Discrimination à cause de la couleur de peau	jamais	-20.79
sex	Sexe	Femme	-7.01
agear.d	Age à l'arrivée en Suisse	25 ans et plus	-6.82
pratlang	Maîtrise d'une des langues nationales	très mal	-4.75
complang	Compréhension d'une des langues nationales	très mal	-4.01
strata4	Strate socioéconomique	Strate inférieure	-3.98
nation9	Nationalité / module	Portugal (II)	-3.36
nation9	Nationalité / module	Kosovo (requérant d'asile)	-3.21



<b>Modalités associées négativement avec le premier axe</b>			
<b>Variable</b>	<b>Description</b>	<b>Modalité</b>	<b>Score</b>
<b>pratlang</b>	Maîtrise d'une des langues nationales	mal	-2.88

## Annexe C

# Présentation des arbres de régression

Les arbres de régression permettent une analyse exploratoire, sans faire d'hypothèse à priori sur les variables qui sont associées avec les variations des indicateurs étudiés.

### C.1 Méthode

Le principe général des arbres de régression est le suivant :

- comme dans un modèle de régression « classique » on cherche à expliquer les variations d'une variable dépendante (par exemple l'état de santé auto-déclaré) à l'aide de variables indépendantes (âge, sexe, strate socioéconomique, etc...)
- l'arbre débute avec l'ensemble des cas, et cherche à l'aide de tests statistiques la variable indépendante qui présente la plus forte association avec la variable dépendante (celle que l'on souhaite expliquer)
- la variable présentant l'association la plus significative est utilisée pour diviser la population en deux groupes (par exemple, les personnes de plus de 50 ans et celles de moins de 50 ans).
- la procédure est répétée pour chacun des deux sous-groupes ainsi créés, jusqu'à ce qu'aucune nouvelle division ne présente d'amélioration significative en ce qui concerne l'explication de la variable d'intérêt.

Ce processus permet de diviser la population en sous-groupes aux profils de plus en plus homogènes, c'est à dire contenant des individus dont l'état de santé est de plus en plus similaire.

### C.2 Lecture et interprétation

Dans les graphiques présentant les résultats des arbres de régression, chaque division de la population en deux sous-groupes distincts (un noeud) est représentée par un ovale. Dans cet ovale figure le nom de la variable ayant été sélectionnée par le modèle (la description de cette variable se trouve dans les tableaux 3.2 page 28 et 3.3 page 29) pour créer les deux sous-groupes, et les valeurs de la variable utilisées figurent sur les deux branches issues du noeud. Pour ne pas encombrer le graphique, ces valeurs figurent sous la forme de code dont les significations sont également indiquées dans les tableaux référencés ci-dessus.

### C.3 Avantages et limites

Cette technique présente plusieurs avantages :

- prise en compte des interactions (par exemple, la nationalité n'a pas la même influence sur l'état de santé pour les personnes âgées de 15-26 ans que pour les personnes âgées de 27 à 50 ans)

- la sélection des facteurs présentant une association significative avec le phénomène étudié ne se fait pas « à priori » mais de manière « automatique »

Les arbres de régression ne retiennent, à chaque division, que la variable la plus fortement associée avec le phénomène étudié. Ceci ne veut pas dire que d'autres variables ne présentent pas des associations significatives. Les arbres ne considèrent pas l'effet simultané de plusieurs variables dans un sous-groupe de la population et doivent donc être complétés par des modèles « classiques » de régression si l'on veut avoir un aperçu de l'effet de plusieurs variables et de variables de contrôle simultanément.