



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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

STRATÉGIE MIGRATION ET SANTÉ (PHASE II: 2008-2013)

Office fédéral de la santé publique (OFSP)

Juin 2007

Impressum :

Editeur : Office fédéral de la santé publique (OFSP), 2007

Direction générale : Thomas Spang, chef de la section Egalité des chances et santé

Rédaction finale : Agathe Blaser, responsable de la communication de la section
Egalité des chances et santé

Rédaction :

Büro Vatter, Politikforschung & -beratung/Interface, Institut de science politique : Eveline Hügli,
Benjamin Jordi, Franziska Müller, Christian Rüefli, Fritz Sager

Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population (FSM) : Janine Dahinden, Denise
Efionayi-Mäder, Chantal Wyssmüller

Office fédéral de la santé publique (OFSP) : Petra Aemmer, Agathe Blaser, Christina Eggenberger,
Rahel Gall Azmat, Verena Hanselmann, Thomas Spang, Brigit Zuppinger

Résumé

La population résidante de la Suisse se caractérise depuis longtemps par une extraordinaire diversité socioculturelle, qui n'a cessé de s'accroître ces dernières décennies, en raison des migrations. Cela place les institutions au service de notre société pluraliste devant des défis inédits, tels que garantir l'égalité des chances face à la santé, c'est-à-dire donner à toutes les personnes les mêmes chances de réaliser pleinement leur potentiel de santé.

En soi, l'immigration ne rend pas malade. Plusieurs indicateurs épidémiologiques montrent cependant que les personnes migrantes sont particulièrement vulnérables. Elles courent davantage de risques dans les domaines de la santé reproductive, de la santé dentaire, des maladies liées à la profession, des maladies sexuellement transmissibles, parasitaires ou infectieuses et des maladies psychiques.

Trois groupes de déterminants permettent d'expliquer pourquoi la population migrante n'a pas les mêmes chances devant la santé :

- *Difficultés matérielles et psychosociales* : une situation socioéconomique défavorable, un travail astreignant physiquement et un statut de séjour précaire sont autant de facteurs qui influent négativement sur la santé de certains groupes de personnes migrantes. Dans certaines circonstances, l'épisode migratoire peut lui aussi affecter la santé.
- *Comportement sanitaire* : par rapport à la population suisse, les personnes d'origine migrante ont tendance à adopter plus souvent des comportements pouvant affecter leur santé (consommation de tabac, mauvaise alimentation, surcharge pondérale, manque d'activité physique). Elles sont moins bien informées sur le système de santé et recourent moins souvent aux offres de prévention et de promotion de la santé (examen de dépistage du cancer p. ex.).
- *Organisation du système de santé* : le système suisse de santé tient encore trop peu compte de la population migrante. La situation doit surtout être améliorée dans les domaines de l'accès aux offres de soins et de l'adéquation de ces dernières, des compétences transculturelles du personnel de santé et du recours à des interprètes communautaires.

La stratégie Migration et santé 2002-2007, dirigée par l'OFSP, a été lancée par la Confédération dans le but de remédier à ces inégalités (informations sur sa réalisation, voir point 4.2). La mise en œuvre a fait l'objet d'une évaluation, qui parvient à la conclusion suivante : la stratégie de la Confédération est basée sur un concept bien fondé et cohérent mais très ambitieux et quelque peu imprécis. Etant donné les ressources limitées ainsi que le contexte politique, économique et institutionnel difficile, le programme n'a pu être mené à bien dans son intégralité. Cependant, des priorités adéquates, axées sur une approche intégrative, ont été fixées. Celle-ci vise à ancrer les besoins spécifiques aux personnes migrantes dans les structures ins-

titutionnalisées du domaine de la santé. La mise en œuvre de la stratégie s'est en grande partie bien déroulée. L'évaluation a surtout relevé des problèmes notables au niveau de la communication. Sinon, l'évaluation recense des structures de mise en œuvre fonctionnelles, et les activités de projet ont été accueillies positivement dans l'ensemble. Citons plus particulièrement les projets suivants :

- En collaboration avec l'organisme de contrôle pour l'interprétariat communautaire et dans le but de garantir la qualité des prestations, il a été possible de former et de certifier environ 500 interprètes selon des critères reconnus. Ces personnes sont joignables par le biais des centres de médiation cantonaux. En outre, un manuel et un film décrivant l'intervention d'interprètes auprès des professionnels de la santé ont été élaborés et distribués.
- Lancement et réalisation d'un programme-cadre couvrant les formations initiales et continues centrées sur la migration et destinées aux organes de santé. Ce volet sera mis en place conjointement avec le Réseau formations continues santé (RFCS).
- Conception et réalisation d'un programme de prévention VIH/sida auprès des migrants provenant des pays subsahariens, en collaboration avec la Croix-rouge suisse et l'Aide Suisse contre le sida.
- Le lancement de projets de prévention et de promotion de la santé à bas seuil, élaborés et mis en œuvre par les réseaux migrants (en collaboration avec Promotion Santé Suisse), a permis d'atteindre des groupes cible qu'on ne parvient pas à interpeler d'habitude.
- La création de la plate-forme Internet www.migesplus.ch permet aux spécialistes de la santé d'accéder pour la première fois à de nombreuses brochures consacrées à divers thèmes de santé dans les langues des migrants : activité physique/alimentation, santé bucco-dentaire et maladies infectieuses. Une brochure informant sur le fonctionnement du système de santé suisse a été élaborée et distribuée au public (p. ex. pendant les cours d'allemand).
- En s'inspirant de l'initiative européenne « Migrant-Friendly Hospitals » et avec la collaboration de H+ Les Hôpitaux de Suisse, il a été possible de constituer un réseau d'hôpitaux d'environ 25 grands hôpitaux dans le but d'y lancer des mesures particulières pour le domaine Migration et santé ainsi que pour échanger les expériences faites (p. ex. les services d'interprétariat, le contrôle de la qualité, l'information en langues étrangères). Par ailleurs, un manuel sur le thème de la diversité et de l'égalité des chances a été élaboré et diffusé sous la supervision de H+.
- La conception et la réalisation d'un monitoring de la santé de la population migrante en Suisse, s'inspirant de l'Enquête suisse sur la santé, a permis pour la première fois d'atteindre les groupes-cibles qui n'étaient pas pris en compte jusqu'alors, faute de maîtriser une des langues nationales (enquête effectuée dans les langues des migrants).

- Dans le domaine de la communication, le site Internet www.miges.admin.ch a été mis en place. On y trouve des informations générales sur la mise en œuvre de la stratégie.

Dans la phase II de cette stratégie prévue de 2008 à 2013, la Confédération poursuit **l'objectif d'une égalité des chances devant la santé**. La présente stratégie veut contribuer à l'élimination des obstacles qui entravent l'accès des personnes d'origine migrante au système de santé et amener les adaptations nécessaires pour que ces personnes aient les mêmes chances que les ressortissants suisses d'exploiter tout leur potentiel de santé. La stratégie Migration et santé poursuit notamment les **objectifs suivants** :

- Les offres de promotion de la santé et de prévention, ainsi que les informations sont adaptées aux besoins de la population migrante.
- Les personnes d'origine migrante disposent de compétences et d'informations suffisantes dans le domaine de la santé pour pouvoir adopter un comportement favorable à la santé.
- Les responsables et les prestataires du système de santé (p. ex. les hôpitaux) s'engagent par des mesures concrètes pour que tous les groupes de population aient également accès aux prestations de soins, et pour que ces dernières soient adaptées à leurs besoins.
- Le personnel de santé dispose de compétences transculturelles¹ pour pouvoir adapter son action à la diversité de la clientèle.
- Les interprètes communautaires² professionnels sont davantage sollicités et interviennent en fonction des besoins.
- Les connaissances sur la situation sanitaire des personnes d'origine migrante sont complétées et différenciées, de même que celles relatives aux liens et aux interactions existant entre la migration et l'égalité des chances devant la santé. Ces connaissances sont mises à la disposition des milieux intéressés.

Les mesures devant permettre d'atteindre ces objectifs sont appliquées dans quatre champs d'action :

- Le champ d'action **promotion de la santé et prévention** vise l'amélioration des compétences sanitaires des personnes d'origine migrante, le renforcement de leurs ressources sanitaires et la réduction de certains facteurs spécifiques pouvant affecter leur santé. Il inclut des activités visant à ancrer systématiquement les besoins spécifiques aux migrants dans les structures et les processus de régulation de la promotion de la santé et

¹ La compétence transculturelle est la capacité à reconnaître et à comprendre des conceptions du monde différentes et à en tenir compte dans son action. L'objectif n'est pas d'acculturer les personnes migrantes mais de les percevoir dans leur individualité et leur réalité.

² L'interprétariat communautaire permet la communication entre des interlocuteurs de langue et de culture différentes.

de la prévention (*mainstreaming*), la mise à disposition de moyens d'information adaptés ainsi que la réalisation de projets spécifiques.

- Le champ d'action **formation et formation continue dans la santé** vise à permettre aux professionnels de la santé d'acquérir, dans le cadre de leur formation régulière, les compétences transculturelles nécessaires pour pouvoir mieux tenir compte des besoins d'une clientèle de plus en plus hétérogène. Il prévoit l'intégration du thème migration et diversité dans les cours de formation aux professions de la santé, la mise sur pied de cours de formation continue complémentaires ainsi que l'amélioration de l'offre d'interprètes communautaires.
- Le champ d'action **soins de santé** veut assurer une prise en charge et des traitements adaptés aux personnes d'origine migrante et offrir à ces dernières des chances égales d'accéder au système de santé. Il inclut des activités de *mainstreaming* auprès des institutions de soins et des autorités, la promotion d'offres de soins adaptés à certains groupes spécifiques de la population migrante ainsi que des mesures destinées à faciliter et à promouvoir le recours à des interprètes communautaires.
- Le champ d'action **recherche** vise à compléter le savoir, en générant des connaissances dans le domaine migration et santé et en rendant ces connaissances accessibles à tous les acteurs concernés.

Les quatre champs d'action sont complétés par des activités transversales **mainstreaming migration** dans les domaines de l'information et de la communication, ainsi que de la coordination et de la mise en réseau. Ces activités doivent amener les acteurs de la politique, de l'administration et de la société à inclure la dimension migratoire dans leur réflexion et leur action, aux niveaux de la planification, de la mise en œuvre et de l'évaluation des programmes, projets et mesures auxquels ils participent. L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) assume la direction de la stratégie Migration et santé, phase II, à laquelle sont associés l'Office fédéral des migrations (ODM) et la Commission fédérale des étrangers (CFE). La mise en œuvre de la stratégie Migration et santé continuera d'être pilotée et coordonnée par la section Égalité des chances et santé.

Table des matières

Résumé	1
Table des matières	5
Glossaire	8
Abréviations	10
1 La politique de santé face au défi migratoire	11
1.1 Migration, diversité et égalité des chances	11
1.2 La stratégie Migration et santé, phase II en bref	12
1^{re} partie : Le point sur la problématique	13
2 La Suisse en tant que terre d'immigration	14
2.1 La population migrante de Suisse	15
3 Migration et égalité des chances face au système de santé	20
3.1 Bases conceptuelles	20
3.2 Données socioépidémiologiques sur la santé de la population migrante en Suisse	24
3.2.1 Morbidité	25
3.2.2 Mortalité	27
3.2.3 Problèmes posés par les lacunes d'information	27
3.3 Raisons de l'inégalité des chances de la population migrante	28
3.3.1 Environnement matériel et psychosocial	28
3.3.2 Influence du comportement de la population migrante sur la santé	32
3.3.3 Organisation du système de santé	38
3.4 Actions possibles pour réaliser l'égalité des chances devant la santé	41
3.4.1 Approche fondée sur la promotion des compétences et des comportements bénéfiques pour la santé de la population migrante	43
3.4.2 Approche fondée sur une organisation du système de santé qui tient compte des réalités de la population migrante	44
3.4.3 Approche fondée sur la mobilisation des chercheurs et le transfert de connaissances	46

2^e partie: La stratégie Migration et santé, phase II	47
4 La stratégie Migration et santé de la Confédération : point de la situation	48
4.1 Projets et initiatives internationaux visant à assurer un accès égalitaire à la santé	48
4.2 Projets de l'OFSP dans le domaine Migration et santé	50
4.3 Le contexte politique fédéral – programmes et activités dans les domaines de la santé, de la migration et de l'intégration, de l'éducation et de la recherche	54
4.3.1 Activités de la Confédération dans le domaine de la santé	54
4.3.2 Activités de la Confédération dans le domaine de la migration et de l'intégration	56
4.3.3 Activités de la Confédération dans les domaines de l'éducation et de la recherche	58
4.4 Cantons, communes et acteurs de la société civile	59
4.4.1 Cantons	59
4.4.2 Communes	60
4.4.3 Acteurs privés	60
5 Bases de la stratégie Migration et santé, phase II	61
5.1 Vision	61
5.2 Objectifs	61
5.3 Principes d'action	62
6 Les quatre champs d'action de la stratégie Migration et santé, phase II	65
6.1 Champ d'action promotion de la santé et prévention	65
6.1.1 Définition du champ d'action	65
6.1.2 Importance pour la réalisation des objectifs	66
6.1.3 Stratégie et mesures	66
6.1.4 Structure opérationnelle	68
6.2 Champ d'action formation et formation continue dans la santé	69
6.2.1 Définition du champ d'action	69
6.2.2 Importance pour la réalisation des objectifs	69
6.2.3 Stratégie et mesures	69
6.2.4 Structure opérationnelle	71
6.3 Champ d'action soins de santé	71
6.3.1 Définition du champ d'action	71
6.3.2 Importance pour la réalisation des objectifs	72
6.3.3 Stratégie et mesures	72

6.3.4	Structure opérationnelle	73
6.4	Champ d'action recherche	74
6.4.1	Définition du champ d'action	74
6.4.2	Importance pour la réalisation des objectifs	74
6.4.3	Stratégie et mesures	75
6.4.4	Structure opérationnelle	76
6.5	Activités de type <i>mainstreaming migration</i>	76
7	Direction, financement, mise en œuvre et évaluation	79
	Bibliographie	80

Glossaire

Adéquation : les prestations du système de santé (promotion de la santé, prévention, prise en charge) sont adaptées aux besoins et leur qualité satisfait aux standards en vigueur.

Approche intégrative : prise en compte systématique des besoins des personnes migrantes dans les programmes, les offres et les prestations. Dans ce but, on concentre les efforts sur l'ouverture, aux personnes d'origine migrante, des institutions, des offres et des prestations, ainsi que des programmes déjà en vigueur.

Compétence sanitaire (*culture sanitaire*) : capacité individuelle à pouvoir prendre dans tous les domaines du quotidien des décisions qui ont des effets positifs pour la santé (OFSP 2006b).

Compétence transculturelle : capacité à reconnaître et à comprendre des visions du monde différentes et à en tenir compte dans son action. L'objectif n'est pas d'acculturer les personnes migrantes, mais de les accepter dans leur individualité et leur réalité. Une institution qui démontre des compétences transculturelles reconnaîtra également les capacités transculturelles spécifiques de son personnel d'origine migrante ainsi que les avantages à en tirer dans le traitement de personnes migrantes (Domenig 2006 : pp. 26 suiv.)

Consentement éclairé : autorisation accordée en connaissance de cause par le patient invité à se soumettre à un examen ou à un traitement ou à participer à une étude clinique.

Diversité : différences individuelles et sociales pouvant résulter de l'origine, du sexe, de la langue, des capacités, de l'âge, des modes de vie et du statut social, entre autres, et qui influencent le développement social.

Egalité des chances devant la santé : toutes les personnes ont les mêmes chances de pouvoir exploiter pleinement leur potentiel de santé.

Interprètes communautaires : personnes assurant un interprétariat professionnel dans le but de permettre une communication entre des interlocuteurs parlant des langues différentes, en tenant compte de leur origine sociale et culturelle.

Mainstreaming migration: activités destinées à amener les acteurs de la politique, de l'administration et de la société à inclure la dimension migratoire dans leur réflexion et leur action, aux niveaux de la planification, de la mise en œuvre et de l'évaluation des programmes, projets et mesures auxquels ils participent.

Morbidité : probabilité qu'un individu contracte une maladie ou développe un problème de santé dans une population donnée.

Mortalité : nombre de décès rapporté à une population ou à une sous-population donnée ou à une cause de décès en particulier.

Personnes d'origine migrante : ensemble des personnes résidant en Suisse qui étaient de nationalité étrangère à leur naissance, indépendamment du lieu de naissance (Suisse ou étranger). Ce terme englobe donc, d'une part, la population étrangère résidant en Suisse (première et deuxième générations) et, d'autre part, toutes les personnes naturalisées (Rau-sa-de Luca 2005).

Phénomène dit « du migrant en bonne santé » : il s'agit là d'un phénomène observé à maints endroits, selon lequel les personnes qui décident de migrer pour trouver un travail sont plus robustes et ne sont pas autant affectées par les conséquences d'un comportement nuisible (Tomatis 1990 ; Weiss 2003).

Population migrante ou **personnes migrantes** : toute personne détenant un passeport étranger.

Population résidente étrangère : sont incluses dans la population résidente étrangère toutes les personnes de nationalité étrangère résidant en Suisse à un moment donné, quels que soient leur nationalité, leur durée de résidence et leur type d'autorisation de résidence. Les personnes n'ayant pas de domicile officiel en Suisse, telles que les frontaliers travaillant en Suisse, les touristes, les personnes en visite ou en voyage d'affaires, ne sont pas comptées dans la population résidente étrangère (OFS 2005, p. 12).

Prévention : ensemble des mesures prises pour empêcher la survenance d'une maladie ou d'un accident ; politique de prévention.

Promotion de la santé : mesures visant à renforcer les ressources individuelles et collectives nécessaires pour préserver et améliorer la santé de manière générale.

Salutogenèse : ce concept, inspiré de celui de pathogenèse (étude de l'origine de la maladie) signifie par analogie à ce dernier l'étude des causes de la santé. Tandis que la pathogenèse intervient dès l'apparition des premiers symptômes et porte sur les moyens de lutter contre la maladie, la salutogenèse s'intéresse aux moyens de renforcer la santé. Elle contribue ainsi au renforcement des ressources sanitaires.

Système de santé : ensemble des institutions et des prestataires dont la principale tâche consiste à promouvoir la santé ou à préserver et à rétablir l'état de santé. Le système de santé englobe l'ensemble des offres et des prestations de la promotion de la santé, de la prévention et du traitement des maladies (thérapies).

Abréviations

AELE	Association européenne de libre échange
ASI	Association suisse des infirmières et infirmiers
ASR	Aide suisse aux réfugiés
CDI	Conférence suisse des délégués à l'intégration communaux, régionaux et cantonaux
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CFE	Commission fédérale des étrangers
CFQF	Commission fédérale pour les questions féminines
CFR	Commission fédérale contre le racisme
Cst.	Constitution fédérale
DFJP	Département fédéral de justice et police
FGM	Female Genital Mutilation (excision)
FMH	Fédération des médecins suisses
IAM	Groupe interdépartemental chargé des questions de migration
LAMal	Loi sur l'assurance-maladie
LAsi	Loi sur l'asile
LEtr	Loi fédérale sur les étrangers
LFPr	Loi sur la formation professionnelle
LSEE	Loi fédérale sur le séjour et l'établissement des étrangers
NEM	Non-entrée en matière
ODM	Office fédéral des migrations
OFS	Office fédéral de la statistique
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OFFT	Office fédéral de la formation professionnelle et de la technologie
OLE	Ordonnance limitant le nombre des étrangers
ONU	Organisation des nations unies
OMS	Organisation mondiale de la santé
OIE	Ordonnance sur l'intégration des étrangers
RS	Recueil systématique de la législation fédérale
SLR	Service de lutte contre le racisme
UE	Union européenne

1 La politique de santé face au défi migratoire

1.1 Migration, diversité et égalité des chances

La population résidante de la Suisse se caractérise depuis longtemps par une extraordinaire diversité sur les plans social, linguistique, religieux et culturel. Les mouvements migratoires de ces dernières décennies sont encore venus ajouter de nouvelles facettes à cette mosaïque, ce qui place de nombreuses institutions au service de notre société pluraliste devant des défis inédits.

L'un de ces défis réside dans la capacité à garantir aux personnes migrantes un accès égalitaire à des ressources de la société et de l'économie telles que la formation et le travail, mais aussi la santé. Le postulat de l'égalité des chances, ancré dans la constitution fédérale³, veut que tous les êtres humains aient formellement les mêmes chances de bénéficier des bienfaits de la société et de réussir dans la vie (Lamprecht et al. 2006). La réalisation de l'égalité des chances représente en conséquence l'objectif numéro un de la politique d'intégration de la Confédération (Conseil fédéral 2002 ; OFM 2006).

Intégration et santé sont étroitement liées. En effet, des difficultés d'intégration peuvent avoir des répercussions sur l'état de santé. L'isolement et l'insécurité sont susceptibles d'engendrer des problèmes de santé. Les personnes mal intégrées courent davantage le risque de contracter une maladie et ont moins de possibilités d'exploiter leur potentiel de santé. D'autre part, l'état de santé influe directement sur le processus d'intégration. Ainsi, les personnes en bonne santé trouvent plus facilement leur place dans le monde du travail. A l'inverse, un mauvais état de santé peut amoindrir les chances de s'intégrer. Toute réflexion sur la politique d'intégration revêt ainsi de l'importance pour la politique de la santé, et inversement.

L'inégalité des chances affecte particulièrement certains groupes de personnes migrantes : ceux-ci sont surreprésentés dans les couches sociales défavorisées. Le déficit de santé dont souffre une partie de la population migrante montre que, dans ce domaine, tout le monde n'est pas égal. Ce déficit est encore aggravé par les obstacles qui entravent l'accès à des soins adaptés. Pourtant, la Confédération considère que l'accès au système de santé doit être suffisamment aisé pour que tant les hommes que les femmes, quelles que soient leur origine et leur appartenance sociale, puissent bénéficier de prestations de santé adéquates. Le programme international « Santé pour tous » (OMS 1999, 2005), dont les objectifs sont largement salués, prévoit que des mesures soient prises pour créer un cadre favorable à l'égalité des chances dans le domaine de la santé également (p. ex. la participation de groupes particulièrement vulnérables à des programmes de prévention et de promotion de la santé,

l'amélioration de la culture sanitaire chez les groupes cible socialement et sanitaire­ment désavantagés et une plus grande prise en compte de domaines politiques ayant une influence considérable sur la santé). Même si la phase II de la stratégie Migration et santé se concentre sur la population d'origine migrante, sa mise en œuvre contribuera à renforcer la solidarité et l'égalité des chances de toute la population face au système suisse de santé. En effet, il faut s'attendre à ce que les mesures prises en faveur de la population migrante, qui impliqueront une sensibilisation des acteurs de la santé aux réalités spécifiques à certains groupes de population, bénéficient également aux ressortissants suisses confrontés à des situations problématiques.

1.2 La stratégie Migration et santé, phase II en bref

Le présent document se divise en deux parties : la première décrit brièvement l'évolution de l'immigration en Suisse et la politique appliquée par la Suisse dans ce domaine et présente quelques aspects qui illustrent l'hétérogénéité de la population migrante dans notre pays. La suite du document vise à montrer l'ampleur des inégalités qui affectent les personnes d'origine migrante face au système de santé, et quels sont les groupes ou les personnes souffrant le plus de problèmes de santé. A cet effet, nous présentons un résumé des principales données socioépidémiologiques relatives à l'état de santé et nous cherchons à savoir pourquoi il est si difficile de réaliser l'égalité des chances dans le domaine de la santé. Suit un catalogue de mesures susceptibles de nous aider à surmonter ces difficultés.

La deuxième partie est consacrée à la stratégie Migration et santé, phase II du Conseil fédéral. Cette partie fait le point sur la situation aux niveaux national et international et présente les principes qui sous-tendent la stratégie, à savoir la vision, les objectifs et les principes d'intervention. Elle présente également les quatre champs d'action de la stratégie et les activités transversales *mainstreaming migration*.

³ Art. 2, al. 3 ; art. 7 et 8 ; art. 41, al. 1, let. b Cst

1^{re} partie : Le point sur la problématique

2 La Suisse en tant que terre d'immigration

Vers la fin du 19^e siècle, la Suisse, qui venait d'abandonner son statut de pays agricole pour entrer de plain-pied dans l'ère industrielle, vit également son rôle changer : de terre d'émigrants, elle se transforma en pays d'immigration. La politique migratoire pratiquée par la Suisse au cours du 20^e siècle et la diversification croissante des flux migratoires ont pour conséquence que près de 30% de la population résidante permanente de notre pays est d'origine migrante. En 2000⁴, la population étrangère représentait 20,5% de la population résidante permanente (2005: 20,7%), tandis que 7,4% des ressortissants suisses étaient des étrangers naturalisés (OFS 2004a).

Définition : sont considérées comme d'**origine migrante** les personnes résidant en Suisse qui étaient de nationalité étrangère à leur naissance, indépendamment du lieu de naissance (Suisse ou étranger). Ce terme englobe donc, d'une part, la population étrangère résidant en Suisse (première et deuxième générations) et, d'autre part, toutes les personnes naturalisées (voir aussi Rausa-de Luca 2005).

Les termes **population migrante** et **personnes migrantes** désignent les personnes détentrices d'un passeport étranger.

Cet important groupe de population se compose de personnes issues de toutes les catégories sociales. Il comprend des hommes et des femmes de tous âges, issus d'horizons familiaux, sociaux, religieux et géographiques variés, aux parcours de vie et aux histoires migratoires différents. Des personnes qui se distinguent encore par leur formation, leurs connaissances linguistiques, leur revenu, leur fortune, leurs conditions de logement et leur statut de séjour. Le terme de « population migrante » ne suffit donc pas à refléter toute l'hétérogénéité de ce groupe. Il importe donc d'en différencier les nombreuses composantes, en particulier si l'on vise l'égalité des chances au niveau social.

L'hétérogénéité de la population migrante de la Suisse est entre autres une conséquence de la politique migratoire pratiquée par notre pays dans la seconde moitié du 20^e siècle. C'est pourquoi nous avons choisi d'en rappeler les grandes lignes ci-après. Nous approfondirons ensuite quelques aspects de la diversité de la population migrante qui s'avèrent importants pour l'égalité des chances face au système de santé.

