



LaboDemo

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

Version courte

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

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

1 Introduction

Une première phase d'analyse de l'enquête GMM¹ [Gabadinho et al., 2007] avait pour objectif principal d'étudier le rôle des profils socioéconomiques, démographiques et migratoires dans les différences de l'état de santé, des comportements et des recours aux services de soins observées entre Suisses et étrangers d'une part, et entre groupes d'étrangers d'autre part.

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

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

Après un bref aperçu de l'enquête GMM et de ses données, le second chapitre aborde les différents facteurs qui seront pris en compte par la suite pour l'analyse, et un bref aperçu de la littérature traitant de leurs associations avec l'état de santé et les comportements en rapport avec la santé. La suite du document présente les résultats de plusieurs analyses étudiant l'association de ces facteurs avec l'état de santé, le recours au système de soins, les expériences des migrants avec le système suisse de santé et leur niveau et sources d'information sur ces questions.

2 Présentation de l'enquête GMM

Le monitoring de santé de la population migrante en Suisse (GMM) est constitué de trois modules issus de trois échantillons distincts. Le premier module est constitué par une partie des données de l'Enquête Suisse sur la Santé (ESS) réalisée en 2002, pour la troisième fois par l'OFS (après 1992/93 et 1997) n'est pas spécifique à la population étrangère. Les données de l'ESS reprises dans le cadre du GMM comprennent les personnes de nationalité suisse, italienne, française, allemande et autrichienne² âgées de 15 à 74 ans (tableau 1). Les langues utilisées lors des interviews (téléphoniques) sont l'allemand, le français et l'italien.

Les modules II et III proviennent d'une enquête réalisée en 2004, ayant spécifiquement pour cible la population étrangère âgée de 15 à 74 ans inclus, et utilisant un questionnaire dérivé de celui de l'ESS, traduit dans les différentes langues des populations migrantes interrogées³. Le module II vise la population étrangère résidante ayant la nationalité portugaise, turque, sri-lankaise ou d'un pays de l'ex-Yougoslavie⁴. L'objectif était de réaliser 500 interviews pour chacune des nationalités, sauf pour les ex-Yougoslaves⁵ pour lesquels 1000 interviews étaient prévus. La population cible du module III est constituée par les demandeurs d'asile provenant du Kosovo et du Sri Lanka, présents en Suisse depuis au moins 12 mois. L'objectif était de réaliser 250 interviews pour chacun de ces deux groupes. La base de sondage est constituée par le registre de l'Office fédéral des migrations.

Les effectifs de personnes interrogées pour les différentes nationalités ou groupes de nationalités figurent dans le tableau 1 page ci-contre. Le terme de « populations migrantes » qui est utilisé dans la suite de ce document fait référence à des personnes qui possèdent la nationalité d'un des groupes visés par l'enquête, même si ces personnes sont nées sur le territoire suisse. Lorsque l'on fait référence au pays d'origine, il s'agit du pays dont la personne possède la nationalité.

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

² Donc des personnes étrangères dont la langue maternelle est une des langues nationales.

³ Les questionnaires ont été traduits dans les différentes langues des communautés cibles puis retraduits afin de contrôler la cohérence.

⁴ Serbie-Monténégro, Croatie, Bosnie Herzégovine, Yougoslavie.

⁵ Le terme 'ex-Yougoslaves' sera utilisé dans la suite de ce document, pour des raisons pratiques. Il signifie 'ressortissants des pays de l'ex-Yougoslavie'.

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

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

3 La seconde analyse de l'enquête GMM

Pour comprendre et expliquer les variations dans l'état de santé des groupes de migrants ainsi que dans leur utilisation et leur expérience du système suisse de santé, nous souhaitons examiner le rôle éventuel de plusieurs facteurs explicatifs :

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

La recherche débute par une brève revue de la littérature concernant les mécanismes par lesquels chacun de ces facteurs peuvent agir sur la santé et présente les informations du questionnaire GMM qui seront utilisées pour les représenter.

3.1 Intégration

De nombreuses études ont montré une association entre le degré d'intégration⁶ des immigrants et la santé mentale et physique ainsi que la prévalence de certains comportements à risque, aux États-Unis [Marmot and Syme, 1976, Myers and Rodriguez, 2005, Paradies, 2006, Solis et al., 1990], mais aussi en Suisse [Bodenmann et al., 2005] et dans d'autres pays d'Europe [Amundsen et al., 2005].

