

Qu'est-ce qu'on sait de l'état de santé des populations migrantes ?

Les principaux résultats du «Monitoring de l'état de santé de la population migrante en Suisse»



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la santé publique OFSP

Impressum

© Office fédéral de la santé publique (OFSP)
Reproduction autorisée avec indication de la source

Editeur

Office fédéral de la santé publique
Date de publication: juillet 2007

Photos

Hansueli Trachsel, Bremgarten

Informations supplémentaires et diffusion

OFSP, Unité de direction Politique de la santé, Division Politique
de santé multisectorielle, Section Egalité des chances et santé, CH-3003 Bern
E-mail: migrationundgesundheit@bag.admin.ch, www.miges.admin.ch
Responsable: Petra Aemmer

Imprimé sur papier blanchi sans chlore

Numéro de publication OFSP: BAG GP 8.07 445 d 190 f 155 e 30EXT07011 178893
ISBN 3-905235-64-1

Table des matières

Avant-propos	5
Introduction	6
Etat de santé et comportement en matière de santé des populations migrantes	9
1 Introduction	9
2 Situation sociale et socio-démographie	12
3 Santé	14
4 Comportement en matière de santé	20
5 Perspectives	27
Facteurs influant sur la santé des populations migrantes	28
Introduction	28
1. Données, modèles statistiques et choix des variables	30
1.1 Données	30
1.2 Méthodes	31
2. Principaux résultats	32
2.1 Etat de santé	32
2.2 Comportements de santé et facteurs de risque	36
2.3 Recours aux services de santé	39
2.4 Consommation de médicaments	43
2.5 Dépistage et prévention	45
2.6 Expérience des migrants avec les services de santé	49
3. Conclusions	52

Avant-propos

Quel est l'état de santé des migrants comparativement à celui de la population indigène ? Vont-ils souvent chez le médecin ou à l'hôpital ? Les migrants ont-ils plus de problèmes psychiques que les Suisses ? Et quels facteurs influencent l'état de santé des immigrés ? Telles sont quelques-unes des questions auxquelles s'intéresse la présente publication.

Le monitoring de l'état de santé de la population migrante suisse a été réalisé en 2004 sur la base de l'Enquête suisse sur la santé. Des migrants de différentes nationalités ont été interrogés sur leur état de santé et leur comportement en matière de santé ainsi que sur d'autres aspects relatifs à leur intégration et à leur situation socio-économique. Les principales conclusions de cette enquête sont reprises dans la présente publication, structurée en deux parties.

La première décrit succinctement les données relevées : elle montre, en pourcentages, la répartition des problèmes de santé et de l'utilisation de certaines prestations de santé entre les différents groupes de migrants interrogés. L'analyse montre que de nombreux groupes de migrants affichent des statistiques moins favorables et des risques plus élevés que la population indigène en la matière. Elle révèle également que certains groupes sont capables de mieux évaluer leur santé et se comportent de manière à la préserver.

La deuxième partie de la publication présente les principaux éléments d'une analyse plus approfondie cherchant à identifier les facteurs responsables de la situation souvent plus défavorable des migrants en matière de santé. C'est ainsi que les interactions entre la santé, d'une part, et la migration, les facteurs socioculturels ainsi que différentes structures socio-économiques et sociodémographiques, d'autre part, sont mis en évidence par des analyses de régression.

Chacune des deux parties de la publication consiste en une analyse différente des mêmes données, ce qui explique certains recoupements thématiques inévitables. Je tiens à remercier les nombreuses personnes associées à la conception, à la réalisation, à l'évaluation et à la publication du présent monitoring de l'état de santé de la population migrante suisse. Grâce à leur travail, une nouvelle étape de la recherche dans le domaine migration et santé a pu être franchie dans notre pays. Il convient maintenant d'institutionnaliser autant que possible cette enquête et de s'en servir comme point de départ pour concevoir et mettre en œuvre des mesures.

Thomas Spang
Office fédéral de la santé publique

Introduction

La santé des migrants est affectée par un certain nombre de facteurs spécifiques auxquels les Suisses ne sont pas exposés, comme les angoisses et les espoirs liés à la migration, la délivrance d'une situation insatisfaisante ou traumatisante vécue dans le pays d'origine, la discrimination ou les difficultés de compréhension liées par exemple à la langue ou au code de conduite (cf. Razum 2002). C'est ainsi que les situations violentes dans un pays en guerre peuvent provoquer des symptômes de maladies somatiques ou émotionnelles. A l'instar d'autres groupes vulnérables, les migrants sont aussi confrontés plus fortement aux problèmes sociaux tels que la pauvreté et le chômage. Ils sont souvent surreprésentés dans les couches sociales défavorisées, ce qui a autant d'impact sur leur état de santé que les facteurs structurels. On a par exemple montré qu'il existe une corrélation entre la santé et l'intégration ou la politique d'intégration (cf. par ex. Bollini 2006). De même, en raison des barrières à l'accès ou du manque de compétences transculturelles en matière de soins et de prévention, les migrants sont souvent désavantagés par rapport aux indigènes.

Les enquêtes sur l'état de santé des migrants, plus nombreuses depuis quelques années, ont livré les conclusions suivantes :

- La santé psychique des migrants est souvent plus mauvaise que celle des Suisses ;
- La prévalence du VIH/sida, de la tuberculose, de l'hépatite, de la malaria et des maladies sexuellement transmissibles est plus élevée dans certains groupes de migrants ;
- Les fausses couches, l'absence de contraception et les mutilations génitales féminines sont plus fréquentes dans la population des migrantes ;
- Les enfants et les jeunes issus de l'immigration ont souvent une moins bonne santé bucco-dentaire ;
- Certains groupes de migrants sont plus sujets que la moyenne à certains cancers (cancer de l'estomac pour les Sud-européens, cancer du rhinopharynx pour les Chinois, cancer du foie pour les Africains et les Asiatiques) ;
- Certains groupes de migrants ont un comportement à risques relativement marqué en termes de consommation de tabac, de manque d'activité physique et d'alimentation.

(cf. Dahinden 2006)

Les disparités entre immigrés et indigènes valent non seulement pour l'état de santé mais aussi en ce qui concerne le recours au système de santé. Ainsi, les migrants reçoivent moins souvent de traitements ambulatoires pour problèmes psychiques (cf. Frick 2004), ne consultent pas les urgences des hôpitaux publics de la même façon (cf. Borde 2003) ou – pour les femmes – n'ont pas l'habitude de suivre les préparations à l'accouchement comme toutes les Suissesses (Weiss 2003).

Malgré d'importants efforts dans le domaine de la recherche en migration et santé, les connaissances sur l'état de santé des migrants en Suisse restent lacunaires.

Les témoignages représentatifs sont rares et ne portent que sur des thèmes spécifiques. Le rapport de santé national (Enquête suisse sur la santé, ESS) ne contenait encore guère de témoignages sur l'état de santé et le comportement des migrants en la matière.

C'est ainsi que de nombreuses enquêtes se bornent à définir la « population migrante » par la nationalité. Dans le cadre de l'ESS par exemple, aucune information n'était auparavant collectée sur le contexte de la migration, comme le statut de séjour, la raison de la migration, le degré d'intégration, les connaissances linguistiques, autant d'indications précieuses pour établir le lien entre l'état de santé et ce contexte. Quelques questions supplémentaires sur les migrants ont été intégrées dans l'Enquête sur la santé 2007, où de nombreuses données spécifiques font cependant toujours défaut.

Au vu de l'échantillonnage, les différents groupes de migrants sont aussi trop petits pour fournir des données spécifiques. Il est certes possible de comparer l'ensemble des migrants aux Suisses (indépendamment de leur nationalité par exemple) mais de telles analyses ne rendent pas compte de l'hétérogénéité des étrangers vivant en Suisse. Le fait que l'ESS soit conduite dans les trois langues nationales suisses est également problématique dans la mesure où elle ne prend pas en compte les hommes et les femmes qui maîtrisent insuffisamment ces langues.

Ces données lacunaires ont incité l'Office fédéral de la santé publique à commander le monitoring de l'état de santé de la population migrante suisse, dans le cadre de la stratégie Migration et Santé. Il a ainsi été demandé aux migrants d'évaluer leur propre comportement en matière de gestion des risques, leur recours aux prestations de santé ainsi que différents aspects de leur santé physique et psychique. Les entretiens téléphoniques ont été menés si nécessaire dans la langue maternelle de la personne interrogée, pour permettre la plus grande représentativité possible.

Nous disposons à présent d'un faisceau de données qui fournit des informations sur l'état de santé et le comportement des migrants en matière de santé en Suisse. La prise en compte de nombreuses caractéristiques de la migration met en évidence les liens entre l'état de santé et la situation de migration. Elle permet par exemple d'analyser l'influence des connaissances linguistiques, de la discrimination ou du statut de séjour sur l'état de santé d'un individu.

Par ailleurs, l'analyse des résultats doit également tenir compte des limites de l'étude. Les données ont en effet été directement recueillies auprès des personnes interrogées et la méthode choisie ne rend pas compte des différences de perception, de modèles explicatifs différents ou d'autres facteurs liés aux réponses des participants. Par ailleurs, l'ensemble de la population migrante de Suisse n'a pu être interrogée faute de ressources suffisantes. Seules certaines nationalités ont été prises en compte, de sorte que si les résultats sont représentatifs pour la France, l'Allemagne, l'Autriche, l'Italie, le Portugal, la Turquie, l'ex-Yougoslavie et le Sri Lanka, ils ne peuvent être extrapolés que partiellement aux autres groupes de migrants.

L'ESS et les analyses réunies dans cette publication donnent un bon aperçu de l'état de santé et du comportement de la population migrante en matière de santé en Suisse. De nombreuses hypothèses formulées dans le passé sont désormais étayées par des chiffres. Toutefois, d'importantes inconnues subsistent. Aussi l'objectif doit-il être de poursuivre l'évaluation des données de l'ESS ainsi que la collecte des données : c'est une condition sine qua non pour affiner les connaissances et identifier les grandes tendances. Une démarche souhaitable dans la mesure où elle nous permettra de concevoir des projets en fonction des besoins et des groupes cibles, sur la base des connaissances acquises. Les résultats de cette recherche contribueront à accroître l'efficacité et l'efficacé des mesures dans le domaine migration et santé, ce qui nous permettra de nous rapprocher de l'objectif de l'égalité des chances pour les migrants dans le domaine de la santé.

Rahel Gall Azmat
Office fédéral de la santé publique

Bibliographie

- Bollini, P.; Wanner, Ph. (2006): Santé reproductive des collectivités migrantes. Disparités de risques et possibilités d'intervention. In : Bundesamt für Gesundheit (Hrsg.): Forschung Migration und Gesundheit, Bern.
- Borde, Th.; Braun, T.; David, M. (2003): Gibt es Besonderheiten bei der Inanspruchnahme klinischer Notfallambulanzen durch Migrantinnen und Migranten? In: Borde, Th. et al: Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen, Frankfurt am Main: Mabuse.
- Dahinden, J; Wyssmüller, Ch.; Efonyi, D. (2006): Interner Arbeitsbericht zu Modul 2 - Projekt „Grundlagen für die Erarbeitung einer Nachfolgestrategie des Bundes im Bereich Migration und Gesundheit“, im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit, Bern.
- Frick, U; Lengler, R; Neuenschwander, M; et al (2006): Inanspruchnahme stationär-psychiatrischer Versorgung durch SchweizerInnen und AusländerInnen im Kanton Zürich 1995-2002. In: Bundesamt für Gesundheit (Hrsg.): Forschung Migration und Gesundheit, Bern.
- Razum, O.; Geiger, I. (2002): Migranten. In: Schwartz, F.E. et al. (Hrsg.) Das Public Health Buch. Gesundheit fördern – Krankheit verhindern, München: Urban & Fischer.
- Weiss, Regula (2003): Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten, Zürich: Seismo.

Etat de santé et comportement en matière de santé des populations migrantes

Résumé du rapport technique Monitoring de l'état de santé de la population migrante en Suisse

Etude réalisée par le **Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD)¹ gem. e.V.**
Résumé de Irène Dietschi, Klaffke & Dietschi's, Hägendorf

1 Introduction

Fin 2003, l'Office fédéral de la santé publique a lancé un Monitoring de l'état de santé de la population migrante en Suisse. Celui-ci constitue un élément essentiel de la stratégie « Migration et santé 2002-2007 » de la Confédération, qui érige l'égalité des chances dans le domaine de la santé en priorité. Les femmes et les hommes de toutes les catégories sociales doivent avoir accès au système de santé suisse et pouvoir bénéficier de soins appropriés. A travers le monitoring de la population migrante, la Confédération entend créer une base pour améliorer la situation des migrants dans les domaines des soins de santé, du comportement en matière de santé et de la prévention. Plus largement, la meilleure intégration des étrangers est visée. Les chiffres suffisent à eux seuls à justifier un tel projet : depuis le milieu des années 90, la proportion d'étrangers dans la population résidente suisse dépasse les 20 %. Lorsque le monitoring a été lancé fin 2003, 1,47 millions de personnes venant de l'étranger (travailleurs et leurs familles) et près de 65 000 requérants d'asile vivaient en Suisse.

Rapport technique

Le rapport technique, dont le présent document propose une synthèse, est disponible depuis mai 2006. Il a été rédigé par Alexander Rommel, Caren Weilandt et Josef Eckert de l'Institut scientifique des médecins de l'Allemagne (WIAD), responsable de la réalisation de l'étude. L'Institut LINK de recherche marketing et sociale a également participé au projet.

Le monitoring éclaire certains aspects non seulement de l'état de santé mais aussi du comportement en matière de santé de la population migrante en Suisse. Quel impact ont des conditions de vie défavorables sur l'état physique et psychique des étrangers ? Ceux-ci vont-ils plus souvent chez le médecin ou à l'hôpital que la population autochtone ? Les migrants font-ils attention à leur santé, par exemple en pratiquant du sport, ou en s'abstenant de fumer ? Le monitoring s'est attaché à répondre à ces questions et à d'autres du même ordre.

Par contre, le rapport technique final ne livre quasiment aucune interprétation des statistiques, et aucun lien de causalité n'est mis en évidence ou discuté. Quand

¹ Institut scientifique des médecins de l'Allemagne ; Caren Weilandt, Alexander Rommel, Josef Eckert

par exemple, une certaine catégorie d'étrangers présente des statistiques « plus mauvaises » à plusieurs égards sur les questions relatives au comportement en matière de santé, les causes possibles n'en sont pas recherchées ; autrement dit, la question de savoir si ces différences tiennent à la nationalité ou au fait que les migrants originaires de ce pays en Suisse ont généralement un statut social bas reste ouverte. Par ailleurs, les nombreuses données collectées dans le cadre du monitoring serviront pour d'autres analyses explicatives.

Référence à l'Enquête suisse sur la santé

La recherche sur la santé publique promue par les pouvoirs publics ne s'était encore jamais intéressée à la population migrante. Des migrants étaient certes régulièrement interrogés dans le cadre de l'Enquête suisse sur la santé (ESS) menée tous les cinq ans depuis 1992, mais il s'agissait seulement de ceux qui maîtrisaient l'une des langues nationales suisses. Cette sélection donnait donc une image déformée de la réalité. De plus, le nombre de migrants interrogés lors de l'ESS n'était jamais assez important pour permettre des conclusions détaillées à leur sujet.

Le Monitoring de l'état de santé de la population migrante en Suisse comble cette lacune. Il saisit et décrit l'état de santé de la population migrante selon les méthodes qui ont déjà fait leurs preuves dans le cadre de l'ESS. Il s'attache en outre à des questions ciblées sur le thème de la migration, notamment sur la situation sociale (intégration, statut migratoire) ou sur des problèmes concrets pouvant toucher les étrangers tels que les barrières linguistiques. Contrairement à l'ESS qui utilise parallèlement des questionnaires écrits, le monitoring s'appuie exclusivement sur des enquêtes téléphoniques.

Il devait remplir certaines conditions : premièrement, couvrir la population migrante de Suisse la plus large possible en interrogeant plusieurs grands groupes de migrants. Deuxièmement, laisser la place aux informations dépassant le cadre de la comparaison entre la population suisse et la population étrangère et permettre les comparaisons entre différents groupes d'étrangers, ce qui supposait des échantillons numériquement représentatifs des grands groupes d'étrangers en Suisse. Troisièmement, couvrir également les migrants mal intégrés en Suisse au plan linguistique, ce qui impliquait non seulement de traduire les questionnaires dans les langues respectives de ces populations mais aussi d'engager des personnes ayant la même langue maternelle que les sujets de l'étude pour les interroger.