⁴ Ces données reposent sur le recensement de la population 2000, qui fournit le plus de détails sur la population étrangère en Suisse. Il n'existe pas de données plus récentes présentant un degré de détail aussi élevé.

2.1 La population migrante de Suisse

La structure actuelle de la population migrante de Suisse, telle que présentée ci-après, est le fruit de l'évolution de l'immigration en Suisse, elle-même influencée par la politique menée en la matière. Compte tenu des données disponibles, nous allons nous appuyer en premier lieu sur le critère de la nationalité et faire la distinction entre les personnes de nationalité étrangère et la population de nationalité suisse. Les personnes naturalisées qui ont également un passé de migrants sont considérées comme suisses. L'établissement d'une typologie fondée sur l'origine des personnes migrantes laisse toutefois un goût d'inachevé, dans la mesure où il existe d'importantes disparités socioéconomiques au sein des différents groupes de nationalités. D'autres disparités, selon le sexe ou le groupe d'âge par exemple, peuvent également exister à l'intérieur d'un même groupe de nationalités, voire au sein de groupes socioéconomiquement comparables, dont il faut tenir compte.

Origine

La population résidente de Suisse est pour l'essentiel originaire d'Europe (à près de 85%). Les quelque 930'000 personnes ressortissant des pays de l'UE et de l'AELE sont nettement majoritaires (état fin 2004, OFS 2005). Comme le montre le tableau 1, les personnes de nationalité italienne et d'Europe du Sud (pays de l'ex-Yougoslavie, plus particulièrement Serbie et Monténégro, Kosovo compris) forment les groupes d'étrangers les plus importants. Suivent les Portugais et les Allemands, dont le nombre a fortement augmenté ces dernières années. Conformément à la politique migratoire pratiquée par la Suisse, la plupart des personnes arrivées dans notre pays ces dernières années sont des travailleurs qualifiés provenant de l'UE, plus particulièrement des pays limitrophes et du sud de l'Europe (Wanner 2004)

Tableau 1: Population résidente selon la nationalité, fin 2004

Nationalité	Etat le 31 décembre 2004	Part (en %, chiffres arrondis)	Rapport entre les moins de 20 ans et les 20 à 64 ans (en %)	Rapport entre les plus de 64 ans et les 20 à 64 ans (en %)	Rapport de masculinité ¹
Total	7'529'564	100%	35,5	25,1	96,6
Suisse	5'890'439	78%	35,9	30,3	92,1
Etranger	1'639'125	22%	34,2	9,0	114,6
Etranger, total	1'639'125	100%	34,2	9,0	114,6
<i>Europe</i>	1'397'770	85%	33,7	10,1	117,5
UE-25 / AELE	931'045	57%	24,1	13,3	124,2
Italie	307'717	19%	23,6	21,4	138,3
Serbie-et-Monténégro	211'340	13%	65,4	2,5	109,8
Portugal	173'278	11%	38,4	0,7	119,0
Allemagne	163'923	10%	15,2	13,8	123,9
Turquie	80'462	5%	47,4	3,5	118,0
Espagne	76'080	5%	23,2	9,4	121,3
France	73'999	5%	21,6	13,0	115,3
Macédoine	61'534	4%	62,3	1,1	111,7

Bosnie-Herzégovine	48'931	3%	51,3	3,1	102,4
Croatie	42'050	3%	45,3	2,9	99,5
Asie	108'524	7%	39,8	2,7	101,7
Afrique	65'092	4%	40,3	1,5	124,7
Amérique	61'752	4%	29,1	3,9	69,0

¹ Nombre d'hommes pour 100 femmes.

Source : OFS 2005, données complétées

Rapport de masculinité

La politique suisse d'octroi de permis de séjour a toujours privilégié l'immigration d'hommes, qui trouvent davantage de débouchés sur le marché du travail (CFQF 1999). Toutefois, le nombre d'immigrées a augmenté progressivement. Depuis le milieu des années 1990, ces dernières sont à peu près aussi nombreuses que les hommes à venir en Suisse. Le pourcentage relativement élevé de femmes parmi les immigrants entraîne un lent rééquilibrage du rapport de masculinité chez les étrangers nés hors de Suisse. Le pourcentage d'hommes dépasse encore pour l'heure celui des femmes (53,4% contre 46,6%; état en 2004, OFS 2005). Ce retour de balancier par rapport aux années 1950 et 1960, où l'on privilégiait l'immigration masculine, constitue un phénomène atypique en regard de ce qui se passe dans les autres pays occidentaux (CFQF 1999). La situation est cependant loin d'être homogène : à certaines époques, le nombre de femmes arrivant d'Allemagne, d'Autriche et de France dépassait nettement celui des hommes, et les personnes qui arrivent de nos jours d'Amérique ou d'Europe de l'Est sont majoritairement des femmes.

Structure par âges

La structure par âges de la population migrante se distingue fortement de celle de la population de nationalité suisse (OFS 2005). Etant donné que les immigrants sont pour la plupart des personnes âgées de 20 à 39 ans et que le taux de fécondité des étrangères dépasse celui des Suissesses, la plupart des nationalités présentent une moyenne d'âges inférieure à celle de la population de nationalité suisse. Ce phénomène est particulièrement marqué dans les populations originaires d'ex-Yougoslavie et de Turquie, qui comptent une part nettement plus importante de jeunes. A l'inverse, les populations italienne, allemande, française et espagnole affichent les moyennes d'âges les plus élevées. Les mesures doivent en conséquence viser des groupes d'âges spécifiques (enfants, adolescents, adultes, personnes âgées), en fonction des besoins.

Statut et durée du séjour

Près des deux tiers des étrangers sont au bénéfice d'un permis d'établissement (OFS 2005). Le dernier tiers compte une forte part d'étrangers effectuant un séjour à l'année et un nombre limité de personnes qui se sont vu accorder une autorisation de séjour de courte durée. Les

personnes entrant dans le cadre de l'asile représentaient en 2005 un peu plus de 3% de la population étrangère.

Si l'on considère les différentes nationalités, on obtient le tableau suivant : une large majorité des ressortissants italiens et espagnols détiennent un permis d'établissement. C'est également le cas de la plupart des personnes originaires de Croatie, de Turquie, du Portugal et d'Autriche. La majeure partie des personnes entrées en Suisse dans le cadre de l'asile proviennent d'Afrique, d'Asie, d'ex-Yougoslavie et de Turquie. Selon des estimations, la Suisse compterait, en plus des personnes migrantes officiellement recensées, entre 70'000 et 180'000 sans-papiers, à savoir des personnes ne disposant pas d'une autorisation de séjour valable et séjournant illégalement dans notre pays. Il s'agit là soit de personnes entrées clandestinement en Suisse, soit de personnes n'ayant pas quitté le pays à l'échéance de leur permis de séjour (Achermann/Efionayi-Mäder 2003; Longchamp et al. 2005).

Quelque 24% des étrangers résidant en Suisse y sont nés. Un cinquième environ y vit depuis plus de vingt ans, et une part équivalente est arrivée ces cinq dernières années (OFS 2005).

Le déséquilibre du rapport de masculinité s'explique en premier lieu par une nette surreprésentation des hommes dans le domaine de l'asile (76,5%), mais aussi parmi les bénéficiaires de permis de courte durée (63,1%) (chiffres de 2004 ; OFS 2005). Les femmes détiennent généralement des autorisations de séjour plus précaires que les hommes : elles représentent plus de la moitié des personnes détenant un permis à l'année, tandis que les hommes sont majoritaires dans le groupe des « privilégiés » au bénéfice d'un permis d'établissement (Prodollet 2000).

Situation socioéconomique

Les personnes migrantes représentent 25,2% de la population active occupée de Suisse, et même 38,5% si l'on ne considère que les femmes. La part des femmes étrangères qui exercent une activité rémunérée est inférieure à celle des Suissesses. Les premières travaillent toutefois bien plus souvent à plein temps que les secondes (OFS 2005).

Dans l'ensemble, les travailleurs étrangers sont surreprésentés dans le secteur secondaire (industrie) et sous-représentés dans les secteurs primaire (agriculture) et tertiaire (services). Dans l'industrie, les étrangers originaires d'Europe du Sud sont surreprésentés par rapport au reste de la population migrante. Les personnes d'origine migrante sont également proportionnellement plus nombreuses à occuper des emplois non qualifiés, mais aussi à exercer des professions hautement qualifiées. Pour ce qui est de la situation professionnelle, les travailleurs portugais, turcs ou originaires d'ex-Yougoslavie sont proportionnellement plus nombreux parmi les salariés sans fonction de chef, tandis que les Allemands, les Français et les personnes originaires d'Amérique du Nord et d'Australie sont largement représentés parmi les cadres supérieurs. Une analyse par branches économiques montre que les étrangers sont nombreux à travailler dans la construction, l'hôtellerie et la restauration, ainsi que la santé. Au niveau des professions, on rencontre une majorité d'hommes étrangers notamment parmi

les soudeurs, les tunneliers et les autres professions de l'industrie et de la construction. La plupart des femmes employées dans les blanchisseries, comme femmes de chambre ou dans les métiers du nettoyage sont étrangères. Parmi les migrantes qui travaillent dans des conditions particulièrement précaires, citons les travailleuses du sexe et les employées domestiques, qui sont généralement sans papier ou qui n'ont qu'une autorisation de séjour de courte durée (permis L).

Compte tenu de toute cette diversité, la structure salariale présente elle aussi de grandes disparités. Les personnes migrantes qui gagnent le moins bien sont celles originaires de l'ouest des Balkans⁵, alors que les mieux loties proviennent d'Europe du Nord et de l'Ouest. Les ressortissants suisses arrivent en deuxième position pour les salaires. Les travailleurs originaires du Sud de l'Europe gagnent plutôt davantage que les personnes migrantes arrivées des Balkans, mais moins que les ressortissants suisses (OFS 2005).

En ce qui concerne le niveau de formation, environ la moitié des personnes occupées originaires du sud de l'Europe et de l'ouest des Balkans n'ont pas suivi de formation postobligatoire. A l'inverse, plus de la moitié des ressortissants d'Europe du Nord et de l'Ouest ont en poche un diplôme de formation tertiaire (école professionnelle supérieure, université ou haute école) (OFS 2005). Les femmes étrangères optent plus souvent pour un apprentissage de courte durée et limitent leur choix à un petit nombre de professions.

Le niveau de chômage plus élevé enregistré chez les personnes migrantes par rapport aux ressortissants suisses (6,6%, contre 2,8% au milieu de 2004) s'explique en grande partie par leur niveau de formation relativement faible et par leur présence massive dans des branches fortement soumises aux aléas conjoncturels. Dans ce contexte, les femmes étrangères sont plus touchées par le chômage que les hommes étrangers (7,2% contre 6,2% ; OFS 2005). La population migrante âgée de 15 à 24 ans était la plus touchée par le chômage, à l'instar des ressortissants suisses du même âge ; toutefois, à la différence de ces derniers, la population migrante enregistrait un taux de chômage plus élevé chez les femmes que chez les hommes (8,3% contre 7,0% ; OFS 2005).

Cette situation contribue à ce que les personnes migrantes soient plus souvent frappées par la pauvreté que les Suisses, et qu'elles soient surreprésentées parmi les *working poor* (OFS 2005). Chez les migrantes, comme chez les femmes en général, le risque de pauvreté est souvent renforcé par un plus faible niveau de formation, par des conditions de travail défavorables et par un taux de chômage plus élevé. Bien que le taux de pauvreté de la population migrante soit deux fois plus élevé que celui de la population suisse (21,4% contre 10,4%), tous les groupes d'étrangers ne sont pas touchés de la même manière. Ainsi, seulement 7% environ des ressortissants d'Europe du Nord et de l'Ouest sont frappés par la pauvreté, contre près de 30% de la population migrante originaire de l'ouest des Balkans, de Turquie, de

⁵ Serbie (Kosovo compris), Monténégro, Croatie, Bosnie-Herzégovine, Macédoine et Albanie (OFS 2005).

Roumanie et de Bulgarie, entre autres. Le taux de pauvreté des personnes migrantes originaires des pays de l'UE et du sud de l'Europe se situe entre ces deux extrémités. Les ressortissants d'Europe du Nord et de l'Ouest risquent deux fois moins de faire partie un jour de la catégorie des *working poor* que les Suisses, eux-mêmes deux fois moins exposés au risque de pauvreté que les personnes migrantes originaires du reste du monde.

Pour ce qui est du taux d'aide sociale, plusieurs indices nous laissent supposer que la population migrante recourt beaucoup plus largement à celle-ci et que le risque de dépendre de l'aide sociale est un peu plus élevé chez les femmes étrangères que chez les hommes étrangers (ODM 2006).

Le nombre de bénéficiaires de rentes AI étrangers a fortement augmenté dans la première moitié des années 1990, pour se stabiliser ensuite. Le poids des différentes nationalités au sein de ce groupe s'est modifié : si les Italiens constituent toujours le groupe de loin le plus important des rentiers AI (12%), il ne progresse plus, en raison notamment du départ à la retraite d'un nombre croissant de ses représentants, qui touchent alors l'AVS. La part de bénéficiaires originaires de l'ex-Yougoslavie progresse en revanche. Des différences dans la structure par âges, les taux d'activité et la structure professionnelle des différents groupes de nationalité expliquent cette évolution contrastée. Ainsi, les ressortissants de l'ex-Yougoslavie occupent plutôt des emplois, où le risque d'invalidité est notoirement accru. Si l'on considère les nouveaux rentiers AI étrangers, on constate que les raisons de l'invalidité sont en premier lieu des maladies psychiques, ainsi que des troubles au niveau du système osseux et des organes moteurs. Depuis quelques années, la part des étrangers est plus importante que celle des Suisses parmi les nouveaux bénéficiaires d'une rente AI accordée pour l'un de ces motifs (Breitenmoser et Buri 2004, OFAS 2006).

Conditions de logement

La situation économique est influencée par la taille du ménage et par le nombre d'enfants. Alors que la grande majorité des personnes originaires de l'ouest des Balkans, de Bulgarie, de Roumanie et de Turquie vivent dans des ménages de trois personnes ou plus, plus de la moitié des étrangers arrivés d'Europe du Nord et de l'Ouest habitent seuls ou à deux. Les couples mariés avec enfants constituent le principal modèle familial rencontré dans la population migrante d'ex-Yougoslavie, de Turquie et du Portugal, alors que ce modèle est largement minoritaire chez les Allemands, les Français, mais aussi chez les immigrés africains. Les ménages monoparentaux sont en revanche très répandus chez les femmes originaires d'Afrique, d'Amérique et de France (OFS 2005).

La situation en matière de logement est la suivante : la part des locataires est plus élevée dans la population migrante que dans la population suisse, et la taille des logements est en moyenne plus petite chez les étrangers que chez les Suisses (OFS 2005). Les conditions de logement sont particulièrement modestes chez les locataires originaires du Portugal, de Turquie et de l'ex-Yougoslavie (ODM 2006).

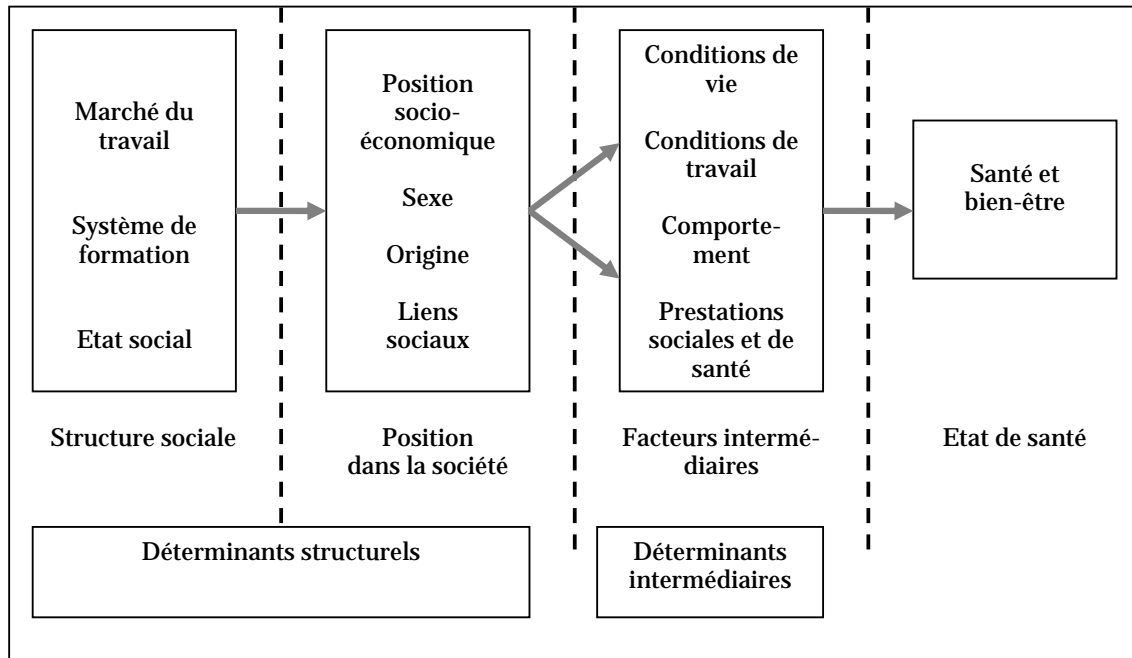
3 Migration et égalité des chances face au système de santé

Dans ce chapitre, nous allons tenter de montrer dans quelle mesure les personnes d'origine migrante qui vivent en Suisse sont désavantagées face au système de santé, quelles sont les causes de cette inégalité de traitement et quelles sont les possibilités d'agir afin d'instaurer pour tous les mêmes chances face au système de santé. Commençons par considérer les déterminants centraux d'une telle égalité des chances.

3.1 Bases conceptuelles

Comme la plupart des autres pays, la Confédération se fonde dans son action sur la définition de la santé telle que l'a arrêtée l'Organisation mondiale de la santé (OMS) : « La santé est un état de bien-être total physique, social et mental de la personne. Ce n'est pas la simple absence de maladie ou d'infirmité » (OMS 2005). Les déterminants de la santé et de la maladie sont variés et s'influencent mutuellement. Outre les facteurs individuels tels que l'âge, le sexe et les prédispositions génétiques, le cadre politique, économique, social et environnemental, les conditions de vie et d'emploi concrètes (dont fait également partie la position de l'individu dans la société) et les ressources sociales et individuelles, de même que les risques encourus (réseau social, mode de vie) influent sur la santé et le bien-être (Lamprecht et al. 2006).

Figure 1: Cadre théorique pour la réalisation de l'égalité des chances face au système de santé



Source : Graham/Kelly (2004), modifié

La figure 1 illustre la distinction faite entre les déterminants *structurels* et les déterminants *intermédiaires* de la santé (Graham/Kelly 2004). Font partie des déterminants structurels

des facteurs tels que la structure de la société (marché du travail, système de formation, Etat social) ainsi que la position de l'individu dans la société (situation socioéconomique, sexe, origine, réseaux sociaux). Ces déterminants structurels influent sur les facteurs intermédiaires (conditions de logement, situation professionnelle, comportement, recours aux prestations de santé et aux prestations sociales), qui sont considérés au final comme décisifs pour l'état de santé et le bien-être (figure 1).

Il y a égalité des chances en matière de santé lorsque tout le monde a les mêmes chances d'être en santé ou d'exploiter pleinement son potentiel de santé (Mielck 2000). Etant donné que le potentiel de santé et les possibilités d'exploiter ce potentiel varient d'un individu à un autre, l'inégalité des chances en matière de santé n'est pas un problème propre à la population migrante, mais concerne toutes les personnes et tous les groupes qui sont exposés à des problèmes de santé.

L'égalité des chances en matière de santé signifie que chacun a les mêmes chances de réaliser pleinement son potentiel de santé.

Comme le montre la figure 1, les inégalités devant la santé sont le reflet des inégalités sociales : les personnes qui vivent dans la précarité sans pouvoir améliorer leur situation matérielle et/ou sociale pourront s'en trouver plus facilement affectées dans leur santé (Mielck 2000). Les travaux de recherche menés à l'étranger confirment que des indicateurs de la santé tels que la mortalité, la morbidité, le comportement en matière de santé et l'exposition aux risques sont directement liés aux indicateurs de la situation sociale (Mackenbach/Bakker 2002 ; Marmot/Wilkinson 2001 ; pour la Suisse : Beer et al. 1993 ; Bisig et al. 2001 ; Bopp/Minder 2003 ; Leu/Schellhorn 2004). Pour expliquer la corrélation qui existe entre les difficultés sociales et les difficultés sanitaires, les milieux scientifiques se fondent sur les trois groupes d'éléments suivants (Siegrist 2005) :

- **Difficultés matérielles et psychosociales** : les conditions de vie de certains groupes sociaux (conditions précaires de travail ou de logement p. ex.) engendrent des difficultés et des frustrations qui s'avèrent néfastes pour la santé.
- **Comportement sanitaire** : les personnes issues de couches sociales différentes disposent de compétences différentes en matière de santé (*culture sanitaire* ou *health literacy*). Ces groupes se distinguent par le regard qu'ils portent sur la santé et par leur comportement en matière de santé. Une situation sociale défavorable limite la marge de manœuvre et encourage des comportements néfastes.
- **Organisation du système de santé** : la diversité des défis posés au système de santé⁶ et aux prestations que ce dernier doit fournir en matière de promotion de la santé, de

prévention et de prise en charge résulte de la diversité des réalités sociales. Dans ce contexte, une partie de la population risque de ne pas remplir les conditions qui lui permettraient d'accéder à toute la palette des prestations et d'obtenir le traitement adéquat. Les personnes socialement défavorisées notamment se trouvent souvent confrontées à des difficultés.

Ces trois groupes d'éléments correspondent aux facteurs intermédiaires présentés à la figure 1, pour autant qu'on regroupe les conditions de vie et les conditions de travail, qui y sont mentionnés séparément. L'influence de ces trois groupes d'éléments sur la santé varie selon les caractéristiques structurelles d'un individu. A ce propos, quatre déterminants revêtent une importance essentielle :

- La **situation socioéconomique** d'une personne résulte de son éducation, de sa profession et de son revenu. Il s'agit là d'une variable de stratification clé (Lamprecht et al. 2006). La situation économique revêt une importance pour la santé dans la mesure où les facteurs intermédiaires y sont étroitement liés.
- La variable **sexe** influe dans toute la société sur la probabilité d'occuper certaines positions sociales, de disposer d'une certaine latitude d'action ou d'accéder à certaines ressources. Il existe donc un lien complexe entre le sexe et les facteurs sociaux et sanitaires, qui explique certaines différences entre les hommes et les femmes et qui peuvent être source d'inégalités devant la santé (Zemp/Ceschi 2003 ; OFSP 2006a). Suivant les circonstances, les déterminants de la santé n'ont pas le même poids pour les hommes et pour les femmes. La notion de santé ne signifie pas la même chose pour les premiers et les secondes, qui n'y accordent pas la même importance, ni le même intérêt. Cela explique les différences, parfois considérables, qui peuvent exister entre les hommes et les femmes du point de vue de leur état de santé et de leur comportement en la matière. Il en va de même de leurs besoins à l'égard du système de santé. Le sexe représente en outre un déterminant essentiel de la situation socioéconomique, et donc des conditions de vie et de travail. C'est ainsi que le marché suisse du travail est marqué par une ségrégation sexuelle plus ou moins lourde de conséquences selon qu'on soit homme ou femme (OFSP 2006a). A titre d'exemple, les femmes se retrouvent de plus en plus souvent dans des situations précaires : elles sont plus souvent à la tête des familles monoparentales, un groupe particulièrement bien représenté parmi les *working poor* (Zemp/Ceschi 2003).
- L'**origine** ou la nationalité n'a pas d'incidence directe sur la santé, mais joue un rôle en relation avec d'autres facteurs. Le statut et la durée de séjour, le statut socioéconomique, les conditions spécifiques au sexe et à l'âge, la structure des réseaux sociaux de même

⁶ Le système de santé englobe l'ensemble des offres et des prestations de promotion de la santé, de prévention et

que des facteurs de stress antérieurs, parallèles et postérieurs à l'épisode migratoire jouent un rôle central (Weiss 2003). Les risques encourus pour la santé sont d'autant plus grands que leurs effets se cumulent. La politique migratoire considère généralement l'origine comme un critère déterminant pour le choix du permis de séjour, lequel fixe le cadre d'intégration et influe sur le statut socioéconomique et sur les conditions de vie individuelles des personnes migrantes. L'origine est par ailleurs liée à d'autres facteurs, tels que les compétences linguistiques ou l'autonomie d'action (*culture sanitaire*), ou encore la compréhension du monde environnant, dont dépendra la capacité d'interagir avec le système de santé du pays d'accueil et d'adopter un comportement bénéfique pour sa santé. Mais l'origine peut aussi constituer un facteur d'exclusion et de discrimination et affecter ainsi directement la santé des personnes concernées (Gabadinho/Wanner 2006). Comme le relèvent plusieurs auteurs, la santé dépend également de l'ouverture dont fait preuve la population d'accueil vis-à-vis de la population d'origine migrante et de la volonté d'intégration des différentes composantes de la société (Bollini/Wanner 2005 ; Committee of Experts on Health Services in a Multicultural Society 2005 ; Gilgen et al. 2005 ; Salis Gross 2004).

- **Les réseaux sociaux** : les réseaux sociaux constituent à double titre une ressource importante : ils augmentent le degré d'intégration dans la société et fournissent un soutien précieux dans les moments difficiles. Les réseaux sociaux contribuent à réduire la vulnérabilité et influent positivement sur la santé. Ils peuvent être plus ou moins denses : ils dépendent directement de la situation socioéconomique, ils sont plus riches chez les femmes que chez les hommes, ils sont les moins denses chez les jeunes et les plus abondants chez les personnes d'âge moyen (Geyer 2002).

Il ressort de ce qui précède que l'égalité des chances devant la santé varie considérablement au sein même de la population d'origine migrante. En soi, l'immigration ne rend pas malade (Weiss 2003), mais constitue un déterminant important de la santé. Les résultats de plusieurs études épidémiologiques réalisées à l'étranger montrent que certaines personnes ou certains groupes d'origine migrante présentent des profils de risque plutôt défavorables par rapport à la population de référence (MacKay 2003), se révélant particulièrement vulnérables. C'est également le cas en Suisse, comme en atteste l'état de santé nettement moins bon de certains groupes de personnes migrantes par rapport à la population de nationalité suisse. Nous allons l'illustrer ci-après, sur la base des données existantes, puis nous aborderons les inégalités devant la santé qui découlent des déterminants intermédiaires ; enfin, nous commenterons les actions possibles pour réaliser l'égalité des chances devant la santé.