L'acculturation est souvent définie de manière générique comme l'ensemble des changements résultant d'un contact prolongé entre deux cultures, ces changements étant susceptibles d'avoir lieu dans les deux cultures. Bien que le terme d'intégration soit utilisé pour désigner l'ensemble de ce processus, il ne représente pour certains auteurs [Berry, 2005] qu'une des « stratégies » d'adaptation aux changements, avec l'assimilation, la marginalisation et la séparation. Certaines approches considèrent le processus d'intégration comme un processus unidimensionnel (bipolaire). Dans ce modèle, les individus se situent entre deux pôles, dont l'un est le maintien de la culture d'origine et l'autre l'adoption de la culture du pays d'accueil et on considère implicitement que les liens avec la culture d'origine diminuent avec l'intégration. L'approche bidimensionnelle considère séparément l'attachement à la culture d'origine et l'assimilation de la culture du pays d'accueil.

Le niveau d'intégration d'une personne et le processus d'acculturation dans lequel elle est engagée sont susceptibles d'avoir une influence sur son état de santé, ses comportements et ses recours au système de soins. Le processus d'acculturation peut provoquer des changements de comportements, notamment en ce qui concerne le régime alimentaire, la consommation d'alcool et de tabac. Les efforts d'adaptation à une nouvelle culture, à de nouveaux systèmes de valeurs et la pression exercée sur les migrants pour l'assimilation de cette culture (le « stress acculturatif ») entraînent une augmentation des symptômes psychosomatiques et psychologiques [Issa and Tousignant, 1997]. La maîtrise de la langue du pays d'accueil est un facteur important en ce qui concerne l'accès et le

⁶ Le terme « acculturation » est utilisé dans la littérature anglo-saxonne, et apparaît également dans la littérature francophone. Nous utiliserons indifféremment les deux termes.

recours au système de santé [Bischoff et al., 1999]. Les problèmes de compréhension entre personnel médical et patients migrants sont susceptibles en particulier d'avoir une influence sur la qualité des soins. Au delà de la langue, ces problèmes de compréhension peuvent également résulter de la confrontation de deux visions médicales différentes [Palinkas and Pickwell, 1995].

Les questions de l'enquête GMM figurant dans le tableau 2 ont été utilisées pour construire un indicateur synthétique du niveau d'intégration de chaque personne interrogée. Cet indicateur se présente sous la forme d'un « score » qui sera utilisé par la suite dans les analyses. Compte tenu des informations disponibles pour sa construction, cette échelle donne une représentation bipolaire de l'intégration peut-être interprétée comme une mesure de l'attachement à la culture d'origine. Comme dans de nombreux autres travaux, la maîtrise de la langue (d'une des langues dans le cas de la Suisse) du pays d'accueil joue un rôle primordial dans l'évaluation du niveau d'intégration.

3.2 Discriminations subies

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

Le terme générique de discrimination est employé pour désigner une inégalité de traitement (défavorable) en fonction de certaines caractéristiques (sexe, nationalité, apparence physique, appartenance religieuse, préférences sexuelles, etc.) et dans tout type de situation (sphère domestique, lieu de travail, administrations, services de soins). La mesure directe, au niveau individuel, des discriminations perçues est relativement complexe. La « durée d'exposition » aux discriminations de même que leur intensité sont par exemple des paramètres importants [Krieger, 2000]. Des problèmes de validité des mesures [Krieger, 2000] se posent également. La déclaration par les répondants des expériences vécues de discrimination est inévitablement subjective. Certaines études ont montré des perceptions différentes du niveau de discrimination pour une « exposition » identique, selon la classe sociale et le sexe notamment.

Les discriminations sont susceptibles d'agir sur l'état de santé (voir notamment Krieger, 2000⁷) de plusieurs manières :

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

Les informations contenues dans l'enquête GMM concernant les discriminations figurent dans le tableau 3 et ont été utilisées pour construire un indicateur synthétique. Celui-ci se présente, comme dans le cas de l'intégration, sous la forme d'un « score » évaluant le niveau de discriminations subies par chaque répondant.