Méthodologie

La base de sondage du monitoring est constituée par la population suisse et la population étrangère âgée de 15 à 74 ans. Elle se subdivise en trois « modules ». Le module I reprend certaines données de l'Enquête suisse sur la santé 2002, à savoir celles sur les Suisses et sur la population migrante italienne, allemande, autrichienne et française ; le module II collecte les données sur la population résidente permanente venant d'ex-Yougoslavie, du Portugal, de Turquie et du Sri Lanka (personnes qui résident toute l'année en Suisse ou au bénéfice d'une autorisation

de séjour d'au moins douze mois). Le module III a pour cible les requérants d'asile du Sri Lanka et du Kosovo.

Les interviews du module II ont été réalisées à partir d'un échantillon tiré du Registre central des étrangers. L'enquête devait porter sur un échantillon de 2500 personnes au total : 1000 personnes en provenance d'ex-Yougoslavie et 500 personnes venant respectivement du Portugal, de la Turquie et du Sri Lanka. Chacun de ces échantillons était stratifié à parts égales en cinq groupes d'âge (15 à 26 ans, 27 à 38 ans, 39 à 50 ans, 51 à 62 ans et 63 à 74 ans) et composé d'un nombre égal d'hommes et de femmes. L'échantillon de la population d'ex-Yougoslavie était deux fois plus grand car il couvrait plusieurs nationalités. Pour les besoins du monitoring, des personnes de Croatie, de Serbie-Monténégro, de Bosnie-Herzégovine et des autres territoires de l'ex-Yougoslavie ont été interrogées.

Dans l'évaluation des données, les directeurs de l'étude ont pris en compte le rapport numérique des différents groupes dont est composée la population en Suisse. Cela signifie que les résultats ont été recalculés proportionnellement pour chaque groupe. Par exemple, les données relatives à une personne de nationalité portugaise d'un âge et d'un sexe donnés ont été comptabilisées en fonction de la proportion de Portugais par rapport aux autres groupes d'étrangers dans la population. Pour le module III, un échantillon de 500 personnes a été sélectionné dans le fichier des personnes du registre fédéral de la migration sans être stratifié en fonction de l'âge et du sexe. Le choix s'est porté sur les requérants d'asile kosovars et sri-lankais pour deux raisons principales : d'une part, parce que les Albanais du Kosovo et les Tamouls forment depuis de nombreuses années le plus grand groupe de requérants d'asile en Suisse. D'autre part, parce que cela rendait possible une comparaison directe entre la population résidente permanente – des Tamouls et des Kosovars du module II – et celle des requérants d'asile.

Au total, 3024 interviews ont été réalisées. L'un des objectifs était de couvrir de manière appropriée les conditions de vie de la population migrante. Les directeurs de l'étude ont accordé une grande importance à l'élaboration du questionnaire, à sa traduction, ainsi qu'à la méthode et au déroulement de l'enquête. Pour vérifier par exemple la qualité de la traduction des questionnaires, ils les ont fait retraduire de la langue de l'interview (français, serbo-croate, albanais, portugais, turc, tamoul) vers l'allemand. Les questions mal formulées ou pouvant prêter à confusion ont ainsi pu être détectées.

Avant les interviews, une lettre a été envoyée aux personnes sélectionnées pour les informer du but et de l'esprit de l'étude. Les enquêteurs ont quant à eux reçu des instructions très précises et été encadrés pendant toute la durée de l'enquête. Celle-ci a été menée depuis les laboratoires téléphoniques de l'institut LINK à Zurich, Lucerne et Lausanne en allemand, en français, en serbo-croate, en albanais, en portugais, en turc et en tamoul.

Dans le secteur de la recherche en matière de santé et de la surveillance de la santé en Europe, cette manière de procéder – échantillonnage décrit ci-dessus

combiné avec des questions ciblées sur la migration et des instruments de collecte des données dans les langues maternelles respectives des personnes interrogées – constitue une première. Le monitoring joue donc un rôle de précurseur dans ce champ de recherche.

2 Situation sociale et socio-démographie

Sexe et âge

Dans la population suisse, les femmes sont légèrement en surnombre par rapport aux hommes, le rapport entre les sexes étant de 51 pour 49. Chez les migrants interrogés dans le cadre du monitoring, le rapport est inverse, du moins chez ceux qui ont leur domicile permanent en Suisse : les hommes sont nettement majoritaires, surtout dans la population italienne (59 %) mais aussi dans les autres groupes (entre 55 et 52 %). Les rapports sont encore différents chez les requérants d'asile, où les femmes sont majoritaires : chez les Kosovars, la proportion de femmes est de 56 % et chez les Sri-Lankais, elle atteint même 64 %. Ce résultat est peut-être imputable au tirage de l'échantillon (non pondéré), autrement dit aléatoire.

Pour ce qui est de la structure par âge, les plus grandes similitudes s'observent entre les Suisses et les Italiens. Ce qui frappe dans les deux groupes est que la population âgée est nombreuse tandis que la proportion de 15-38 ans est relativement faible. Dans tous les autres groupes, la proportion de jeunes est nettement plus forte.

La plupart des migrants interrogés sont mariés et ont des enfants. Le taux de fécondité moyen des femmes étrangères est de 1,9 enfants, celui des femmes suisses de 1,3.

Instruction, profession, revenu

Le niveau d'instruction des migrants – à l'exception des Allemands, des Français et des Autrichiens – est plutôt bas dans l'ensemble. La plupart d'entre eux ont suivi une scolarité hors de Suisse, sanctionnée par un diplôme dans 50 à 65 % des cas. Seul un petit nombre a fait un apprentissage ou des études hors de Suisse. A leur arrivée en Suisse, les femmes ont dans l'ensemble un niveau d'instruction inférieur à celui des hommes, sauf pour ce qui est de la population résidente tamoule.

Une partie des migrants vont à l'école ou suivent une formation professionnelle à leur arrivée en Suisse. C'est notamment le cas de 20 % de la population résidente d'ex-Yougoslavie, portugaise ou turque. Ce chiffre ne prend cependant pas en compte les sujets de l'étude en cours de formation ; aussi convient-il de ne pas accorder une trop grande importance aux données dans ce secteur et de les considérer simplement comme des tendances. D'une manière générale, on constate que les niveaux d'instruction de la population migrante sont dans l'ensemble nettement moins bons que ceux de la population suisse. A titre de comparaison, un bon cinq sixième de la population suisse dit avoir terminé un apprentissage, une école

professionnelle supérieure ou une école professionnelle à plein temps. Environ une personne sur sept termine le gymnase, près d'une sur douze va jusqu'au bout de ses études à l'université ou dans une haute école. Au total, environ 12 % des Suisses ont une qualification supérieure. Cette proportion est encore plus élevée chez les immigrants allemands, français et autrichiens, où elle atteint 30 %.

A l'exception des requérants d'asile, environ deux tiers à trois quarts des migrants en Suisse travaillent, très majoritairement comme employés. La plupart des Italiens, des ex-Yougoslaves et des Turcs ont un emploi dans l'industrie, la construction et l'artisanat. On retrouve plus souvent les Albanais et les Portugais ainsi que les deux groupes de Tamouls dans l'hôtellerie ou le secteur des services. Les cadres représentent moins de 10 % de chaque groupe. 32 % des employés suisses occupent un poste de cadre, une proportion qui atteint même 36 % chez les immigrants allemands, français et autrichiens. Dans le groupe des personnes en formation, les chiffres sont analogues dans les trois modules. On remarque à cet égard la forte proportion d'apprentis parmi les requérants d'asile albanais : 19 % contre 5 % par exemple dans la population suisse.

Les migrants gagnent nettement moins que les Suisses, dont le revenu moyen est d'environ 4300 francs. Les sujets de l'étude de nationalité italienne par exemple, gagnent près de 1000 francs de moins, les Portugais, les ex-Yougoslaves et les Turcs ont un revenu mensuel moyen inférieur à 3000 francs. Ceux qui gagnent le moins sont les résidents et requérants d'asile tamouls – 2100 et 1780 francs – et les requérants d'asile albanais : en moyenne 1160 francs.

Au plan social, la population migrante en Suisse se subdivise en deux groupes dont la situation est totalement opposée : les Allemands, les Autrichiens et les Français constituent – encore plus souvent que les autochtones – une classe privilégiée. Deux tiers d'entre eux font partie de la classe supérieure ou de la classe moyenne supérieure.

Les autres migrants renvoient une image totalement différente, puisqu'ils se retrouvent principalement dans les classes sociales inférieures. Les mieux lotis sont les Italiens, dont environ 40 % figurent dans la classe inférieure mais aussi 10 % parmi les plus privilégiés. Dans les groupes turc et portugais, près des deux tiers des personnes interrogées se situent dans la classe inférieure. Tout en bas de l'échelle arrivent les requérants d'asile, dont près de trois quarts figurent dans la classe inférieure.

Statut migratoire

Les données relatives à l'histoire de la migration et à la durée de séjour mettent en évidence la grande hétérogénéité de la population migrante en Suisse. Le groupe de résidents le plus ancien est celui des Italiens, dont une grande partie sont nés en Suisse, et dont la deuxième voire même parfois la troisième génération sont donc fortement représentées. Le même modèle se retrouve chez les Turcs, les Portugais et les immigrants d'ex-Yougoslavie. La population résidente allemande, française et autrichienne a aussi une longue tradition de résidence en Suisse, à la différence que dans ce groupe, la première génération reste la plus représentée :

l'immigration concerne ici en première ligne des adultes. Les Tamouls et les Albanais du Kosovo vivent depuis nettement moins longtemps en Suisse, et rarement depuis leur naissance. La plupart d'entre eux ont fui la guerre ou les persécutions politiques dans leurs pays d'origine – des motifs parfois également invoqués par d'autres sujets de l'étude en provenance de l'ex-Yougoslavie. Les autres migrants sont venus s'installer en Suisse principalement pour des raisons économiques et personnelles. La plupart des personnes interrogées dans le cadre des modules II et III maîtrisent l'une des langues nationales suisses, le plus souvent l'allemand – excepté les Portugais qui parlent généralement le français. Par ailleurs, la plupart des personnes interrogées indiquent mieux comprendre la langue qu'elles ne la parlent. A leurs propres dires, environ deux tiers des personnes des groupes européens disposent de connaissances linguistiques actives bonnes à très bonnes. Les connaissances linguistiques des requérants d'asile sont dans l'ensemble plutôt mauvaises.

3 Santé

Santé autoévaluée

A la question concernant l'état de santé, les migrants ont tous donné une moins bonne appréciation que ne l'a fait la population suisse. 88 % des Suisses le considèrent actuellement comme bon ou très bon, seuls 3 % déclarent aller mal ou très mal. Les personnes interrogées originaires d'Allemagne, d'Italie et d'Autriche donnent quasiment les mêmes réponses.

Par contre, les personnes interrogées dans le module II se font une idée nettement plus mauvaise de leur état de santé : 11 % des personnes originaires d'ex-Yougoslavie le considèrent comme mauvais ou très mauvais. C'est aussi le cas de 9 % des Portugais. Les migrants turcs se sentent encore en moins bonne santé : 16 % d'entre eux évaluent leur état de santé comme très mauvais et, logiquement, une faible part le qualifie de bon (51 %) ou de très bon (14 %).

Les requérants d'asile arrivent derniers selon ce critère : ils se sentent en nettement moins bonne santé que le reste des personnes interrogées. Seuls par exemple 63 % des requérants d'asile du Kosovo évaluent leur propre état de santé comme bon ou très bon et cette proportion tombe même à 57 % chez les Tamouls. Il ressort clairement que les Tamouls résidents se sentent en nettement meilleure santé que leurs compatriotes requérants d'asile : trois quarts d'entre eux qualifient leur santé de bonne ou de très bonne, seuls 5 % disent se sentir mal.

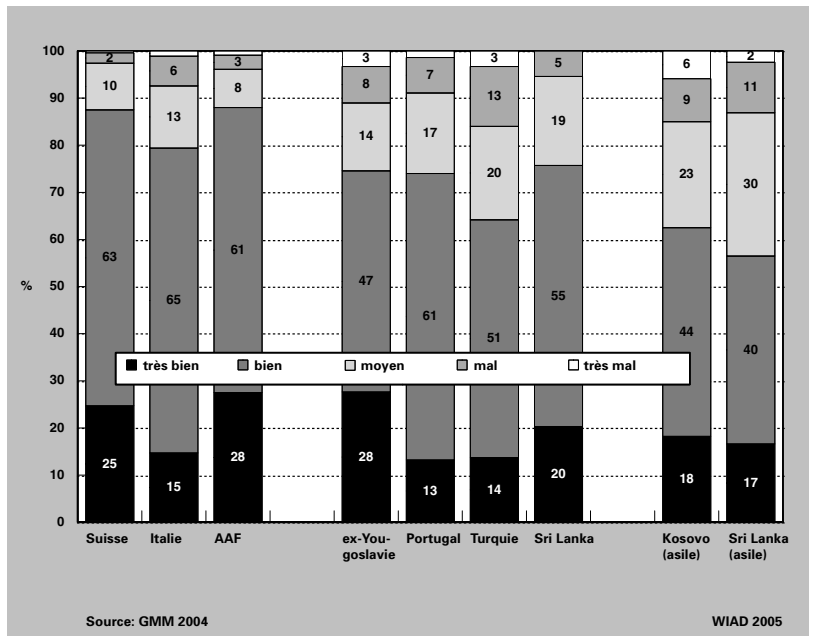
De manière générale, les femmes se sentent un peu moins en bonne santé que les hommes. L'écart est net chez les Turcs : 70 % des hommes, contre seulement 57 % des femmes considèrent leur état comme bon à très bon. Le même phénomène se retrouve dans la population résidente tamoule où 83 % des hommes disent aller bien à très bien, contre seulement 68 % des femmes.

Outre l'état de santé actuel, l'équilibre psychique des personnes interrogées a également été abordé. Des statistiques analogues à celles sur l'état de santé subjectif ont été recueillies dans ce domaine : les Suisses se sentent en grande majorité psychologiquement équilibrés (80 %), de même que les immigrants en provenance d'Allemagne, d'Autriche et de France (AAF) (76 %) et d'Italie (72 %). Les personnes originaires du Portugal et d'ex-Yougoslavie se sentent aussi relativement bien au niveau psychique : elles s'estiment respectivement à 61 et à 54 % bien ou moyennement équilibrées sur ce plan.

Les statistiques des migrants de nationalité turque, par contre, sont particulièrement mauvaises : 60 % d'entre eux se disent mal équilibrés psychiquement contre seulement 19 % de bien équilibrés – un résultat qui se répercute sur les données relatives à leur état de santé. La condition psychique des femmes turques est particulièrement défavorable : ce sont elles qui affichent les statistiques les plus basses. Elles sont aussi proportionnellement les plus nombreuses – 23 % de la population résidente permanente – à être traitées pour des problèmes psychiques. La proportion de Albanais du Kosovo dans ce cas est également très élevée, tant chez les femmes (21 %) que chez les hommes (17 %).

Cette étude fait également ressortir les disparités entre la population résidente et les requérants d'asile dans la communauté tamoule : près d'un requérant d'asile

Santé autoévaluée



sur deux fait état d'un mal-être psychique, contre seulement un Tamoul sur trois environ. Mais aucun de ces deux groupes ne se fait traiter pour ces raisons.

Il est intéressant d'étudier la santé et l'équilibre psychique en fonction de l'âge : plus les personnes interrogées sont âgées, plus l'écart s'accroît entre la population suisse et la population étrangère. Tandis que seuls 5 % des Suisses entre 51 et 62 ans se sentent en mauvaise ou en très mauvaise santé, cette proportion s'élève à 14 % chez les Italiens et oscille entre 30 et 40 % chez les personnes en provenance de l'ex-Yougoslavie, du Portugal et de la Turquie. Chez les 63-74 ans, seuls 4 % des Suisses qualifient leur état de santé de mauvais à très mauvais contre 25 % en moyenne dans la population étrangère.