3.2 Données socioépidémiologiques sur la santé de la population migrante en Suisse

La santé des personnes d'origine migrante vivant en Suisse constitue toujours un thème secondaire de la recherche (socio-)épidémiologique. La faute en incombe dans une large mesure au manque de données en la matière : la qualité insuffisante des données statistiques disponibles ne permet pas de procéder en Suisse à des analyses détaillées dans le domaine migratoire. C'est pourquoi les études épidémiologiques définissent généralement la population migratoire sur la base de la nationalité. Pour des raisons méthodologiques, la plupart des analyses font la distinction entre population étrangère et population suisse. L'impossibilité de tenir compte comme il le faudrait de l'hétérogénéité socioéconomique de la population migrante ainsi que de la situation des Suisses naturalisés d'origine migrante réduit considérablement la portée de ces études.

La stratégie Migration et santé 2002-2007 a donné lieu en 2004 à un monitoring de l'état de santé de la population migrante de Suisse. Pour la première fois, des données détaillées ont été collectées de manière systématique sur l'état de santé et sur le comportement en matière de santé de groupes de personnes migrantes de différentes nationalités (Allemagne, Autriche, France, Italie, Portugal, Turquie, ex-Yougoslavie, Sri Lanka) et aux différents statuts de séjour (personnes autorisées à séjourner en Suisse, requérants d'asile). Toutes les données collectées dans le cadre de l'enquête reposent sur les indications fournies par les personnes interrogées elles-mêmes. Les résultats de l'enquête suisse sur la santé (ESS) forment la base de comparaison. L'analyse de ces données a fourni de nombreux enseignements nouveaux et confirmé les résultats d'études antérieures (Rommel et. al 2006 ; Gabadinho/Wanner 2006). Si l'enquête sur la santé des migrants est la plus complète et la plus détaillée réalisée à ce jour sur la santé des personnes d'origine migrante en Suisse, elle n'en présente pas moins certaines limites. Ainsi, elle ne fournit aucune donnée sur les populations originaires d'Asie, d'Amérique latine ou d'Afrique, auxquelles les résultats ne sont pas directement transposables et qui présentent des profils de risque particuliers.

L'analyse purement descriptive des données de l'enquête sur la santé des migrants fournit des informations spécifiques sur les différents groupes de personnes migrantes et permet des comparaisons entre ces derniers. Comme nous l'avons mentionné plus haut, l'origine est liée à d'autres déterminants, comme le motif de l'immigration, la situation socioéconomique et le degré d'intégration. Une analyse approfondie des données de l'enquête sur la santé des migrants permettrait d'étayer cette thèse (Gabadinho/Wanner 2006). Une certaine prudence est ainsi de mise dans la lecture des observations effectuées sur les différents groupes de personnes migrantes, présentées ci-après.

Il ne faut donc pas s'étonner, compte tenu de l'hétérogénéité de la population migrante, si les données socioépidémiologiques dont nous disposons à présent non seulement se révèlent

incomplètes, mais mettent en évidence une palette toujours très large de situations d'inégalité devant la santé entre les ressortissants suisses et les différents groupes d'origine migrante. D'un point de vue socioépidémiologique cependant, il apparaît que certains groupes de personnes migrantes sont nettement plus vulnérables que d'autres. Ce constat est renforcé par de nombreuses études qui mettent en évidence, dans de multiples domaines de la santé et du comportement en matière de santé, des différences tangibles dues à l'appartenance sociale entre la population de référence et les groupes d'origine migrante étudiés.

3.2.1 Morbidité

Diverses études, dont celle sur la santé de la population migrante, montrent que les personnes migrantes jugent leur état de santé nettement moins bon que les personnes de nationalité suisse. Les femmes immigrées notamment se sentent beaucoup moins bien que les Suissesses et que leurs compatriotes masculins et que les Suissesses (Weiss 2003). Les différences entre la population suisse et la population migrante apparaissent nettement dans les groupes de population plus âgés (Rommel et al. 2006). Ventilés par nationalité, les résultats de l'étude sur la santé des migrants montrent que, de manière globale, l'état de santé subjectif ne varie pratiquement pas entre les ressortissants suisses et les personnes migrantes de nationalité allemande, autrichienne ou française. Ces quatre nationalités constituent les groupes présentant le moins de symptômes. A l'inverse, les personnes migrantes de nationalité turque notamment, de même que les requérants d'asile originaire du Kosovo se sentent plus souvent en mauvaise santé et étaient nombreux à ressentir des troubles physiques ou psychiques depuis plus d'un an au moment de l'enquête. Plus de 20% des personnes appartenant à ces groupes font en outre état de maux de dos, de maux de tête et de forts troubles du sommeil.

Santé physique

Parmi les troubles de santé qui affectent plus particulièrement la population migrante, on trouve des maladies parasitaires ou infectieuses telles que la malaria et la tuberculose (Loutan 2001). Les personnes séjournant en Suisse clandestinement ou dans le cadre de l'asile qui proviennent de pays à forte incidence de tuberculose courent un risque accru de développer cette maladie (Aebischer Perone et al. 2005 ; Loutan 2001; Manzano/Suter 2002 ; Zellweger 2003). En outre, la population migrante souffre bien plus souvent d'hépatite ou de maladies sexuellement transmissibles. Les ressortissants de pays connaissant une forte prévalence du VIH (beaucoup se situent en Afrique subsaharienne) courent davantage le risque de contracter le sida. Par rapport aux personnes originaires d'Europe du Nord-Ouest qui sont infectées (Staehelin et al. 2004), les personnes porteuses du VIH originaires d'Afrique subsaharienne sont plus jeunes. Cette population compte une part accrue de femmes ayant été infectées par des contacts hétérosexuels. Les travailleuses du sexe constituent un groupe à risque spécifi-

que (OFSP 2003 ; Dubois-Arber et al. 2001, 2003 ; Loutan 2001 ; Meystre-Agustoni 2004 ; Staehelin et al. 2004).

Les enfants de requérants d'asile souffrent plus souvent de maladies cutanées et ont davantage de caries (Loutan 2001 ; Manzano/Suter 2002). La prévalence des caries est plus élevée notamment chez les enfants arrivés en Suisse alors qu'ils avaient dépassé l'âge de la maternelle. Les jeunes vivant depuis peu en Suisse (notamment ceux originaires de l'ex-Yougoslavie) sont nombreux à avoir une dentition en très mauvais état (Menghini et al. 1995 ; Steiner et al. 1994).

La population migrante souffre plus souvent de maladies qui se développent avec l'âge, comme les rhumatismes (Bolzman et al. 2004 ; Hungerbühler 2004 ; Rommel et al. 2006). Les personnes migrantes qui ont longtemps effectué un travail physique pénible sont davantage victimes, une fois arrivées à la retraite, de maux de dos chroniques, souvent accompagnées de dépressions et de crises émotionnelles (Keel 2001 ; Kilcher/Spiess 2003 ; Kläui 2004). La population migrante en âge de travailler est également plus souvent affectée par des troubles somatiques spécifiques, tandis que certains groupes de personnes migrantes sont surreprésentés parmi les bénéficiaires de rentes AI (Hämmig et al. 2005, Breitenmoser/Buri 2004). Il n'y a rien d'étonnant à cela, si l'on songe aux conditions de travail de cette population (voir le point 1.2.2). Le pourcentage d'étrangers parmi les hommes accidentés dépasse par ailleurs la moyenne (CSAA 2006).

Les personnes migrantes ayant vécu des épisodes de violence forment un groupe à part. Elles présentent dans des proportions accrues des symptômes somatiques et émotionnels spécifiques, que l'on retrouve beaucoup plus rarement dans le reste de la population (Eytan et al. 2004 ; Frey 2004 ; Gilgen et al. 2005 ; Kläui 2004 ; Loutan 2001). Parmi les troubles (psycho)somatiques typiques (et chroniques) dont souffre ce groupe, on trouve les troubles de l'appareil locomoteur, les migraines, les douleurs de poitrine, les maux d'estomac et l'insomnie (Negovetic 2001). Des épisodes violents peuvent aussi déboucher sur l'apparition de troubles gynécologiques et de troubles sexuels fonctionnels (Kläui 2004).

Santé psychique

La population migrante estime également son état de santé psychique moins bon que la population de référence de nationalité suisse, et affiche une prévalence de troubles psychiques supérieure (Rommel et al. 2006 ; Testa-Mader et al. 1999). Les plus affectées sont les personnes dont le statut de séjour est précaire (requérants d'asile). Ces dernières souffrent fréquemment de sentiments de solitude. Les femmes sont plus nombreuses à se faire soigner pour des troubles psychiques que les hommes (Rommel et al. 2006).

Les personnes qui ont vécu des épisodes de violence et/ou qui ont été forcées d'émigrer sont également souvent affectées dans leur santé psychique. Elles sont nombreuses à présenter des symptômes caractéristiques de troubles posttraumatiques ou à souffrir d'un stress géné-

ral, de difficultés à accomplir les gestes quotidiens, d'une faible estime de soi. En bref, elles se sentent mal et estiment leur qualité de vie mauvaise (Wicker 1993).

3.2.2 Mortalité

En ce qui concerne la mortalité, la population migrante présente des valeurs tantôt meilleures, tantôt moins bonnes que la population de nationalité suisse. Une comparaison des taux de mortalité selon l'âge et le sexe montre que la mortalité dans la population migrante est inférieure dans la tranche d'âges allant de 35 à 60 ans. Cette différence concerne surtout la principale cause de décès, les maladies cardiovasculaires, mais également les maladies cérébrovasculaires (Wanner et al. 2000 ; OFS 2005). La différence est plus marquée chez les hommes que chez les femmes. Cela s'explique d'une part par le phénomène dit du « migrant en bonne santé », mais aussi sans doute par des différences dans les habitudes alimentaires et l'activité physique liée au travail (OFS 2005). Le cancer du sein est lui aussi moins répandu chez les femmes migrantes, et cause donc moins de décès parmi ces dernières que chez les Suissesses, dont les facteurs de risque sont plus défavorables (absence d'enfants ou accouchement à un âge relativement élevé).

A l'inverse, on relève parmi la population migrante une mortalité périnatale, néonatale et postnatale accrue. Celle-ci est liée en premier lieu au statut socioéconomique plus faible des parents migrants (Bollini/Wanner 2005 ; Lehmann et al. 1990). Le taux nettement plus élevé de complications lors de grossesses et d'accouchements s'explique par la méconnaissance des possibilités de prévention prénatale (Weiss 2003 ; Bollini/Wanner 2005). Les principales victimes en sont les femmes effectuant en Suisse un séjour de courte durée (OFSP 2006a).

Alors que le cancer du poumon se révèle à peu près autant mortel pour la population migrante que pour la population suisse, le pourcentage de décès dus au cancer de l'estomac est une fois et demie plus élevé chez la première. Pneumonies et maladies infectieuses sont également plus souvent mortelles dans la population migrante que dans la population suisse (OFS 2005). D'autres différences sont liées à l'origine des personnes migrantes. C'est le cas de plusieurs types de cancer et des infections au VIH et du sida : les hommes originaires d'Afrique et d'Asie meurent plus souvent d'un cancer du foie. Les personnes migrantes arrivant de Chine ou d'Asie du Sud-Est sont plus souvent victimes de cancers du rhinopharynx, tandis que les personnes originaires d'Afrique subsaharienne meurent davantage du sida que les membres d'autres groupes de population (Wanner et al. 2000).

3.2.3 Problèmes posés par les lacunes d'information

L'un des problèmes majeurs est qu'en Suisse, les données qui permettraient de procéder à des analyses pertinentes sur la santé de la population migrante sont quasi inexistantes ou, lorsqu'il y en a, difficilement accessibles. Ainsi, les principales enquêtes ne comportent pas

ou pas assez de variables fournissant des indications sur les origines de la population migrante. Nous ne disposons pour l'heure que d'informations fragmentaires, parfois contradictoires, sur les différences entre les individus et les groupes issus de la migration et la population d'origine suisse dans le domaine de la santé et de ses déterminants. Pour parvenir à former, à partir de ces informations, une vue d'ensemble cohérente, nous devons pouvoir disposer, à l'avenir, de données de qualité collectées régulièrement, selon des méthodes harmonisées, données qu'il s'agira d'analyser de manière suivie. Il s'agit donc d'adapter, de manière générale, les outils de collecte des données de manière à disposer d'informations actuelles permettant des comparaisons sur la santé de la population migrante et de la population suisse.

3.3 Raisons de l'inégalité des chances de la population migrante

Nous abordons ci-après les raisons des disparités constatées dans le domaine de la santé entre la population migrante et la population suisse. Celles-ci résultent de différences au niveau des ressources matérielles, de la pression psychosociale, du comportement en matière de santé et de l'organisation du système de santé. Sur la base de ces trois groupes de déterminants, nous allons chercher à savoir dans quelle mesure les personnes issues de la migration sont défavorisées face à la santé. Il s'agit en premier lieu de déterminer les causes des inégalités et de décrire les conditions permettant de réaliser l'égalité des chances. A cet effet, on décompose les facteurs intermédiaires en différents sous-problèmes. Ces sous-problèmes sont analysés en premier selon le facteur « origine » ou « origine migrante »; la situation socioéconomique et le facteur « sexe » ne sont toutefois pas oubliés.

3.3.1 Environnement matériel et psychosocial

Par rapport à la population de nationalité suisse, certaines parties de la population migrante connaissent des conditions matérielles précaires et subissent une forte pression psychosociale. Les personnes d'origine migrante peuvent développer des troubles de santé lorsqu'elles sont confrontées à des difficultés socioéconomiques ou à la précarité de leur statut de séjour, deux éléments qui dépendent en grande partie de la politique appliquée en matière de migration et d'intégration. Un accueil peu chaleureux de la part de la population locale, des prédispositions défavorables à la santé liées à l'origine et une expérience migratoire difficile peuvent affecter concrètement la santé de la personne migrante. Les personnes d'origine migrante disposent toutefois de leurs propres ressources pour redresser la situation (réseau social, contacts avec la famille d'origine, foi et engagement religieux, foi dans l'avenir, amélioration concrète de la situation) (Obrist/Büchi 2006 ; Achermann/Chimienti 2006).

Situation socioéconomique

Les personnes migrantes qui sont confrontées au cours de leur vie à des difficultés matérielles et psychosociales le doivent à un statut socioéconomique défavorable, résultat de conditions de vie et de travail précaires (Leu et Schellhorn 2004 ; Schopper 2002). Une analyse approfondie des résultats de l'enquête sur la santé des migrants montre clairement que le statut socioéconomique exerce une forte influence sur la santé, chez les femmes comme chez les hommes (Gabadinho/Wanner 2006).

Comme nous l'avons indiqué précédemment, les personnes migrantes sont surreprésentées aux deux pôles de la société : tandis qu'une minorité occupe le haut de l'échelle des salaires et jouit d'une très bonne formation, une part nettement plus importante, souvent frappée de chômage ou contrainte d'occuper des emplois précaires, présente un niveau de formation et des salaires inférieurs à la moyenne de la population. Cette situation concerne plus particulièrement les personnes migrantes arrivées de pays non-membres de l'UE. Les jeunes femmes d'origine migrante sont particulièrement touchées par le chômage et doivent souvent recourir à l'aide sociale.

Par rapport à la population de nationalité suisse, la population migrante travaille plus souvent dans des branches fortement dépendantes de la conjoncture, dans des conditions atypiques (travail de nuit ou en équipe, horaires irréguliers) et physiquement astreignantes (ODM 2006). Le marché du travail est en outre marqué par une forte ségrégation sexuelle, qui affecte diversement les hommes et les femmes. Dans le secteur des services, à prédominance féminine, les femmes migrantes effectuent souvent les tâches les plus mal rémunérées (CRS 2006). Elles finissent par en être atteintes dans leur santé, ce qui les rend d'autant plus vulnérables qu'elles avancent en âge (voir point 3.2.1).

Les problèmes de santé dont souffrent les migrants âgés gagnent en importance, étant donné que ces derniers représentent une part croissante de la population migrante, même si celle-ci reste relativement jeune dans l'ensemble, comme le montre sa structure par âges. Selon des projections de l'OFS, le pourcentage des personnes âgées devrait ainsi dépasser 10% de la population migrante en 2010. Les risques de maladie s'en trouveront accrus, si l'on songe que les retraités étrangers sont actuellement deux fois plus nombreux que les suisses à ne pas disposer du minimum vital (Höpflinger 2000 ; Leu et al. 1998).

Statut de séjour

Le statut de séjour influe sur la situation socioéconomique de la population migrante et sur les conditions de son intégration. Il peut aussi avoir des effets sur la santé. Un statut précaire, conjugué avec un sentiment d'insécurité et l'absence de perspectives constitue ainsi un facteur de risque pour la santé (Achermand et al. 2005 ; Achermand/Efionayi-Mäder 2003 ; Bahnan Buechi/Sieber 2004 ; Bärtschi/Lutz 2003 ; Guignet 2003 ; Hunkeler/Müller 2004 ; Loncarevic et al. 2001 ; Öztürk 2001 ; Previsic 2002 ; Subilia 2002 ; Winizki 2002). Comme

nous l'avons montré plus haut, les requérants d'asile notamment présentent des problèmes de santé spécifiques. En outre, les personnes autorisées à séjourner à titre provisoire seulement voient leurs droits restreints et ne bénéficient que d'un accès limité aux prestations du système de santé. Elles se retrouvent souvent contre leur gré dans des situations de dépendance lourdes à supporter, parfois synonymes d'exploitation ou de violences, pour les femmes surtout.

Importance de la politique migratoire et d'intégration

La politique suisse en matière de migration et d'intégration peut influencer au travers de différents mécanismes sur le bien-être matériel et psychosocial des personnes migrantes. Elle fixe les conditions d'entrée et de séjour en Suisse et peut, par le biais du statut de séjour, peser sur la situation socioéconomique et sur les conditions de vie de la population migrante. La politique migratoire a encore une influence sur la situation familiale et sur la situation personnelle des personnes migrantes (regroupement familial, statut du conjoint), ce qui n'est pas sans effet sur la santé. Dans ce contexte, les réseaux sociaux (famille et parents) constituent une ressource précieuse. A l'inverse, le fait de ne pas être fixé sur son avenir, d'avoir à endurer des restrictions structurelles (limitation des possibilités de travailler ou de se déplacer) dans le pays d'accueil ou de devoir affronter les préjugés de la population locale peut être source de souffrances au niveau émotionnel.

La politique migratoire et d'intégration recèle ainsi des facteurs de stress qui, ajoutés à la situation socioéconomique souvent difficile des personnes migrantes, augmentent le risque de maladie tout en affectant la santé subjective de la population migrante, qui juge alors son état de santé plus sévèrement que ne le fait la population suisse de son côté.

Dans le domaine de l'asile, la procédure d'octroi du statut de réfugié peut être source d'insécurité et est donc à considérer comme un facteur de stress.

Les derniers développements de la politique migratoire en Suisse ont également des implications médicales. C'est ainsi que les requérants d'asile frappés d'une non-entrée en matière (NEM) se sont vu exclus du système de l'aide sociale dans le cadre du programme d'allégement budgétaire 2003 et n'ont plus d'assurance-maladie. Depuis le 1^{er} avril 2004, les requérants qui se trouvent dans une telle situation ne peuvent plus solliciter qu'une aide d'urgence (également dans le domaine de la santé), garantie par la constitution fédérale (art. 12 Cst.), et qui est à la charge du canton.

L'exclusion de l'aide sociale pourra être étendue le 1^{er} janvier 2008 à l'ensemble des requérants d'asile dont la demande aura été formellement rejetée, selon la modification de la LAsi du 16 décembre 2005. Dès l'entrée en vigueur de cette modification, les requérants déboutés n'auront plus droit qu'à une aide d'urgence.

Expérience migratoire

En soi, la migration ne peut être considérée comme néfaste pour la santé. Elle recèle toutefois des facteurs de stress et de risque qui peuvent rendre les personnes migrantes plus vulnérables et entraîner chez ces dernières des problèmes de santé (Efionayi-Mäder/Chimienti 2003). Les femmes, qui se déplacent souvent accompagnées d'enfants, sont les plus exposées (CFQF 1999). Les personnes qui migrent en quête d'un travail sont généralement plus robustes que les autres (phénomène dit du « migrant en bonne santé »), ce qui n'est pas forcément le cas de celles qui ont vécu des épisodes de violence et/ou qui ont été obligées de quitter leur pays. Les migrations contraintes sont ainsi souvent synonymes de souvenirs de guerre, d'insécurité, de déracinement et, dans une part non négligeable de cas, de violence extrême (torture) et/ou de persécution. De tels événements constituent des facteurs de stress importants et sont souvent cause de troubles posttraumatiques pouvant entraîner l'apparition de problèmes de santé physiques et/ou psychiques qui sont parfois chroniques.

Ressources individuelles et collectives

Les facteurs de stress pour la santé peuvent être compensés par le recours à d'autres facteurs favorables à la préservation de la santé. Parmi ces facteurs salutogènes, citons le « sens de cohérence » (Sense of Coherence ; Antonovsky 1987) et les réseaux sociaux (vgl. Geyer 2002). D'autres ressources liées à la culture d'origine, à la situation familiale ou aux mécanismes d'intégration peuvent également jouer un rôle, comme le fait d'avoir un travail ou de pratiquer une religion, autant d'éléments qui agissent positivement sur la santé (Obrist/Büchi 2006 ; Achermann/Chimienti 2006).

Les personnes migrantes sont plus ou moins liées socialement, à travers leurs réseaux de parents et d'amis, à leur pays d'origine, mais aussi à leur pays d'accueil (Rommel 2006). Nombre d'entre elles ont des contacts réguliers avec des parents et des amis vivant à l'étranger. Les liens de parenté jouent également un rôle important en Suisse : la majorité des personnes interrogées, toutes nationalités confondues, sont en contact avec des parents plus ou moins proches en Suisse. La plupart des personnes migrantes vivent en couple, marié ou non, avec un conjoint généralement de même nationalité. Les relations avec des parents et amis sont importantes dans la transmission d'informations sur la santé. Parents, amis et voisins forment un réseau informel de prise en charge médicale particulièrement apprécié des immigrés d'origine turque notamment, mais aussi des autres groupes étudiés. Les associations font aussi partie des réseaux sociaux. La population migrante exerce beaucoup moins souvent une activité bénévole au sein d'une association privée ou d'une institution publique que la population suisse (10,5%, contre 28,1%). La vie associative est cependant plus en vogue en Suisse allemande, les populations rurales et les travailleurs hautement qualifiés (ODM 2006).

Les taux de mortalité plus bas enregistrés parmi de nombreuses populations migrantes par rapport à la population de nationalité suisse (Wanner/Bouchardy 2000) s'expliquent pour

l'essentiel par le phénomène dit du « migrant en bonne santé », selon lequel les personnes les plus robustes seraient les plus enclines à émigrer, notamment à dans un but professionnel. Chez ces dernières, les effets de comportements néfastes pour la santé seraient étonnamment peu marqués (Tomatis 1990; Weiss 2003). Toutefois, on peut aujourd'hui s'interroger sur la réalité de ce phénomène, compte tenu du recul de la part des migrations motivées par la quête d'un travail, du regroupement de nombreuses familles et de la disparition de l'obligation de fournir un bilan médical à l'entrée en Suisse (Vranjes et al. 1996).

3.3.2 Influence du comportement de la population migrante sur la santé

Lorsqu'on se penche sur le comportement face à la santé, on doit tenir compte plus particulièrement de deux aspects : le recours aux prestations du système de santé et les risques que le comportement fait encourir. Dans le premier cas, les éventuelles différences relevées pourront refléter des difficultés d'accès aux soins ou l'absence d'une prise en charge adaptée, mais également une différence de comportement face à la santé. D'un point de vue sanitaire, le recours à des soins de santé est d'autant plus important que l'absence de soins ou une prise en charge insuffisante ou tardive induit des conséquences négatives. Un comportement à risque marqué peut entraîner immédiatement des effets négatifs sur la santé. Un tel comportement peut refléter un mode de vie spécifique, mais peut aussi résulter d'un manque d'informations et de connaissances (voir plus bas) ou d'une politique de prévention et de promotion de la santé mal ciblée.

Recours aux prestations du système de santé

Bien qu'elles disent généralement éprouver un moins grand bien-être que les Suisses, les personnes migrantes ne se distinguent pratiquement pas des premiers dans le recours aux prestations de santé (Rommel et al. 2006). La population étrangère consulte toutefois davantage des médecins généralistes que des médecins spécialistes, et ce plus souvent pour une maladie ou un accident que pour un examen préventif (Vranjes et al. 1996 ; Calmonte et al. 2000). L'étude sur la santé des migrants montre que les personnes originaires de Turquie et les requérants d'asile venant du Sri Lanka consomment un peu plus de prestations médicales que la population de nationalité suisse, tandis que les ressortissants de l'ex-Yougoslavie en consomment un peu moins. Par rapport aux Suissesses, les Portugaises, les Autrichiennes, les Françaises et les Allemandes recourent davantage aux services de gynécologues, tandis que les femmes tamoules ou kosovares recourent beaucoup plus rarement à ces spécialistes. Les personnes migrantes tendent à recourir plus souvent à des prestations médicales que les personnes de nationalité suisse, notamment les femmes et les personnes d'âge moyen (Rommel et al. 2006).

Les personnes migrantes suivent en partie beaucoup plus de traitements ambulatoires et de traitements hospitaliers dispensés par des établissements hospitaliers. C'est plus particuliè-

rement le cas des personnes originaires du Portugal et de Turquie, ainsi que des requérants d'asile (Santos-Eggimann 2002). Selon l'enquête sur la santé des migrants, la population de nationalité suisse, de même que les personnes interrogées de nationalités italienne, autrichienne, allemande et française sont hospitalisées en moyenne plus longtemps que les ressortissants d'autres nationalités. Parallèlement, les personnes originaires de certains pays, notamment celles de nationalité italienne, portugaise ou turque, se déclarent moins satisfaites de leur dernier séjour à l'hôpital que les ressortissants suisses (Rommel et al. 2006).