3.3 Histoire migratoire

L'expérience migratoire par elle-même est susceptible d'avoir une influence sur la santé. Les informations disponibles dans le questionnaire GMM utilisées comme facteurs explicatifs potentiels de l'état de santé concernent les raisons de la migration et le fait d'avoir subi des persécutions politiques ou des violences dans le pays d'origine. Cette dernière question a déjà été utilisée dans

⁷ Précisons que cet inventaire repose essentiellement sur des travaux réalisés aux Etats-Unis.

Tab. 2: Questions sur l'intégration

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

Tab. 3: Questions sur les discriminations

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

la première phase de l'analyse de l'enquête GMM et s'est révélée associée significativement avec certains indicateurs de l'état de santé (équilibre psychique et incapacités fonctionnelles de longue durée) ainsi qu'avec la consommation de médicaments.

3.4 Relations sociales

Le terme de 'relations sociales' est un terme générique utilisé ici pour désigner un ensemble de facteurs (intégration sociale, interactions sociales, liens sociaux, support social) apparaissant dans de nombreuses études en relation avec l'état de santé psychique et physique et les comportements en relation avec la santé. Dans la quasi totalité de ces études, l'isolation sociale, quelle que soit la manière dont elle est appréhendée, est liée à une détérioration de l'état de santé (par exemple [Eng et al., 2002](#)). Des résultats dans ce sens ont été obtenus pour la Suisse avec les données du Panel Suisse de Ménages [[Hämmig, 2007](#)].

Ces différents aspects des relations sociales sont des facteurs à prendre particulièrement en compte dans l'étude de la santé des migrants, car la migration peut entraîner l'isolation sociale et la perte des réseaux sociaux [[Issa and Tousignant, 1997](#)]. Plusieurs mécanismes par lesquels les réseaux sociaux influencent les comportements et l'état de santé peuvent être distingués [Berkman et al. \[2000\]](#) :

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

Le support social est le mécanisme le plus souvent invoqué. Il peut être de type émotionnel (quantité d'amour, de sympathie, de compréhension, d'estime procuré par les autres), instrumental (assistance pour des besoins tangibles tels que téléphone, cuisine, aide en argent ou en travail), expertise (aide concernant la prise de décision) et informationnel (fourniture d'informations, de conseils). La quantité de support social sur laquelle un individu peut compter (ou pense pouvoir compter) augmente sa capacité à répondre à différents types de stress (événements de la vie quotidienne, mais aussi réponse immunitaire de l'organisme).

L'« influence sociale » est la manière dont les individus obtiennent des informations en comparant leurs comportements avec ceux d'un groupe de référence, ces attitudes étant renforcées si elles sont partagées par les autres membres du groupe, et abandonnées dans le cas contraire. Les normes concernant les comportements en relation avec la santé (consommation d'alcool et de tabac, utilisation du système de soins et comportements préventifs, adhérence aux approches thérapeu-

Tab. 4: Questions utilisables comme indicateurs de l'intensité des relations sociales et du support social

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

tiques et comportements alimentaires) sont susceptibles d'être des sources importantes d'influence sociale.

L'enquête GMM ne comporte pas de module spécifique sur le thème de l'intégration sociale, mais les quelques questions qui y font référence et qui ont été utilisées figurent dans le tableau 4).

3.5 Comportements et facteurs de risque

Les comportements relatifs à la santé sont également un facteur explicatif potentiel de l'état de santé, et en conséquence de l'utilisation des services de santé. Le questionnaire de l'enquête GMM contient un nombre limité de variables permettant d'appréhender directement ces comportements, mais certaines informations collectées peuvent être utilisées (tableau 5).

La surcharge pondérale est un facteur de risque pour de nombreuses maladies, notamment le diabète et les maladies cardio-vasculaires. On considère généralement qu'un indice de masse corporelle (IMC) supérieur à 25 indique une surcharge pondérale, et un IMC supérieur à 30 est un indicateur de l'obésité. L'IMC est ici calculé à l'aide du poids et de la taille indiqués par les répondants, la fiabilité de cet indicateur est donc sujette à caution.