La même tendance se dégage dans le domaine de la santé psychique : les Suisses, les personnes originaires d'Allemagne, de France, d'Autriche et d'Italie se sentent psychologiquement plus équilibrés avec l'âge. Dans les autres groupes de migrants, l'équilibre psychique est non seulement moins bon de manière générale mais il se dégrade aussi avec l'âge. Un mieux-être psychique ne se fait sentir qu'à partir de l'âge de la retraite, excepté cependant pour les femmes originaires du Sri Lanka, chez qui l'on observe une tendance négative persistante à mi-parcours de la vie active. Chez les femmes et les hommes d'ex-Yougoslavie, la tendance très négative à mi-parcours de la vie est particulièrement nette.

Atteintes à la santé et incapacité de travail

Outre l'état de santé général, il a aussi été demandé aux personnes sélectionnées si elles étaient entravées dans leurs activités quotidiennes par des problèmes physiques ou psychiques. Sur ce point, la tendance qui se dégage est la même que pour la santé subjective : 16 % des Suisses et des Italiens interrogés ont répondu par l'affirmative à cette question, contre seulement 11 % des Allemands, des Français et des Autrichiens vivant en Suisse.

Dans les autres groupes de migrants, la proportion de personnes diminuées en raison d'un problème de santé est nettement plus forte. Elle est particulièrement élevée chez les Turcs (30 % de personnes concernées) et chez les requérants d'asile originaires du Kosovo (26 %).

Des questions sur l'incapacité de travail ont également été posées. Il a ainsi été demandé aux sujets de l'étude pendant combien de jours, au cours des 4 dernières semaines, des problèmes de santé avaient réduit leur capacité de travail et leur productivité au point de perturber le bon déroulement de leurs activités quotidiennes ou encore, pendant combien de jours ils n'avaient pas pu aller au travail ou avaient été en incapacité de travail au cours des 4 dernières semaines. Il ressort premièrement de cette évaluation subjective que les statistiques des femmes sont nettement moins favorables que celles des hommes dans tous les groupes. Par exemple, 30 % des requérantes d'asile tamouls ont fait état d'une capacité de travail limitée, contre seulement 15 % des hommes dans ce groupe ; 36 % des femmes turques ont manqué le travail pour cette raison contre seulement 23 %

des hommes turcs. Dans le groupe des Italiens, 22 % des femmes et 16 % des hommes ont fait état d'une capacité de travail limitée.

Le deuxième aspect mis en évidence par cette étude est que les Suisses affichent des statistiques moins élevées sur ce point que la plupart des étrangers : parmi les Suisses, 13 % des hommes et 9 % des femmes ont connu une incapacité de travail partielle dans les quatre semaines précédant l'étude. Seuls les requérants d'asile tamouls affichent des scores encore moins élevés avec 11 % des femmes et 8 % des hommes ayant manqué le travail pour capacité de travail limitée.

Médicaments

Les migrants ont aussi été interrogés sur leur consommation de médicaments. Ils devaient dire, de manière générale, s'ils avaient pris un quelconque médicament au cours des 7 derniers jours. Des précisions leur étaient ensuite demandées sur les somnifères, les analgésiques et les tranquillisants qu'ils avaient pris, le cas échéant. A cet égard, les personnes interrogées étaient priées d'indiquer si elles avaient pris ces médicaments sur prescription médicale ou en automédication. Du point de vue de la consommation générale de médicaments, quasiment aucune différence n'est observée entre les Suisses, les Italiens, les ex-Yougoslaves, les Allemands, les Autrichiens et les Français : environ 40 % des personnes interrogées dans chacun de ces groupes a pris un médicament la semaine qui a précédé l'enquête. Le groupe turc sort à nouveau du lot, avec 50 % de prises de médicaments. La consommation de médicaments des Portugais et des Tamouls est au contraire deux fois moins élevée.

Les femmes prennent généralement plus de médicaments que les hommes, une différence qui pourrait toutefois être imputable à la pilule anticonceptionnelle. Les femmes turques affichent la plus forte consommation de médicaments de tous les groupes : 60 %, tandis que cette statistique s'élève à 46 % chez leurs compatriotes de sexe masculin. L'écart est très faible au contraire entre les hommes et les femmes d'origine yougoslave (respectivement 39 et 43 %).

L'analyse de la consommation de médicaments par type de substance met plusieurs résultats en évidence : les requérants d'asile kosovars et les migrants turcs prennent relativement souvent des calmants. Dans ce dernier groupe, près d'une personne sur dix prend chaque jour un calmant, statistique qui passe même à une sur huit chez les Albanais du Kosovo. Les requérants d'asile kosovars font aussi une consommation importante de somnifères, quotidienne pour plus de 10 % d'entre eux. Les migrants prennent ces produits quasi-exclusivement sur prescription médicale.

Certains groupes de migrants recourent encore plus fréquemment aux analgésiques qu'aux somnifères et aux calmants. Près d'un Turc sur cinq en consomment quotidiennement, ce qui est aussi le cas des requérants d'asile kosovars. Plus de la moitié des analgésiques sont consommés hors prescription médicale.

L'analyse de la consommation de médicaments par classe d'âge fait ressortir une tendance qui recouvre largement celle de l'état de santé : l'écart entre la population suisse et la population étrangère s'accroît avec l'âge. Les Suisses ainsi que les Allemands, les Français et les Autrichiens vivant en Suisse consomment certes légèrement plus de médicaments avec l'âge, mais cette tendance à la hausse est nettement plus prononcée dans tous les autres groupes de migrants. La consommation de médicaments atteint un pic pour les personnes entre 51 et 62 ans dans les modules I, II et III, sachant que les femmes turques arrivent largement en tête. Les hommes turcs se caractérisent aussi par une consommation de médicaments massive dans cette classe d'âge, mais les hommes originaires d'ex-Yougoslavie les dépassent encore.

Surpoids

En médecine, le poids corporel est un critère de santé important. Une personne trop maigre est sujette à des problèmes de santé et risque d'avoir des réserves insuffisantes en cas de maladie. Mais dans notre société, le surpoids constitue tout autant un problème de santé que le sous poids, dans la mesure où il peut être à l'origine de plusieurs maladies telles que le diabète, une pression sanguine trop élevée et des problèmes cardiovasculaires.

L'outil d'évaluation de la surcharge pondérale actuellement le plus connu est l'indice de masse corporelle (IMC), un rapport poids/taillle qui se calcule selon la formule ci-après : $IMC = \text{poids corporel} / \text{taille au carré}$. L'Organisation mondiale de la santé a établi une classification de l'IMC en fonction du taux de mortalité. Le poids de référence est celui pour lequel le risque de mortalité relatif est le plus faible. Le tableau se présente comme suit :

- $IMC < 18,5$ Poids insuffisant
- $18,5 < IMC < 25$ Poids de référence
- $25 < IMC < 30$ Surpoids
- $IMC > 30$ Obésité

Selon ces critères, la population migrante est encore plus fortement touchée par les problèmes de surcharge pondérale que la population autochtone.

En Suisse, 51 % de la population est considérée comme ayant un poids normal ; 35 % a un poids trop élevé et plus d'une personne sur dix (12 %) est réputée obèse. Seuls les immigrants allemands, français et autrichiens, d'une part, affichent des statistiques plus favorables que les Suisses, avec 57 % de personnes ayant un poids normal et « seulement » 10 % d'obèses, et les requérants d'asile tamouls, d'autre part, qui comptent 58 % de personnes ayant un poids normal et seulement 7 % d'obèses. Dans le groupe des requérants d'asile du Sri Lanka, 4 % des personnes interrogées ont un poids insuffisant.

Dans tous les autres groupes de migrants, les statistiques sont nettement moins favorables avec une part de personnes ayant un excédent de poids et de personnes obèses partout supérieure à celle des personnes ayant un poids normal. La proportion d'obèses est la plus forte chez les requérants d'asile kosovars, où elle atteint 21 %, ce qui signifie qu'une personne interrogée sur cinq a un IMC supérieur à 30.

Au total, 62 % des Albanais du Kosovo ont un excédent de poids, le même pourcentage que dans la population résidente italienne. La différence entre les deux groupes du Sri Lanka est frappante : seuls 38 % des requérants d'asile interrogés ont un excédent de poids, contre plus d'une personne sur deux (55 %) dans la population résidente permanente. Les directeurs d'étude du monitoring en concluent que le séjour en Suisse et la probable adaptation des habitudes alimentaires ont un effet néfaste sur l'IMC de cette population.

Cette présomption se confirme quand on examine l'évolution de l'IMC en fonction de l'âge au sein de la population migrante : il existe une corrélation entre l'âge et le poids voire l'IMC d'une manière générale, dans le sens où plus l'on vieillit, plus on prend du poids. Mais chez les migrants, les statistiques de l'IMC évoluent parfois de manière disproportionnée dans les classes d'âge supérieures. La part de Turcs ayant un excédent de poids dans la classe d'âge des 51-60 ans est extrêmement élevée (soit plus de 90 %). Les migrants d'ex-Yougoslavie, d'Italie et du Portugal affichent aussi des statistiques très défavorables dans cette classe d'âge avec environ 80 % de personnes ayant une surcharge pondérale.

Symptômes de maladie

Selon le modèle de l'Enquête suisse sur la santé, il a également été demandé aux personnes interrogées dans le cadre du monitoring si elles souffraient de troubles corporels spécifiques tels que mal de dos ou lumbago ; faiblesse générale, fatigue ou lassitude ; mal de ventre ou ballonnement ; diarrhée, constipation, voire les deux ; troubles du sommeil ; maux de tête ou douleurs du visage ; irrégularités cardiaques (palpitations, tachycardie, allodromie), douleurs ou sensations de pression dans la poitrine. Ces troubles peuvent aussi avoir des causes psychiques et résulter d'une charge psychosociale élevée.

Une tendance assez cohérente se dégage des réponses à ces questions : tous ces symptômes sont moins fréquents chez les Suisses et chez les Allemands, les Français et les Autrichiens vivant en Suisse qu'au sein de la population migrante des modules II et III. Les troubles les plus souvent cités sont le mal de dos et la lassitude. La population résidente turque se distingue à nouveau par ses statistiques plus élevées que celles des autres migrants. Mais les requérants d'asile souffrent eux aussi nettement des troubles susmentionnés. La forte proportion de personnes atteintes de maux de dos, de troubles du sommeil et de maux de tête est marquante : plus d'un cinquième à un quart des requérants d'asile interrogés ont indiqué avoir fortement souffert au moins une fois de ces troubles dans les quatre semaines avant l'enquête. Ces statistiques recourent partiellement les données relatives à la consommation de médicaments : 28 % des requérants d'asile kosovars et 18 % des requérants d'asile tamouls prennent chaque jour ou plusieurs fois par semaine un analgésique.

Le lien entre les troubles du sommeil et la prise de somnifères n'est pas si clair : bien que par exemple 19 % des migrants turcs aient des problèmes d'endormissement ou des insomnies, seule une partie d'entre eux prennent

régulièrement un somnifère. Cette divergence est encore plus nette parmi les requérants d'asile du Sri Lanka, dont un cinquième souffrent d'insomnies mais ne prennent quasiment jamais de somnifères.

Si l'on résume dans un indice les statistiques des huit symptômes individuels décrits, et que l'on procède à une évaluation en fonction de l'âge et du sexe, une conclusion s'impose en particulier : dans tous les groupes d'âge et de nationalité, les femmes sont plus sujettes aux symptômes que les hommes. Mais alors que chez les femmes suisses et les femmes allemandes, françaises et autrichiennes, le poids des symptômes reste relativement constant au fil des années, chez les migrantes portugaises, d'ex-Yougoslavie et turques, les troubles s'accroissent constamment avec l'âge. Ils ne commencent à diminuer qu'à partir de l'âge de la retraite. Les femmes turques entre 51 et 62 ans sont les plus fortement touchées par les symptômes. Chez les hommes l'évolution est analogue, bien qu'à un niveau moindre ; comme pour la consommation de médicaments, les hommes yougoslaves arrivent en tête. L'écart en fonction de l'âge entre la population suisse et la population étrangère, que l'on constatait déjà à propos de l'état de santé général ou de la consommation de médicaments, vaut donc aussi pour les troubles spécifiques.

4 Comportement en matière de santé

Recours au médecin et à l'hôpital

Les migrants - à l'exception des Allemands, des Autrichiens et des Français (80 %) - ont plus tendance que les Suisses à avoir un médecin de famille attitré, 96 % de la population résidente turque et même 97 % de la population tamoule ont un médecin traitant.

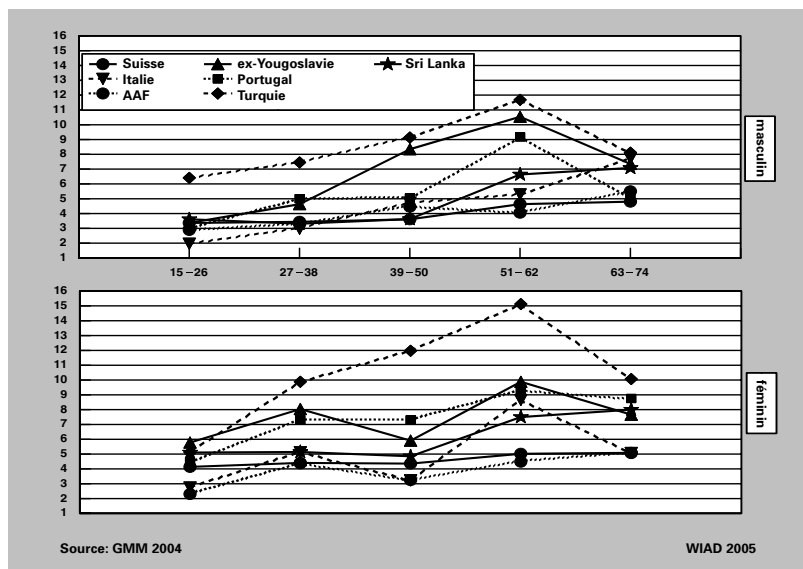
D'après les résultats du monitoring, la population migrante va plus souvent chez le médecin que la population suisse en moyenne ; les femmes ont tendance à consulter encore plus souvent que les hommes et les personnes âgées, également plus souvent que les jeunes. Selon le critère du nombre moyen de visites chez le médecin, les requérants d'asile kosovars arrivent largement en tête avec environ 9,6 consultations en 12 mois, suivis des Turcs qui en comptent en moyenne 8,9. Les Suisses se font deux fois moins souvent examiner, à l'instar des Allemands, des Français et des Autrichiens. Les sujets de l'étude italiens, portugais et d'ex-Yougoslavie ont plus souvent recours à un médecin que les Suisses. Le recours accru des migrants au médecin est un fait connu dans la recherche sur la migration. Cela est en partie mis sur le compte des difficultés de compréhension d'ordre linguistique et socioculturel mais aussi des traitements inadéquats qui peuvent en résulter. Les Italiens ne sortent guère du lot sur ce point.

Les Tamouls au contraire se distinguent par le nombre relativement faible de leurs consultations chez le médecin, qui vaut aussi bien pour les requérants d'asile que pour la population résidente permanente : ils se font à peine plus souvent examiner

que par exemple les Suisses. Il ressort de l'analyse par classe d'âge que le nombre moyen de visites chez le médecin est sensiblement le même chez les 15-26 ans dans tous les modules examinés ; ce ne sont pas les Suisses qui consultent le moins souvent mais les Allemands, les Français et les Autrichiens ainsi que les Italiens. La différence entre la population suisse et la population étrangère concernant le recours au médecin augmente seulement dans les classes d'âge plus élevées et c'est chez les 51-62 ans qu'elle est la plus grande. Les Turcs, femmes et hommes, sortent à nouveau du lot à cet égard, tout comme les femmes d'ex-Yougoslavie. C'est ainsi que les femmes turques entre 51 et 62 ans vont en moyenne trois fois plus souvent chez le médecin que les Suissesses du même âge, à savoir 15 fois en 12 mois, contre 11 fois pour les hommes. Au-delà, le nombre de visites diminue à nouveau. Comme la classe d'âge des 51-62 ans s'est déjà distinguée par ses chiffres hors norme selon d'autres paramètres (état de santé général, troubles corporels et médicaments), les auteurs du monitoring considèrent qu'elle mérite un statut particulier dans la politique de la santé.