La population étrangère recourt moins souvent à des soins psychiatriques hospitaliers. Plutôt que de se rendre dans des services de soins psychologiques ou psychiatriques, elle préfère se tourner vers des services cliniques ou des travailleurs sociaux (Frick et al. 2005 ; Zemp 2001). Les étrangers consomment toutefois davantage de soins psychiatriques ambulatoires que les Suisses, selon des schémas qui varient entre hommes et femmes (OFSP 2006b). D'autres différences entre les populations étrangère et suisse concernent l'envoi de patients dans des services psychiatriques hospitaliers. Certains éléments semblent indiquer que les personnes migrantes sont plus souvent admises de force dans un établissement psychiatrique (sur l'ordre d'un juge ou d'une autorité sanitaire) et qu'elles s'y rendent plus souvent en urgence. Elles sont également hospitalisées moins longtemps (Frick et al. 2005).

Le recours à des examens préventifs varie beaucoup selon le genre d'examen (Rommel et al. 2006). L'enquête sur la santé des migrants montre que la fréquence des contrôles médicaux à des fins de prévention du cancer (prostate, frottis du col utérin, examens du sein) est relativement faible chez les ressortissants du Sri Lanka et de l'ex-Yougoslavie. On sait cependant que les femmes ayant reçu une éducation supérieure se soumettent plus souvent à des mammographies. De manière générale, les étrangères sont nettement moins nombreuses que les Suissesses à indiquer avoir reçu de la part de leur gynécologue des conseils pratiques ou d'autres informations sur le dépistage du cancer du sein. Cet indicateur montre que la capacité à pratiquer un auto-examen du sein est nettement moins développée chez les migrantes (Rommel et al. 2006). Pour ce qui est du test du VIH, les différents groupes de nationalités affichent tous des taux de prévention inférieurs à celui des personnes de nationalité suisse. Les plus bas concernent les personnes d'origine tamoule, ainsi que les ressortissants d'ex-Yougoslavie et de Turquie. Enfin, la couverture vaccinale d'une partie de la population migrante peut être qualifiée de médiocre (Weiss 2003). Toutefois, le taux de vaccination des enfants en bas âge étrangers est supérieur à celui des enfants en bas âge suisses (ISPM 2005). Dans l'ensemble, la population migrante profite moins des possibilités de prévention existantes (Vranjes et al. 1995). Les taux de morbidité et de mortalité périnataux supérieurs, le taux de vaccination plus faible et le recours moins massif aux offres de médecine préventive semblent indiquer que les personnes migrantes ont moins facilement accès au système de santé (Weiss 2003).

Comportement à risque

La consommation de psychotropes et de médicaments, l'activité physique et l'alimentation sont des facteurs déterminants pour l'état de santé. Certains groupes de personnes migrantes, et plus particulièrement les jeunes, font preuve d'un comportement plus risqué en fumant davantage, en négligeant d'entretenir leur forme physique et en faisant fi d'une alimentation équilibrée (Ferron et al. 1997).

La consommation de tabac est davantage répandue parmi certains groupes de personnes migrantes qu'au sein de la population suisse. Le pourcentage des fumeurs est le plus élevé parmi les Turcs, tandis qu'il est très bas chez les ressortissants du Sri Lanka (Rommel et al. 2006). Dans tous les groupes, les hommes fument davantage que les femmes. Mais la différence est plus marquée entre les sexes qu'entre les nationalités (OFS 2004b).

Les ressortissants étrangers, toutes nationalités confondues, sont nettement moins portés sur l'alcool que les personnes de nationalité suisse. Là encore, les femmes font nettement plus souvent preuve d'abstinence que les hommes. Par ailleurs, les étrangers s'enivrent moins fréquemment que les Suisses. En ce qui concerne la fréquence des problèmes graves dus à l'alcool, on ne relève pas de différence significative entre les divers groupes de personnes migrantes (Weiss 2003). Toutefois, les personnes originaires d'Europe de l'Est meurent plus souvent de maladies liées à la consommation d'alcool (Wanner et al. 2000).

Par rapport à la population de nationalité suisse, certains groupes de personnes migrantes (femmes turques, requérants d'asile originaires du Kosovo) font une grande consommation de médicaments, principalement de calmants et de somnifères, administrés sur ordonnance la plupart du temps, ainsi que d'antidouleurs (Rommel et al. 2006).

Les données provenant des établissements thérapeutiques et des centres de consultation ambulatoires destinés aux toxicodépendants ne permettent pas vraiment de dire si les personnes migrantes sont plus exposées au risque de toxicodépendance que les ressortissants suisses. Selon les résultats de l'enquête suisse sur la santé, les jeunes hommes étrangers consomment davantage de substances toxicomanogènes (tabac, cocaïne, héroïne) que les jeunes Suisses, tandis qu'on ne relève aucune différence dans ce domaine entre les jeunes étrangères et les jeunes Suissesses (Gmel/Müller 2001). Selon l'enquête sur la santé des migrants, le taux de prévalence de la consommation de drogue est pour tous les groupes d'étrangers inférieur à celui des ressortissants suisses. On peut cependant douter de la fiabilité des données relatives à la consommation de drogue. Ainsi, il est très difficile d'obtenir des données crédibles concernant des pratiques illégales qui sont le fait de personnes au statut de séjour précaire (Rommel et al. 2006).

A l'exception de ceux originaires d'Autriche, de France et d'Allemagne, les groupes de personnes migrantes sont plus souvent hostiles à la pratique du sport que les personnes de nationalité suisse. La part des personnes qui ne s'adonnent à aucune activité sportive est étonnamment élevée chez les ressortissants italiens et tamouls (Rommel et al. 2006). Il importe

cependant de relever que les personnes migrantes exercent souvent des professions physiquement astreignantes (OFS 2004b).

Différentes tendances semblent se dégager des données relatives à l'alimentation. Il semble tout d'abord que la mortalité relativement faible causée par des maladies cardiovasculaires dans la population migrante soit due à de meilleures habitudes alimentaires (Wanner et al. 2000). Chez certains groupes de personnes migrantes pourtant, ces habitudes changent tellement que ceux-ci risquent d'être confrontés à de sérieux problèmes de santé (Kruseman et al. 2005). De manière générale, les femmes, migrantes ou suisses, semblent se soucier davantage que les hommes de leur alimentation (OFSP 2006a). Toutefois, le pourcentage de personnes migrantes souffrant de surcharge pondérale ou d'obésité dépasse parfois de beaucoup celui enregistré chez les personnes de nationalité suisse. La part des hommes en surpoids est plus élevée, tandis que les deux sexes sont également victimes d'obésité (OFSP 2006a). Les enfants en âge scolaire et les 51 à 60 ans sont particulièrement touchés par l'obésité (Oehling et al 2005, Rommel et al. 2006).

Il n'existe pratiquement pas de données fiables sur la sexualité des personnes migrantes (Rommel et al. 2006). On sait toutefois qu'une contraception déficiente est à l'origine d'un nombre élevé d'avortements et de grossesses non désirées chez les femmes étrangères (Addor et al. 2003 ; Bollini/Wanner 2005 ; Wolff et al. 2005). Les interruptions de grossesse sont près de trois fois plus fréquentes chez les étrangères que chez les Suissesses. Les centres de planning familial voient dans la précarité du statut de séjour les raisons d'une bonne part des grossesses non désirées (Sieber 2001). A l'origine d'une contraception défailante, on trouve souvent des difficultés financières, des préjugés à l'encontre de la pilule contraceptive ou la pression psychologique liée au statut de séjour ou exercée par le partenaire (OFSP 2006a ; Wolff et al. 2005). Les prostituées étrangères, en particulier les femmes originaires d'Afrique subsaharienne, sont beaucoup plus exposées au VIH et au sida. Un autre problème typique des migrantes venant de certaines régions est l'excision, abrégée FGM en anglais (Female Genital Mutilation). La plupart des femmes excisées ou des fillettes menacées de l'être sont originaires de Somalie, d'Ethiopie et d'Erythrée. Dans ce contexte, les migrantes provenant d'Afrique subsaharienne sont considérées en Suisse comme les plus vulnérables. Le nombre de femmes concernées par cette pratique en Suisse a été estimé en 2001 à 6700 environ (UNICEF 2005).

Après avoir décrit deux des principales dimensions du comportement des étrangers en matière de santé, nous allons nous pencher sur les facteurs individuels qui influent directement sur ce comportement. Il s'agit de la compétence sanitaire, des connaissances linguistiques et de l'expérience de l'exclusion et de la discrimination. La compétence sanitaire englobe les autres compétences.

Le comportement en matière de santé est cependant également lié à des déterminants structurels. C'est ainsi qu'un statut socioéconomique défavorable réduit la marge d'action, favorisant de la sorte des comportements néfastes pour la santé. Des campagnes d'information ou des offres mal ciblées et des difficultés structurelles entravant l'accès au système de santé peuvent encourager des comportements à risque ou décourager le recours aux prestations de santé. Le statut de séjour joue également un rôle à cet égard : les personnes au statut de séjour précaire ou qui séjournent en Suisse clandestinement n'ont pas un accès plein et entier aux prestations de santé et sont relativement peu enclines à défendre leurs intérêts et leurs droits en matière de santé (Efionayi-Mäder/Achermann 2003). Voir le point 3.3.3 pour de plus amples détails sur les difficultés structurelles qu'affrontent les personnes migrantes.

Compétence sanitaire

L'un des principaux déterminants du comportement face à la santé est la compétence sanitaire (*culture sanitaire*), à savoir la capacité de l'individu à prendre des décisions quotidiennes qui ont une influence positive sur sa santé (OFSP 2006b). On distingue trois niveaux de compétence sanitaire : le niveau fonctionnel, le niveau interactif et le niveau critique (Health Care Communication Laboratory 2005 ; Nutbeam 2000). La compétence fonctionnelle comprend la capacité de lire et d'écrire, nécessaire pour avoir accès à l'information. La compétence interactive inclut les compétences sociales, qui impliquent que chacun fasse preuve de responsabilité en aménageant son environnement de telle manière qu'il soit bénéfique pour sa santé. Enfin, la compétence critique consiste dans la capacité de porter un jugement critique sur les informations en provenance du système de santé et de débattre de manière constructive des aspects politique et économique du système de santé.

La compétence sanitaire représente donc une ressource importante pour pouvoir interagir avec le système de santé. A cet égard, les personnes d'origine migrante, qui sont désavantagées à plusieurs titres, en raison de leurs difficultés à s'exprimer dans la langue locale ou de la méconnaissance des rouages du système par exemple, doivent surmonter bien des obstacles pour accéder à l'information. Leur compétence sanitaire s'en trouve diminuée, ce qui leur complique l'accès au système de santé. Cela peut ébranler leur confiance dans la qualité et l'efficacité des prestations fournies par ce dernier. Une partie de la population migrante ne connaît pas assez bien le fonctionnement du système suisse de santé, ce qui dans certains cas peut l'empêcher de bénéficier de manière adéquate des offres de promotion de la santé, de prévention et de soins. La compétence sanitaire détermine en particulier l'accès aux offres de prévention et aux prestations de santé dans les domaines de la prévention du cancer et de la santé sexuelle et reproductive, mais également dans ceux de l'alimentation et de l'activité physique. Plusieurs études mettent en évidence les besoins exprimés par les personnes migrantes, qui souhaiteraient disposer (dans leur langue maternelle) d'informations sur le fonctionnement du système suisse de santé (Bauer 2005 ; Rommel et al. 2006 ; Testa-Mader et al. 2003). Les personnes migrantes déplorent surtout l'absence d'explications concernant

l'assurance-maladie, certains traitements médicaux bien précis, les possibilités de consulter des médecins parlant leur langue ou de se soumettre à des examens préventifs. L'enquête sur la santé des migrants montre que les personnes d'origine tamoule, et plus particulièrement les requérants d'asile, estiment être les moins bien informées sur le système suisse de santé (Rommel et al. 2006). Cela pose le problème du respect des droits de chaque individu ou de chaque patient à l'égard du système de santé (principe du *consentement éclairé*; Saladin 2006).

Les journaux, les magazines, la télévision, le médecin de famille, les amis et les parents représentent pour les personnes migrantes les principales sources d'information sur la santé. Internet et les brochures d'information ont un impact nettement moindre. Les informations ou les conseils donnés lors de dialogues face-à-face jouent un rôle négligeable (Rommel et al. 2006).

Il n'est pas sûr que ce qui apparaît évident d'un point de vue empirique corresponde à la réalité : un manque de capacité à résoudre ses propres problèmes ou un désintérêt pour toute mesure de prévention sont-ils toujours synonymes de comportement à risque accru ? En effet, les personnes migrantes qui présentent un comportement néfaste (tabagisme, consommation d'alcool) (Bouchardy et al. 1999) ne s'en trouvent pas forcément plus affectées dans leur santé.

Compétences linguistiques

Les connaissances linguistiques représentent un aspect de la compétence sanitaire fonctionnelle. Elles sont particulièrement importantes pour les personnes migrantes dont la langue maternelle est différente de la langue locale. Les difficultés de compréhension peuvent affecter les interactions avec le système de santé, mais également le comportement par rapport à la santé : non seulement elles influent sur le niveau des connaissances que le patient possède sur le système de santé, mais elles peuvent également entraver l'accès aux prestations de la médecine préventive. Les compétences linguistiques revêtent une grande importance dans la politique actuelle d'intégration de la Confédération, qui attend des personnes migrantes qu'elles suivent des cours de langue, afin de démontrer qu'elles sont disposées à assumer des responsabilités et à s'intégrer. Toutefois, une partie des personnes migrantes ne disposera jamais de connaissances linguistiques suffisantes pour suivre une discussion relativement complexe sur un sujet de santé.

Confrontation avec l'exclusion et la discrimination

La manière dont les personnes d'origine migrante sont perçues et traitées par leur entourage joue un rôle non négligeable sur leur comportement sanitaire : l'expérience de l'exclusion et de la discrimination dans la société d'accueil va éroder la confiance de la personne migrante dans les institutions de cette société. Celle-ci hésitera davantage à recourir au système de

santé et sera moins encline à coopérer avec le personnel de soins et à suivre fidèlement le traitement prescrit (compliance), ce qui pourra avoir des effets indirects sur sa santé.

3.3.3 Organisation du système de santé

En plus des facteurs matériels et psychosociaux qui affectent le parcours et le comportement sanitaire des personnes migrantes, d'autres facteurs liés au système de santé influent également sur leur vulnérabilité. Le système de santé englobe l'ensemble des offres et des prestations proposées dans le cadre de la promotion de la santé, de la prévention et du traitement des maladies. Pour mesurer l'égalité des chances devant la santé, il faut se demander d'une part si tout le monde a également accès au système de santé et, d'autre part, si l'offre de prestations est adaptée aux besoins de chacun (adéquation de l'offre) (Saladin 2006).

Accès au système de santé

Pour que toute la population ait une chance égale d'accéder au système de soin, il faut que les droits et les possibilités de bénéficier de prestations adaptées soient les mêmes pour tous. En Suisse, l'accès aux soins est en large partie réglementé par les dispositions relatives à l'assurance-maladie : en principe, quiconque est assuré aux termes de la LAMal⁷ a un accès illimité aux prestations de soins figurant dans le catalogue de prestations de l'assurance-maladie obligatoire. Cela inclut également le libre choix du prestataire de soins⁸. L'obligation de s'assurer s'applique également aux personnes sans papiers, dans la mesure où elles peuvent démontrer qu'elles ont un domicile en Suisse⁹. Ce groupe comprend cependant de nombreuses personnes qui ne sont pas assurées, pour diverses raisons. Une telle absence de couverture peut s'expliquer par l'ignorance ou un manque d'informations, par des raisons financières, par un refus d'affiliation de la part d'un assureur ou par la crainte d'être dénoncées à la police des étrangers.

Depuis le 1^{er} janvier 2006, les assureurs-maladie refusent de rembourser les prestations prévues dans la LAMal aux personnes qui n'ont pas payé leurs primes d'assurance ou leur participation aux coûts malgré un rappel et des poursuites (art. 64a LAMal). En conséquence, de nombreuses personnes confrontées à de graves difficultés financières ou ayant un statut de séjour précaire se sont retrouvées dans une situation de détresse sanitaire et ont dû se tourner vers l'aide sociale. Les personnes d'origine migrante sont vraisemblablement davantage affectées par cette mesure que la population suisse.

Parmi les difficultés qu'éprouvent les groupes moins bien lotis face au système de santé, celles auxquelles les personnes migrantes doivent faire face sont les plus directes : les barrières

⁷ Loi fédérale sur l'assurance-maladie (RS 832.10)

⁸ Le libre choix de l'assureur ou du médecin peut être limité pour les personnes relevant du domaine de l'asile qui détiennent un permis N, F ou S, en fonction des dispositions cantonales (Chimienti/Cattacin 2001).

⁹ Selon l'art. 24 CC, est considéré comme domicile le lieu où la personne réside, lorsque l'existence d'un domicile antérieur ne peut être établie ou lorsque la personne a quitté son domicile à l'étranger et n'en a pas acquis un nouveau en Suisse.

linguistiques et culturelles notamment suffisent à entraver considérablement l'accès au système de santé et à réduire les possibilités de bénéficier de prestations adaptées (Bollini 1992 ; Bollini/Siem 1995 ; Weiss 2003). Le manque d'information sur l'organisation du système suisse de santé joue également un rôle à cet égard.

Adéquation du système de santé

Lorsqu'on évoque l'adéquation du système de santé, on songe à la capacité du système à fournir des prestations dans les domaines de la promotion de la santé, de la prévention et du traitement des maladies qui soient adaptées aux besoins et dont la qualité corresponde aux standards en vigueur. De ce point de vue, l'égalité des chances peut revêtir deux aspects (OFSP 2006a) : l'égalité horizontale signifie que les personnes qui présentent les mêmes besoins obtiennent les mêmes prestations, dans une qualité équivalente. L'égalité verticale implique que des besoins spécifiques sont couverts par des prestations particulières.

Le système suisse de santé devra relever le défi d'une diversité sociale croissante s'il veut continuer à fournir des prestations de haute qualité à un coût acceptable. Ses institutions ont été peu sensibilisées jusqu'ici à une meilleure prise en compte des différences migratoires et culturelles, de sorte que l'offre n'est souvent pas adaptée à la demande (Bollini/Wanner 2005 ; Dahinden et al. 2005 ; Domenig 2001 ; Hälg et al. 2004). L'inadéquation des mesures de prévention et de soins est pourtant susceptible d'affecter gravement la santé de la population migrante ainsi que sa compétence et son comportement en la matière.

L'égalité des chances horizontale n'est pas entièrement garantie pour les personnes d'origine migrante, qui doivent surmonter divers obstacles pour accéder au système de santé et pour communiquer avec ce dernier, en raison des différences linguistiques et culturelles. Dans les domaines de la promotion de la santé et de la prévention, on déplore avant tout que certains groupes de personnes migrantes ne soient pas pris en compte dans la planification et la conception des offres courantes de prévention et de thérapie.

L'égalité des chances verticale dans le domaine de la santé est mise à rude épreuve, dans la mesure où les personnes d'origine migrante vivant dans des situations et des conditions particulières peuvent avoir besoin de prestations spécifiques. A titre d'exemple, des modèles d'intervention et de thérapies à bas seuil seraient nécessaires pour répondre aux besoins de requérants d'asile souffrant de traumatismes spécifiques. Il peut également arriver que le personnel soignant se trouve confronté à des patients migrants souffrant de troubles très particuliers, rares sous nos latitudes, de sorte que l'expérience lui manque pour y répondre par un traitement adéquat.

La littérature consacrée à la promotion de la santé et à la prévention mentionne plusieurs domaines dans lesquels des taux de prévalence élevés ou des comportements à risque marqués justifieraient une intervention auprès des groupes concernés. Le jour où le système de santé fournira des prestations adaptées aux besoins de la population migrante, on pourra estimer réalisée l'égalité des chances verticale.

Compétence transculturelle

La notion d'adéquation du système de santé comporte plusieurs dimensions, que l'on peut résumer sous le terme de compétence transculturelle. La compétence transculturelle se traduit fondamentalement par une grande sensibilité pour la diversité sociale, mais aussi par la capacité à moduler son action en fonction de cette diversité (Domenig 2006). La diversité s'entend ici au sens large et concerne en premier lieu l'appartenance sexuelle et sociale, le niveau d'éducation, la vision du monde et le vécu migratoire (Dahinden 2006).

La compétence transculturelle comprend également la compétence communicationnelle (linguistique et culturelle), ainsi que la compétence professionnelle, qui détermine par exemple la manière de traiter certains problèmes de santé. La compétence transculturelle est particulièrement utile aux professionnels de la santé en contact avec des patients (médecins, personnel soignant, sages-femmes, etc.).

Les difficultés de compréhension d'ordre culturel et linguistique qui peuvent exister entre les personnes migrantes et le personnel de santé ne sont pas sans affecter les interactions entre les patients d'origine migrante et le système de santé et, donc, les chances qu'ont les premiers d'être traités sur un pied d'égalité (Bollini 1992; Bollini/Siem 1995). Ces difficultés peuvent concerner les causes de symptômes, des modèles explicatifs, l'idée que chacun se fait du rôle de l'autre ou encore les espoirs placés dans la thérapie. Les problèmes de compréhension linguistiques et culturels rendent plus difficiles les investigations médicales et l'application d'une thérapie adaptée et favorisent l'infidélité thérapeutique (Bischoff 2006 ; Flores 2005). De telles difficultés d'interaction se manifestent également lorsque le médecin se trompe dans l'interprétation de symptômes somatiques, qu'il prend en compte des modèles explicatifs qui ignorent la situation particulière du patient ou que sa perception de la maladie diffère de celle qu'en a le patient en raison de son origine socioculturelle (Weiss 2003). Une approche indifférenciée du tableau clinique peut avoir des conséquences négatives pour la santé du patient. On a ainsi observé que les patients étrangers qui avaient de la peine à comprendre ou à se faire comprendre se voyaient accorder une moins grande attention, ce qui se reflète dans la durée et le nombre des consultations (Weiss 2003). Dans le cas des traitements psychiatriques appliqués à des personnes migrantes, les difficultés de compréhension ont pour effet que les méthodes de traitement fortement axées sur la communication sont ignorées de manière quasi systématique (Frick et al. 2005) et qu'un traitement médicamenteux est plus souvent préféré à un traitement thérapeutique (Weiss 2003).

Interprétariat communautaire

Les sondages montrent que les barrières linguistiques représentent en Suisse l'un des principaux problèmes dans la prise en charge des personnes migrantes aux yeux des médecins, du personnel soignant et d'autres spécialistes de la santé (Blöchli et al. 1994; Tonnere et al. 1997). Une part appréciable de la population migrante (de langue étrangère) souhaiterait pouvoir se faire aider par des interprètes afin d'être mieux comprise par les prestataires de

soins (Bischoff et al. 2005 ; Eytan et al 2002 ; Rommel et al. 2006). Les problèmes de communication dans le domaine de la santé rendent souvent nécessaire le recours à de tels intermédiaires.

Différentes approches peuvent être envisagées pour surmonter les barrières linguistiques. De manière générale les proches des patients ou des membres du personnel de toutes catégories présents par hasard sont souvent sollicités, plutôt que des interprètes diplômés. Le recours à des interprètes varie fortement selon les connaissances linguistiques. Selon l'enquête sur la santé des migrants, il est le plus répandu chez les ressortissants du Sri Lanka et de Turquie, ainsi que chez les requérants d'asile. Les femmes recourent beaucoup plus souvent que les hommes à de tels intermédiaires, souvent le conjoint ou un parent proche, voire les enfants, selon la nationalité (Rommel et al. 2006). Le fait que de telles solutions improvisées posent souvent problème est largement attesté dans la littérature (Bischoff 2006).

De plus en plus, les établissements de santé engagent des médecins et du personnel soignant multilingues. En outre, la collaboration avec des services d'interprètes externes s'est intensifiée ces dernières années en Suisse. Il est démontré que le recours à des interprètes professionnels contribue de manière déterminante à l'amélioration de la qualité des traitements et des soins (Bischoff 2006 ; Jacobs et al. 2001).

Quelque 460 personnes ont un certificat d'interprète communautaire¹⁰ en Suisse, et on recense dans notre pays de nombreux services de médiation culturelle. Cependant, il manque toujours des interprètes qualifiés pour certains prestataires de services dans le domaine de la santé, comme les médecins de famille ou le personnel des hôpitaux régionaux (Fleischer 2002 ; Hälg et al. 2004). Selon diverses études, une part considérable des patients et des spécialistes de la santé souhaitent que l'interprétariat communautaire professionnel soit amélioré et institutionnalisé au sein du système de santé (Bischoff 2004 ; Bischoff et al. 2005 ; Ciola/Rosenbaum 2003 ; Dahinden 2004 ; Dahinden/Chimienti 2002 ; Eytan et al. 2002 ; Fleischer 2002 ; Frey 2004 ; Hälg et al. 2004 ; Interpret' 2002 ; Leanza 2003 ; Singy et al. 2003). L'expérience montre cependant que l'offre existante n'a pas été entièrement exploitée jusqu'ici. Cela s'explique en partie par le manque d'informations, par des raisons financières et par une certaine frilosité à l'égard des services d'interprétariat professionnels (Bischoff 2006 ; Rommel et al. 2006). Le financement de tels services continue de poser problème. Ne pouvant être assimilés à une prestation médicale, comme l'a confirmé le Tribunal fédéral, ceux-ci sont considérés comme non remboursables au sens de la LAMal (Saladin 2006).

3.4 Actions possibles pour réaliser l'égalité des chances devant la santé

Dans le cadre de la phase II de la stratégie Migration et santé, qui doit permettre à la Confédération d'apporter des solutions aux problèmes évoqués plus haut, nous présentons ici di-

¹⁰ www.inter-pret.ch

vers éléments à prendre en compte pour réaliser l'égalité des chances. En 2002, la Suisse s'aventurait en terrain inconnu en lançant sa première stratégie sur la santé des personnes migrantes. Cela explique la portée limitée des informations dont nous disposons aujourd'hui sur l'efficacité et l'efficience des mesures prises dans ce domaine. Ainsi, les éléments susceptibles de donner lieu à des interventions concrètes de la part de la Confédération ne reposent que très partiellement sur des bases empiriques solides. Des éléments subjectifs, comme les attentes, les besoins et les habitudes de la population concernée jouent toutefois également un rôle important pour évaluer l'efficience et l'efficacité de telles interventions (Schwartz 2000). C'est pourquoi nous avons intégré dans la présente stratégie les avis d'une foule d'experts venus d'horizons divers. Parallèlement, l'évaluation de la première stratégie (Lederermann et al. 2006) nous a également fourni d'importants indices dont nous avons tenu compte lors de l'élaboration de la phase II de la stratégie (voir point 4.2).