La consommation de tabac est un facteur de risque connu de maladies cardio-vasculaires et du cancer. La consommation journalière d'alcool peut également servir d'indicateur de comportements à risques, mais son usage est délicat car une consommation régulière et modérée d'alcool est parfois présentée comme bénéfique pour la santé [Gmel et al., 2003, San-Jose, 2003], alors qu'une consommation abusive est un facteur de risque pour de nombreuses maladies. Par ailleurs, il est également possible qu'il existe un problème de sous-déclaration, particulièrement dans certaines sous-populations. La pratique d'une activité physique est également un indicateur de comportements en matière de santé. Une telle pratique régulière a notamment une influence bénéfique en ce qui concerne les maladies cardio-vasculaires. Il faut toutefois noter que certaines personnes pratiquent une activité physique en relation avec leur profession. Dans ce cas l'absence de pratique d'une activité physique extra-professionnelle n'est pas un indicateur pertinent.

3.6 Type d'activité professionnelle

Le type d'activité, au travers de la pénibilité du travail, des risques d'accidents, et de l'exposition à des substances pathogènes est également un des facteurs susceptibles d'être associés à l'état de santé et aux recours aux services de santé. Toutefois, la durée d'exposition au risque, autrement dit la durée passée dans une activité professionnelle, est un paramètre important dont nous ne pouvons pas tenir compte par manque d'informations.

Dans l'enquête GMM, l'information disponible dans ce domaine est la branche d'activité pour la profession actuelle ou la dernière profession exercée par le répondant. Les branches d'activité ont été regroupées, avec pour objectif de distinguer les personnes effectuant des activités manuelles (pénibilité physique élevée) des autres. La branche d'activité n'est toutefois pas totalement synonyme du

Tab. 5: Indicateurs du comportement

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

type d'emploi exercé. On peut par ailleurs observer une sectorisation des activités professionnelles par nationalité, impliquant une confusion potentielle entre ces deux variables (une relation observée entre la nationalité et les indicateurs de santé pourrait être liée en fait à la forte représentation de cette nationalité dans un type particulier d'activité professionnelle). Les hommes sri lankais résidents, mais également les requérants d'asile tamouls, sont par exemple particulièrement présents dans le secteur de l'hôtellerie et moins présents dans les branches de l'agriculture, de l'industrie et du bâtiment.

4 Résultats de la seconde analyse de l'enquête GMM

Après avoir sélectionné les variables les plus pertinentes pour représenter les facteurs explicatifs que nous souhaitons prendre en compte dans l'étude, des analyses statistiques ont été réalisées afin de déterminer le rôle de chacun de ces facteurs dans l'explication de l'état de santé, des recours au système de soins et des expériences des migrants avec celui-ci ainsi que des sources d'informations sur les questions de santé. Les analyses réalisées tiennent également compte du rôle de l'âge, du sexe et de la strate socioéconomique.

4.1 Etat de santé

L'analyse apporte une contribution importante à l'explication des cinq indicateurs de l'état de santé retenus (tableau 4.1). Deux facteurs de risque se distinguent en premier lieu : l'isolation sociale et la surcharge pondérale. Les niveaux d'intégration et de discriminations subies tels que mesurés par les échelles construites jouent également un rôle significatif. La prise en compte de l'ensemble des facteurs précédents, supposés être des vecteurs des différences dans l'état de santé entre groupes de migrants, n'a toutefois pas permis d'expliquer la totalité de ces différences.

L'isolation sociale, appréhendée au travers du sentiment de solitude, apparaît comme un facteur crucial en ce qui concerne l'état de santé. La nature exacte de la relation entre le sentiment de solitude et l'état de santé, et, parmi les mécanismes identifiés dans la revue de la littérature, celui ou ceux qui sont à l'oeuvre, restent toutefois à déterminer. La fréquence du sentiment de solitude parmi les personnes les plus âgées et les requérants d'asile sri lankais mais surtout kosovars pourrait expliquer en partie son association systématique avec les indicateurs de santé. Une analyse supplémentaire montre que le sentiment de solitude recoupe les effets du statut (requérant d'asile), du niveau d'intégration et de la situation familiale. Son association avec le niveau d'intégration

Tab. 6: Liste des indicateurs de l'état de santé

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

renforce l'importance de ce dernier facteur dans les variations de l'état de santé. La question se pose toutefois de savoir dans quelle mesure le fait de se sentir seul(e) est l'expression ou le résultat de troubles physiques ou psychiques, et si les personnes qui éprouvent ce sentiment sont plus particulièrement des personnes malades se sentant isolées en raison de leur état de santé.