Les statistiques du recours aux prestations hospitalières recourent largement celles des visites chez le médecin : Les migrants se rendent plus souvent à l'hôpital que les autochtones dans le domaine ambulatoire. Cependant, l'examen du nombre moyen de jours d'hospitalisation donne l'image inverse : les durées de séjour sont plus courtes que dans la population suisse.

Nombre moyen de visites chez le médecin selon l'âge et le sexe



Examens médicaux préventifs

Les migrants ont la réputation de moins se soumettre au dépistage que la population autochtone, malgré leurs visites plus fréquentes chez le médecin. Par manque d'information, la population étrangère connaîtrait mal les possibles examens médicaux préventifs servant au dépistage du cancer du col de l'utérus (frottis) ou du cancer de la prostate et leur nécessité.

Le monitoring ne permet de confirmer cette thèse qu'en partie. Il a tout d'abord été demandé aux sujets de l'enquête si leur tension artérielle, leur taux de cholestérol et leur taux de glucose avaient été mesurés dans les 12 mois précédant l'enquête. Conclusion : les Suisses, les Italiens, les Allemands, les Autrichiens et les Français sont nettement plus nombreux à se soumettre à ces examens que les autres groupes. Mais ce comportement en matière de dépistage change avec l'âge : à partir de la classe d'âge des 51 - 62 ans, il s'uniformise entre la population migrante et les autres groupes. Chez les 63-74 ans, les examens préventifs de mesure de la tension artérielle, du cholestérol et du glucose concernent 90 % des personnes interrogées, étrangers comme autochtones. Aucune différence n'est observée à cet égard entre les hommes et les femmes.

Autre domaine important de la prévention : le dépistage du cancer. Chez les femmes, il s'agit principalement du dépistage du cancer du col de l'utérus à l'aide du frottis ; chez les hommes, du dépistage du cancer de la prostate. On observe une hétérogénéité des comportements dans ce domaine. Plus d'une femme suisse sur deux se font suivre par un gynécologue qui effectue régulièrement un frottis et un examen des seins. C'est aussi le cas des migrantes dans certains groupes, mais pas des Tamoules et des Albanaises du Kosovo qui ne sont pas plus de 25 % à se soumettre au dépistage gynécologique. Les ex-Yougoslaves et les Turques aussi sont plutôt réservées concernant le dépistage du cancer. Seul un petit nombre de migrantes se palpent elles-mêmes les seins sur les conseils de leur gynécologue. Le monitoring révèle un recours limité à l'autoprévention.

Chez les hommes, environ 25 % se soumettent à un examen de la prostate dans tous les groupes excepté les migrants d'ex-Yougoslavie où ce dépistage est nettement moins fréquent (17 %), et les Tamouls résidents permanents qui sont moins de 10 % à s'y prêter.

Selon le rapport du monitoring, le dépistage du cancer est insuffisant en particulier chez les Tamouls et dans certains autres groupes de migrants. Les auteurs de l'étude signalent à cet égard que la prévention du cancer implique souvent des interventions désagréables pour les personnes concernées, qui peuvent blesser une certaine pudeur. Selon les directeurs d'étude du monitoring, il convient d'accentuer le travail d'information et d'explication dans les groupes concernés afin de leur permettre de combler leur retard.

Les tests de dépistage du VIH sont peu répandus dans la population migrante, les Tamouls arrivant de nouveau bon derniers à cet égard : seuls 3 % des personnes interrogées ont déjà subi un test VIH, dont une minorité seulement dans les 12 mois avant l'enquête.

Aspects du recours aux soins spécifiquement liés à la migration

Les difficultés de compréhension linguistique sont un aspect déterminant de la prise en charge médicale des migrants et de leur comportement en matière de santé. Leur mauvaise connaissance de la langue empêche souvent les étrangers de formuler suffisamment bien leurs questions et leurs problèmes face aux médecins ou au personnel soignant. Par ailleurs, les médecins de même langue maternelle que les migrants qui pourraient pallier à ce problème sont rares.

Les enquêtes montrent qu'une grande partie des étrangers interrogés dans le cadre des modules II et III sont capables d'avoir une conversation avec le médecin dans l'une des langues nationales suisses. C'est le cas de plus de 80 % des personnes interrogées dans le cadre du module II, un peu moins chez les requérants d'asile. Mais seuls 20 à 65 % des personnes interrogées disent bien maîtriser l'une des langues nationales suisses. On peut en conclure qu'un grand nombre de migrants ont du mal à comprendre le médecin ou à communiquer avec lui pour des raisons linguistiques.

Une analyse selon le sexe de la communication entre médecin et patient permet de dégager certaines constantes : les femmes font nettement plus souvent appel à un interprète que les hommes, en particulier chez les requérants d'asile. De nombreuses migrantes, en particulier celles qui ont quitté leur pays d'origine dans le cadre du regroupement familial, parlent nettement plus mal les langues nationales suisses que leurs maris. C'est ainsi que 45 % des femmes de nationalité turque indiquent s'être déjà fait assister par un interprète lors d'une visite chez le médecin, contre seulement 27 % des hommes. Cet écart est encore plus grand au sein de la population tamoule où 63 % des femmes ont déjà eu recours à une aide linguistique, contre seulement 19 % des hommes.

En règle générale, les amis et les proches aident les migrants moins bien intégrés au plan linguistique. Il s'agit principalement des époux et des partenaires, et suivant les groupes, également des enfants. Les auteurs du monitoring considèrent comme problématique le fait que les femmes soient très fréquemment assistées par des parents de sexe masculin. Cela n'est pas neutre au plan de l'intimité et de la pudeur et peut avoir un impact négatif sur la relation de confiance entre le médecin et la patiente. Les Tamouls constituent un cas extrême à cet égard : dans ce groupe, 90 % des femmes font appel à un parent de sexe masculin pour les aider à communiquer avec le médecin, tandis que seuls 22 % des hommes demandent l'aide d'une parente de sexe féminin. Un tel écart se retrouve entre les migrantes et les migrants de nationalité turque (80 contre 56 %). De plus, il est rare que les femmes étrangères se fassent accompagner de connaissances ou d'amies du même sexe. En particulier pour les femmes tamoules, la santé est un sujet personnel qui se partage plutôt avec les proches de sexe masculin qu'avec des personnes extérieures à la famille.

Pour résumer, les auteurs du monitoring retiennent, d'une part, que la communication avec le médecin est limitée pour de nombreux migrants. Mais, d'autre part, ils évaluent le recours à des proches (du sexe opposé) comme intermédiaires

linguistiques comme non satisfaisant. Leur conclusion est que pour ces raisons, la transmission de la langue nationale mais aussi la mise en place de structures de médiation linguistique neutres et professionnelles dans le domaine de la santé sont primordiales pour améliorer la prise en charge médicale et l'intégrité de la relation médecin-patient.

Cette conclusion est étayée par les enquêtes lors desquelles il est demandé aux migrants eux-mêmes comment les structures de prise en charge médicale pourraient être améliorées. Les personnes interrogées devaient évaluer les éléments d'une liste en précisant s'ils avaient déjà eu l'occasion d'en déplorer concrètement l'absence ou s'ils les considéraient comme importants d'une manière générale. Les résultats montrent clairement que les personnes interrogées font des services d'un interprète professionnel la priorité numéro un, devant le besoin d'être traitées par un médecin homme ou femme de la même nationalité qu'eux. Les sources d'information dans la langue maternelle sont elles aussi fortement préconisées : entre un quart et la moitié des personnes interrogées ont déjà concrètement regretté de ne pas en avoir bénéficié. Cela vaut principalement pour les informations sur les structures des caisses-maladie, les traitements médicaux et les examens médicaux préventifs. Les centres de conseil sont aussi considérés comme importants par les migrants, contrairement aux offres de soins spéciales ou aux groupes d'entraide.

Lorsqu'on leur demande quelles sont leurs sources d'information sur les sujets de santé, la majorité des migrants citent les journaux et les magazines, la télévision, leur médecin de famille ainsi que leurs amis et parents. Internet ou les brochures d'information sont nettement moins importants à cet égard et les groupes d'entraide ou le conseil direct encore moins. Les auteurs du monitoring en concluent que les centres de conseil, précisément, pourraient être développés afin de répondre au besoin formulé par les personnes interrogées elles-mêmes. De plus, il conviendrait de promouvoir fortement Internet et les brochures, qui sont un bon moyen de présenter des informations détaillées de manière nuancée.

Tabac, alcool, drogues, sport

Selon le critère de la consommation de tabac, les personnes originaires de Turquie et du Sri Lanka se distinguent parmi les groupes de migrants. Les premiers détiennent à la fois le pourcentage de fumeurs de loin le plus élevé (48 %) et le plus faible pourcentage d'anciens fumeurs (14 %). Chez les Tamouls au contraire, le tabac est quasiment inexistant. Les personnes interrogées déclarent à une écrasante majorité (autour de 90 %) n'avoir jamais fumé de leur vie.

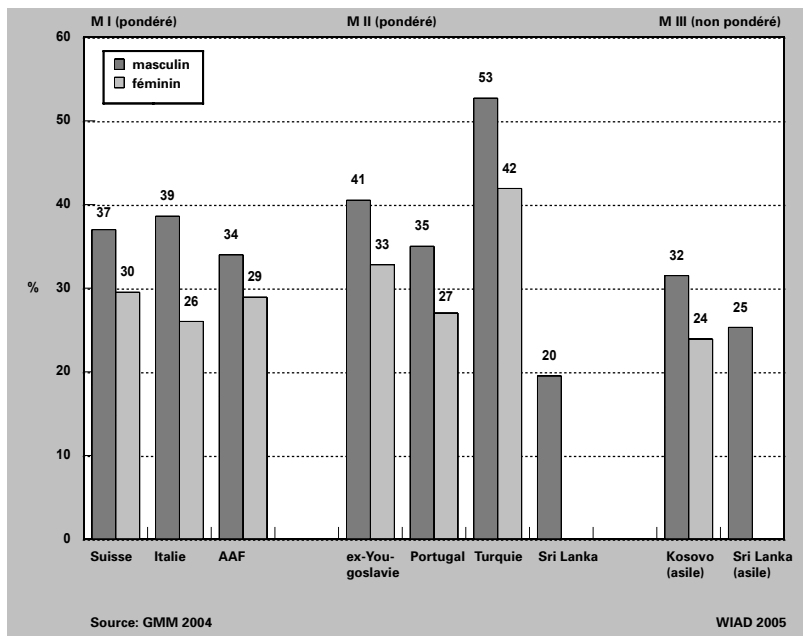
Dans les autres groupes de migrants, les chiffres sont analogues à ceux des Suisses, dont 33 % se qualifient de fumeurs et 20 % d'anciens fumeurs. Les hommes fument de manière générale plus souvent que les femmes. L'analyse selon le sexe fait à nouveau ressortir le groupe tamoul et le groupe turc : les Tamoules n'ont absolument aucune affinité avec le tabac, elles sont à 100 % non-fumeuses, aussi bien pour ce qui est des résidentes permanentes que des requérantes d'asile. A

l'autre bout de l'échelle se trouvent les Turques, qui affichent le pourcentage de fumeuses le plus élevé (42 %) parmi toutes les femmes interrogées. Chez les hommes de nationalité turque, les fumeurs sont même majoritaires avec 53 %. En matière de consommation d'alcool, la tendance est claire : dans tous les groupes de migrants, le pourcentage de personnes qui ne consomment absolument pas d'alcool est plus élevé que chez les Suisses. Cela étant, on observe aussi des écarts importants à cet égard entre les différents groupes de migrants. Les directeurs d'étude du monitoring considèrent qu'il est plus important d'examiner ces disparités que de souligner la différence entre la population suisse et la population étrangère.

Les statistiques du groupe portugais et du groupe italien, par exemple, sont marquantes : le pourcentage d'abstinents y est nettement plus élevé (30 %) que, par exemple, dans la population suisse (19 %). Par ailleurs, le nombre de personnes qui consomment de l'alcool au moins une fois par jour si ce n'est plus, y est aussi relativement élevé : respectivement 18 % des sujets de l'étude portugais et 25 % des Italiens, soit un sur quatre.

Comme cela a déjà été dit, ce qui frappe dans les autres groupes de migrants est que des pans entiers de la population ne boivent pas du tout d'alcool, à savoir quasiment la moitié des personnes venant d'ex-Yougoslavie, 58 % des Turcs et 70 % des Tamouls résidents permanents. Le plus fort pourcentage d'abstinents se

Consommation de tabac selon le sexe



trouve chez les requérants d'asile, soit 87 % chez les Kosovars et 88 % chez les Sri Lankais. Les femmes boivent d'une manière générale moins d'alcool que les hommes.

Au sujet des drogues, le monitoring montre que les Suisses consomment nettement plus de cannabis et autres stupéfiants que les migrants, à l'exception des Allemands, des Autrichiens et des Français, qui les dépassent encore. Plus de 20 % des Suisses indiquent avoir pris du cannabis et/ou d'autres drogues au moins une fois dans leur vie, 4 à 5 % d'entre eux consommaient aussi régulièrement de la drogue lorsque l'enquête a été réalisée, ce qui était le cas de 1 à maximum 2 % des migrants d'ex-Yougoslavie, des Portugais et des Turcs ; 6 à 10 % de la population de ces groupes avaient essayé des drogues dans le passé. Au vu des présentes informations, les requérants d'asile n'ont aucune affinité avec les drogues. Les auteurs du monitoring admettent cependant que les données relatives à la consommation de drogue pourraient ne pas être totalement fiables.

Le sport, qui occupe une grande place dans la vie de nombreux Suisses, semble moins passionner la grande masse de la population migrante. Il est vrai que certains migrants pratiquent un sport régulièrement, une à deux fois par semaine, mais un grand nombre d'entre eux aussi ne pratiquent aucun sport. Le pourcentage de personnes qui vivent sans jamais pratiquer de sport est plus élevé en moyenne chez les migrants que chez les Suisses, les Italiens et les Tamouls détenant des records respectivement de 61 et de 67 %.

L'analyse selon le sexe met d'autres tendances en évidence : les hommes originaires d'ex-Yougoslavie et de Turquie sont même plus sportifs que les Suisses. Cela est particulièrement vrai chez les jeunes. Dans les classes d'âge plus élevées, l'intérêt des étrangers pour le sport baisse rapidement et le rapport s'inverse. Dans l'ensemble, les hommes tamouls sortent du lot, largement plus de 50 % d'entre eux indiquant ne pratiquer aucun sport.

Dans la population suisse, hommes et femmes sont à peu près aussi sportifs : 57 % pratiquent une activité sportive quelconque. Dans la population migrante au contraire, les femmes font nettement moins souvent du sport que les hommes. Les moins sportives sont les Tamoules, dont 74 ne pratiquent aucun sport.

5 Perspectives

Dans le cadre du Monitoring de l'état de santé de la population migrante en Suisse, des données complètes ont été recueillies sur l'état de santé et le comportement en matière de santé des migrants, leur recours aux prestations médicales, ainsi que sur la situation sociale et le statut migratoire des personnes interrogées.

Ces informations sont présentées dans le rapport technique final de cette étude, de manière purement descriptive, en fonction de la nationalité, de l'âge et du sexe. Il s'agira dans le futur de poursuivre l'analyse de ce faisceau de données selon différentes problématiques. Par exemple, l'état de santé souvent moins bon des migrants ou les différences de comportement en matière de santé tiennent-ils au fait que cette population est surreprésentée dans les couches sociales inférieures ? Ou ces différences sont-elles liées au statut migratoire en tant que tel ? Ces hypothèses et d'autres encore feront l'objet d'analyses plus poussées.

La question de savoir comment le monitoring peut être transformé en une enquête régulière et récurrente est également à l'étude. Un monitoring de la santé régulier serait en effet souhaitable pour améliorer l'égalité des chances de la population migrante dans les domaines des soins, du comportement en matière de santé et de la prévention.

Facteurs influant sur la santé des populations migrantes

Interactions entre la santé et le profil sociodémographique et migratoire : une analyse¹ des données de l'enquête GMM – Synthèse des résultats

Alexis Gabadinho, Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population (SFM)
Philippe Wanner, Laboratoire de démographie et d'études familiales, Université de Genève

Introduction

La santé des populations migrantes présentes en Suisse est devenue, principalement depuis les années 1990, un sujet d'études et une source de préoccupations. Cependant, jusqu'à présent, les données permettant de disposer d'un état général de la santé des différents groupes de migrants sont rares. La nationalité est souvent la seule variable présente dans les données statistiques disponibles, et celle-ci ne permet d'appréhender que très partiellement les profils migratoires variés des personnes composant la population étrangère.