Pour mener à bien une politique d'égalité des chances devant la santé, il faut agir simultanément sur plusieurs fronts. Comme nous l'avons constaté plus haut, les difficultés matérielles et psychosociales qui se présentent sur le parcours des personnes migrantes sont des causes essentielles des problèmes de santé qu'elles rencontrent. Toute action visant à améliorer cette situation doit commencer au niveau des conditions-cadres générales qui règlent l'intégration (p. ex. le travail, la langue et le logement), et qui font donc partie de la politique migratoire et d'intégration. Dans le cadre de la stratégie Migration et santé, la Confédération n'a pratiquement aucune marge de manœuvre à ce niveau pour réduire les causes structurelles des inégalités. Elle peut par contre contribuer à améliorer les conditions qui influent directement sur la santé en agissant sur les déterminants intermédiaires.

Comme nous l'avons indiqué plus haut, la population migrante de Suisse ne bénéficie pas des mêmes chances devant la santé que la population suisse, et ce pour des raisons à la fois structurelles (environnement) et individuelles (comportement). Par ailleurs, de nombreuses interrogations subsistent quant aux liens existant entre la migration et la santé. A partir de là, nous pouvons définir trois grandes approches dans la perspective d'une égalité des chances devant la santé :

- La première concerne l'adoption de mesures permettant d'améliorer les compétences et le comportement de la population migrante en matière de santé.
- La seconde vise la mise en place de mesures destinées à renforcer la capacité du système de santé et du personnel soignant à tenir compte des besoins des personnes migrantes.
- La troisième concerne les efforts qu'il reste à déployer dans le domaine de la recherche pour collecter des informations différenciées sur les liens et les interactions existant entre la migration et la santé, dans le but de mettre en place une politique basée sur des données probantes.

Ces trois grandes approches sont expliquées en détail ci-après.

3.4.1 Approche fondée sur la promotion des compétences et des comportements bénéfiques pour la santé de la population migrante

Il a été démontré empiriquement que, par rapport à la population d'origine suisse, les personnes migrantes disposent de compétences moins développées en matière de santé et qu'elles se soucient moins des conséquences de leur comportement pour leur santé. La stratégie Migration et santé propose à la Confédération les mesures suivantes pour agir sur ces éléments :

Adapter la promotion de la santé et la prévention dans le but de renforcer les ressources de santé de la population migrante

Des messages de prévention et des informations seront émis à l'intention des personnes migrantes dans le but d'améliorer leurs compétences et leur comportement en matière de santé. A cet égard, il faut mener des actions préventives et de promotion de la santé ciblées auprès des différents groupes. L'efficacité des mesures de prévention appliquées dans le cadre de différentes stratégies a été étudiée (Banta et al. 2001). Il a été démontré que les individus ou les groupes d'origine migrante se sentent moins concernés que les autres ou ne se sentent pas du tout visés par les campagnes et les mesures qui s'adressent à la population dans son ensemble. En Suisse, les mesures de promotion de la santé et de prévention tiennent trop peu compte des réalités de la population migrante. Une approche intégrative implique que l'on prenne en considération les besoins particuliers des personnes migrantes chaque fois que des mesures ou des programmes de promotion de la santé ou de prévention sont lancés (p. ex. dans les domaines VIH/sida, alimentation et activité physique, dépendances). L'expérience a cependant montré que la conception de projets inédits et novateurs spécialement destinés aux groupes d'origine migrante peut également s'avérer très utile. L'enquête sur la santé des migrants semble indiquer qu'il convient de différencier les mesures de promotion de la santé et de prévention selon les groupes cibles et les thèmes.

Mieux adapter l'information de la population migrante à propos de l'offre, des acteurs du système de santé, ainsi que des droits des patients

Les compétences des personnes migrantes et leur connaissance du système de santé (offre, acteurs, organisation) doivent être améliorées de manière ciblée pour que la population migrante puisse bénéficier de prestations mieux adaptées. Un moyen pour y parvenir est de mettre à sa disposition de la documentation et des supports d'informations élaborés spécialement à son intention et de les diffuser au sein des groupes concernés.

3.4.2 Approche fondée sur une organisation du système de santé qui tient compte des réalités de la population migrante

Le système de santé ne tient pas encore suffisamment compte des réalités de la population migrante pour ce qui est de l'accès aux prestations de santé et de l'adéquation de ces dernières, des compétences transculturelles du personnel de santé et de l'existence de mesures d'accompagnement et de soutien. La Confédération veut améliorer la situation en développant les mesures suivantes :

Mobiliser les décideurs pour une prise en charge adaptée de la population migrante

Le recours accru à des interprètes communautaires et le renforcement des compétences transculturelles du personnel de santé devraient permettre à la population migrante d'accéder aisément à des soins de santé de qualité adaptés à ses besoins. La littérature scientifique souligne à cet égard l'importance des mesures de formation et de perfectionnement, tout en concédant que l'amélioration des connaissances théoriques ne suffit pas à garantir un changement des habitudes quotidiennes (Gajo et al. 2005). Si l'on veut améliorer l'adéquation de la prise en charge, il faudra notamment amener les responsables des institutions de santé à prendre les mesures nécessaires à cet effet.

La compétence transculturelle est un indicateur important de la faculté d'un établissement de s'adapter aux besoins des patients, et donc de la qualité des services de cet établissement. Elle consiste en premier lieu dans la capacité à communiquer et à interagir en prenant en compte les différences de mentalité et de perception. Il s'agit de promouvoir le développement de cette capacité chez les professionnels de la santé, afin de garantir une prise en charge de haut niveau et des soins de qualité pour les personnes d'origine migrante. Le personnel de santé d'origine migrante amène également des ressources qui peuvent contribuer à accroître la compétence transculturelle d'une institution lorsqu'elles sont utilisées de manière judicieuse (Kamm/Kaya 2005). En plus d'une capacité de communiquer et d'interagir, le personnel soignant doit disposer de connaissances spécifiques qui lui permettent de soigner des problèmes de santé particuliers à certains groupes d'origine migrante et que l'on rencontre plus rarement sous nos latitudes.

Etant donné que la prise en charge des patients est assurée en premier lieu par les cantons et par des acteurs privés, la Confédération doit plutôt se cantonner dans un rôle mobilisateur. En favorisant l'échange d'informations, le transfert de connaissances, la coordination et la mise en réseau, elle va faire son possible pour amener les décideurs et les fournisseurs de prestations à prendre les mesures nécessaires afin d'améliorer l'accès au système de santé pour les personnes migrantes ainsi que la prise en charge de ces dernières.

Renforcer la compétence transculturelle dans le cadre de la formation et de la formation continue

Les acteurs du système de santé qui ont affaire à des personnes d'origine migrante, s'ils souhaitent mieux adapter leurs prestations aux besoins spécifiques de ces dernières, ne peuvent se contenter de recourir à des mesures d'accompagnement, comme l'interprétariat communautaire ; elles doivent s'engager à acquérir des compétences transculturelles. La formation dispensée aux personnes qui travaillent dans le secteur de la santé, toutes professions confondues, doit souligner davantage l'importance du facteur migratoire et rendre le personnel attentif aux problèmes de santé liés à celui-ci. Il faut que le thème de la santé des populations migrantes fasse partie intégrante du programme de formation et de formation continue des professionnels de la santé. Selon les besoins, on encouragera l'introduction de cours supplémentaires sur ce thème. L'offre de cours doit s'adresser aux membres du personnel qui sont en contact avec des patients. La relative indifférence témoignée par les médecins notamment à l'égard de ce sujet montre combien celui-ci est négligé par les structures d'enseignement. Il faudra donc veiller tout particulièrement à adapter le programme de formation des médecins et des autres professionnels de la santé. D'autres offres de formation devront en outre être prévues pour les personnes actives dans la prévention et la promotion de la santé. Bien que celles-ci aient accès à certaines offres de formation concernant des groupes d'origine migrante bien déterminés, il leur manque souvent les connaissances qui leur permettraient de mieux tenir compte des besoins de la population migrante dans leur travail.

Encourager et faciliter le recours à des interprètes communautaires

L'existence de problèmes de compréhension linguistiques et culturels au sein du système de santé n'est plus à démontrer. Pour atténuer ces problèmes, la Confédération a fortement soutenu la formation d'interprètes communautaires certifiés ces dernières années. Une association faïtière nationale fixe des standards de qualité et supervise la formation des interprètes communautaires. A elle seule toutefois, la formation de ces interprètes n'est pas suffisante. Quinze centres de médiation cantonaux et régionaux ont été mis sur pied et le nombre d'interprètes disponible a fortement augmenté. Pourtant, ces derniers ne sont pas suffisamment sollicités. Cela est sans doute dû au fait que le financement de leurs services n'est pas entièrement assuré, que l'offre n'est pas assez connue et que le recours à des interprètes communautaires occasionne un certain travail administratif. La Confédération peut améliorer la notoriété des interprètes communautaires et faciliter le recours à leurs services par des mesures d'information et de coordination ciblées. Il s'agira également de tirer parti, dans la mesure du possible, d'autres solutions (conceptuelles ou techniques) pouvant favoriser le recours à l'interprétariat communautaire.

3.4.3 Approche fondée sur la mobilisation des chercheurs et le transfert de connaissances

Actuellement, les connaissances dont on dispose sur la santé des personnes migrantes et les liens et les interactions existant entre la migration et l'égalité des chances devant la santé présentent d'importantes lacunes. La Confédération entend intervenir dans les trois domaines présentés ci-après dans le but de compléter ces connaissances, en réunissant des données en plus grand nombre et d'une précision accrue mais aussi en évaluant les données existantes. Les acteurs concernés auront accès à cette base de connaissances, dont le but est une meilleure prise en compte des besoins de la population migrante par la politique de santé et par le système de santé (p. ex. par le biais de publications, d'articles spécialisés etc.).

Compléter les outils existants de collecte de données et réunir des connaissances supplémentaires dans le domaine épidémiologique

Les outils de relevé existants dans le domaine de la santé doivent être complétés de variables homogènes sur le thème de la migration, afin de disposer de données pertinentes et comparables. Des études spécifiques sont également envisagées pour combler des lacunes dans les données épidémiologiques sur la population d'origine migrante.

Réunir des connaissances sur les liens de cause à effet entre migration et santé et sur les moyens d'action possibles

De nombreuses lacunes subsistent dans le domaine des migrations et de la santé concernant les liens de cause à effet existant entre différents problèmes et l'efficacité de certaines mesures. Ainsi, il n'existe pratiquement pas de bases empiriques qui permettraient d'analyser l'efficacité et l'efficience (rapport coût/efficacité) entre autres des mesures prises dans le domaine des migrations et de la santé. De telles bases devraient être créées par le biais de projets scientifiques.

Encourager le transfert de connaissances

La Confédération remplit une fonction consultative et coordonne la transmission des connaissances anciennes ou nouvelles à l'ensemble des acteurs concernés.

2^e partie: La stratégie Migration et santé, phase II

4 La stratégie Migration et santé de la Confédération : point de la situation

La stratégie Migration et santé de la Confédération s'inscrit dans un contexte marqué par différents projets et initiatives menés à l'échelon international, mais également par les activités courantes de la Confédération, des cantons, des communes, ainsi que des acteurs de la société civile concernés par le projet Migration et santé. Les travaux menés jusqu'ici par la Confédération dans ce domaine ont été intégrés dans la phase II. Nous décrivons ci-après ce contexte et traçons un bref historique de la stratégie Migration et santé.

4.1 Projets et initiatives internationaux visant à assurer un accès égalitaire à la santé

L'égalité des chances devant la santé, dans un contexte de multiculturalité encore accentuée par l'immigration, occupe désormais une place de choix dans l'agenda politique international. Plusieurs conventions et déclarations attestent des appels lancés des dernières années aux Etats pour qu'ils mettent tout en œuvre afin de réaliser l'égalité des chances devant la santé. Certains droits figurent explicitement dans plusieurs accords internationaux également ratifiés par la Suisse (Achermann/Künzli 2005).

L'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (Pacte I) oblige les pays signataires, dont la Suisse, à reconnaître à chacun le droit de jouir du meilleur état de santé susceptible d'être atteint, et à créer les conditions garantissant à chaque malade l'accès aux infrastructures médicales et aux soins médicaux. Cette obligation est considérée comme remplie lorsque le pays dispose d'un nombre suffisant d'établissements publics de soins, que ceux-ci offrent des prestations de qualité suffisante, et que ces prestations, de même que les informations touchant à la santé, sont accessibles à toutes et à tous, en particulier aux personnes marginalisées, sans discrimination aucune.¹¹

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a inscrit en 1946 déjà l'égalité d'accès à la santé parmi ses objectifs centraux. Au début des années 1980, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a commencé l'élaboration du programme d'action « Santé pour tous », dont le contenu a été présenté en 1986 pour la première fois officiellement, au chapitre consacré à la promotion de la santé de la charte d'Ottawa (OMS 2005). Depuis lors, ce programme a été reconduit et amélioré à différentes reprises, dans le cadre des déclarations de plusieurs conférences. La définition de la santé et de la promotion de la santé telle qu'elle figure dans ce document correspond également aux objectifs que le Bureau régional pour l'Europe a présentés en 1999 sous le titre « Santé 21 » (OMS 1999). Ceux-ci visent une réduction des inéga-

¹¹ Vgl. CESCR Comité des droits économiques, sociaux et culturels, General Comment N° 14 (2000), [www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/\(symbol\)/E.C.12.2000.4.En?OpenDocument](http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/(symbol)/E.C.12.2000.4.En?OpenDocument)

lités devant la santé qui existent entre les pays, d'une part, et entre les habitants d'un même pays, d'autre part. D'ici à 2020, les disparités sanitaires à l'intérieur des pays membres devront avoir été réduites d'au moins un quart, par l'amélioration notable de la santé des groupes défavorisés. Pour cela, il faudra diminuer de manière substantielle la part de la population qui vit dans la pauvreté et améliorer fortement les conditions socioéconomiques qui influent sur la santé (disparités dans les revenus, le niveau d'éducation et l'accès au marché du travail) (OMS 1999).

S'inspirant des objectifs de l'OMS, la Société suisse des médecins spécialistes en prévention et santé publique (SSSP) a élaboré, avec le soutien de l'OFSP et du projet Politique nationale suisse de la santé, 21 objectifs (non contraignants) qui devraient servir de base à la politique de promotion de la santé. A propos de l'égalité des chances devant la santé, ce catalogue précise que les personnes présentant des besoins particuliers doivent être protégées de l'exclusion sociale et doivent pouvoir recevoir sans restriction des soins adaptés à ces besoins (SSSP 2002).

Depuis quelques années, l'Union européenne (UE) s'intéresse elle aussi beaucoup à la réduction des inégalités d'accès à la santé. Depuis 1997, année de l'adoption du Traité d'Amsterdam, la Communauté européenne détient des compétences subsidiaires en matière de santé et de lutte contre la discrimination. Ces nouvelles compétences ont débouché sur l'élaboration de la « Directive relative à la mise en œuvre du principe de l'égalité de traitement entre les personnes sans distinction de race ou d'origine ethnique » (directive 2000/43/CE relative à la mise en œuvre du principe de l'égalité de traitement entre les personnes sans distinction de race ou d'origine ethnique¹²), qui garantit entre autres une protection contre les discriminations dans les domaines de la sécurité sociale et de l'accès aux services de santé. Il faut ajouter à cela le programme d'action communautaire dans le domaine de la santé publique (2003-2008)¹³. L'UE se fixe comme but de développer des stratégies intersectorielles, qui doivent permettre entre autres de réduire les disparités en matière de santé. La Commission européenne a par ailleurs lancé en 2002 le projet pilote européen « Migrant-Friendly Hospitals » (MFH), qui a donné lieu à la « Déclaration d'Amsterdam : Vers des hôpitaux adaptés aux besoins des personnes migrantes dans une Europe de la diversité ethnique et culturelle ». Celle-ci invite tous les hôpitaux européens à adapter leur organisation afin de pouvoir répondre à des besoins multiculturels.¹⁴

Le Conseil de l'Europe s'est également saisi du thème de l'égalité des chances devant la santé, adoptant en 2006 un catalogue de recommandations élaborées par des experts issus de plu-

¹² Directive 2000/43/CE du Conseil, du 26 juin 2000, relative à la mise en œuvre du principe de l'égalité de traitement entre les personnes sans distinction de race ou d'origine ethnique, JO L 180 du 19.7.2000, p. 22.

¹³ Cf. Décision 1786/2002/CE du Parlement européen et du Conseil du 23 septembre 2002 adoptant un programme d'action communautaire dans le domaine de la santé publique (2003-2008), JO L 271 du 9.10.2002, p. 1 (<http://eur-lex.europa.eu>)

¹⁴ Cf. site du projet européen « Migrant Friendly Hospitals » (<http://www.mfh-eu.net>)

sieurs pays européens¹⁵. Les problèmes d'accès aux soins, le manque de compétence trans-culturelle de la part des professionnels de santé et l'absence de services essentiels (telles que les services d'interprétation ou la traduction de documentation d'information sur la santé) sont autant d'éléments évitables pouvant constituer des obstacles structurels à une prise en charge de qualité. Dans sa recommandation, le Conseil de l'Europe considère que l'amélioration de l'accès aux soins de santé et de leur qualité dans les sociétés multiculturelles doit être considérée comme un domaine prioritaire d'action. Dans plusieurs pays d'Europe (Grande-Bretagne, Allemagne, Autriche et Pays-Bas), des initiatives différentes ont été prises pour remédier aux problèmes sanitaires des migrants.

4.2 Projets de l'OFSP dans le domaine Migration et santé

Après avoir constaté un manque cruel de connaissances sur le VIH et le sida dans plusieurs groupes de personnes migrantes, l'OFSP a commencé à développer des stratégies d'intervention spécifiques à cette population dans le cadre de la prévention du sida. En 1991, il a lancé le projet pilote *Migration et santé* (PMS), qui ne devait durer que deux ans au départ. En 1995/1996, ce projet, consacré à l'origine à la seule prévention du sida et des toxicomanies, a été élargi à la promotion de la santé dans son ensemble, et d'autres groupes de personnes migrantes ont été inclus dans l'étude.

En même temps que se transformait l'horizon du PMS, l'OFSP a créé en 1996, au sein de l'unité dépendances et sida, le service Migration, qui était responsable de toutes les mesures de promotion de la santé auprès de la population migrante, et qui s'est également vu confier la direction du projet PMS. Le service Migration englobait, outre le PMS, les domaines d'activités *Formation de base et formation complémentaire*, *Questions migratoires* et *Recherche et évaluation*. Le service Migration a conclu avec différents partenaires externes des contrats de prestations dont l'objectif était d'amener les services de santé à mieux prendre en compte les besoins des patients migrants. En 2002, le service Migration est devenu une unité autonome au sein de l'OFSP et a été rebaptisé *service Migration et santé*. Devenu en 2004 le *secteur Migration et santé* à l'occasion d'une nouvelle réorganisation, il fait à présent partie de la section Egalité des chances.

Le programme Migration et santé a été soumis à une évaluation en 2001 (Efionayi-Mäder et al. 2001). Ses résultats ont incité l'OFSP à élaborer une stratégie globale et à définir des objectifs précis, qui doivent servir de référence pour toutes les activités de l'office dans le domaine des migrations. La stratégie Migration et santé 2002-2006 a été réalisée à l'époque en collaboration avec l'Office fédéral des réfugiés (ODR), avec l'ancien Office fédéral des étran-

¹⁵ Cf. Recommandation Rec(2006) du Comité des Ministres aux Etats membres sur les services de santé dans une société multiculturelle (adoptée par le Comité des Ministres le 8 novembre 2006, lors de la 979^e réunion des Délégués des Ministres) et exposé des motifs « Adaptation des services de santé à la diversité culturelle dans une Europe Multiculturelle ».

gers (OFE)¹⁶ et avec la Commission fédérale des étrangers (CFE). Le Conseil fédéral en a prolongé la validité jusqu'en 2007, pour des raisons liées à l'évaluation des résultats. La mise en œuvre de la stratégie incombe aux différents offices fédéraux et organisations concernés par ce thème. Sur le plan national, un groupe de travail interinstitutionnel accompagne les différents projets.

La stratégie prévoit des activités dans cinq champs d'intervention :

- Dans le champ d'intervention **Information, prévention et promotion de la santé**, la Confédération s'engage en faveur de l'encouragement systématique des interventions visant à diffuser, parmi la population migrante, des informations sur le système de santé (guide sur la santé en Suisse réalisé en 18 langues) et sur la prévention et la promotion de la santé (cours VIA sur la santé, projet Afrimedia de prévention du sida à l'intention des migrants subsahariens, etc.). Dans le domaine des toxicomanies, un projet pilote de bonnes pratiques lancé avec le soutien des cantons a désormais valeur d'exemple au niveau national. D'autres activités ont été mises sur pied dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive (cours préparatoires à l'accouchement, création d'une plateforme sur le thème des mutilations génitales féminines – MGF). La Confédération s'emploie par ailleurs à diffuser, parmi les principaux services fournisseurs de prestations, des informations sur le thème de la santé des populations migrantes, pour que ces services s'ouvrent davantage à celles-ci. La plateforme Internet migesplus, qui donne accès à des traductions d'informations sur la santé, constitue une autre avancée. Les campagnes ordinaires d'information et de prévention n'atteignent généralement qu'une petite partie des personnes migrantes ; cette offre vient donc combler une lacune. La plateforme Internet est surtout consultée par des spécialistes de la santé et du domaine social, qui utilisent le matériel proposé dans leur travail quotidien ou qui le transmettent à leurs patients ou à leurs clients.
- Dans le champ d'intervention **Formation**, un vaste programme-cadre a servi de base à la création d'un centre de compétences destiné à promouvoir la formation continue des spécialistes de la santé. Cette mesure devrait se révéler déterminante dans l'amélioration de la compétence transculturelle. Il existe à l'heure actuelle une vingtaine d'offres, développées et mises en œuvre par différentes structures (hôpitaux, établissements médico-sociaux, associations professionnelles).

L'interprétariat communautaire constitue un autre grand projet de ce champ d'intervention. Dans les hôpitaux ou d'autres institutions de santé, lorsque des spécialistes sont dans l'impossibilité de communiquer avec des personnes d'origine migrante, les

¹⁶ L'OFE a été rebaptisé en 2002 Office fédéral de l'immigration, de l'intégration et de l'émigration (IMES), qui a

interprètes peuvent être appelés à la rescousse. Pour assurer à ces derniers une formation de qualité et accroître leur professionnalisme, l'association Interpret a, sur mandat de la Confédération, accrédité des instituts de formation dans toutes les régions et élaboré des modules de formation, ainsi qu'une certification nationale. Jusqu'ici, plus de 400 personnes parlant 40 langues différentes ont obtenu cette certification.

- Dans le champ d'intervention **Soins de santé**, plusieurs des projets lancés visent à faciliter l'accès aux prestations des institutions de santé. S'inspirant du projet Migrant-Friendly Hospitals de l'UE, la Confédération a mandaté la constitution d'un réseau d'hôpitaux en Suisse, qui porte la même dénomination. Ce projet veut amener les hôpitaux à se doter de compétences spéciales pour la prise en charge des personnes d'origine migrante. Les hôpitaux du réseau s'engagent à réduire les barrières linguistiques, à proposer les services d'interprètes communautaires et à promouvoir les compétences transculturelles de leur personnel, afin de pouvoir fournir à la population migrante des soins de qualité, tout en tenant compte de ses besoins spécifiques. Le guide « Diversité et égalité des chances », réalisé dans le cadre de ce projet, contient des recommandations sur les règles à observer pour une prise en charge adéquate de la population migrante.

La Confédération a par ailleurs conclu des contrats de prestations avec des services de médiation, dans le but de favoriser le recours à des interprètes communautaires professionnels. Cette mesure a été prise de concert avec l'OFP, dans le cadre du programme de promotion de l'intégration, dont la responsabilité incombe à l'ODM et à la CFE.

- Dans le cadre du champ d'intervention **Prestations thérapeutiques pour les requérants d'asile et les réfugiés victimes de traumatismes**, des soutiens sont accordés aux offres de thérapies spécialisées dont bénéficient les personnes traumatisées susceptibles d'effectuer en Suisse un séjour de longue durée. Ces soutiens comprennent la décentralisation des services proposant ces thérapies. L'ODM est responsable des projets menés dans ce champ d'intervention.

- Le champ d'intervention **Recherche** vise à promouvoir des projets de recherche fondamentale destinés à réunir les connaissances qui manquent pour faire face aux problèmes rencontrés. Les résultats de ces recherches sont réunis dans un ouvrage de l'OFSP destiné à un vaste public de spécialistes, intitulé « Recherche Migration et santé ». La Confédération a encore soutenu la réalisation de la première enquête sur la santé réalisée à large échelle auprès de la population migrante (« monitoring de l'état de santé de la population migrante de Suisse »). Les résultats de cette étude contribuent à réduire les

lacunes d'informations concernant l'état de santé de la population migrante et son comportement en matière de santé.

L'OFSP informe régulièrement le public de l'avancement des mesures et des projets (par l'intermédiaire notamment de la plateforme Internet miges.admin.ch et des pages « Migration et santé » de son site).

La stratégie Migration et santé 2002–2007 et sa mise en œuvre ont été évaluées par une équipe d'évaluateurs externe (Ledermann et al. 2006). La stratégie se voit décerner de bonnes notes dans l'ensemble : les experts jugent ses objectifs pertinents et qualifient les solutions proposées d'appropriées pour la plupart. La Confédération a fondé sa stratégie sur un concept bien fondé et cohérent, quoique très ambitieux. Les objectifs n'ont pas pu être entièrement atteints, en raison de ressources limitées, mais aussi d'un contexte politique, économique et institutionnel peu favorable. Néanmoins, les priorités qui ont été fixées lors de la mise en œuvre étaient adéquates, car axées sur une approche intégrative visant à pérenniser la prise en compte des besoins de la population migrante dans les structures de services sanitaires.