Les effets sur la santé de la surcharge pondérale sont mieux connus. Celle-ci est plus fréquente parmi les personnes après 40 ans. Pour les personnes plus jeunes, l'état civil est un paramètre important (il y a nettement moins de risque de surcharge pondérale parmi les célibataires et divorcés), ainsi que le sexe pour les personnes mariées (les hommes sont plus fréquemment en surcharge pondérale). Pour les personnes de plus de 40 ans, la nationalité est associée aux variations de l'indice de masse corporelle. La proportion de personnes présentant une surcharge pondérale ou des signes d'obésité est également plus élevée parmi les non-fumeurs.

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

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

Les différences qui persistent peuvent être liées à des facteurs « culturels », et notamment une propension plus importante dans certaines communautés de migrants à se déclarer en mauvais état de santé, « toutes choses égales par ailleurs ». En effet, il ne faut pas oublier que l'ensemble des

informations recueillies résultent de l'auto-déclaration des répondants.

4.2 Recours aux services de santé

Le thème des recours aux services de santé est abordé au travers du nombre de visites chez le médecin au cours des douze derniers mois, classé en trois catégories (de 0 à 3 visites ; de 4 à 10 visites ; plus de 10 visites).

L'état de santé auto-déclaré apparaît comme un indicateur particulièrement fiable du nombre de visites effectuées chez le médecin. A un moindre niveau, les variables comportementales prenant en compte certains facteurs de risque ont également un rôle prédictif, surtout l'indice de masse corporelle. On peut en déduire que les personnes dont l'état de santé ressenti est mauvais ou qui présentent certains facteurs de risque ont accès au système de santé et y recourent. Ces résultats rejoignent ceux obtenus par Winkelmann [2002] avec les données du Panel Suisse de Ménages et par Reijneveld [1998] pour les Pays-Bas.

Le niveau d'intégration ne figure pas parmi les variables les plus fortement associées au nombre de visites. Cependant, le nombre moyen de consultations augmente légèrement pour les personnes les plus intégrées, particulièrement celles âgées de plus de 50 ans. On peut conclure qu'une faible intégration (mesurée par l'échelle construite) n'apparaît pas comme un obstacle majeur à l'accès au système de soins. Toutefois, il serait nécessaire de pouvoir distinguer les visites selon leur but et le type de médecin consulté. En effet, il est possible que le niveau d'intégration ne joue pas de rôle important pour les consultations pour des soins « immédiats » mais il est peut-être un facteur limitant les visites préventives. D'autres travaux ont également montré que pour certains groupes de migrants (turcs et marocains) les visites chez le médecin généraliste étaient plus fréquentes, mais qu'au contraire le nombre de recours aux services plus spécialisés étaient moins fréquents [Stronks et al., 2001].

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

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

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

4.3 Expériences avec les services de santé

Le questionnaire de l'enquête GMM comporte un module consacré aux expériences des immigrants avec les services de santé. Les répondants étaient amenés à donner leur avis sur une série de propositions dont la liste figure dans le tableau 7.

Dans leur très grande majorité, les patients migrants ou issus de la migration font confiance aux médecins et considèrent qu'ils reçoivent les soins et médicaments dont ils ont besoin. Les proportions sont légèrement supérieures parmi les requérants d'asile kosovars et tamouls (93% et 96%) à celle observée parmi les résidents ressortissants des pays de l'ex-Yougoslavie, de la Turquie, du Portugal et du Sri Lanka. Les personnes interrogées sont également globalement satisfaites de leur prise en charge par les médecins, avec de nouveau une proportion légèrement supérieure parmi les requérants d'asile. Les répondants qui mentionnent des problèmes de compréhension avec le

Tab. 7: Questions concernant les expériences des migrants avec les services de santé

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

personnel médical représentent une faible minorité, mais se rencontrent plus fréquemment parmi les requérants d'asile (12%, contre 5% parmi les résidents).