Par ailleurs, les enquêtes reposant sur des échantillons téléphoniques telles que l'enquête suisse sur la santé ont de la peine à atteindre certains groupes d'étrangers, en particulier les personnes ne parlant pas l'une des langues nationales de la Suisse et les requérants d'asile. En outre, ces enquêtes ne posent pas ou peu de questions sur l'intégration et la trajectoire migratoire, facteurs qui peuvent être liés à des problèmes de santé.

Dans ce contexte l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a décidé de réaliser une enquête intitulée «Monitoring de la santé des migrants». Cette enquête constitue un élément important de la stratégie «migration et santé 2002-2006» adoptée par le conseil fédéral en juillet 2002, dont un des axes est la recherche et le monitoring dans le domaine de la migration. Elle a été supervisée par l'institut WIAD², les entretiens téléphoniques étant réalisés par l'institut LINK. Le monitoring de la santé des migrants (GMM) s'est focalisé sur un nombre limité de collectivités, avec des questionnaires traduits dans les langues d'origine des personnes interrogées, comportant des questions sur la santé mais également sur l'histoire migratoire et l'intégration.

Cette enquête a donné lieu à un premier rapport³ qui fournit des données de base sur l'état de santé, les comportements face aux risques, et la prévalence de certaines maladies. Cependant, ces résultats descriptifs ne prennent pas en compte

¹ Etude financée par l'Office fédéral de la santé publique dans le cadre de la stratégie « Migration et santé 2002 à 2007 » de la Confédération. Contrat OFSP n° 06.001660 / 704.0001-19.

² Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands.

³ Rommel, Alexander, Caren Weilandt, et Josef Eckert (2006). Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung - Endbericht. Bonn: Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD) gem. e.V.

des facteurs essentiels susceptibles d'expliquer les différences observées entre les groupes de nationalités. On sait notamment que des écarts importants selon la nationalité existent en Suisse en ce qui concerne la situation socioéconomique. Or de nombreuses études nationales et internationales ont montré l'influence de cette dernière sur l'état de santé et les comportements en matière de santé. De nombreux travaux, dans divers pays, ont par ailleurs montré que les différences dans ce domaine entre migrants et population autochtone étaient dues au moins en partie à la situation socioéconomique défavorable souvent observée pour certains groupes d'étrangers.

L'OFSP a mandaté le Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population (SFM) pour réaliser une analyse statistique de l'enquête GMM, ayant pour but de dégager le rôle de différents facteurs sur l'état de santé, les comportements et les facteurs de risque, et le recours aux services sanitaires des populations visées par l'enquête. Parmi ces facteurs figurent la situation socioéconomique, le profil socio-démographique (âge, sexe, situation de vie, lieu de résidence), le profil migratoire (âge à l'arrivée en Suisse, raison de la migration) et le niveau d'intégration (maîtrise d'une des langues nationales, perception d'éventuelles discriminations). L'objectif de cette étude est également d'observer les similitudes et différences entre Suisses et étrangers une fois ces facteurs pris en compte. Cette publication présente une synthèse des principaux résultats de cette analyse, alors qu'une version complète de l'étude est publiée par le SFM.

1 Données, modèles statistiques et choix des variables

1.1 Données

Le monitoring de la santé des migrants (GMM)⁴ comprend trois modules issus de trois échantillons distincts. Le module I est constitué par les 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. Les données de l'ESS reprises dans le GMM ne concernent que les personnes de nationalité suisse, italienne, française, allemande et autrichienne⁵ âgées de 15 à 74 ans.

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, et utilisant un questionnaire dérivé de celui de l'ESS, traduit dans les langues respectives des populations migrantes. Le module II vise la population étrangère résidante ayant la nationalité portugaise, turque, sri lankaise ou d'un pays de l'ex-Yougoslavie⁶. 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 est le Registre central des étrangers. La population cible du module III est constituée par les requérants d'asile provenant du Kosovo et du Sri Lanka, présents en Suisse depuis au moins 12 mois. La base de sondage est constituée par le registre des Requérants d'asile (Auper). Les effectifs et proportions de personnes interrogées pour les différentes nationalités ou groupes de nationalités figurent dans le tableau 1.

Tableau 1: Modules de l'enquête GMM et effectifs de personnes interrogées

Nationalité	Module	Interviews réalisées	%
Suisse	1	15'579	78.7
Italie	1	692	3.5
Allemagne, Autriche, France	1	502	2.5
Ex-Yougoslavie	2	1'043	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
Total		19'797	100

⁴ C'est le sigle allemand GMM (Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung) qui sera utilisé pour désigner l'enquête.

⁵ Donc des personnes étrangères dont la langue maternelle est une des langues nationales.

⁶ Serbie-Monténégro, Croatie, Bosnie Herzégovine, Yougoslavie.

1.2 Méthodes

L'analyse a été effectuée à l'aide de deux modèles de régression logistique. Cette technique statistique modélise l'influence de facteurs (variables dites indépendantes) sur une variable dépendante binaire (présence/absence d'un état ou d'un comportement). Les indicateurs de santé utilisés doivent donc être codés de cette manière. Pour chacune des variables introduites dans le modèle, on mesure l'impact (l'augmentation ou la diminution du risque étudié) par rapport à une catégorie de référence. En ce qui concerne l'âge, par exemple, la catégorie de référence est constituée par les personnes âgées de 15 à 26 ans.

Le premier modèle (modèle A) est destiné principalement à déceler d'éventuelles différences dans l'état et les comportements de santé entre les personnes de nationalité suisse et les personnes étrangères (classées selon la nationalité), après contrôle de différentes variables dites « de contrôle » ou « de confusion ». Ces variables reflètent principalement la situation socioéconomique et démographique. Les hommes et femmes de nationalité suisse constituent la catégorie de référence.

Le second modèle (modèle B) est destiné à l'analyse des variables susceptibles d'expliquer les différences dans l'état et les comportements de santé des différentes populations étrangères interrogées dans le cadre des modules II et III de l'enquête GMM. Pour la nationalité, la catégorie de référence est constituée par les hommes et femmes ressortissants d'un des pays de l'ex-Yougoslavie. Parmi les variables de contrôle de ce second modèle, on a inclus des dimensions spécifiques au questionnaire GMM relatives à l'intégration et la discrimination.

Ce rapport présente les résultats des deux modèles appliqués à une sélection d'indicateurs relatifs à différentes dimensions de la santé (état de santé, comportements, recours aux services de santé, consommation de médicaments, prévention et dépistage). La liste des variables explicatives est donc toujours la même quel que soit l'indicateur analysé. Etant donné que dans de nombreux domaines, la fréquence des phénomènes observés ainsi que l'influence des variables de contrôle sont susceptibles de différer selon le sexe, les modèles retenus sont appliqués pour chaque sexe séparément.

Le choix des variables de contrôle est effectué de manière à prendre en compte un large spectre de facteurs susceptibles d'être liés aux variations des indicateurs de santé analysés. Parmi ceux-ci, on compte en premier lieu les variables relatives aux caractéristiques démographiques et socioéconomiques : âge, situation socioéconomique, situation de vie (présence d'enfant et nombre d'adultes dans le ménage, état civil), région de résidence. Les variables concernant la nationalité, le profil migratoire et le niveau d'intégration prises en compte sont la nationalité, l'âge d'arrivée en Suisse, la maîtrise d'une des langues nationales, le sentiment d'être victime de discriminations et de n'avoir plus de patrie⁷.

⁷ Une description détaillée des facteurs choisis figure dans la version complète de ce rapport, publiée par le Forum Suisse pour l'étude des Migrations et de la Population.

2 Principaux résultats

Les indicateurs analysés sont répartis en six catégories : l'état de santé, les comportements et facteurs de risque, l'utilisation des services de santé, la consommation de médicaments, le dépistage et la prévention et les questions spécifiques aux étrangers concernant les expériences dans le cadre du recours aux services de santé.⁸

2.1 Etat de santé

Les indicateurs de l'état de santé retenus concernent un mauvais état de santé auto-déclaré (subjectif), une éventuelle incapacité fonctionnelle de longue durée, un équilibre psychique mauvais, des troubles physiques importants ainsi que d'éventuels handicaps limitant l'exercice de l'activité professionnelle ou habituelle. L'âge a logiquement une forte influence sur l'état de santé. En ce qui concerne la santé auto-déclarée, les incapacités fonctionnelles de longue durée et les troubles physiques, on observe une augmentation du risque avec l'âge pour les deux sexes, avec toutefois une augmentation moins forte pour les personnes ayant atteint l'âge de la retraite (tableau 2). En ce qui concerne l'équilibre psychique, la situation est plus homogène pour les hommes, seuls ceux âgés de 63 à 74 ans se démarquent des plus jeunes par une situation plus favorable. En revanche, la situation apparaît plus mauvaise pour les femmes jeunes et s'améliore à partir du groupe d'âge 39-50 ans. Pour les deux sexes, le passage à la retraite correspond à une amélioration de l'équilibre psychique.

La situation socioéconomique apparaît également comme une variable particulièrement importante. L'amélioration des indicateurs est systématique et régulière parallèlement à l'ascension dans la stratification sociale. La présence d'un enfant de moins de 15 ans dans le ménage est également associée de manière systématique à une diminution du risque, hormis pour l'équilibre psychique. Ce résultat peut être lié à plusieurs facteurs, notamment un effet de sélection, puisque les hommes et les femmes ayant un enfant de moins de 15 ans sont généralement des personnes relativement jeunes et en bonne santé. Le rôle de l'état civil est plus diffus, mais on note que le fait d'être marié(e) améliore l'équilibre psychique pour les hommes comme pour les femmes, alors que le fait d'être veuf(ve), séparé(e) ou divorcé(e) a un effet négatif sur la santé auto-déclarée chez les hommes et sur les troubles physiques chez les femmes.

Après la prise en compte des facteurs précédents, la nationalité reste dans de nombreux cas un marqueur significatif de l'état de santé. La situation est contrastée parmi les ressortissants italiens, puisque seules les femmes se démarquent des Suissesses avec une santé auto-déclarée et un équilibre psychique plus sou-

⁸ Ces indicateurs résultent d'une auto-déclaration des personnes interrogées, ce qui suscite inévitablement, comme toute enquête de ce type, un certain nombre de questions quant à la fiabilité des informations recueillies. Des informations détaillées sur le texte exact des questions posées et la construction des indicateurs figurent dans la version complète de cette étude.

vent mauvais, des troubles physiques et un handicap dans l'activité professionnelle ou habituelle plus fréquents (tableau 3). Les hommes italiens et ceux appartenant au groupe constitué par les allemands, autrichiens et français se démarquent en revanche très peu des Suisses.

Au contraire, la situation est défavorable quel que soit l'indicateur pour les ressortissantes et ressortissants des pays d'ex-Yougoslavie et plus encore pour ceux de la Turquie. A quelques exceptions près, c'est également le cas pour les requérants d'asile kosovars et, dans une moindre mesure, tamouls. La probabilité de présenter une santé auto-déclarée et un équilibre psychique mauvais augmente également

Tableau 2: Etat de santé – Résultats pour le profil démographique et socioéconomique – Suisses et étrangers

	Santé auto-déclarée mauvaise		Incapacité fonctionnelle de longue durée		Equilibre psychique mauvais		Troubles physiques importants		Activité professionnelle ou habituelle impossible	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
15–26 ans										
27–38 ans	+	+	+	+			+	+	+	+
39–50 ans	+	+	+	+	-		+	+	+	+
51–62 ans	+	+	+	+	-	-	+	+	+	+
63–74 ans	+	+	+	+	-	-	+	+		
Strate socio-économique inférieure										
Strate moyenne inférieure	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Strate moyenne supérieure	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Strate supérieure	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Région lémanique										
Espace mittelland					+					
Suisse du nord-ouest			+		+	+				
Zurich			+		+				-	-
Suisse orientale					+	+				-
Suisse centrale		-						-	-	-
Tessin			-	-						
Célibataire										
Marié(e)				-	-	-				-
Veuf(ve)/divorcé(e)/séparé(e)	+				-		+		-	-
Aucun enfant de moins de 15 ans dans le ménage										
Présence d'un enfant de moins de 15 ans	-	-	-	-			-	-	-	-
Une seule personne de plus de 15 ans dans le ménage										
Au moins deux personnes de plus de 15 ans dans le ménage	-	-	-				-			

+ / - : augmentation/diminution significative de la probabilité par rapport à la catégorie de référence (bleu clair)

pour les femmes et hommes portugais par rapport aux Suisses. En revanche, le profil des Sri lankais hommes ou femmes n'est défavorable pour aucun indicateur, et est même meilleur que celui des Suisses pour les incapacités fonctionnelles de longue durée, pour les troubles physiques (hommes uniquement) et les handicaps limitant l'exercice de l'activité professionnelle ou habituelle (femmes uniquement). Le modèle prenant en considération les étrangers uniquement montre que les Sri Lankaises et Sri Lankais présentent une meilleure situation que les ex-Yougoslaves pour la totalité des indicateurs, alors que les femmes turques se distinguent au contraire par une augmentation quasi systématique du risque (tableau 4). Par ailleurs, les requérantes et requérants d'asile kosovars et tamouls attirent l'attention par un équilibre psychique fréquemment mauvais. Au contraire, lorsqu'ils sont comparés aux femmes et hommes ressortissants des pays de l'ex-Yougoslavie et non plus aux Suisses, les requérants d'asile tamouls des deux sexes attirent l'attention par une diminution du risque en ce qui concerne les incapacités. Plusieurs indicateurs d'intégration sont également associés à des variations de l'état de santé. Le fait d'être arrivé en Suisse après l'âge de 14 ans est associé à une santé subjective (femmes) et un équilibre psychique (femmes et hommes) plus mauvais que celui des suisses ainsi qu'à des troubles physiques plus fréquents

Tableau 3: Etat de santé – Résultats pour la nationalité et le profil migratoire – Suisses et étrangers

	Santé auto-déclarée mauvaise		Incapacité fonctionnelle de longue durée		Equilibre psychique mauvais		Troubles physiques importants		Activité professionnelle ou habituelle impossible	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Suisse (Mod. I)										
Italie (Mod. I)		+	-			+		+		+
Allemagne, Autriche, France (Mod. I)	+		-					-		
ex-Yougoslavie (Mod. II)	+	+	+		+	+	+	+	+	+
Portugal (Mod. II)	+	+			+	+		+		
Turquie (Mod. II)	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Sri Lanka (Mod. II)			-	-				-		-
Kosovo (Albanais, Mod. III)	+	+	+		+	+		-	+	+
Sri Lanka (Tamouls, Mod. III)	+	+	-		+	+				
Né(e) en Suisse, arrivé avant 15 ans										
Arrivé(e) à 15 ans ou plus		+			+	+		+		
Ne maîtrise aucune langue nationale bien ou très bien										
Maîtrise bien ou très bien une des langues nationales	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

+ / - : augmentation/diminution significative de la probabilité par rapport à la catégorie de référence (bleu clair)

(femmes). De manière quasi systématique, le fait de ne pas maîtriser une des langues de la Suisse est associé à une augmentation du risque. Ceci pourrait être dû au fait, notamment, que la situation des personnes les moins intégrées est souvent précaire et que celles-ci sont susceptibles d'occuper des emplois particulièrement pénibles. Les personnes victimes de répressions politiques ou de violence dans leur pays d'origine présentent un équilibre psychique relativement mauvais pour les deux sexes, et des incapacités ou handicaps plus fréquents pour les hommes. Celles se sentant victimes de discriminations présentent un risque accru pour une majorité d'indicateurs, de même que celles qui éprouvent le sentiment de ne plus avoir de patrie.

Des variations importantes de l'état de santé selon la nationalité subsistent donc, même après la prise en compte de variables importantes telles que l'âge, le niveau socioéconomique, la situation de vie ou la région de résidence. Les informations utilisées étant issues des déclarations des personnes interrogées elles-mêmes, d'éventuelles variations culturelles dans la perception des symptômes et de la maladie ne peuvent être exclues. Toutefois, de nombreuses études ont montré que l'état de santé auto-évalué constituait un indicateur fiable de la morbidité ou du risque de mortalité.