L'évaluation, effectuée selon des critères scientifiques très stricts, s'orientait sur les objectifs d'abord trop ambitieux de la stratégie, qui n'ont pu être atteints en tant que tels mais qui ont été adaptés au cours de la mise en œuvre. Les nouveaux objectifs ont été atteints pour la plupart, la mise en œuvre de la stratégie s'est en grande partie bien déroulée. Les évaluateurs parviennent à la conclusion que la stratégie a permis d'améliorer la visibilité des problèmes liés au domaine migration et santé et d'apporter des prestations concrètes qui ont déployé des effets sur la majorité des groupes cibles et auprès de la population migrante. Les évaluateurs relèvent encore des lacunes au niveau des bases conceptuelles et de l'organisation de la mise en œuvre. La structure mise en place pour appliquer la stratégie est qualifiée de complexe et de plutôt confuse. De plus, les cantons n'ont jusqu'ici pas été suffisamment associés à la mise en œuvre de la stratégie.

Les recommandations contenues dans le rapport d'évaluation ont été prises en compte lors de l'élaboration de la présente stratégie. Elles concernent en particulier les points suivants :

- maintenir une large vision d'ensemble des problèmes (santé publique au sens large)
- conserver l'égalité des chances comme objectif final
- définir plus précisément les problèmes, sur la base des connaissances les plus récentes
- formuler plus clairement les objectifs et tenir davantage compte de leur faisabilité
- viser la continuité thématique dans les champs d'action et assurer la durabilité des projets et des activités menés jusqu'ici
- renforcer le soutien à la stratégie et impliquer les autres services concernés de l'OFSP.

L'intégration de ces recommandations donne à la stratégie Migration et santé, phase II, de nouveaux accents et renforce sa qualité, sans affecter par ailleurs la continuité de la démarche.

4.3 Le contexte politique fédéral – programmes et activités dans les domaines de la santé, de la migration et de l'intégration, de l'éducation et de la recherche

Il existe sur le plan fédéral, dans les domaines de la santé, de la migration et de l'intégration ainsi que de l'éducation et de la recherche, une multitude de lois, de réglementations et de programmes qui sont directement ou indirectement liés aux thèmes de la migration et de la santé. Ces réglementations et programmes forment le contexte politique fédéral dans lequel doivent s'inscrire les différentes approches visant un accès plus égalitaire à la santé, et donc la présente stratégie, pour que celle-ci puisse bénéficier des ressources existantes. Nous décrivons ci-après ces réglementations et programmes, leurs objectifs, ainsi que les instances chargées de leur application.

4.3.1 Activités de la Confédération dans le domaine de la santé

L'Office fédéral de la santé publique est l'acteur principal de la politique fédérale dans le domaine migration et santé. Mais aussi pour la Fondation Promotion Santé Suisse l'égalité des chances constitue un thème transversal dans sa stratégie à long terme et elle accorde dans ses activités une attention particulière aux groupes marginalisés d'un point de vue sanitaire. La prestation de soins de santé revient quant à elle aux cantons et aux communes. Ces derniers sont également actifs dans la promotion de la santé et dans la prévention, à l'instar de nombreuses organisations de la société civile.

- *Prévention des toxicodépendances (tabagisme, alcoolisme, drogues illégales) et politique en matière de drogues (réduction des risques, thérapie) : le troisième programme de mesures de la Confédération en vue de réduire les problèmes de drogue (ProMeDro III) consacre la politique menée par la Confédération dans le domaine des drogues illégales (OFSP 2006c). Au terme d'un premier projet pilote mené sur le thème « Migration et dépendance », l'OFSP a décidé de prendre davantage en compte la dimension migratoire, en l'intégrant dans divers projets menés dans le domaine de la drogue, dont ceux intitulés « L'intervention en toxicomanie tenant compte des besoins particuliers des personnes migrantes fait partie intégrante de la promotion de la qualité » et « Promotion de l'intervention en toxicomanie tenant compte des besoins des personnes migrantes par la Centrale suisse de coordination des dépendants Infodrog ».*

- *Lutte contre les maladies (maladies infectieuses, VIH/sida, vaccins)* : la loi sur les épidémies¹⁷ charge l'OFSP de lutter contre les maladies transmissibles (notamment le VIH/sida). De telles maladies sont diagnostiquées chez une proportion relativement élevée de migrants entrés récemment en Suisse (OFSP 2002). C'est pourquoi toutes les personnes arrivant en Suisse dans le cadre de l'asile se voient remettre par le service sanitaire des frontières des informations sur la tuberculose, les vaccins et la prévention du VIH/sida. Ce service procède par ailleurs à une évaluation de l'état de santé visant à dépister les éventuels cas de tuberculose (OFSP 2006d). Le programme national 2004-2008 sur le VIH/sida considère les personnes migrantes arrivant de pays à forte prévalence de sida et leurs partenaires sexuels comme des groupes à risque spécifiques, au même titre que les travailleuses et les travailleurs du sexe (OFSP 2003).
- *Politique en matière d'assurance-maladie* : la politique pratiquée dans le cadre de la LAMal règle plusieurs aspects importants de l'accès aux soins. Elle définit entre autres le cercle des personnes tenues de s'assurer et le catalogue des prestations générales prises en charge, dont font partie certaines mesures préventives individuelles (art. 26 LAMal). La politique menée en matière d'assurance-maladie garantit dans une large mesure l'égalité des chances, puisqu'elle s'applique, à quelques exceptions près (requérants d'asile faisant l'objet d'une décision de non-entrée en matière ou NEM), à l'ensemble de la population migrante, accordant également l'accès à des soins aux personnes séjournant illégalement en Suisse (« sans papiers »). Le catalogue des prestations obligatoires se limite cependant à des mesures médicales, ce qui exclut le financement d'autres mesures, comme l'interprétariat communautaire.
- *Gender Health* : le service Gender Health de l'OFSP a pour objectif de contribuer au maintien et à l'amélioration de la santé des femmes et des hommes en Suisse. Les mesures appliquées par ce service sont donc au bénéfice de la population migrante, chez qui l'on relève de fréquentes disparités dans la santé des hommes et des femmes. Ainsi, les femmes migrantes sont très souvent frappées de pauvreté et souffrent plus souvent que les Suissesses de problèmes liés à la santé reproductive.
- *Santé psychique* : l'OFSP veut ancrer durablement le thème de la santé psychique dans le contexte de la santé publique. A cet effet, il entend apporter son soutien technique aux porteurs de projets novateurs d'importance nationale dans les différentes régions, plutôt que de réaliser un programme national coûteux en ressources. Les personnes qui traversent une période critique ou qui se trouvent à un moment clé de leur existence et qui, en plus, doivent endurer des conditions de vie difficile, cumulent les facteurs de risque psy-

¹⁷ Loi fédérale du 18 décembre 1970 sur la lutte contre les maladies transmissibles de l'homme (RS 818.101) ; ordonnance du DFI du 9 décembre 2005 sur les mesures à prendre par le Service sanitaire de frontière (RS 818.125.11).

chiques. De ce point de vue, la population migrante constitue également un groupe à risque qui doit faire l'objet de mesures régionales ciblées (OFSP 2006e).

- *Prévention des maladies et promotion de la santé des personnes salariées* : l'unité « Travail et santé » et l'inspection fédérale du travail du Secrétariat d'Etat à l'économie (seco) traitent de questions en relation avec la santé au travail, contribuant ainsi à la promotion de la santé en entreprise.
- *Promotion de la santé* : la fondation Promotion Santé Suisse élabore, coordonne et applique des mesures de promotion de la santé et de prévention des maladies, au sens de l'art. 19 LAMal. Dans sa stratégie actuelle, la fondation consacre également l'un de ses cinq champs d'activité à l'égalité des chances : tous les êtres humains doivent avoir un accès équitable et juste aux ressources sanitaires et avoir la possibilité de rester en bonne santé ou d'améliorer leur état de santé. Une attention particulière est portée aux groupes marginalisés (Promotion Santé Suisse 2006).

4.3.2 Activités de la Confédération dans le domaine de la migration et de l'intégration

La politique migratoire intérieure comprend la politique concernant l'entrée et le séjour, la politique d'asile et la politique d'intégration, qui sont de la compétence de l'Office fédéral des migrations (ODM). La Commission fédérale des étrangers (CFE) joue également un rôle important dans le domaine de l'intégration. La politique migratoire est complétée par des mesures de lutte contre la discrimination.

- *Politique concernant l'entrée et le séjour* : la politique concernant l'entrée et le séjour porte sur la réglementation du séjour des personnes migrantes. Elle a notamment pour objectif la création de conditions favorables à leur intégration (art. 1 OLE¹⁸). Certaines mesures appliquées dans le cadre de cette politique peuvent affecter la santé et les chances d'intégration des personnes migrantes. Il en est ainsi des restrictions concernant la mobilité professionnelle et/ou géographique, qui peuvent empêcher les personnes migrantes d'améliorer leur situation socioéconomique ou de faire venir leur famille.
- *Politique d'asile* : la politique d'asile de la Confédération porte sur l'admission et l'intégration (mesures d'assistance comprises) des réfugiés et des personnes à protéger en Suisse, ainsi que sur le renvoi des personnes dont la demande d'asile a été rejetée (LAsi ; RS 143.20). La politique d'asile comprend elle aussi des éléments favorables à la santé, et d'autres qui y sont défavorables : si l'accès aux soins est garanti pour les candidats à l'asile, le statut précaire du permis qui leur est délivré dans l'attente du résultat de la procédure peut affecter leur santé, notamment leur santé psychique. Dans le cadre de

¹⁸ Ordonnance du 6 octobre 1986 limitant le nombre des étrangers (OLE ; RS 823.21)

la stratégie Migration et santé 2002-2007, l'ODM a participé au financement de thérapies destinées aux candidats à l'asile victimes de traumatismes.

- *Politique d'intégration* : sur le plan fédéral, la politique d'intégration au sens strict inclut deux domaines, la promotion de l'intégration et l'amélioration de la santé. La promotion de l'intégration, inscrite dans l'ordonnance sur l'intégration des étrangers (OIE ; RS 142.205), et qui est placée sous la responsabilité de la CFE et de l'ODM, concerne les personnes étrangères titulaires d'une autorisation de séjour durable, d'une autorisation d'établissement ou les personnes étrangères ayant obtenu l'admission provisoire (art. 2, al. 1 OIE). La Confédération soutient dans le cadre du programme 2004—2007 (DFJP 2003) divers projets dans les domaines suivants : apprentissage linguistique, formation et perfectionnement des personnes de référence, encouragement de la participation, ouverture des institutions, amélioration de la cohabitation, création de services destinés aux étrangers et de services de médiation pour l'interprétariat communautaire, assurance de la qualité et innovation. L'art. 16 OIE prévoit également des mesures pour améliorer la santé des personnes étrangère, un des domaines pouvant bénéficier de subventions. Ce dernier ne figure toutefois pas explicitement dans les programmes 2001-2003 et 2004-2007 de la CFE. Une collaboration étroite s'est développée avec cette dernière dans le cadre de la stratégie Migration et santé 2002-2007, sur les thèmes de la formation et du recours aux interprètes communautaires.

L'ODM a mandaté l'Organisation suisse d'aide aux réfugiés (OSAR) pour soutenir l'intégration sociale, professionnelle et culturelle des réfugiés reconnus et des personnes à protéger ayant droit à une autorisation de séjour au sens de l'art. 91, al. 4 LAsi. Les mesures de soutien accordées concernent en premier lieu la formation initiale et le perfectionnement, les compétences communicationnelles, la socialisation, la scolarisation, la consultation psychosociale et des aides concrètes dans la vie de tous les jours¹⁹.

La nouvelle loi fédérale sur les étrangers (LEtr), qui entrera en vigueur en 2008, modifie le cadre de la politique d'intégration. L'ODM prend la direction du programme de promotion de l'intégration et se voit attribuer le mandat légal de coordonner les activités de la Confédération dans le domaine de la promotion de l'intégration. Dans ce contexte, le groupe de travail interdépartemental Migration va examiner, d'ici à juin 2007, différentes mesures visant à faciliter l'intégration de la population résidante étrangère. Le groupe de travail Migration réunit des représentants des départements fédéraux qui disposent de compétences dans les domaines d'intégration cités par le rapport de l'ODM (2006), et dont la santé fait partie.

- *Politique de lutte contre la discrimination* : la lutte contre le racisme fait partie des tâches transversales dont s'occupe le Service de lutte contre le racisme (SLR). C'est donc

¹⁹ Page d'accueil de l'ASR : www.osar.ch/integration/projects.

lui qui représente la lutte contre la discrimination dans les grands projets des autres offices fédéraux, dont ceux liés à la promotion de la santé et à la prévention. Le SLR a pour tâche première de prévenir le racisme et la xénophobie à long terme. La Commission fédérale contre le racisme (CFR) contribue également, par son engagement en faveur de minorités et contre le racisme et la discrimination, à l'amélioration de l'égalité des chances de la population migrante.

4.3.3 Activités de la Confédération dans les domaines de l'éducation et de la recherche

L'Office fédéral de la formation professionnelle et de la technologie (OFFT) est responsable de reconnaître et de réglementer les formations professionnelles non universitaires à l'échelon fédéral. L'OFSP est compétent pour la reconnaissance des formations universitaires aux professions de la santé. Les activités de recherche au niveau de la Confédération englobent pour l'essentiel la recherche menée au sein des différents offices fédéraux et les travaux de recherche financés par le Fonds national suisse. Cette liste n'est toutefois pas exhaustive.

- *Politique en matière de formation professionnelle* : depuis l'entrée en vigueur, en 2004, de la nouvelle loi sur la formation professionnelle (LFPr ; RS 412.10), l'Office fédéral de la formation professionnelle et de la technologie (OFFT) est responsable des formations (non universitaires) dispensées au degré secondaire II (formation professionnelle initiale), au degré tertiaire B (formation professionnelle supérieure) ainsi que la formation continue à des fins professionnelles. Il est également compétent pour les professions qui étaient auparavant réglementées au niveau cantonal dans les domaines de la santé, du travail social et des arts. La Confédération édicte les ordonnances (formation professionnelle initiale) et les règlements d'examens (examen professionnel fédéral et examen professionnel fédéral supérieur) et reconnaît les filières de formation (écoles supérieures). L'application de ces dispositions est l'affaire des cantons. Les organisations du monde du travail (partenaires sociaux, associations professionnelles, autres organisations compétentes et autres prestataires de la formation professionnelle) définissent les contenus de la formation et assurent une offre suffisante de cours de formation.
- *Législation sur les professions de la santé universitaires* : pour s'assurer que les personnes exerçant une profession médicale disposent des compétences professionnelles requises, la Confédération fixe les objectifs et les exigences de la formation universitaire, de la formation postgrade et de la formation continue aux professions de la santé universitaires, et décide de l'accréditation des programmes (Conseil fédéral 2004). Ces dispositions concernent les diplômes et les titres postgrades fédéraux. Les sociétés médicales spécialisées sont compétentes pour les autres programmes postgrade et programmes de formation continue.

- *Politique en matière de recherche* : en ce qui concerne la recherche pratiquée au niveau de l'administration fédérale, le projet de plan directeur de recherche santé 2008–2011 de l'OFSP prévoit la prise en compte systématique de la question migratoire dans le protocole de recherche, aux niveaux du monitoring, de la mise en œuvre et des évaluations, afin de promouvoir l'égalité des chances de la population migrante. Plusieurs projets de recherche consacrés au thème migration et santé ont été soutenus ces dernières années. Leurs résultats sont présentés dans une synthèse de 2006 (OFSP 2006f). Outre l'OFSP, les programmes nationaux de recherche 51 (Intégration et exclusion) et 45 (Problèmes de l'Etat social) ont également abordé des questions en lien avec le thème migration et santé. L'ODM et la CFE ont lancé dans ce domaine d'autres projets de recherche au titre de la promotion de l'intégration.

4.4 Cantons, communes et acteurs de la société civile

De nombreux acteurs au niveau des cantons et des communes, ainsi qu'au sein de la société civile travaillent sur les rapports entre migration et santé. Ces acteurs sont également importants pour la présente stratégie.

4.4.1 Cantons

De manière générale, les cantons sont responsables des soins de santé et de la prévention (Rosenbrock/Gerlinger 2004; Achtermann/Berset 2006). Ils sont tenus de prendre des mesures de promotion de la santé et de prévention des maladies et de garantir à la population l'accès aux soins de santé et à des services de réadaptation. Dans le système de santé, les cantons sont responsables de la planification hospitalière. Ils assument souvent la direction des hôpitaux publics et l'organisation des soins et de divers services, notamment dans les domaines de la psychiatrie sociale et de la médecine scolaire. Les cantons assument par ailleurs des tâches dans l'application au niveau régional des projets de prévention et de promotion de la santé (Somaini 2004). Dans le cadre de la protection de la santé, les cantons appliquent ainsi les dispositions légales fédérales relatives à la sécurité au travail et à la prévention des accidents et des maladies professionnelles. Ils assument par ailleurs des tâches diverses dans le domaine de la politique sociale et sont compétents pour l'octroi de réduction de primes dans le cadre de l'assurance-maladie obligatoire. La Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) est chargée de la collaboration intercantonale ainsi que de la collaboration entre les cantons et la Confédération et entre les cantons et les associations et organisations de la santé.

Dans le domaine de la politique migratoire, les cantons sont actifs dans l'encadrement des requérants d'asile et, à des degrés divers, dans la promotion de l'intégration des personnes migrantes. De nombreux cantons ont nommé des délégués à l'intégration, auxquels ils

confient différentes tâches. Ces délégués se sont regroupés au sein de la Conférence suisse des délégués à l'intégration communales, régionaux et cantonaux (CDI).

En tant que responsables des écoles professionnelles, des écoles supérieures, des hautes écoles spécialisées et des universités, les cantons jouent un rôle important dans la formation professionnelle. Ils contribuent à la recherche par les rapports sur la santé et les statistiques qu'ils produisent à l'échelon cantonal.

4.4.2 Communes

Les communes s'impliquent également dans la santé, en assurant le fonctionnement des institutions de soins ou de prévention placées sous leur responsabilité et en soutenant des projets de promotion de la santé et de prévention centrés sur leurs besoins (Achtermann/Berset 2006; Somaini 2004). Elles assument avant tout des compétences que leur ont déléguées le canton, comme la direction d'hôpitaux de district, la gestion d'établissements de soins ou de maisons pour personnes âgées ou l'organisation des soins à domicile ou des services médicaux scolaires (Rosenbrock/Gerlinger 2004).

4.4.3 Acteurs privés

Les acteurs privés interviennent essentiellement au niveau de l'offre dans le domaine de la santé (Rosenbrock/Gerlinger 2004) : ils proposent une part importante des prestations fournies dans la production de biens médicaux, dans les services d'assurances, dans la prise en charge médicale ou dans la prévention et la promotion de la santé. A ce titre, ils sont associés par les cantons et les communes aux processus de décision, formels ou informels. Ces fournisseurs de prestations sont généralement regroupés au sein d'associations qui assument également des tâches dans la formation de base et dans la formation continue, ainsi que dans l'assurance-qualité. Parmi ces associations, citons notamment la Fédération des médecins suisses (FMH), les diverses associations de médecine spécialisée, l'association H+ Les Hôpitaux de Suisse, l'organisation nationale faîtière du monde du travail en santé (Oda Santé), la Conférence suisse des écoles de soins infirmiers et l'Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI).

De nombreux acteurs privés œuvrent également dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé, à l'image des ligues de santé et des services spécialisés en tout genre, mais également de sociétés à but lucratif (dans le domaine du fitness p. ex.) (Rosenbrock/Gerlinger 2004 ; Somaini 2004). Par ailleurs, les acteurs privés sont souvent associés à la mise en œuvre des décisions prises aux niveaux fédéral, cantonal ou communal, par le biais de contrats de prestations (Achtermann/Berset 2006 ; Rosenbrock/Gerlinger 2004 ; Somaini 2004). Au niveau de l'offre, on trouve principalement les associations de consommateurs et de patients.

5 Bases de la stratégie Migration et santé, phase II

Nous présentons ci-après les bases de la stratégie Migration et santé, phase II, qui se subdivisent en une vision, des objectifs et des principes d'action.

5.1 Vision

La stratégie Migration et santé vise l'égalité des chances devant la santé telle que la définit l'OMS (Whitehead 1991; Mielck 2000):

Une chance équitable est donnée à toute personne vivant en Suisse de réaliser pleinement son potentiel de santé, sans qu'aucun facteur évitable ne vienne l'en empêcher.

Le fait qu'une personne fasse partie ou non de la population migrante n'a aucune incidence sur cette vision. Comme nous l'avons vu plus haut, la migration ou l'origine constitue un déterminant essentiel de l'inégalité des chances devant la santé, au même titre que le sexe. La stratégie Migration et santé s'est donc fixé l'objectif supérieur suivant :

La stratégie Migration et santé contribue à l'élimination des facteurs évitables susceptibles d'entraver la santé et, par là, à l'amélioration des conditions de la population migrante. Elle améliore ainsi les chances de la population migrante, par rapport à la population de nationalité suisse, de pouvoir exploiter pleinement son potentiel de santé.

5.2 Objectifs

La stratégie Migration et santé vise avant tout à améliorer la situation des personnes d'origine migrante, qui n'ont pas les mêmes chances devant la santé. Il n'est cependant pas exclu que les mesures proposées dans le cadre de la stratégie puissent aussi profiter à d'autres groupes de personnes, défavorisées elles aussi en raison par exemple de leur situation socioéconomique ou d'un manque de connaissances sur le système de santé. Il faut ainsi s'attendre à ce que l'amélioration des compétences du personnel de santé dans la façon d'affronter la diversité entraîne une plus grande ouverture aux besoins des patients en général et, par là, une amélioration de la qualité des soins.

S'appuyant sur les problématiques et les actions possibles identifiés au chapitre 3, la stratégie Migration et santé, phase II, s'est fixé les six objectifs suivants :

- Les offres de promotion de la santé et de prévention sont adaptées aux besoins de la population migrante.

- Les personnes d'origine migrante disposent de compétences et d'informations suffisantes dans le domaine de la santé pour pouvoir adopter un comportement favorable à la santé.
- Les responsables et les prestataires de tous les échelons du système de santé s'engagent par des mesures concrètes pour que les personnes d'origine migrante aient également accès aux prestations de soins, et pour que ces dernières soient adaptées à leurs besoins.
- Le personnel de santé dispose de compétences transculturelles suffisantes pour pouvoir adapter son action à la diversité de la clientèle.
- Les interprètes communautaires professionnels sont davantage sollicités et interviennent en fonction des besoins.
- Les connaissances sur la situation sanitaire des personnes d'origine migrante sont complétées et différenciées, de même que celles relatives aux liens et aux interactions existant entre la migration et l'égalité des chances devant la santé. Ces connaissances sont mises à la disposition des milieux intéressés.

Des objectifs partiels seront définis dans les différents champs d'action dans le but de concrétiser les objectifs susmentionnés.

5.3 Principes d'action

Cinq grands principes sous-tendent l'action de la Confédération dans le cadre de la stratégie Migration et santé. Celle-ci poursuit une approche intégrative, vise le renforcement des ressources de la population migrante, prend en compte la dimension sexospécifique, encourage dans la mesure de ses moyens une démarche multisectorielle et attache de l'importance à la participation et à la mise en réseau.

Approche intégrative et durabilité

La prise en compte des besoins de la population migrante doit être assurée en premier lieu dans le domaine des offres de soins et des prestations régulières. L'accent est donc mis sur l'ouverture des institutions en place, des offres et des prestations de soins existantes, ainsi que des programmes en vigueur (par le biais de l'information, de la coordination et de la mise en réseau). Pour que la population migrante puisse bénéficier d'un accès à bas seuil aux institutions et aux offres disponibles, il faut commencer par éliminer les obstacles qu'elle rencontre. Il peut s'avérer utile de compléter ou d'améliorer l'offre existante en encourageant des interventions ciblées sur certains groupes de personnes migrantes, par exemple en l'absence de telle offre de prestations, ou lorsque les possibilités d'ouverture de telle autre offre s'avèrent limitées, ou encore lorsque l'intégration d'une offre spécifique dans les structures régulières semble inopportune. De manière générale, l'approche intégrative implique

l'ancrage à long terme, dans le système de santé, des mesures et des offres en faveur de la population migrante.

Sollicitation des ressources, capacitation (empowerment) et participation de la population migrante

L'importance de la salutogenèse et de la sollicitation des ressources va s'accroître au fur et à mesure que la stratégie Migration et santé sera mise en place (p. ex. l'utilisation des réseaux de migrants en vue de mettre à profit les informations touchant à la santé). Il s'agit de mesurer le potentiel dont disposent les personnes d'origine migrante pour améliorer leur situation sanitaire et de mettre davantage leurs ressources à contribution. La participation de la population migrante constitue une ressource exploitable dans le cadre de la capacitation : c'est pourquoi le développement de mesures de prévention et de promotion de la santé notamment doit davantage impliquer des spécialistes d'origine migrante.

Sensibilité aux questions sexospécifiques

Pour réaliser à terme une égalité des chances devant la santé pour les personnes d'origine migrante, il est essentiel de tenir compte de la dimension sexospécifique dans la mise en œuvre de la stratégie. Le développement d'une sensibilité aux questions sexospécifiques et aux structures (potentiellement) discriminatoires va permettre d'admettre les différences existant entre les femmes ou les filles, d'une part, et les hommes ou les garçons, d'autre part, et de tenir compte de manière systématique des ressources individuelles et sociales des unes et des autres dans la mise en œuvre de la stratégie. Suivant les cas, les conditions de vie et de travail ainsi que l'environnement des hommes et des femmes sont soumis à des influences différentes, ce qui peut avoir des conséquences sur leur comportement et, par là, sur leur santé. Il s'agit de tenir compte de ces différences dans la mise en œuvre de la stratégie.

Démarche multisectorielle

Les déterminants de la santé appartenant aux domaines de l'éducation, du travail et du logement peuvent influencer positivement ou négativement sur la santé. Il est donc important de les associer à la préservation, au rétablissement ou à l'amélioration de l'état de santé. Une approche multisectorielle s'impose donc si l'on veut créer des conditions qui permettent d'influer favorablement sur la santé (OFSP 2005 ; Achtermann/Berset 2006). Il a fallu toutefois renoncer à l'ambition d'une mise en œuvre multisectorielle systématique de la stratégie Migration et santé, en raison du manque de ressources et de leviers pour agir. En prônant d'abord la prise en compte des réalités migratoires dans les processus et les activités touchant la santé (mainstreaming), la stratégie Migration et santé poursuit un objectif réaliste.