Dans l'ensemble, les patients migrants font donc état d'expériences très positives avec les services de santé suisses. Les requérants d'asile ont une opinion aussi, sinon plus, positive que celles des personnes bénéficiant d'un permis de résidence pour de nombreux aspects tels que la qualité de la prise en charge. Il est cependant possible que la formulation des questions, qui ne demandent pas une réponse directe aux personnes mais leur accord ou désaccord avec une série de propositions, ait entraîné une sous-déclaration des expériences négatives. Les problèmes dans la prise en charge et dans la communication avec le personnel médical peuvent également être appréhendés au travers de deux de leurs effets potentiels : une fréquence plus élevée des changements de médecin d'une part et de prescription de médicaments d'autre part.

La probabilité d'avoir changé de médecin suite à un mécontentement ne semble pas liée en premier lieu à des problèmes de compréhension mais à un mécontentement par rapport au diagnostic et à la prise en charge. Les questions spécifiques concernant les difficultés de compréhension ou les différences dans la perception des maladies entre les médecins suisses et ceux du pays d'origine présentent des associations moins significatives avec les changements de médecin dans les modèles statistiques. Le fait que la probabilité d'avoir changé de médecin est plus faible parmi les personnes les moins intégrées, qui sont celles qui ont à priori le plus de problèmes de communication avec le personnel médical, et plus forte parmi les personnes qui se sentent discriminées (qui sont comme nous l'avons vu plutôt intégrées) confirme que les barrières linguistiques n'interviennent pas de manière prépondérante. Toutefois, les mécontentements quant aux diagnostics des médecins peuvent être l'expression de différences « culturelles » entre la Suisse et le pays d'origine en ce qui concerne la prise en charge et la communication avec le patient.

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

On peut également conclure que la nationalité des patients est fortement associée à cette

Tab. 8: Sources d'informations (plusieurs sources possibles pour chaque répondant)

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

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

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

Les répondants à l'enquête GMM étaient invités à indiquer une ou plusieurs sources d'information sur les questions de santé⁸ parmi celles qui figurent dans le tableau 8. La proportion de personnes qui déclarent ne pas s'informer sur les questions de santé est très faible, puisqu'elle est de moins de 3% (tableau 8) pour les étrangers résidents (ressortissants des pays d'ex-Yougoslavie, portugais, turcs et sri lankais) comme pour les requérants d'asile kosovars et tamouls. Les canaux d'information privilégiés sont les émissions de santé à la télévision (citées par 66% des répondants), le médecin de famille (cité par 61% des répondants) et les journaux et magazines (55%). La diversité des sources d'information est plus importante pour les requérants d'asile, qui citent nettement plus fréquemment que les résidents l'internet, les brochures d'information, le service d'information de l'assurance maladie, les autres services de consultation, les associations d'entraide, la famille et les amis.

Une analyse des facteurs influençant le choix des sources d'information montre que l'âge joue un rôle important, en particulier pour l'internet, dont l'utilisation diminue fortement parmi les personnes les plus âgées, de même que le recours à la famille et aux amis. Les sources d'information écrites (journaux, magazines, brochures) sont plus souvent citées par les tranches d'âges intermédiaires (de 27 à 50 ans). La strate socioéconomique a une influence particulièrement forte sur la manière de s'informer, la plupart des sources d'information étant plus souvent utilisées⁹ par

⁸ La question posée est relativement vague, et le terme « questions de santé » pourrait être interprété à la fois comme relatif au fonctionnement et prestations de l'assurance maladie qu'aux questions de prévention et de facteurs de risque.

⁹ Rappelons que chaque répondant pouvait citer plusieurs sources.

les personnes classées dans les strates socioéconomiques moyennes et supérieures, à l'exception du médecin de famille et des associations d'entraide.

Les personnes les moins intégrées citent nettement moins de sources d'information et sont plus nombreuses à ne pas être informées. Elles utilisent nettement moins certains canaux tels que les journaux et magazine, l'internet, les brochures, les livres et n'utilisent quasiment pas le service d'information de l'assurance maladie. Les résultats sont moins clairs en ce qui concerne la nationalité, mais on constate que les requérants d'asile kosovars et tamouls ainsi que les résidents sri lankais utilisent moins certains canaux tels que l'internet, les brochures, le service information de l'assurance maladie ou les associations d'entraide. Par contre les femmes et hommes portugais sont particulièrement nombreux à citer cette dernière source.