Tableau 4 : État de santé – Résultats pour la nationalité et le profil migratoire – Etrangers uniquement

	Santé auto-déclarée mauvaise		Incapacité fonctionnelle de longue durée		Equilibre psychique mauvais		Troubles physiques importants		Activité professionnelle ou habituelle impossible	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
ex-Yougoslavie (Mod. II)										
Portugal (Mod. II)					-					
Turquie (Mod. II)	-	+		+		+		+		
Sri Lanka (Mod. II)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kosovo (Albanais, Mod. III)					+	+		-		
Sri Lanka (Tamouls, Mod. III)			-	-		-			-	-
Personne non victime de répression ou de violence										
Personne victime de répression politique ou de violence			+		+	+			+	
Personne pas victime de discrimination										
Personne victime de discrimination	+		+	+	+		+	+		
Personne n'éprouvant pas le sentiment de n'avoir plus de patrie										
Sentiment de n'avoir plus de patrie		+		+	+	+	+	+		+

+ / - : augmentation/diminution significative de la probabilité par rapport à la catégorie de référence (bleu clair)

2.2 Comportements de santé et facteurs de risque

Les comportements en relation avec la santé et les facteurs de risques sont appréhendés au travers de six indicateurs : la consommation d'alcool au moins une fois par jour, la consommation au moins une fois par mois d'une quantité importante d'alcool (6 verres pour les femmes et 8 pour les hommes), la consommation actuelle de tabac, la consommation de drogues illégales au moins une fois au cours de la vie, la surcharge pondérale et la pratique d'une activité sportive.

L'âge joue un rôle variable selon l'indicateur. La consommation journalière d'alcool et la surcharge pondérale sont marquées par une forte progression de la probabilité selon l'âge, au contraire de la consommation mensuelle d'une quantité importante

Tableau 5: Comportements et facteurs de risque – Résultats pour le profil démographique et socioéconomique – Suisses et étrangers

	Consommation d'alcool au moins une fois par jour		Huit verres d'alcool au moins une fois par mois		Consommation actuelle de tabac		Consommation de drogue au moins une fois dans la vie		Surcharge pondérale (IMC>=25)		Pratique d'une activité sportive	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
15–26 ans												
27–38 ans	+	+	-				-		+	+	-	-
39–50 ans	+	+	-	-	+		-	-	+	+	-	-
51–62 ans	+	+	-	-	-		-	-	+	+	-	-
63–74 ans	+	+	-	-	-	-	-	-	+	+	-	-
Strate socio-économique inférieure												
Strate moyenne inférieure		+	+				+	+	-			+
Strate moyenne supérieure		+	+				+	+	-		+	+
Strate supérieure		+	+				+	+	-	-	+	+
Région lémanique												
Espace mittelland	-	-	-				-	-	+		+	+
Suisse du nord-ouest	-	-	-		+		-				+	+
Zurich	-	-	-		+		-				+	+
Suisse orientale	-	-	-				-	-			+	+
Suisse centrale	-	-	-			-	-	-			+	+
Tessin	+	+	-	-			-	-	-			
Célibataire												
Marié(e)	+		-	-	-		-	-	+	+	-	
Veuf(ve)/divorcé(e)/séparé(e)	+				+	+			+			-
Aucun enfant de moins de 15 ans dans le ménage												
Présence d'un enfant de moins de 15 ans		-		-	-		+		-	-		+
Une seule personne de plus de 15 ans dans le ménage												
Au moins deux personnes de plus de 15 ans dans le ménage		+		-	-		-	-	-			+

+ / - : augmentation/diminution significative de la probabilité par rapport à la catégorie de référence (bleu clair)

d'alcool, de la consommation de drogue une fois dans la vie ou de la pratique d'une activité sportive (tableau 5). La situation socioéconomique ne joue pas un rôle aussi systématique que pour l'état de santé. Les comportements tels que l'absorption en une seule fois d'une quantité importante d'alcool ou la consommation de drogue sont moins fréquents parmi les personnes classées dans la strate socioéconomique inférieure, de même que la pratique d'une activité sportive. Pour les femmes, la consommation journalière d'alcool augmente également avec la position dans la stratification sociale. Le risque de présenter une surcharge pondérale est en revanche plus élevé pour les femmes de la strate socioéconomique inférieure. La présence d'un enfant de moins de 15 ans dans le ménage a un effet « positif » (diminution de la probabilité de consommer de l'alcool ou du tabac et de présenter une surcharge pondérale) sur les comportements pour les femmes. Le fait d'être marié (et également d'être veuf, divorcé ou séparé pour les hommes) est en revanche associé à une augmentation du risque de surcharge pondérale. Les comportements sont marqués régionalement, avec une consommation journalière d'alcool plus fréquente dans la région lémanique et le Tessin, une consommation de 6 ou 8 verres d'alcool plus fréquente dans la région lémanique que dans les autres régions, une consommation de drogue au cours de la vie plus importante

Tableau 6: Comportements et facteurs de risque - Résultats pour la nationalité et le profil migratoire – Suisses et étrangers

	Consommation d'alcool au moins une fois par jour		Huit verres d'alcool au moins une fois par mois		Consommation actuelle de tabac		Consommation de drogue au moins une fois dans la vie		Surcharge pondérale (IMC >=25)		Pratique d'une activité sportive	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Suisse (Mod. I)												
Italie (Mod. I)	+	+	-				-	-	+	+	-	-
Allemagne, Autriche, France (Mod. I)		+					+		-			
ex-Yougoslavie (Mod. II)	-	-	-	-			-	-	+	+	+	-
Portugal (Mod. II)	+					-	-				+	
Turquie (Mod. II)	-	-	-	-	+	+	-	-	+	+	+	
Sri Lanka (Mod. II)	-		-		-		-		-		-	-
Kosovo (Albanais, Mod. III)	-						-	-	+	+	+	
Sri Lanka (Tamouls, Mod. III)			-		-		-		-		-	-
Né(e) en Suisse, arrivé avant 15 ans												
Arrivé(e) à 15 ans ou plus	+						-	-	+			
Ne maîtrise aucune langue nationale bien ou très bien												
Maîtrise bien ou très bien une des langues nationales	+		-	-	+		+		-		+	+

+ / - : augmentation/diminution significative de la probabilité par rapport à la catégorie de référence (bleu clair)

dans la région de Zürich, et une pratique d'activités sportives diminuant dans la région lémanique.

Les résultats selon la nationalité focalisent par ailleurs l'aspect culturel des comportements. Par rapport aux Suisses, les Italiennes et Italiens, les Allemandes, Autrichiennes et Françaises ainsi que les hommes portugais consomment plus fréquemment de l'alcool quotidiennement, contrairement aux femmes et hommes ex-yougoslaves, turcs, sri lankais et kosovars (tableau 6). Le tabagisme est particulièrement fréquent chez les Turques et Turcs, et peu fréquent parmi les Sri Lankais. La consommation de drogue au moins une fois au cours de la vie est plus souvent le fait des Suisses et des hommes allemands, autrichiens et français. La surcharge pondérale est plus fréquente pour les Italiennes et Italiens, les ressortissantes et ressortissants des pays de l'ex-Yougoslavie, de la Turquie, et les requérantes et requérants d'asile kosovars. On constate ici, pour chaque nationalité concernée, des similitudes des risques selon le sexe.

Par rapport aux hommes suisses, la probabilité de pratiquer régulièrement une activité sportive augmente pour les ex-Yougoslaves, les Portugais, les Turcs et les requérants d'asile kosovars, traduisant peut-être l'importance communautaire de la pratique sportive, mais également le fait que la pratique est principalement le fait de jeunes pour lesquels elle constitue un vecteur d'intégration. Au contraire, pour

Tableau 7: Comportements et facteurs de risque – Résultats pour la nationalité et le profil migratoire – Etrangers uniquement

	Consommation d'alcool au moins une fois par jour		Huit verres d'alcool au moins une fois par mois		Consommation actuelle de tabac		Consommation de drogue au moins une fois dans la vie		Surcharge pondérale (IMC >=25)		Pratique d'une activité sportive	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
ex-Yougoslavie (Mod. II)												
Portugal (Mod. II)	+	+	+	+	-		+		-			
Turquie (Mod. II)	-					+						+
Sri Lanka (Mod. II)			-		-		-		-	-		-
Kosovo (Albanais, Mod. III)					-	-	-					+
Sri Lanka (Tamouls, Mod. III)					-				-	-		-
Personne non victime de répression ou de violence												
Personne victime de répression politique ou de violence						+						
Personne pas victime de discrimination												
Personne victime de discrimination				+						+		
Personne n'éprouvant pas le sentiment de n'avoir plus de patrie												
Sentiment de n'avoir plus de patrie								+		+		-

+ / - : augmentation/diminution significative de la probabilité par rapport à la catégorie de référence (bleu clair)

les femmes, aucune nationalité n'est associée à une augmentation de la pratique sportive. Au contraire, la probabilité diminue pour les femmes italiennes, ex-yougoslaves et sri lankaises.

Le fait de maîtriser une des langues nationales est associé à une augmentation de la probabilité de certains comportements, notamment la pratique sportive pour les hommes et les femmes, la consommation de tabac pour les femmes ou la consommation de drogue pour les hommes. Ceci indique que ces comportements sont plus particulièrement répandus parmi les Suisses et qu'ils sont adoptés par les personnes les plus intégrées. Dans le cas de la pratique sportive, il faut également noter que les migrants les moins intégrés sont particulièrement susceptibles d'exercer des emplois manuels nécessitant une activité physique importante, limitant ainsi la pratique d'une activité sportive extra-professionnelle. On remarque également que les femmes se sentant victimes de discriminations ou éprouvant le sentiment de ne plus avoir de patrie présentent plus fréquemment une surcharge pondérale que les Suisses.

Ces résultats traduisent la persistance, particulièrement parmi les personnes les moins intégrées, de valeurs et comportements provenant de la culture d'origine. On peut notamment penser aux représentations du corps (une perception moins négative de la surcharge pondérale par exemple) et au tabagisme, encore peu répandu dans certains pays, particulièrement parmi les femmes. La pratique d'une activité physique durant les loisirs est également très peu répandue dans certaines cultures.

2.3 Recours aux services de santé

Le recours aux services de santé est analysé à l'aide de quatre indicateurs : la consultation d'un médecin durant les douze derniers mois, l'existence d'un médecin personnel, le traitement pour un problème psychique au cours de l'année écoulée et le recours aux soins ambulatoires.

En ce qui concerne les indicateurs de recours aux services de santé, on remarque en premier lieu la proportion très élevée de personnes qui seraient selon elles suivies par un médecin personnel. Ce résultat paraît étonnant, puisque au moins neuf personnes sur dix ont répondu positivement et ce pour l'ensemble des nationalités, à l'exception du groupe constitué par les Allemands, Autrichiens et Français. L'interprétation par les répondants de la question posée est donc ici particulièrement sujette à caution.

La probabilité d'avoir consulté un médecin durant les 12 derniers mois diminue pour les classes d'âge centrales (27-38 ans et 39-50 ans) et est donc plus élevée pour les hommes et femmes les plus jeunes (15-26 ans) et les plus âgés (51-62 ans et 63-74 ans, tableau 8). La forte prévalence des consultations s'explique probablement chez les jeunes femmes par les grossesses et les consultations gynécologiques (la question telle qu'elle est posée n'exclut par ces visites). L'existence d'un médecin personnel est également plus fréquente à partir de 50 ans. En revanche, la probabilité d'avoir eu recours à un traitement pour des problèmes psychiques augmente dans les classes d'âges médianes (entre 27 et 62 ans). Pour ce qui est

des recours aux soins ambulatoires, seuls les hommes âgés de 63 à 74 ans présentent une augmentation significative.

Les consultations chez le médecin diminuent pour les hommes des strates socioéconomiques moyennes et supérieures mais pas pour les femmes, probablement en raison d'un effet lié à la prévention : les femmes de niveau socioéconomique élevé effectuent plus fréquemment des visites préventives. Par contre, les traitements pour des problèmes psychiques diminuent pour les deux sexes avec l'élévation du niveau socioéconomique. C'est également le cas pour l'existence d'un médecin personnel (femmes) et pour le recours aux soins ambulatoires

Tableau 8: Recours aux services de santé - Résultats pour le profil démographique et socioéconomique – Suisses et étrangers

	Consultation d'un médecin au cours des 12 derniers mois		Médecin personnel		Traitement pour un problème psychique au cours des 12 derniers mois		Traitement ambulatoire au cours des 12 derniers mois	
	M	F	M	F	M	F	M	F
15–26 ans								
27–38 ans	-				+	+		
39–50 ans	-	-			+	+		
51–62 ans			+	+	+	+		
63–74 ans	+		+	+		-	+	
Strate socio-économique inférieure								
Strate moyenne inférieure	-					-		
Strate moyenne supérieure	-			-	-	-	-	
Strate supérieure	-		-	-	-	-	-	
Région lémanique								
Espace mittelland			+	+				
Suisse du nord-ouest			+	+	-			
Zürich			+		-			
Suisse orientale			+	+		-	-	
Suisse centrale		-	+	+	-	-		
Tessin				+	-	-		
Célibataire								
Marié(e)				+		-		
Veuf(ve)/divorcé(e)/séparé(e)	+	+		+				
Aucun enfant de moins de 15 ans dans le ménage								
Présence d'un enfant de moins de 15 ans	-					-		
Une seule personne de plus de 15 ans dans le ménage								
Au moins deux personnes de plus de 15 ans dans le ménage				+		-	-	

+ / - : augmentation/diminution significative de la probabilité par rapport à la catégorie de référence (bleu clair)

(hommes). L'ensemble des indicateurs analysés montre donc une fréquence plus élevée des recours aux services de santé parmi les personnes classées dans la strate socioéconomique inférieure. Quelques différences s'observent selon la région de résidence, particulièrement pour l'existence d'un médecin personnel (moins fréquente dans la région lémanique), et pour les traitements pour des problèmes psychiatriques, (plus fréquents dans la région lémanique, dans l'espace mittelland et en Suisse orientale).

L'introduction dans les modèles des facteurs mentionnés ci-dessus n'efface pas l'ensemble des écarts observés selon la nationalité. Les hommes et femmes turcs se distinguent une nouvelle fois par une augmentation de la probabilité pour la totalité des indicateurs, excepté les consultations chez le médecin pour les hommes (tableau 9). Les requérantes et requérants d'asile kosovars sont plus fréquemment traités pour des problèmes psychiques, mais ce résultat ne s'observe pas pour les requérantes et requérants tamouls. En revanche, la probabilité d'un recours aux soins ambulatoires augmente pour tous les requérantes et requérants, qu'ils soient kosovars ou tamouls, ainsi que pour les Portugaises et Portugais. On remarque également que les résidents sri lankais des deux sexes déclarent moins fréquemment avoir été traités pour un problème psychique au cours des 12 derniers mois.

Tableau 9: Recours aux services de santé - Résultats pour la nationalité et le profil migratoire – Suisses et étrangers

	Consultation d'un médecin au cours des 12 derniers mois		Médecin personnel		Traitement pour un problème psychique au cours des 12 derniers mois		Traitement ambulatoire au cours des 12 derniers mois	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Suisse (Mod. I)								
Italie (Mod. I)				+		-		
Allemagne, Autriche, France (Mod. I)				-		-		
ex-Yougoslavie (Mod. II)		-		+				
Portugal (Mod. II)				+	+			+
Turquie (Mod. II)		+		+	+	+	+	+
Sri Lanka (Mod. II)		+		+	+	-	-	+
Kosovo (Albanais, Mod. III)				+		+	+	+
Sri Lanka (Tamouls, Mod. III)						-		+
Né(e) en Suisse, arrivé avant 15 ans								
Arrivé(e) à 15 ans ou plus				-		+		+
Ne maîtrise aucune langue nationale bien ou très bien								
Maîtrise bien ou très bien une des langues nationales								-

+ / - : augmentation/diminution significative de la probabilité par rapport à la catégorie de référence (bleu clair)

Le comportement des ressortissants italiens, allemands, autrichiens et français et ceux des pays de l'ex-Yougoslavie se démarque assez peu de celui des Suisses, avec toutefois une diminution sensible de la probabilité d'avoir été traité pour des problèmes psychiques pour les hommes italiens et les femmes allemandes, autrichiennes et françaises. Le modèle B se focalisant sur les étrangers montre que la probabilité d'avoir consulté un médecin et celle d'avoir un médecin personnel est plus faible pour les ex-Yougoslaves, en comparaison des femmes et hommes portugais et turcs ainsi que, uniquement pour les hommes, en comparaison des résidents sri lankais.