Les activités de mise en réseau et de coordination jouent un rôle important à cet égard, puisqu'elles permettent de défendre la dimension sanitaire dans les politiques et les processus. Dans ce contexte, il faut souligner les liens existant entre le potentiel d'intégration et le potentiel de santé. La mise en œuvre du rapport sur l'intégration de l'ODM fournira ainsi

l'occasion de combiner promotion de la santé et promotion de l'intégration, ce qui constituera une première étape vers une politique multisectorielle de santé.

Participation et mise en réseau

Vu la répartition des tâches et l'imbrication croissante des responsabilités au sein du système suisse de santé, la Confédération dépend du soutien de nombreux autres acteurs pour réaliser sa vision d'une égalité des chances devant la santé. La stratégie Migration et santé n'atteindra son objectif que si ces acteurs collaborent et échangent des informations entre eux. La Confédération doit donc mettre en place des mesures incitant à la coopération et à l'harmonisation des activités. Elle utilise à cet effet tous les leviers à sa disposition dans les quatre champs d'action décrits ci-après, en privilégiant notamment les activités transversales de *mainstreaming* dans le domaine migratoire.

La combinaison entre application des mesures, lancement de nouveaux projets et travail de coordination et de mise en réseau s'est jusqu'ici révélée utile et efficace. Le travail sur des projets novateurs contribue à améliorer la connaissance du terrain et à renforcer les relations avec les acteurs chargés de la mise en œuvre de la stratégie, tandis que le lancement de nouveaux projets peut offrir des opportunités pour un ancrage structurel. Le processus d'ancrage structurel doit cependant bénéficier de conditions-cadres favorables. Il est donc indispensable que, parallèlement à la mise en œuvre de la stratégie de la Confédération, la mise en place de conditions-cadres propices soit encouragée, que ce soit par la direction du programme, par les cantons ou par les organisations partenaires. Etant donné que la stratégie Migration et santé, phase II, entend aller plus loin dans ses objectifs, il faut y associer davantage les différents acteurs et intensifier l'utilisation systématique des plateformes existantes.

6 Les quatre champs d'action de la stratégie Migration et santé, phase II

Les principaux leviers permettant d'atteindre les objectifs fixés plus haut sont les suivants : l'adaptation aux besoins des personnes migrantes des offres de promotion de la santé et de prévention, la mobilisation des décideurs du système de santé, les compétences transculturelles du personnel de santé, le recours aux interprètes communautaires, l'amélioration des outils de collecte de données existant dans le domaine de la santé, l'amélioration et le transfert des connaissances. Ces leviers, de même que les mesures qui vont avec, peuvent être regroupés en quatre champs d'action visant chacun des objectifs et des mesures spécifiques :

- promotion de la santé et prévention
- formation et formation continue dans la santé
- soins de santé
- recherche

Ces quatre champs d'action sont ajustés entre eux et se complètent les uns les autres. Ils correspondent dans une large mesure à ceux définis dans la stratégie Migration et santé 2002-2007, sur le plan tant du contenu que des effets visés. Ils sont complétés par des activités transversales *mainstreaming migration*, déployées dans les quatre champs d'action pour soutenir les mesures spécifiques.

Nous abordons ci-après les quatre champs d'action de la stratégie Migration et santé, phase II. Nous commençons par définir le contenu de chacun d'eux, puis nous décrivons en quoi ils peuvent contribuer à la réalisation des objectifs de la stratégie. Dans une troisième étape, nous présentons les stratégies et les mesures sur lesquelles la Confédération veut s'appuyer pour atteindre ces objectifs, puis décrivons les structures dans lesquelles ces stratégies et ces mesures vont s'inscrire. Enfin, nous présentons les activités transversales *mainstreaming migration*.

6.1 Champ d'action promotion de la santé et prévention

6.1.1 Définition du champ d'action

Le champ d'action promotion de la santé et prévention comprend les stratégies et les mesures visant l'amélioration des compétences sanitaires chez les personnes d'origine migrante, le renforcement des ressources dont elles disposent pour agir sur leur santé et la réduction des facteurs susceptibles d'altérer leur santé.

La promotion de la santé est un processus qui vise à permettre aux gens d'accroître leur influence sur leur santé et ses déterminants et d'améliorer par là leur état de santé. Ce concept

recèle un potentiel important pour les personnes d'origine migrante, puisqu'il vise à offrir aux personnes concernées, indépendamment des conditions de vie difficiles auxquelles elles peuvent être confrontées, les moyens de préserver ou d'améliorer leur santé.

La prévention comprend la réduction de facteurs spécifiques susceptibles d'altérer la santé. A cet égard, les principales mesures qui entrent en ligne de compte sont la réduction des risques de maladies liées à la migration (prévention primaire) et le dépistage précoce de maladies (prévention secondaire). Dans le cas présent, la prévention porte sur les maladies qui affectent plus spécifiquement la population migrante.

D'un point de vue scientifique, les mesures de promotion de la santé et de prévention ne se révèlent efficaces que si elles incluent des éléments permettant de modifier le comportement individuel (prévention centrée sur la personne) ou de modifier les conditions de vie quotidiennes des gens (prévention structurelle).

6.1.2 Importance pour la réalisation des objectifs

La réduction des facteurs nuisibles pour la santé et le renforcement des facteurs favorables à la santé, aux niveaux structurel et comportemental, donnent à la population migrante des chances équivalentes de promouvoir sa santé et d'agir de manière préventive.

Compte tenu de l'influence des facteurs matériels et psychosociaux sur la santé des personnes d'origine migrante, il faut impérativement tenir compte d'éléments tels que les conditions de travail ou la situation sociale, si l'on veut que les personnes migrantes aient réellement les mêmes chances que la population suisse. Cela implique que la promotion de la santé et la prévention fassent partie intégrante du processus d'intégration au sens large. Toutefois, les personnes migrantes ne pourront vraiment faire preuve d'un comportement responsable que si, parallèlement, les obstacles structurels qui leur barrent l'accès au système de santé sont supprimés, et que des prestations à bas seuil et de bonne qualité leur sont proposées dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention (p. ex. par la production d'informations sur la santé dans les langues des migrants et vaste diffusion pendant les cours de langue fréquentés par le groupe cible).

Pour que les personnes d'origine migrante aient les mêmes chances de préserver leur santé, il faut encourager des changements de comportement, un déterminant essentiel de l'égalité en matière de promotion de la santé et de prévention, en améliorant de manière ciblée les compétences et les ressources sanitaires individuelles et collectives.

6.1.3 Stratégie et mesures

Pour renforcer la disposition des personnes d'origine migrante à adopter un comportement favorable à la promotion de la santé et à la prévention, nous devons envisager une stratégie comportant trois volets :

- Il est indispensable que la promotion de la santé et la prévention soient associées à la politique d'intégration, pour que la dimension structurelle (conditions de vie) soit prise en compte. Les mesures de promotion de l'intégration appliquées par la Confédération doivent prendre en compte tous les aspects touchant à la politique de santé, et le potentiel intégratif des mesures touchant à la promotion de la santé et à la prévention doit être systématiquement examiné.
- Parallèlement, les programmes et les offres existantes de promotion de la santé et de prévention susceptibles d'influencer la situation sanitaire des personnes migrantes doivent être adaptées aux besoins de cette population et ouvertes à cette dernière.
- Il faut en outre encourager, lorsque le besoin s'en fait sentir, le développement d'offres ciblées de promotion de la santé et de prévention pour les personnes d'origine migrante.

Pour être efficaces, les mesures de promotion de la santé et de prévention destinées aux personnes d'origine migrante doivent être adaptées aux réalités sociales de ces dernières. L'importance des réseaux sociaux et de paramètres tels que la famille, la vie associative, le travail et les loisirs doit être prise en considération. Selon les thèmes, on définira, sur la base de données probantes, des groupes cibles spécifiques différenciés selon les groupes d'âges (enfants, adolescents, adultes, personnes âgées). On tiendra compte des spécificités des hommes et des femmes ainsi que des initiatives privées dans la conception et la mise en œuvre des mesures, auxquelles les groupes cibles seront également associés.

Renforcer les activités transversales de *mainstreaming migration* dans la promotion de la santé et la prévention par le transfert de connaissances, l'encouragement des échanges et la promotion de l'innovation

L'ouverture aux personnes migrantes des programmes, des mesures et des projets de promotion de la santé et de prévention sera encouragée par un transfert ciblé de connaissances et de moyens opérationnels, par l'utilisation de plateformes d'échanges et par la promotion de l'innovation. A cet égard, il reste encore beaucoup à faire dans les domaines suivants :

- sécurité et promotion de la santé au lieu de travail
- activité physique et alimentation
- VIH / sida
- toxicodépendances (médicaments, tabac, substances illégales, alcool)
- prévention du cancer
- santé psychique

Fournir des documents et des moyens d'information adaptés et promouvoir les compétences sanitaires relatives au fonctionnement du système de santé

Dans le but de renforcer les compétences sanitaires fonctionnelles, interactives et critiques des personnes d'origine migrante, des mesures sont prises pour combler les lacunes d'information et pour améliorer leurs connaissances de base sur le système de santé, ainsi que pour renforcer leur capacité d'action. A cet effet, on réalisera des documents d'information adaptés aux groupes cibles, qu'on diffusera auprès de ces derniers ou auxquels ces derniers pourront accéder de manière centralisée.

Soutenir des projets thématiques

Des mesures supplémentaires seront encouragées dans le cadre de projets thématiques afin de pouvoir créer les offres spécifiques nécessaires. Les besoins identifiés à cet égard concernent principalement les domaines suivants :

- santé sexuelle et reproductive (notamment prévention des grossesses et avortements, excision, préparation à l'accouchement)
- santé bucco-dentaire

6.1.4 Structure opérationnelle

La Suisse compte aux niveaux fédéral, cantonal et communal un grand nombre d'institutions qui s'occupent essentiellement ou en partie de questions et de mesures touchant la promotion de la santé et la prévention. La répartition des compétences entre ces institutions n'est pas formellement établie, en raison des lacunes de la législation dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention (OFSP 2006g). La faisabilité politique d'une simplification des bases légales et stratégiques dans ce domaine est actuellement à l'étude dans le projet « Nouvelle réglementation de la prévention et de la promotion de la santé », qui court jusqu'en 2010. La stratégie Migration et santé, phase II, prévoit de renforcer la collaboration avec les services responsables au niveau national et d'encourager la collaboration avec les responsables cantonaux de la promotion de la santé, les services de prévention cantonaux et les délégués cantonaux à l'intégration et à la lutte contre les toxicodépendances.

Dans ce contexte, la Confédération a principalement pour tâche de créer les bases et de donner les impulsions qui favorisent l'adaptation des programmes et des offres aux besoins de la population migrante. Le développement de toute offre complémentaire doit se faire en étroite collaboration avec les prestataires réguliers de soins et peut impliquer des organismes non étatiques en cas de besoin.

6.2 Champ d'action formation et formation continue dans la santé

6.2.1 Définition du champ d'action

Par formation et formation continue dans la santé, on entend les programmes réguliers de formation et de formation continue destinés aux professionnels de la santé en Suisse. Ces programmes sont proposés à quatre niveaux :

- formation professionnelle de base
- formation professionnelle supérieure
- formation continue à des fins professionnelles
- formation universitaire

Le champ d'action formation et formation continue dans la santé englobe également des cours destinés aux interprètes communautaires professionnels dans les domaines de la santé et du social, qui interviennent en cas de difficultés de compréhension entre les professionnels de la santé et les personnes d'origine migrante.

6.2.2 Importance pour la réalisation des objectifs

Dans le champ d'action formation et formation continue, la Confédération poursuit des stratégies et met en œuvre des mesures qui doivent permettre aux professionnels de la santé d'acquérir, dans le cadre de leur formation (continue) régulière, les connaissances nécessaires pour pouvoir traiter avec compétence des patients d'origines culturelles diverses, qui sont de plus en plus nombreux. Il est essentiel que la compétence transculturelle soit développée à tous les niveaux du système de santé pour que celui-ci s'ouvre davantage à la population migrante et qu'il puisse mieux répondre à ses besoins. Les objectifs fixés dans les champs d'action soins de santé et promotion de la santé et prévention ne pourront être réalisés que si les professionnels de la santé disposent des connaissances requises sur les liens existant entre migration et santé.

6.2.3 Stratégie et mesures

Pour que les professionnels de la santé puissent acquérir, dans le cadre de leurs cours de formation (continue) réguliers, les connaissances requises sur les liens existant entre migration et santé, il faut que le thème de la migration soit inscrit dans les règlements d'études et les programmes de cours. C'est là que doit être mis l'accent dans le domaine de la formation et de la formation continue.

La formation d'interprètes communautaires doit par ailleurs être poursuivie, en fonction des besoins quantitatifs et qualitatifs, afin d'assurer une prise en charge adaptée en cas de difficultés de compréhension entre les professionnels de la santé et les patients d'origine migrante.

Les instances responsables de la formation et de la formation continue aux professions de la santé en Suisse seront amenées à collaborer grâce aux mesures suivantes :

Activités de mainstreaming visant à encourager l'intégration systématique du thème de la migration dans les règlements d'études et les programmes de cours de formation aux professions de la santé

Des interventions auprès de différentes instances sont nécessaires si l'on veut obtenir des changements durables jusqu'au niveau des structures de la formation et de la formation continue aux professions de la santé. Les activités de mainstreaming concernent les instances responsables de réglementer les professions de la santé, les instances chargées de surveiller l'application de ces réglementations, ainsi que les établissements de formation eux-mêmes. Ces derniers sont concernés avant tout par des échanges d'informations et de connaissances. A l'heure actuelle, de nombreuses formations professionnelles de la santé sont en train ou à la veille d'être réorganisées en Suisse, tandis que de nouvelles professions voient le jour. Le moment est donc propice pour intégrer la dimension migratoire dans les règlements d'études et les programmes de cours. A cet égard, il faut prêter une attention particulière à la formation et la formation continue des médecins, en intégrant dans leurs études, par le biais d'activités de mainstreaming, des sujets tels que l'anamnèse dans le contexte migratoire ou la collaboration avec des interprètes communautaires.

Créer des cours spécifiques de formation continue dans le but de renforcer les compétences transculturelles des professionnels de la santé

Outre les activités de mainstreaming mentionnées plus haut, des incitations financières viendront faciliter en cas de besoin la mise sur pied de cours spécifiques de formation continue dans le but de renforcer les compétences transculturelles des professionnels de la santé. Cette mesure a pour but d'encourager les institutions du domaine de la santé telles que les hôpitaux, les instituts de formation ou les associations professionnelles à améliorer les compétences transculturelles de leur personnel, de leurs formateurs ou de leurs membres. Il s'agira surtout de ne pas oublier le personnel de soins qui n'a pas suivi de formation régulière dans le domaine de la santé.

Favoriser une offre de cours de formation d'interprètes communautaires adaptée aux besoins sur les plans qualitatif et quantitatif

La formation d'interprètes communautaires pourra également bénéficier des activités de mainstreaming décrites ci-dessus ainsi que d'incitations financières si besoin est. Par ces mesures, la Confédération entend favoriser une formation d'interprètes communautaires adap-

tée aux besoins (traduction dans une langue bien précise, possibilité de recourir aux services d'un homme ou d'une femme) pour faciliter la communication entre les professionnels de la santé et les patients. Les interprètes seront ainsi en mesure de fournir un service de qualité, toujours adapté aux besoins du système de santé.

6.2.4 Structure opérationnelle

En Suisse, la formation et la formation continue aux professions de la santé, ainsi que la définition du contenu des cours incombent à des institutions diverses qui se situent à des niveaux de décision différents. Les voici :

- instances appartenant aux pouvoirs publics (Confédération et cantons)
- institutions privées proposant des cours de formation et de formation continue
- associations faïtières du monde du travail, associations professionnelles
- employeurs et instituts de formation dans le domaine de la santé

La Confédération collabore étroitement avec ces instances dans la mise en œuvre des diverses mesures, afin que les objectifs du champ d'action formation et formation continue se réalisent. Elle entend renforcer encore la concertation, pour amener toutes ces instances à intégrer le thème de la migration dans l'offre de cours de formation et de formation continue.

6.3 Champ d'action soins de santé

6.3.1 Définition du champ d'action

Le domaine des soins de santé englobe l'ensemble des personnes, organisations, institutions, réglementations et processus qui servent à améliorer ou à préserver la santé ainsi qu'à prévenir ou à traiter les maladies ou les blessures. Les clients et les patients de ce domaine sont donc des personnes qui souhaitent recouvrer la santé ou se maintenir en bonne santé. Le domaine des soins de santé comprend des prestations diagnostiques, préventives, thérapeutiques ou réadaptatives.

Font partie des acteurs de la santé les prestataires de santé, qui fournissent des soins hospitaliers (hôpitaux, homes pour personnes âgées, établissements pour malades chroniques ou personnes handicapées) ou ambulatoires (médecins de famille, services de soins à domicile, dentistes, etc.). Les acteurs étatiques ou privés et les agents financeurs qui sont en rapport avec ces prestataires sont aussi à considérer comme partie prenante du domaine des soins de santé (Confédération, cantons, communes, organismes d'assurance sociale reconnus, sociétés d'assurance-maladie ou accidents, associations professionnelles, etc.).

6.3.2 Importance pour la réalisation des objectifs

Les soins prodigués aux personnes d'origine migrante doivent être adaptés, c'est-à-dire que la qualité de la prise en charge et des traitements doit être la même que pour la population suisse. Cela signifie également que les personnes migrantes doivent avoir les mêmes facilités d'accès aux soins de santé. Les prestations de soins peuvent être qualifiées d'adéquates si les critères suivants sont remplis :

- Les chances qu'un traitement médical se révèle efficace sont les mêmes pour les personnes d'origine migrante que pour la population suisse.
- La prise en charge et le traitement de personnes d'origine migrante sont adaptés à leurs besoins médicaux.
- Les personnes d'origine migrante sont satisfaites des prestations de soins dont elles ont bénéficié. Le personnel de soins est satisfait du travail qu'il effectue auprès de la population d'origine migrante.
- L'accès aux prestations de soins ne dépend pas de la langue, ni de la religion, de la situation socioéconomique, du sexe ou de l'âge.

Les institutions qui fournissent des soins de santé adaptés à des clientèles d'origines très diverses, et donc également aux personnes d'origine migrante, et qui veillent à garantir à tous les groupes de population un accès égalitaire à des prestations adéquates, apportent une contribution déterminante à la réalisation de l'égalité des chances devant la santé.

6.3.3 Stratégie et mesures

Il existe trois niveaux d'intervention dans le domaine des soins de santé :

- Niveau macro : les conditions-cadres aux niveaux national et cantonal peuvent permettre une prise en charge adéquate des personnes d'origine migrante. A ce niveau, il est question de mesures législatives et contractuelles.
- Niveau méso : grâce à des stratégies d'entreprises et à des processus appropriés, ainsi qu'à des mesures adaptées sur les plans de la communication, du personnel et de l'administration, les institutions de prise en charge (hôpitaux, cliniques, services d'aide et de soins à domicile), mais également les médecins en cabinet privé assurent une prise en charge de haute qualité des personnes d'origine migrante.
- Niveau micro : les professionnels de la santé et leur entourage direct peuvent contribuer à ce que les personnes migrantes soient prises en charge et traitées de manière adéquate.

Activités de *mainstreaming* destinées aux prestataires de soins et aux autorités responsables de l'adaptation de l'offre aux besoins de la population migrante

Les mesures à prendre dans le champ d'action soins de santé concernent en premier lieu les soins réguliers. Les activités transversales *mainstreaming migration* (information, transfert

de connaissances et mise en réseau) doivent inciter les prestataires de soins et les autorités concernées à associer les clients d'origine migrante au développement de l'offre de soins. Sur la base de l'évidence empirique décrite au point 2.3.3, il faudra axer les efforts sur les domaines où il reste le plus à faire :

- directions des hôpitaux
- directions des cliniques (subdivisions d'un hôpital), et notamment acteurs déterminants des maternités, des services d'urgence, des cliniques psychiatriques, des cliniques de réadaptation, des cliniques pour personnes souffrant de douleurs chroniques, des institutions d'aide aux toxicodépendants
- médecins généralistes, gynécologues et dentistes en cabinet privé
- services d'aide et de soins à domicile et autres prestations destinées à des personnes âgées

Encourager les offres de soins destinées à des groupes spécifiques de personnes migrantes

En complément à l'adaptation de l'offre régulière de soins, la création d'offres de soins répondant à des besoins spécifiques ou destinées à des groupes vulnérables de personnes d'origine migrante est encouragée, afin d'améliorer l'adéquation entre la prise en charge médicale et les besoins de ces dernières. Citons à titre d'exemple les offres thérapeutiques destinées aux réfugiés et aux personnes admises à titre provisoire ayant subi des traumatismes (personnes à protéger incluses). De telles offres complémentaires ne sont cependant pas prioritaires ; elles ne sont nécessaires que lorsque les besoins ne peuvent être couverts, pour des raisons plausibles, dans le cadre des soins réguliers.

Activités de mainstreaming et mesures de coordination pour favoriser le recours à des interprètes communautaires

Il y a matière à agir en ce qui concerne la communication entre le personnel de santé et les personnes d'origine migratoire. En l'absence d'interprètes, la communication entre les premiers et les secondes n'est pas satisfaisante lorsque ces dernières n'ont pas des connaissances suffisantes d'une des langues nationales. L'accès aux soins s'en trouve entravé, et leur qualité n'est pas assurée. Des mesures seront donc prises afin d'améliorer la situation quant aux possibilités de recourir aux services d'interprètes communautaires et d'en assurer le financement (p. ex. par une analyse coût-utilité visant à élaborer un argumentaire justifiant le recours aux interprètes communautaires).

6.3.4 Structure opérationnelle

En Suisse, le fonctionnement du système des soins de santé est avant tout de la responsabilité des cantons. Ces derniers décident de l'organisation du système de santé et déterminent

l'ampleur de la palette des prestations. Dans le domaine de l'asile, ils sont également responsables de la prise en charge des requérants d'asile et des personnes admises à titre provisoire. L'Office fédéral des migrations ne peut intervenir que dans le domaine des personnes victimes de traumatismes, pour offrir à ces dernières des prestations adaptées à leurs besoins.

Les prestations ambulatoires et certaines prestations hospitalières sont assurées par des acteurs privés (médecins, dentistes, services d'aide et de soins à domicile, etc.). Les interprètes communautaires agissent également au nom d'organismes privés, même si ceux-ci sont soutenus financièrement par les pouvoirs publics.

Compte tenu des compétences limitées dont dispose la Confédération dans le champ d'action soins de santé, on axera les efforts sur le mainstreaming. Le renforcement des collaborations, le transfert d'informations, la mise en réseau et le transfert de connaissances contribueront à la réalisation des objectifs en incitant les acteurs à passer eux-mêmes à l'action.

6.4 Champ d'action recherche

6.4.1 Définition du champ d'action

Le champ d'action recherche englobe les mesures et les stratégies permettant de générer de nouvelles connaissances scientifiques sur le thème migration et santé et de mettre ces connaissances à la disposition des acteurs concernés.

Le champ de recherche migration et santé traite, d'une part, des questions relatives à l'état de santé et au comportement en matière de santé de la population migrante, ainsi qu'à leurs causes et à leurs effets, et aborde, d'autre part, le système de santé et en particulier les prestations de soins destinées à la population migrante.

Il s'agit d'une recherche interdisciplinaire, qui associe les sciences sociales, le droit, les sciences économiques, l'épidémiologie sociale, les sciences médicales et les sciences des soins. Elle s'appuie sur des méthodes scientifiques éprouvées des disciplines précitées, ainsi que sur des méthodes quantitatives et qualitatives.

6.4.2 Importance pour la réalisation des objectifs

Les travaux de recherche visent à combler les lacunes des informations disponibles sur le thème migration et santé et permettront les améliorations suivantes :

- Les résultats des travaux montrent en quoi l'état de santé et le comportement sanitaire de la population migrante et de ses sous-groupes (définis selon les critères situation sociale, âge, sexe, contexte migratoire, situation personnelle, origine, etc.) se distinguent de ceux du reste de la population. On connaît mieux les besoins et les attentes de la population migrante à l'égard de la promotion de la santé et de la prévention.

- Les résultats des travaux nous permettent de savoir dans quelle mesure le système suisse de santé et ses institutions fournissent des prestations adaptées et égalitaires aux personnes d'origine migrante, et sous quelle forme ils les fournissent. Les domaines où la population migrante éprouve des difficultés à accéder au système sont identifiés.
- Les liens de cause à effet existant dans le domaine migration et santé sont mieux connus, notamment les causes des problèmes et les effets de mesures spécifiques.

Les connaissances générées livreront des informations approfondies sur les domaines où existent des inégalités ou une inégalité des chances, sur les causes de ces inégalités et sur les possibilités de les réduire. Dans la pratique, la prise en compte de ces connaissances permettra de planifier et d'appliquer des mesures ciblées dans le domaine migration et santé et d'exercer une action efficiente et efficace pour l'égalité des chances.

6.4.3 Stratégie et mesures

Adapter les instruments de collecte des données dans le domaine de la santé pour obtenir des informations sur la population migrante

Les enquêtes sur la santé réalisées périodiquement ne tiennent la plupart du temps pas compte de la dimension migratoire, ou ne font qu'effleurer cet aspect. Ainsi, ce dernier se résume souvent à l'indication de la seule nationalité. Il serait bon que l'on puisse disposer de résultats différenciés sur la mortalité, la morbidité et les comportements à risque chez les personnes d'origine migrante, ainsi que sur les rapports existant entre les déterminants de la santé et la sociodémographie, le contexte migratoire, etc. Pour cela, il faut relever, en plus de la nationalité, d'autres informations susceptibles de nous éclairer sur le contexte migratoire, la situation personnelle ou le degré d'intégration. On complètera donc les instruments servant à collecter des données sur la santé et le système de santé, notamment ceux utilisés au niveau suisse, par des variables sur la migration aussi homogènes que possible. Par ailleurs, il faudra veiller à ce que, dès la phase d'élaboration de la méthode, l'on tienne compte de la population migrante, et à ce que l'échantillon inclue également les groupes dont on souhaite analyser certaines spécificités (compétences linguistiques, hétérogénéité de la population migrante, etc.).