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

6 Conclusions

Cette recherche a permis de tester plusieurs hypothèses concernant le rôle d'un ensemble de facteurs sur l'état de santé ainsi que sur l'intensité et la qualité des recours au système de soins. Ces hypothèses sont les suivantes :

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

L'indicateur de discriminations subies se révèle quasi systématiquement associé avec une détérioration de l'état de santé. L'interprétation des résultats n'est cependant pas évidente, car les confusions potentielles sont nombreuses. Le fait de ressentir des discriminations pourrait être la conséquence, et non la cause, d'un état de santé dégradé ou perçu comme mauvais. Les relations avec les médecins sont une des situations fréquentes dans lesquelles les discriminations sont perçues, et un mauvais état de santé augmente les recours aux services de soins [Harris *et al.*, 2006]. On a pu effectivement observer un lien entre les discriminations ressenties et le mécontentement des patients quant à la prise en charge par les médecins.

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

Le score obtenu sur l'échelle d'intégration est associé à des variations de l'état de santé, mais de manière moins marquée et plus spécifiquement pour les personnes âgées de plus de 50 ans. Les mécanismes potentiels qui expliquent cette relation sont de plusieurs ordres. Parmi ceux-ci

figurent au premier rang les difficultés d'accès au système de santé. Pourtant, les résultats obtenus ne permettent pas de valider pas cette hypothèse.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Références

- E. J. Amundsen, I. Rossow, and S. Skurtveit. Drinking pattern among adolescents with immigrant and norwegian backgrounds : a two-way influence? *Addiction*, 100(10) :1453–63, 2005. 0965-2140 (Print) Journal Article.
- L. F. Berkman, T. Glass, I. Brissette, and T. E. Seeman. From social integration to health : Durkheim in the new millennium. *Soc Sci Med*, 51(6) :843–857, Sep 2000.
- John W. Berry. *Acculturation - Advances in Theory, Measurement, and Applied Research*, chapter Conceptual Approaches to Acculturation, pages 17–37. American Psychological Association, 2005.
- A. Bischoff, C. Tonnerre, L. Loutan, and H. Stalder. Language difficulties in an outpatient clinic in switzerland. *Soz Präventivmed*, 44(6) :283–287, 1999.
- P. Bodenmann, N. Murith, B. Favrat, P. Vaucher, A. Bissery, M. Vannotti, J. Cornuz, A. Pecoud, and J.P. Zellweger. Perception of the damaging effects of smoking, and brief cessation counselling by doctors - a comparison between native swiss and immigrants. *Swiss Medical Weekly*, 135(17-18) :256–262, April 2005. ISSN 1424-7860.
- Patricia M Eng, Eric B Rimm, Garrett Fitzmaurice, and Ichiro Kawachi. Social ties and change in social ties in relation to subsequent total and cause-specific mortality and coronary heart disease incidence in men. *Am J Epidemiol*, 155(8) :700–709, Apr 2002.
- Alexis Gabadinho, Philippe Wanner, and Janine Dahinden. *La santé des populations migrantes en Suisse : une analyse des données du GMM*. Number 49 in Etudes du SFM. Forum Suisse pour l'étude des migrations et de la population, Neuchâtel, 2007.