Bien que les difficultés de communication dans une des langues nationales soient couramment perçues comme un obstacle à l'accès aux services de santé, elles n'influent pas ici sur les différents indicateurs de recours aux services de santé, sauf, dans le cas des hommes, sur le fait d'avoir un médecin personnel, et, pour les femmes, sur le recours aux traitements ambulatoires. L'inclusion dans l'analyse de la question concernant les répressions subies dans le pays d'origine est significative, pour les femmes, en ce qui concerne les consultations chez les médecins et les traitements pour des problèmes psychiques (tableau 10). Par ailleurs, les femmes éprouvant le sentiment de n'avoir plus de patrie sont plus souvent traitées pour

Tableau 10: Recours aux services de santé - Résultats pour la nationalité et le profil migratoire – Etrangers uniquement

	Consultation d'un médecin au cours des 12 derniers mois		Médecin personnel		Traitement pour un problème psychique au cours des 12 derniers mois		Traitement ambulatoire au cours des 12 derniers mois	
	M	F	M	F	M	F	M	F
ex-Yougoslavie (Mod. II)								
Portugal (Mod. II)	+	+	+	+				+
Turquie (Mod. II)	+	+	+	+		+	+	+
Sri Lanka (Mod. II)	+		+		-	-		
Kosovo (Albanais, Mod. III)		+	+		+	+	+	+
Sri Lanka (Tamouls, Mod. III)						-	+	+
Personne non victime de répression ou de violence								
Personne victime de répression politique ou de violence		+				+		
Personne pas victime de discrimination								
Personne victime de discrimination					+	+	+	-
Personne n'éprouvant pas le sentiment de n'avoir plus de patrie								
Sentiment de n'avoir plus de patrie						+		+

+ / - : augmentation/diminution significative de la probabilité par rapport à la catégorie de référence (bleu clair)

des problèmes psychiques et ont plus souvent recours aux soins ambulatoires. On observe également une augmentation de la probabilité d’avoir eu recours à un traitement pour problèmes psychiques parmi les hommes et femmes se sentant victimes de discrimination.

2.4 Consommation de médicaments

Trois indicateurs de la consommation de médicaments ont été retenus : la consommation de médicaments quels qu’ils soient durant les 7 derniers jours, la consommation de médicaments contre les douleurs et le recours à des calmants et tranquillisants.

La consommation de médicaments, ainsi que celle de calmants et tranquillisants, augmentent régulièrement avec l’âge (tableau 11). En revanche, la consommation

Tableau 11: Consommation de médicaments – Résultats pour le profil démographique et socioéconomique – Suisses et étrangers

	Consommation de médicament durant les 7 derniers jours		Consommation d'anti-douleurs durant les 7 derniers jours		Consommation de calmants et tranquillisants durant les 7 derniers jours	
	M	F	M	F	M	F
15–26 ans						
27–38 ans	+	+			+	+
39–50 ans	+	+		+	+	+
51–62 ans	+	+	+		+	+
63–74 ans	+	+	+		+	+
Strate socio-économique inférieure						
Strate moyenne inférieure	-		-	-	-	-
Strate moyenne supérieure	-	-	-	-	-	-
Strate supérieure	-	-	-	-	-	-
Région lémanique						
Espace mittelland	-	-			-	-
Suisse du nord-ouest	-	-	-	-	-	-
Zurich	-	-	-	-	-	-
Suisse orientale	-	-	-	-	-	-
Suisse centrale	-	-	-	-	-	-
Tessin	-	-	-	-		
Célibataire						
Marié(e)				-		
Veuf(ve)/divorcé(e)/séparé(e)						
Aucun enfant de moins de 15 ans dans le ménage						
Présence d’un enfant de moins de 15 ans			-	-	-	-
Une seule personne de plus de 15 ans dans le ménage						
Au moins deux personnes de plus de 15 ans dans le ménage						

+ / - : augmentation/diminution significative de la probabilité par rapport à la catégorie de référence (bleu clair)

de médicaments contre les douleurs n'augmente significativement que pour les hommes âgés de plus de 50 ans, alors que, pour les femmes, seule la classe d'âge 39-50 ans présente une consommation significativement supérieure à celle de la catégorie de référence (15-26 ans). La présence d'un enfant de moins de 15 ans dans le ménage est par ailleurs associée à une réduction de la consommation pour les femmes. Quel que soit le type de médicaments, les personnes classées dans la strate inférieure sont les plus fortes consommatrices, avec une probabilité qui diminue parallèlement à l'augmentation du niveau socioéconomique. La région lémanique apparaît comme une région de plus forte consommation avec, dans le cas des médicaments anti-douleurs, l'espace Mittelland et, dans le cas des calmants et tranquillisants, le Tessin.

La probabilité d'avoir consommé un médicament au cours des sept derniers jours apparaît, quel qu'en soit le type, systématiquement plus élevée pour les ressortissantes et ressortissants des pays de l'ex-Yougoslavie, de la Turquie, ainsi que pour les requérantes et requérants d'asile kosovars (tableau 12). Au contraire, par rapport aux Suisses, la probabilité d'avoir consommé un médicament diminue pour les hommes italiens, les hommes et femmes portugais et les hommes sri lankais. L'analyse ne tenant compte que des étrangers confirme ces résultats : par rapport aux femmes et hommes ex-Yougoslaves, la consommation diminue parmi les Por-

Tableau 12 : Medikamentenkonsum – Ergebnisse zum Einfluss von Nationalität und Migrationsprofil – SchweizerInnen und AusländerInnen

	Consommation de médicament durant les 7 derniers jours		Consommation d'anti-douleurs durant les 7 derniers jours		Consommation de calmants et tranquillisants durant les 7 derniers jours	
	M	F	M	F	M	F
Suisse (Mod. I)						
Italie (Mod. I)	-			+		
Allemagne, Autriche, France (Mod. I)						-
ex-Yougoslavie (Mod. II)	+	+	+	+	+	+
Portugal (Mod. II)	-	-	-	-		
Turquie (Mod. II)	+	+	+	+	+	+
Sri Lanka (Mod. II)	-		-		-	
Kosovo (Albanais, Mod. III)		+	+	+	+	+
Sri Lanka (Tamouls, Mod. III)	+		+	-		
Né(e) en Suisse, arrivé avant 15 ans						
Arrivé(e) à 15 ans ou plus	+					+
Ne maîtrise aucune langue nationale bien ou très bien						
Maîtrise bien ou très bien une des langues nationales			-	-		

+ / - : augmentation/diminution significative de la probabilité par rapport à la catégorie de référence (bleu clair)

tugaises et Portugais et les Sri Lankaises et Sri Lankais. On remarque à nouveau une augmentation de la probabilité d'avoir eu recours à des calmants et tranquillisants pour les requérantes et requérants d'asile kosovars.

Le modèle tenant compte uniquement des étrangers met en outre en évidence le fait que la consommation de médicaments est plus forte parmi les femmes ayant été victimes de répression ou de violence (médicaments en général, anti-douleurs, calmants et tranquillisants), ainsi que parmi celles ayant été / ou étant victimes de discriminations (médicaments en général et anti-douleurs, tableau 13). Enfin, dans plusieurs cas, la probabilité augmente parmi les personnes éprouvant le sentiment de ne plus avoir de patrie. Pour les femmes, le fait d'être arrivée en Suisse à l'âge de 15 ans ou plus (et d'avoir donc vécu sa jeunesse dans le pays d'origine) augmente également la probabilité d'avoir consommé des calmants ou tranquillisants au cours des sept derniers jours.

2.5 Dépistage et prévention

Les indicateurs relatifs au dépistage et à la prévention analysés sont la mesure des taux de cholestérol et de glucose, le dépistage des cancers de l'utérus et du sein ainsi que le dépistage du virus HIV.

Tableau 13: Consommation de médicaments - Résultats pour la nationalité et le profil migratoire – Etrangers uniquement

	Consommation de médicament durant les 7 derniers jours		Consommation d'anti-douleurs durant les 7 derniers jours		Consommation de calmants et tranquillisants durant les 7 derniers jours	
	M	F	M	F	M	F
ex-Yougoslavie (Mod. II)						
Portugal (Mod. II)	-	-	-	-	-	-
Turquie (Mod. II)		+		+		+
Sri Lanka (Mod. II)	-	-	-	-	-	-
Kosovo (Albanais, Mod. III)					+	+
Sri Lanka (Tamouls, Mod. III)		-		-		-
Personne non victime de répression ou de violence						
Personne victime de répression politique ou de violence		+		+		+
Personne pas victime de discrimination						
Personne victime de discrimination		+		+		
Personne n'éprouvant pas le sentiment de n'avoir plus de patrie						
Sentiment de n'avoir plus de patrie	+		+	+		+

+ / - : augmentation/diminution significative de la probabilité par rapport à la catégorie de référence (bleu clair)

Les probabilités d'un contrôle des taux de cholestérol et de glucose augmentent avec l'âge, avec un gradient marqué. Par contre, les dépistages des cancers de l'utérus et du sein paraissent plus fréquents pour les personnes âgées de moins de 50 ans (tableau 14). Ce résultat contraste avec les recommandations officielles, lesquelles considèrent qu'un contrôle systématique devrait avoir lieu à partir de 40 - 50 ans. La probabilité d'avoir effectué un test de dépistage du HIV (SIDA) au moins une fois augmente également pour les hommes et femmes des classes d'âges médianes (27-38 ans et 39-50 ans). Ceci correspond à un effet de génération, puisque ces classes d'âges sont celles qui ont été les plus confrontées aux risques d'infection.

Alors que l'on observe peu de variations selon la situation socioéconomique en ce qui concerne le contrôle du cholestérol et du diabète (hormis une diminution, pour

Tableau 14: Dépistage et prévention - Résultats pour le profil démographique et socioéconomique – Suisses et étrangers

	Contrôle du taux de cholestérol		Contrôle du taux de glucose		Dépistage du cancer de l'utérus		Examen des seins par un médecin		Test HIV	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
15-26 ans										
27-38 ans	+	+	+	+			+		+	+
39-50 ans	+	+	+	+					+	+
51-62 ans	+	+	+	+			-			-
63-74 ans	+	+	+	+			-		-	-
Strate socio-économique inférieure										
Strate moyenne inférieure						+			+	+
Strate moyenne supérieure		-				+		+	+	+
Strate supérieure		-	-			+		+	+	+
Région lémanique										
Espace mittelland			-	+					-	-
Suisse du nord-ouest		-	-	+		+			-	-
Zurich			-	+		+			-	-
Suisse orientale		-	-						-	-
Suisse centrale		-	-						-	-
Tessin		+		+					-	
Célibataire										
Marié(e)		+		+		+		+	-	-
Veuf(ve)/divorcé(e)/séparé(e)		+	+	+	+	+		+	+	+
Aucun enfant de moins de 15 ans dans le ménage										
Présence d'un enfant de moins de 15 ans		-	-	-		+				+
Une seule personne de plus de 15 ans dans le ménage										
Au moins deux personnes de plus de 15 ans dans le ménage		+		+					-	-

+ / - : augmentation/diminution significative de la probabilité par rapport à la catégorie de référence (bleu clair)

les femmes des catégories supérieures, de la probabilité d'un contrôle du taux de cholestérol, qui pourrait être liée à la moindre prévalence des surcharges pondérales), la fréquence des dépistages des cancers et du virus HIV augmente régulièrement dans les strates supérieures. L'état civil et la présence d'un enfant de moins de 15 ans ont une influence sur les comportements, probablement en relation avec l'âge des personnes concernées. Les dépistages apparaissent plus fréquents parmi les personnes mariées ou ayant été mariées, sauf en ce qui concerne le HIV, pour lequel la probabilité d'avoir effectué un test diminue, par rapport aux célibataires, pour les mariées et les mariés alors qu'elle augmente pour les femmes et hommes veufs, divorcés ou séparés. La présence dans le ménage d'un enfant de moins de 15 ans correspond en revanche à une diminution des contrôles des taux de glucose et de cholestérol pour les deux sexes, et à une augmentation du dépistage des cancers de l'utérus et du HIV. La probabilité d'un contrôle des taux de cholestérol et de glucose (hommes), et d'un dépistage du HIV (femmes et hommes) apparaît plus élevée dans la région lémanique et au Tessin. L'examen des seins par un médecin est également plus fréquent dans la région lémanique, où les programmes de dépistage sont plus systématiques.

Après contrôle de ces facteurs, des différences sensibles continuent d'apparaître selon la nationalité (tableau 15). Seules les femmes italiennes présentent un niveau de dépistage des taux de cholestérol et de glucose plus élevé que celui des Suis-

Tableau 15: Dépistage et prévention - Résultats pour la nationalité et le profil migratoire – Suisses et étrangers

	Contrôle du taux de cholestérol		Contrôle du taux de glucose		Dépistage du cancer de l'utérus		Examen des seins par un médecin		Test HIV	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Suisse (Mod. I)										
Italie (Mod. I)		+		+					+	-
Allemagne, Autriche, France (Mod. I)	-									+
ex-Yougoslavie (Mod. II)	-	-	-	-	-				-	-
Portugal (Mod. II)							+		+	
Turquie (Mod. II)	-						+		-	-
Sri Lanka (Mod. II)					-		-		-	-
Kosovo (Albanais, Mod. III)	-	-	-	-	-		-		-	-
Sri Lanka (Tamouls, Mod. III)	-	-	-	-	-		-		-	-
Né(e) en Suisse, arrivé avant 15 ans										
Arrivé(e) à 15 ans ou plus	+	+		+						
Ne maîtrise aucune langue nationale bien ou très bien										
Maîtrise bien ou très bien une des langues nationales			-		+		+			+

+ / - : augmentation/diminution significative de la probabilité par rapport à la catégorie de référence (bleu clair)

resses. Ceci peut être mis en relation avec la fréquence des surcharges pondérales dans cette catégorie, observée précédemment. En revanche, la probabilité de tels examens est inférieure à celle observée pour les Suisses, quel que soit le sexe, parmi les ressortissants des pays de l'ex-Yougoslavie. On remarque également un niveau de dépistage et de prévention inférieur pour tous les indicateurs parmi les requérantes et requérants d'asile kosovars et tamouls. Le dépistage des cancers et du HIV est également moins fréquent parmi les résidents Sri Lankaises et Sri Lankais. Au contraire, la probabilité d'un examen de la prostate et du dépistage du HIV pour les hommes, et de l'examen des seins par un médecin pour les femmes, augmente pour les Portugais par rapport aux Suisses. L'analyse limitée aux ressortissants étrangers confirme les résultats observés précédemment, avec des niveaux de dépistage et prévention qui sont supérieurs, par rapport à ceux des hommes et femmes originaires de l'ex-Yougoslavie, pour les ressortissantes et ressortissants Portugais, Turcs et, en ce qui concerne le contrôle du taux de cholestérol et de glucose, Sri Lankais. En revanche, comparés aux ex-Yougoslaves, les Sri Lankais se distinguent de nouveau par une diminution de la fréquence des dépistages des cancers et du HIV.

Le fait d'être arrivé en Suisse après l'âge de 14 ans est lié à une augmentation de la probabilité du contrôle des taux de cholestérol (pour les deux sexes) et de glucose (pour les femmes). Etant donné qu'on observe également un effet de cette variable sur le risque de surcharge pondérale, on peut y voir un effet du compor-

Tableau 16: Dépistage et prévention - Résultats pour la nationalité et le profil migratoire – Etrangers uniquement

	Contrôle du taux de cholestérol		Contrôle du taux de glucose		Dépistage du cancer de l'utérus		Examen des seins par un médecin		Test HIV	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
ex-Yougoslavie (Mod. II)										
Portugal (Mod. II)	+	+	+	+	+		+		+	+
Turquie (Mod. II)	+	+	+	+	+		+		+	
Sri Lanka (Mod. II)	+	+	+	+	-		-		-	-
Kosovo (Albanais, Mod. III)					-					
Sri Lanka (Tamouls, Mod. III)	+						-			-
Personne non victime de répression ou de violence										
Personne victime de répression politique ou de violence		+								
Personne pas victime de discrimination										
Personne victime de discrimination										+
Personne n'éprouvant pas le sentiment de n'avoir plus de patrie										
Sentiment de n'avoir plus de patrie			-							

+ / - : augmentation/diminution significative de la probabilité par rapport à la catégorie de référence (bleu clair)

tement (alimentation et activité physique) de personnes ou de certaines communautés moins intégrées. On suppose en effet que les personnes susceptibles de présenter des taux de cholestérol élevés sont celles qui sont le plus fréquemment contrôlées.

On constate par ailleurs que la probabilité d'avoir été soumise à un dépistage du cancer du sein et de l'utérus ainsi que du HIV diminue significativement parmi les femmes ne maîtrisant pas bien une des langues nationales. En ce qui concerne le HIV, les comportements sexuels ont une influence importante sur le recours au test. Il est donc possible que cela traduise une différence de comportement sexuel de la part des femmes les mieux intégrées, bien que les résultats de ce type de questions, susceptibles d'être particulièrement sensibles pour certaines communautés, doivent être analysés avec prudence. En revanche, dans le cas des cancers, cela pourrait signifier qu'il existe un déficit dans l'accès au dépistage.

2.6 Expérience des migrants avec les services de santé

Dans le questionnaire de l'enquête GMM spécifique aux étrangers, les répondants étaient amenés à donner leur avis sur une série de propositions concernant leur expérience des services de santé. Cinq indicateurs ont été construits, concernant le respect des besoins en rapport avec la culture ou la religion, l'égalité de traitement avec les gens du pays, le recours à un guérisseur traditionnel, les visites chez le médecin avec l'assistance d'une tierce personne et l'importance des interprètes professionnels pour améliorer les rapports des immigrants avec les services de santé.

Pour ces questions, l'âge ne joue pas un rôle aussi marqué que précédemment. On note toutefois que les femmes les plus jeunes (15-26 ans) considèrent plus souvent, en ce qui concerne leur expérience avec les services de santé, que « le traitement n'est pas équivalent à celui des gens du pays » (tableau 17). Ce sont également les femmes appartenant aux deux classes d'âges inférieures (15-26 ans et 27-38 ans) qui sont les plus nombreuses à relever l'importance des interprètes professionnels (peut-être en relation avec les consultations pour leurs enfants). La situation socioéconomique n'a également que peu d'influence sur les indicateurs analysés, même si on note que la probabilité d'avoir eu recours à une personne intermédiaire lors d'une visite chez le médecin diminue pour les femmes classées dans les strates moyennes et supérieures. Les hommes classés dans ces strates sont également moins nombreux à relever l'importance d'une mise à disposition d'interprètes professionnels pour faciliter la relation entre les immigrants et les services de santé.

Par rapport aux hommes et femmes originaires de l'ex-Yougoslavie, les Turques et les Turcs se distinguent par une fréquence plus élevée de personnes considérant que les besoins en rapport avec leur culture et leur religion ne sont pas suffisamment respectés, de celles ayant eu recours à un guérisseur traditionnel, et par une augmentation de la probabilité d'avoir été assisté par une personne lors de leur visite chez le médecin (tableau 18). Les hommes turcs sont également plus nombreux que les ex-Yougoslaves à considérer que leur traitement dans les services de santé

n'est pas équivalent à celui des gens du pays. Par contre, tant les femmes que les hommes turcs considèrent moins fréquemment que la disponibilité d'interprètes professionnels constituerait une mesure importante. La prise en compte des besoins en rapport avec la culture et la religion et la présence d'interprètes professionnels apparaissent également importantes pour les Sri Lankais, qu'ils soient résidents ou requérants d'asile. Les hommes résidents sri lankais sont également plus nombreux que les ex-Yougoslaves à considérer qu'ils ne sont pas traités de manière équivalente à celle des gens du pays dans les services de santé, mais on observe l'inverse pour les femmes. Les Portugaises et Portugais se distinguent par une probabilité plus élevée d'avoir eu recours à un guérisseur traditionnel. On remarque en outre une augmentation de la fréquence des visites chez le médecin avec l'assistance d'une personne pour les requérantes et requérants d'asile kosovars et tamouls.

Les indicateurs d'intégration se révèlent ici souvent significatifs. Tout d'abord, comme on pouvait s'y attendre, la probabilité d'avoir eu recours à une tierce personne lors d'une visite chez le médecin ainsi que celle de considérer la disponibilité

Tableau 17: Expérience des migrants avec les services de santé - Résultats pour le profil démographique et socioéconomique – Etrangers uniquement

	Besoins en rapport avec la culture ou la religion sont suffisamment respectés		Traitement équivalent à celui des gens du pays		Recours à un guérisseur traditionnel		Visite chez le médecin avec l'assistance d'une personne		Importance des inter-prètes professionnels	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
15–26 ans										
27–38 ans			-		+		-			
39–50 ans			-		+					-
51–62 ans			-							-
63–74 ans			-		-		-			-
Strate socio-économique inférieure										
Strate socio-économique moyenne et supérieure							-			-
Suisse alémanique										
Suisse romande										
Tessin					-		+			-
Célibataire										
Marié(e)		+			-		+			
Veuf(ve)/divorcé(e)/séparé(e)							+			
Aucun enfant de moins de 15 ans dans le ménage										
Présence d'un enfant de moins de 15 ans										
Une seule personne de plus de 15 ans dans le ménage										
Au moins deux personnes de plus de 15 ans dans le ménage										

+ / - : augmentation/diminution significative de la probabilité par rapport à la catégorie de référence (bleu clair)

d'interprètes professionnels comme une mesure importante augmente parmi les étrangères et étrangers ne maîtrisant pas une des langues nationales. Les hommes supposés moins intégrés considèrent également plus fréquemment que, dans le cadre des services de santé, le traitement n'est pas équivalent à celui des gens du pays. Les personnes qui sont arrivées après l'âge de 14 ans et les personnes qui se sentent victimes de discriminations considèrent plus souvent que les besoins en rapport avec leur culture et leur religion ne sont pas suffisamment respectés et que le traitement dans les services de santé n'est pas équivalent à celui des gens du pays. Les femmes arrivées après l'âge de 14 ans ont plus souvent été assistées par une personne dans le cadre de leur visite chez le médecin et sont plus nombreuses à relever l'importance des interprètes professionnels, ce qui est également le cas des hommes et femmes victimes de discriminations et de celles et ceux éprouvant le sentiment de ne plus avoir de patrie.

Tableau 18: Expérience des migrants avec les services de santé- Résultats pour la nationalité et le profil migratoire – Etrangers uniquement

	Besoins en rapport avec la culture ou la religion sont suffisamment respectés		Traitement équivalent à celui des gens du pays		Recours à un guérisseur traditionnel		Visite chez le médecin avec l'assistance d'une personne		Importance des interprètes professionnels	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
ex-Yougoslavie (Mod. II)										
Portugal (Mod. II)					+	+		-		+
Turquie (Mod. II)	+	+	+		+	+	+	+	-	-
Sri Lanka (Mod. II)	+		+	-	-	-		+	+	+
Kosovo (Albanais, Mod. III)				-	+	+				
Sri Lanka (Tamouls, Mod. III)	+	+				-	+	+	+	+
Né(e) en Suisse, arrivé avant 15 ans										
Arrivé à 15 ans ou plus	+		+	+			+			+
Ne maîtrise aucune langue nationale bien ou très bien										
Maîtrise bien ou très bien une des langues nationales			-				-	-	-	-
Personne non victime de répression ou de violence										
Personne victime de répression politique ou de violence						+			+	-
Personne pas victime de discrimination										
Personne victime de discrimination	+	+	+	+		+			+	+
Personne n'éprouvant pas le sentiment de n'avoir plus de patrie										
Sentiment de n'avoir plus de patrie	+	+							+	+

+ / - : augmentation/diminution significative de la probabilité par rapport à la catégorie de référence (bleu clair)

3 Conclusions

L'ensemble des analyses réalisées dans le cadre de ce rapport dresse un panorama des comportements et de l'état de santé de plusieurs communautés migrantes. Comme on pouvait s'y attendre, l'âge et la situation socioéconomique s'avèrent des facteurs fortement significatifs pour la plupart des analyses effectuées. Les différences de structure par âge et niveau socioéconomique interviennent dans les différences dans l'état de santé et les comportements entre communautés migrantes et population suisse.

De manière quasi systématique, l'appartenance aux strates socioéconomiques inférieures apparaît comme un facteur défavorable pour l'état de santé et correspond à une augmentation des recours aux services de soins, sauf en ce qui concerne la prévention et le dépistage de certaines maladies. Une forte proportion d'étrangers présentent un niveau socioéconomique bas, à l'exception des ressortissants allemands, autrichiens et français et, dans une moindre mesure, italiens. L'état de santé général et la fréquence des recours aux services de soins de la plupart des groupes de migrants sont donc « aggravés » par une situation socioéconomique défavorable. L'effet de la situation socioéconomique est différent en ce qui concerne les comportements, avec une diminution de la fréquence dans les strates inférieures pour la consommation régulière d'alcool (femmes), la consommation de drogues une fois dans la vie et la pratique d'une activité sportive.

L'âge est lié dans la plupart des cas à une détérioration de l'état de santé et donc à une augmentation des recours aux services de santé et aux dépistages, même si l'état de santé, en particulier psychique, s'améliore quelque peu pour les personnes ayant atteint l'âge de la retraite. Etant donné que les populations migrantes sont plutôt jeunes comparées à la structure par âge de la population suisse, à l'exception une nouvelle fois des Allemands, Autrichiens et Français et des Italiens, ce facteur aurait plutôt un rôle inverse de celui du niveau socioéconomique en jouant globalement « en faveur » de la plupart des communautés étrangères.

La prise en compte de ces facteurs de confusions essentiels, ainsi que de la situation de vie et de la région de résidence, a permis de dégager le rôle de la nationalité et du profil migratoire. Des variations importantes subsistent et des profils par nationalité se dégagent pour l'ensemble des indicateurs retenus. Le groupe composé par les hommes et femmes allemands, autrichiens et français présente un état de santé et des comportements proches de celui de la population de nationalité suisse. Ce groupe est composé de personnes dont la situation socioéconomique est favorable et dont l'intégration est facilitée par le fait que la langue du pays d'origine est une des langues nationales de la Suisse. On remarquera cependant que ce groupe, qui comprend ensemble 500 personnes interrogées, est composé de trois nationalités susceptibles d'avoir chacune un comportement différent.

L'état de santé des Italiens et Italiennes est également proche de celui des Suisses, avec toutefois une situation qui apparaît plus mauvaise pour les femmes en ce qui concerne l'équilibre psychique et les handicaps limitant l'activité habituelle et/ou professionnelle. En revanche les comportements apparaissent différents, surtout la con-

sommatation quotidienne d'alcool et les comportements alimentaires, avec un risque de surcharge pondérale plus élevé que celui des Suisses pour les hommes comme pour les femmes. La fréquence importante des contrôles du taux de cholestérol et de la glycémie observée pour les femmes est le reflet de cette situation.

La situation des hommes et femmes turcs et ex-yougoslaves, apparaît en revanche nettement plus mauvaise que celles des Suisses, si l'on en juge par l'état de santé et la consommation de médicaments. Le niveau des recours aux services de santé (en particulier les traitements pour un problème psychique et soins ambulatoires) apparaît également élevé pour les Turcs. En ce qui concerne les dépistages et la prévention, ce sont les ex-Yougoslaves qui se distinguent par un niveau sensiblement inférieur à celui des personnes de nationalité suisse. Les indicateurs de l'état de santé auto-déclaré et de la santé psychique apparaissent également relativement mauvais pour les Portugais, mais leur consommation de médicaments est plutôt faible.

La situation sanitaire des Turcs s'observe également dans d'autres pays pour lesquels des informations comparables sont disponibles (Suède, Pays-Bas). Du point de vue du profil migratoire, la situation ne semble a priori pas plus « défavorable » que pour d'autres communautés migrantes : proportions parmi les plus élevées de personnes nées ou arrivées en Suisse avant l'âge de 15 ans, proportion modérée (comparée aux Sri Lankais ou Kosovars) de personnes ayant subi des répressions politiques ou des violences. On note cependant que les hommes et femmes turcs sont les plus nombreux à se sentir victimes de discriminations, bien que l'existence et le sens de la relation entre discrimination et état de santé soient difficiles à établir. La fréquence des comportements à risque pourrait expliquer en partie cette situation défavorable : consommation de tabac et surcharge pondérale apparaissent particulièrement fréquents pour les deux sexes (avec cependant une consommation d'alcool faible et une activité sportive relativement fréquente pour les hommes). Cependant, étant donné que la plupart des indicateurs sont basés sur l'auto-déclaration, on ne peut pas exclure que l'explication soit également à chercher dans des différences culturelles de perception de l'état de santé et des symptômes de maladies. Au contraire, la situation des hommes et femmes sri lankais résidant en Suisse apparaît similaire ou meilleure que celle des Suisses pour plusieurs des indicateurs analysés. C'est également le cas pour les requérants d'asile tamouls en ce qui concerne les incapacités fonctionnelles de longue durée et les handicaps limitant l'activité normale, mais par pour la santé subjective ou l'équilibre psychique. Cette situation peut paraître surprenante si l'on tient compte du profil migratoire des Sri Lankais : une forte proportion de personnes arrivées en Suisse après l'âge de 14 ans, de victimes de répressions politiques ou de violences dans le pays d'origine, une proportion élevée de personnes ne maîtrisant pas l'une des langues nationales. Les comportements d'ensemble des Sri Lankais fournissent une partie de l'explication : consommation d'alcool et de tabac réduite, proportion de personnes en surcharge pondérale similaire ou inférieure à celle des Suisses. Cependant, la situation est nettement moins favorable en ce qui concerne la prévention (dépistage des cancers).

Indépendamment de la nationalité, la situation précaire des requérants d'asile apparaît également à travers les indicateurs analysés : santé auto-déclarée et équilibre psychique particulièrement mauvais, utilisation fréquente des soins ambulatoires, traitements pour des problèmes psychiques et consommation de calmants et tranquillisants fréquents (chez les Kosovars), ainsi qu'une situation « déficitaire » en ce qui concerne la prévention et le dépistage.

Enfin, les indicateurs d'intégration utilisés se révèlent significatifs pour plusieurs dimensions de la santé analysées. C'est le cas de la maîtrise d'une langue nationale. Au-delà de la barrière linguistique qui pose un problème dans l'accès aux soins et aux services de santé, cette variable est sans doute le marqueur de personnes moins intégrées dont la situation économique est particulièrement défavorable. Le fait de subir ou d'avoir subi des discriminations, le sentiment de n'avoir plus de patrie et le fait d'avoir subi une répression politique ou des violences dans le pays d'origine se révèlent également significatifs pour plusieurs indicateurs. L'interprétation de ces résultats reste cependant délicate, car ils ne mettent pas en évidence une relation de cause à effet mais reflètent plutôt l'intervention complexe de nombreux facteurs sur l'état de santé psychique et physique. Il apparaît toutefois assez clairement que ce sont les personnes les moins intégrées ou se sentant le moins intégrées qui pensent que, dans le cadre de leur expérience avec les services de santé, leurs besoins en rapport avec leur culture ou leur religion ne sont pas suffisamment pris en compte. Ces personnes sont également celles qui pensent le plus souvent que la mise à disposition d'interprètes professionnels serait une mesure facilitant les relations des immigrants avec les services de santé. L'explication des nombreux résultats de cette analyse exploratoire demande des études plus approfondies. Il convient une nouvelle fois de préciser que l'état de santé est appréhendé exclusivement au travers d'informations « subjectives », c'est-à-dire évaluées par les répondants eux-mêmes. Des facteurs culturels intervenant dans l'évaluation de l'état de santé et dans la perception de symptômes peuvent expliquer une partie des différences observées. Mais la variable « nationalité » est également susceptible de concentrer l'effet d'autres facteurs qui n'ont pas été pris en compte directement dans les modèles statistiques. Parmi ceux-ci figurent notamment le rôle du soutien apporté par le réseau social et la communauté, l'influence de la religion sur les comportements, l'exposition aux risques professionnels (à travers la profession exercée) et les facteurs environnementaux liés au lieu de résidence.