- G. Gmel, E. Gutjahr, and J. Rehm. How stable is the risk curve between alcohol and all-cause mortality and what factors influence the shape? a precision-weighted hierarchical meta-analysis. *European Journal of Epidemiology*, 18(7) :631–642, 2003. ISSN 0393-2990.
- Ricci Harris, Martin Tobias, Mona Jeffreys, Kiri Waldegrave, Saffron Karlsen, and James Nazroo. Racism and health : the relationship between experience of racial discrimination and health in new zealand. *Soc Sci Med*, 63(6) :1428–1441, Sep 2006.
- Oliver Hämmig. *Gesundheit im Kanton Zürich 2000 - 2006*, chapter Gesundheitsrelevante soziale Verhältnisse, pages 43–62. Number 13 in *Gesundheit, Gesundheitsförderung und Gesundheitswesen im Kanton Zürich*. Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich, Februar 2007.
- Ihsan Al Issa and Michel Tousignant. *Ethnicity, immigration, and psychopathology*. The Plenum series on stress and coping. Plenum Press, New York, 1997.
- Saffron Karlsen and James Y Nazroo. Relation between racial discrimination, social class, and health among ethnic minority groups. *Am J Public Health*, 92(4) :624–631, Apr 2002.
- Saffron Karlsen and James Yzet Nazroo. Fear of racism and health. *J Epidemiol Community Health*, 58(12) :1017–1018, Dec 2004.
- Saffron Karlsen, James Y Nazroo, Kwame McKenzie, Kamaldeep Bhui, and Scott Weich. Racism, psychosis and common mental disorder among ethnic minority groups in england. *Psychol Med*, 35(12) :1795–1803, Dec 2005.
- Nancy Krieger. *Social Epidemiology*, chapter Discrimination and Health, pages 36–75. Oxford University Press, 2000.
- Damaris Lüthi. Umgang mit gesundheit und krankheit bei tamilischen flüchtlingen im raum bern. Number 26 in *Arbeitsblatt*. Institut für Ethnologie - Universität Bern, 2004.
- M. G. Marmot and S. L. Syme. Acculturation and coronary heart disease in japanese-americans. *Am J Epidemiol*, 104(3) :225–247, Sep 1976.
- Hector F. Myers and Norma Rodrigez. *Acculturation - Advances in Theory, Measurement, and Applied Research*, chapter Acculturation and Physical Health in Racial and Ethnic Minorities, pages 163–185. American Psychological Association, 2005.
- L. A. Palinkas and S. M. Pickwell. Acculturation as a risk factor for chronic disease among cambodian refugees in the united states. *Soc Sci Med*, 40(12) :1643–1653, Jun 1995.
- Yin Paradies. A systematic review of empirical research on self-reported racism and health. *Int J Epidemiol*, 35(4) :888–901, Aug 2006.
- S. A. Reijneveld. The cross-cultural validity of self-reported use of health care : a comparison of survey and registration data. *J Clin Epidemiol*, 53(3) :267–272, Mar 2000.
- S.A. Reijneveld. Reported health, lifestyles, and use of health care of first generation immigrants in the netherlands : do socioeconomic factors explain their adverse position? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 52(5) :298–304, May 1998. ISSN 0143-005X.
- B. San-Jose. Alcohol consumption and mortality : Comparison between countries and meta-analyses. *European Journal of Epidemiology*, 18(7) :603–605, 2003. ISSN 0393-2990. URL [ISI:000184255900003](https://doi.org/10.1007/s10653-003-0003-0).
- C. Smaje and J. L. Grand. Ethnicity, equity and the use of health services in the british nhs. *Soc Sci Med*, 45(3) :485–496, Aug 1997.
- J. M. Solis, G. Marks, M. Garcia, and D. Shelton. Acculturation, access to care, and use of preventive services by hispanics : findings from hhanes 1982-84. *Am J Public Health*, 80 Suppl : 11–19, Dec 1990.

- K. Stronks, A. C. Ravelli, and S. A. Reijneveld. Immigrants in the netherlands : equal access for equal needs? *J Epidemiol Community Health*, 55(10) :701–707, Oct 2001.
- L. von Ferber, I. Köster, and N. Celayir-Erdogan. [turkish and german patients of general practitioners–diseases, drug expectations and drug prescriptions]. *Gesundheitswesen*, 65(5) : 304–311, May 2003.
- E. Wiking, S. E. Johansson, and J. Sundquist. Ethnicity, acculturation, and self reported health. a population based study among immigrants from poland, turkey, and iran in sweden. *J Epidemiol Community Health*, 58(7) :574–82, 2004. 0143-005X (Print) Journal Article.
- David R Williams, Harold W Neighbors, and James S Jackson. Racial/ethnic discrimination and health : findings from community studies. *Am J Public Health*, 93(2) :200–208, Feb 2003.
- Rainer Winkelmann. Work and health in switzerland : Immigrants and natives. Working Papers 0203, University of Zurich, Socioeconomic Institute, March 2002. available at <http://ideas.repec.org/p/soz/wpaper/0203.html>.