Poursuivre le monitoring de l'état de santé de la population migrante en Suisse

En 2004 a eu lieu une première enquête sur l'état de santé et sur le comportement sanitaire de différents groupes d'origine migrante. Cette enquête a confirmé certaines hypothèses et a également livré d'intéressants enseignements. Il s'agira d'améliorer encore les données et de les compléter, afin de pouvoir suivre l'évolution à moyen terme de l'état de santé et des comportements de la population migrante. De telles données pourront être obtenues par le biais

d'enquêtes détaillées réalisées dans le cadre du monitoring de l'état de santé de la population migrante en Suisse.

Encourager des projets ciblés destinés à générer des connaissances pertinentes pouvant être exploitées dans les autres champs d'action

Il manque encore des connaissances concrètes pour élaborer et mettre en œuvre des stratégies et des mesures fondées sur des données probantes dans les champs d'action prévention et promotion de la santé, soins de santé et formation et formation continue. Ces connaissances peuvent être complétées grâce à des projets de recherche. Le manque d'informations se fait le plus cruellement sentir à propos des liens de cause à effets entre des interventions spécifiques (comme le recours à des interprètes communautaires), au sujet de l'état de santé et du comportement sanitaire de la population migrante, ainsi que de l'efficacité de ces interventions. D'autres données devront encore indiquer les domaines où une action semble nécessaire et préciser les besoins des personnes d'origine migrante.

Assurer le transfert à tous les acteurs concernés des résultats des recherches menées sur le thème migration et santé

Les connaissances acquises sur le thème migration et santé par le biais de projets de recherche peuvent favoriser la planification et la mise en œuvre ciblées de mesures et d'interventions et accroître l'efficacité de ces dernières. Les connaissances anciennes et nouvelles doivent être rendues accessibles aux acteurs concernés, afin qu'elles déploient des effets pratiques.

6.4.4 Structure opérationnelle

Les enquêtes réalisées au niveau national sont souvent mandatées ou cofinancées par des offices fédéraux ou par des unités de ces offices, qui participent parfois également à la définition de leur contenu. C'est avec ces organes qu'il s'agira de collaborer.

La poursuite du monitoring de l'état de santé de la population migrante devrait être confiée à un institut de recherche compétent et reconnu. La conception du projet doit toutefois être assurée par l'OFSP, qui y associera d'autres partenaires intéressés. Des projets de recherche ciblés, destinés à soutenir les activités menées dans les autres champs d'action, feront également l'objet de mandats à des instituts de recherche indépendants.

6.5 Activités de type *mainstreaming migration*

La sensibilisation des acteurs clés aux thèmes de la migration et de la diversité revêt une importance considérable dans la stratégie Migration et santé. La dispersion et le recoupement

des compétences dans le domaine de la santé obligent la Confédération à rechercher le soutien d'une large palette d'acteurs, avec qui elle doit collaborer et se coordonner.

La stratégie Migration et santé, phase II, doit permettre de mieux ancrer les changements envisagés sur le plan structurel. En d'autres termes, il va falloir inciter les acteurs concernés à plus s'impliquer, à miser davantage sur les instruments législatifs et normatifs, à promouvoir un travail d'information ciblé à l'intention des spécialistes et du public, à favoriser le transfert des connaissances et des expériences, et à assurer la mise en réseau et la coordination entre les différents partenaires.

Toutes ces activités, qui ont pour but l'intégration durable de la dimension migratoire dans les activités institutionnelles, sont désignées sous le terme de « *mainstreaming migration* ». Ce terme englobe l'ensemble des activités destinées à amener les acteurs de la politique, de l'administration et de la société à inclure la dimension migratoire dans leur réflexion et leur action, aux niveaux de la planification, de la mise en œuvre et de l'évaluation des programmes, projets et mesures auxquels ils participent.

Les activités de *mainstreaming migration* concernent en premier lieu l'information, le transfert de connaissances, la mise en réseau, la coordination et l'information du public. En tant que tâche transversale, le *mainstreaming migration* s'applique aux quatre champs d'action. On le retrouve cependant également à un niveau plus élevé, où il a pour objectif d'attirer l'attention d'un vaste public spécialisé sur le thème migration et santé.

La Confédération va donc chercher à inclure de manière systématique le thème de la migration dans la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes et des projets touchant à la santé. Par les activités qu'elle déploie, elle travaille à une ouverture du système de santé dans différents domaines. La Confédération veut également amener ses partenaires à intégrer la dimension migratoire dans les programmes qu'ils mènent sur le thème de la santé.

Actuellement, les cantons ne suivent pas tous avec la même détermination la stratégie Migration et santé. Certains font là œuvre de pionniers, et méritent qu'on soutienne leurs efforts. L'un des objectifs de la stratégie Migration et santé est cependant d'inciter les cantons les moins actifs à s'investir davantage dans des mesures touchant au thème migration et santé ou à soutenir des activités dans le cadre de la présente stratégie.

En bref, les activités de *mainstreaming migration* visent à sensibiliser les décideurs à tous les niveaux. La prise en compte des réalités de la population migrante doit être encouragée à l'intérieur et à l'extérieur de l'administration fédérale, ainsi qu'au sein de l'OFSP. Nous précisons ci-après en quoi consistent les activités déployées dans le cadre du *mainstreaming*.

Information et communication

Une mise en œuvre efficace de la stratégie Migration et santé suppose que les acteurs concernés détiennent des connaissances actuelles et pertinentes. Ceux-ci seront d'autant mieux disposés à l'égard de mesures qui améliorent l'égalité des chances qu'ils comprendront

l'importance de la dimension migratoire pour la santé. C'est pourquoi la Confédération travaille à une meilleure information des nombreux acteurs impliqués et encourage l'échange de connaissances sur le thème migration et santé. Ce faisant, elle s'adresse d'abord aux milieux qui ont un rôle important à jouer dans la mise en œuvre de la présente stratégie. L'objectif est de faire prendre conscience aux milieux spécialisés et aux décideurs, mais aussi à un large public, grâce à une information appropriée, de la nécessité ainsi que de l'efficacité des mesures prévues dans le cadre de la stratégie Migration et santé, phase II. Cela permettra d'aborder les enjeux concrets dans ce domaine et de poser de premiers jalons dans la mise en œuvre de la stratégie.

Coordination et mise en réseau

La mise en œuvre de la présente stratégie va impliquer un grand nombre d'institutions qui se distinguent par les tâches qu'elles assument. Jusqu'ici, il n'a pas été possible de développer une collaboration suffisante avec les acteurs politiques importants dans les domaines de la migration et de la santé (cantons, associations professionnelles et associations de migrants). Des efforts seront donc déployés pour associer davantage ces acteurs à la mise en œuvre de la présente stratégie.

La Confédération encourage la coordination et les échanges entre les acteurs du domaine migration et santé. L'OFSP, qui assure la direction du projet, collabore avec les nombreux services fédéraux impliqués, ainsi qu'avec tous les autres acteurs qui s'engagent plus ou moins à fond pour la santé de la population. A cet égard, il s'agira de garantir la coordination avec le projet de promotion de l'intégration de l'ODM.

7 Direction, financement, mise en œuvre et évaluation

L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) assume la direction de la stratégie Migration et santé, phase II, à laquelle sont associés l'Office fédéral des migrations (ODM) et la Commission fédérale des étrangers (CFE).

Le financement est assuré pour l'essentiel par l'OFSP, via le crédit alloué à la prévention. L'ODM peut en outre contribuer au financement des activités des centres de thérapie pour personnes victimes de traumatismes qui séjournent en Suisse dans le cadre de l'asile.

La mise en œuvre de la stratégie Migration et santé continuera d'être pilotée par la section Egalité des chances et santé de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). La prochaine étape consistera à élaborer un plan de mesures spécifiant les objectifs et les mesures définies dans les différents champs d'action et à régler l'attribution des ressources. Ce plan, qui précisera également le calendrier de mise en œuvre, sera périodiquement actualisé.

La stratégie Migration et santé, sa mise en œuvre et ses effets seront soumis à une évaluation. La mise en œuvre des mesures sera optimisée principalement grâce à un système de rapports et d'autoévaluation du programme et des projets. Il est prévu de mandater une évaluation externe sur la stratégie dans son ensemble et sur ses effets dans le but, notamment, d'apporter les modifications nécessaires en vue du lancement de futures activités.

Bibliographie

- Achermann, Alberto und Jörg Künzli (2005). Interkulturelles Übersetzen im Gesundheitsbereich: Vorstudie für eine rechtliche Studie im Bereich. Bern: [s.n.].
- Achermann, Christin und Denise Efionayi-Mäder (2003). Leben ohne Bewilligung in der Schweiz: Auswirkungen auf den sozialen Schutz. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV).
- Achermann, Christin, Milena Chimienti und Fabienne Stants (2005). Migration, Prekarität und Gesundheit. Ressourcen und Risiken von vorläufig Aufgenommenen und Sans-Papiers in Genf und Zürich. Neuchâtel: Swiss Forum for Migration and Population Studies (SFM).
- Achermann, Christin und Milena Chimienti (2006). Migration, Prekarität und Gesundheit: Ressourcen und Risiken von vorläufig Aufgenommenen und Sans-Papiers in Genf und Zürich. Neuchâtel: Swiss Forum for Migration and Population Studies (SFM).
- Achermann, Wally und Christel Berset (2006). Gesundheitspolitiken in der Schweiz - Potential für eine nationale Gesundheitspolitik. Band 1: Analyse und Perspektiven, Band 2: 10 Porträts. Bern: Nationale Gesundheitspolitik Schweiz/Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- Addor, V., Narring, F. und P.-A. Michaud (2003). «Abortion trends 1990-1999 in a Swiss region and determinants of abortion recurrence», in *Swiss Medical Weekly* 133(15-16), 219-226.
- Aebischer Perone, Sigiriya et al. (2005). «Tuberculosis in undocumented migrants, Geneva», in *Emerging infectious diseases* 11(2), 351-352.
- Antonovsky, Aaron (1987). *Unraveling the Mystery of Health*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Bahnan Buechi, Rania und Christine Sieber (2004). «Frauen Sans-Papiers: Recht auf Gesundheit», in Schweizerisches Rotes Kreuz (SRK) (Hg.). *Migration - eine Herausforderung für Gesundheit und Gesundheitswesen*. Zürich: Seismo, 139-149.
- Banta, David et al. (2001). *Health Promotion and disease prevention. ECHTA Working Group 1 Final Report*.
[http://www.oeaw.ac.at/ita/ebene5/WG1_FinalReport_010817.pdf]
- Bärtschi, Franziska, Monika Lutz und Dorothee Guggisberg (2003). «[...] sie nehmen Risiko auf sich und hoffen, dass nichts passiert»: Illegalisierte Migrantinnen und ihre Zugänge zu medizinischen Angeboten - theoretische und empirische Betrachtungen. Bern: Hochschule für Sozialarbeit HSA (Diplomarbeit).

- Bauer, Theres (2005). «Das Vertrauen ist das Wichtigste»: Erfahrungen von Migrantinnen und Migranten mit der Gesundheitsversorgung in der Ostschweiz. St. Gallen: Caritas-Fachstelle Gesundheit und Integration.
- Beer, Valeria, Brigitte Bisig und Felix Gutzwiller (1993). «Social Class Gradients in years of potential life lost in Switzerland», in *Social science and medicine* 37(8), 1011-1018.
- Bischoff, Alexander (2004). «„Hätten Sie jemanden zur Hand, der übersetzen kann?“: Interkulturelles Übersetzen und Vermitteln im Gesundheitsbereich», in Schweizerisches Rotes Kreuz (SRK) (Hg.). *Migration - eine Herausforderung für Gesundheit und Gesundheitswesen*. Zürich: Seismo, 120-128.
- Bischoff, Alexander (2006). «Kommunikation: Fremde Sprachen im Spital», in Saladin, Peter (Hg.). *Diversität und Chancengleichheit. Grundlagen für erfolgreiches Handeln im Mikrokosmos der Gesundheitsinstitutionen*. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG) und H+ Die Spitäler der Schweiz, 28-30.
- Bischoff, Alexander et al. (2005). *Wirkt interkulturelle Mediation integrierend?* Basel/Neuchâtel: Universität Basel/Swiss Forum for Migration and Population Studies (SFM).
- Bisig, Brigitte, Matthias Bopp und Christoph E. Minder (2001). «Sozio-ökonomische Ungleichheit und Gesundheit in der Schweiz», in Mielck, Andreas und Kim Bloomfield (Hg.). *Sozial-Epidemiologie. Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten*. Weinheim und München: Juventa Verlag, 60-70.
- Bollini, Paola (1992). «Health policies for immigrant populations in the 1990s: A comparative study», in *International Migration* 30 (special issue), 103-119.
- Bollini Paola und Harold Siem (1995). «No real progress towards equity: Health of migrants and ethnic minorities on the eve of the year 2000», in *Social Science and Medicine* 41: 819-828.
- Bollini, Paola und Philippe Wanner (2005). *Santé reproductive des collectivités migrantes. Disparités de risques et possibilités d'intervention*. Neuchâtel: Swiss Forum for Migration and Population Studies (SFM).
- Bolzmann, Claudio et al. (2004). «Older labour migrants' well being in Europe: the case of Switzerland», in *Ageing and society* 24, 411-429.
- Bopp, M. und C. Minder (2003). «Mortality by education in German speaking Switzerland, 1990-1997: results from the Swiss national cohort», in *International Journal of Epidemiology* 32(3), 346-354.

- Bouchardy, Christine, Philippe Wanner und Luc Raymond (1999). Mortalité des étrangers en Suisse: Résultats d'une analyse des décès par cause (1989-1992). Bern: Bundesamt für Statistik (BFS).
- Breitenmoser, Beatrice und Buri, Markus (2004). Ausländische Rentenbezüger/innen in der IV. In: Soziale Sicherheit CHSS 1/2004: 36 – 41.
- Conseil fédéral (2002). Message concernant la loi sur les étrangers du 8 mars 2002. FF 2002 3469.
- Conseil fédéral (2004). Message concernant la loi fédérale sur les professions médicales universitaires (LPMéd) du 3 décembre 2004. BBl 2005 157.
- Calmonte, Roland, Thomas Spuhler und Walter Weiss (éditeurs) (2000). Santé et comportement vis-à-vis de la santé en Suisse 1997: enquête suisse sur la santé. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique (OFS).
- Chimienti, Milena und Sandro Cattacin (2001). «Migration et santé»: priorités d'une stratégie d'intervention. Rapport de base d'une étude Delphi. Neuchâtel: Swiss Forum for Migration and Population Studies (SFM)
- Ciola, Amilcar und Francine Rosenbaum (2003). «Guadi e ponti tra le culture. Cantata a due voci e forme diverse di mediazione culturale», in Maurizio Andolfi (Hg.). La mediazione culturale. Tra l'estraneo e il familiare. Milano: F. Angeli, 129-155.
- Committee of Experts on Health Services in a Multicultural Society, Council of Europe 2002-04 (2005). Adapting Health Care Services to Cultural Diversity in Multicultural Europe - Explanatory Memorandum. Strasbourg: Council of Europe.
- CFQF (1999). «Schwerpunkt Migration», f-Frauenfragen Nr. 2. Berne: Commission fédérale pour les questions féminines (CFQF).
- CSAA (2006). Statistique de l'assurance-accidents LAA 2006. Lucerne: Commission des statistiques de l'assurance-accidents LAA (CSAA).
- Dahinden, Janine (2004). «Interkulturelles Übersetzen und Vermitteln als Integrationsinstrumente: eine kritische Sichtweise auf ihre Potenziale», in Schweizerisches Rotes Kreuz (SRK) (Hg.). Migration - eine Herausforderung für Gesundheit und Gesundheitswesen. Zürich: Seismo, 99-119.
- Dahinden, Janine (2006). «Migration und Diversität», in Saladin, Peter (Hg.). Diversität und Chancengleichheit. Grundlagen für erfolgreiches Handeln im Mikrokosmos der Gesundheitsinstitutionen. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG) und H+ Die Spitäler der Schweiz, 23-25.

- Dahinden, Janine und Milena Chimienti (2002). Professionelles Sprachmitteln und interkulturelles Vermitteln im Gesundheits-, Sozial- und Bildungsbereich: theoretische Perspektiven. Neuchâtel: Swiss Forum for Migration and Population Studies (SFM).
- Dahinden, Janine, Chantal Delli und Walter Grisenti (2005). Nationale Machbarkeitsstudie Projektmodell «Migration und Sucht». Neuchâtel: Swiss Forum for Migration and Population Studies(SFM).
- DFJP (2003). Promotion de l'intégration des étrangers par la Confédération. Programme des points forts de la Confédération pour les années 2003-2007. Berne: Département fédéral de justice et police (DFJP).
- Domenig, Dagmar (2001). Migration, Drogen, transkulturelle Kompetenz. Bern: Hans Huber Verlag.
- Domenig, Dagmar (2006). «Transkulturelle Kompetenz», in Saladin, Peter (Hg.). Diversität und Chancengleichheit. Grundlagen für erfolgreiches Handeln im Mikrokosmos der Gesundheitsinstitutionen. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG) und H+ Die Spitäler der Schweiz, 26-27.
- Dubois-Arber, Françoise et al. (2001). «HIV/Aids-Prävention in der Schweiz: Bilanz und Ausblick», in Schweizerisches Medizin-Forum (24), 621-625.
- Dubois-Arber, Françoise et al. (2003). Evaluation de la stratégie de prévention du VIH/sida en Suisse: septième rapport de synthèse 1999-2003. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
- Efionayi-Mäder, Denise et al. (2001). Evaluation des Gesamtprogrammes «Migration und Gesundheit» des Bundesamts für Gesundheit. Forschungsbericht 17/2001. Neuchâtel: Swiss Forum for Migration and Population Studies (SFM).
- Efionayi-Mäder, Denise und Milena Chimienti (2003). «Migration und Gesundheit: Eine sozialpolitische Orientierung», in Caritas (Hrsg.). Sozialalmanach 2003: Gesundheit – eine soziale Frage. Luzern: Caritas, 155–172.
- Eytan, Ariel et al. (2002). «Screening of mental disorders in asylum-seekers from Kosovo», in Australian and New Zealand journal of psychiatry 36, 499-503.
- Eytan, Ariel et al. (2004). «Determinants of postconflict symptoms in Albanian Kosovars», in The journal of nervous and mental disease 192(10), 664-671.
- Ferron, Christine et al. (1997). «Health behaviours and psychosocial adjustment of migrant adolescents in Switzerland», in Schweizerische medizinische Wochenschrift 127, 1419-1429.

- Fleischer, Isabelle (2002). La consultation de patients migrants chez le médecin praticien avec ou sans traducteur. Lausanne: [s.n.].
- Flores, G. (2005). «The impact of medical interpreter services on the quality of health care: a systematic review», in *Med Care Res Rev* 62(3), 255-299.
- Frey, Conrad (2004). «Überlebende von Folter und Krieg: eine Herausforderung an unser Sozial- und Gesundheitswesen», in Schweizerisches Rotes Kreuz (SRK) (Hg.). *Migration - eine Herausforderung für Gesundheit und Gesundheitswesen*. Zürich: Seismo, 159-180.
- Frick, Ulrich et al. (2005). *Psychiatrische Hospitalisierungen im Kanton Zürich: Welche Rolle spielt der Migrationsstatus?* Zürich: Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung.
- Gabadinho, Alexis und Philippe Wanner (2006). *Analyse des données de l'enquête GMM – Projet de rapport final*. Neuchâtel: Swiss Forum for Migration and Population Studies (SFM).
- Gajo, Laurent et al. (2005). *Interaction et compétence transculturelle en milieu hospitalier. Etude contextuelle des pratiques soignantes dans cinq hôpitaux suisses*. Genève, Lausanne: Université de Genève.
- Gesundheitsförderung Schweiz (2006). *Langfristige Strategie von Gesundheitsförderung Schweiz*. Bern, Lausanne.
- Geyer, Siegfried (2002). «Sozialwissenschaftliche Grundlagen», in Petra Kolip (Hrsg.). *Gesundheitswissenschaften. Eine Einführung*. Weinheim, München: Juventa, 53-77.
- Gilgen, Denise et al. (2005). «Impact of migration on illness experience and help-seeking strategies of patients from Turkey and Bosnia in primary health care in Basel», in *Health Place* 11(3), 261-73.
- Gmel, Gerhard und Richard Müller (2001). *Legale und illegale Drogen: Die Schweizerische Gesundheitsbefragung 1997 (Schlussbericht)*. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA).
- Graham, Hilary und Michael P. Kelly (2004). *Health Inequalities: Concepts, Frameworks and Policy*. London: Health Development Agency.
- Guignet, Carole (2003). *Les politiques d'asile: quels impacts sur la santé des réquerants d'asile et des admis provisoires?* [Lausanne]: [s.n.].
- Hälg, Regula et al. (2004). *Migration und reproduktive Gesundheit: Die Betreuung der Migrantinnen in der Geburtshilfe aus der Sicht von öffentlichen Spitälern in der Schweiz*. Bern: Universität Bern, Institut für Ethnologie.
- Hämmig, Oliver, Gregor Jenny und Georg Bauer (2005). *Arbeit und Gesundheit in der Schweiz. Surveybasiertes Monitoring der Arbeitsbedingungen und des*

- Gesundheitszustandes der Schweizer Erwerbsbevölkerung. Zürich, Neuchâtel: Universität Zürich, ISPM/Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Health Care Communication Laboratory (Hg.) (2005). Forschungsbereich Health Literacy: Health Care Communication Laboratory, Università della Svizzera italiana. Lugano.
- Höpflinger, François (2000). «Lebenslagen im Alter aus der Sicht der Schweiz», in Backes, Gertrud M. und Wolfgang Clemens (Hg.) Lebenslagen im Alter. Gesellschaftliche Bedingungen und Grenzen. Opladen: Leske & Budrich, 75-91.
- Hungerbühler, Hildegard (2004). «Altern in der Migration: Folgen der Lebens- und Arbeitsbiographie», in Schweizerisches Rotes Kreuz (SRK) (Hg.). Migration - eine Herausforderung für Gesundheit und Gesundheitswesen. Zürich: Seismo, 221-242.
- Hunkeler, Brigitte und Eva Müller (2004). Aufenthaltsstatus und Gesundheit. Eine ressourcenorientierte qualitative Untersuchung zur Unsicherheit des Aufenthaltsstatus im Zusammenhang mit der psychosozialen Gesundheit bei Migrantinnen in der Stadt Zürich. Zürich: Universität Zürich, Psychologisches Institut, Sozial- und Gesundheitspsychologie.
- Interpret' (2002). Standards de formation pour les interprètes communautaires et les médiateurs/médiatrices culturel(le)s dans les domaines de la santé, du social et de la formation: rapport final. Bern: Interpret'.
- ISPM (2005). Swiss National Vaccination Coverage Survey. Vaccination Coverage of Children in Switzerland 1999-2003. Zurich, Institute for Social and Preventive Medicine (ISPM)
- Jacobs Schmid, Inge (2001). Migration und Spitex Basel. Basel: Eigenverlag FHS-BB.
- Kaya, Bülent, Martina Kamm und Alexis Gabadinho (2005). Les employés migrants dans le domaine de la santé et leurs ressources potentielles : une recherche-action. Neuchâtel: Swiss Forum for Migration and Population Studies (SFM).
- Keel, Peter (2001). «Low Back Pain and Foreign Workers: Does Culture Play an Important Role?», in Yilmaz AT, Weiss MG, Riecher-Rössler A (Hg.). Cultural Psychiatry: Euro-International Perspectives 169, 117-125.
- Kilcher, Anne und Regina Spiess (2003). «Die hausärztliche Betreuung von Migrantinnen/-innen mit chronischem Schmerzsyndrom», in Schweizerische Ärztezeitung 84(10), 452-460.
- Kläui, Heinrich (2004). «„Es geht mir nicht besser...“: einige Überlegungen zu Migration, Trauma und Gesundheitswesen», in Schweizerisches Rotes Kreuz (SRK) (Hg.). Migration - eine Herausforderung für Gesundheit und Gesundheitswesen. Zürich: Seismo, 181-197.

- Kruseman, Maaïke et al. (2005). «Post-migration dietary changes among African refugees in Geneva: a rapid assessment study to inform nutritional interventions», in *Sozial- und Präventivmedizin* 50/3: 161-165.
- Lamprecht, Markus, Claudia König und Hanspeter Stamm (2006). *Gesundheitsbezogene Chancengleichheit mit Blick auf «Psychische Gesundheit – Stress» und «Gesundes Körpergewicht»*. Grundlagendokument im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz. Bern: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Leanza, Yvan (2003). *Education, pédiatrie et cultures: du sens de l'activité professionnelle pour des pédiatres dans leur travail de prévention auprès de familles migrantes*. [Genève]: [s.n.].
- Ledermann, Simone et al. (2006). *Evaluation der Strategie «Migration und Gesundheit 2002-2006»*. Schlussbericht. Bern: Büro Vatter/INFRAS/IDHEAP/ISPM.
- Lehmann, Philippe, Catherine Mamboury und Christoph E. Minder (1990). «Health and social inequities in Switzerland», in *Social science and medicine* 31(3), 369-386.
- Leu, Robert et al. (1998). *Armut und Lebensbedingungen im Alter. Beiträge zur Sozialen Sicherheit*. Forschungsbericht Nr. 17/98. Bern: Bundesamt für Sozialversicherung (BSV).
- Leu, Robert und Martin Schellhorn (2004). *The evolution of income-related health inequalities in Switzerland over time*. Bonn: Forschungsinstitut zur Zukunft der Arbeit (IZA).
- Loncarevic, Maja, Corina Salis Gross und Daniel Mäusezahl (2001). «„Der Kopf tut weh, und noch mehr die Seele“: Gewalterfahrungen und Bewältigungsstrategien bosnischer Kriegsflüchtlinge in der Schweiz», in *Curare* 24(1/2), 117-136.
- Longchamp, Claude et al. (2005). *Sans Papiers in der Schweiz: Arbeitsmarkt, nicht Asylpolitik ist entscheidend*. Bern: gfs.bern.
- Loutan, Louis (2001). «The health of migrants and refugees», in Jane N. Zuckerman (Hg.). *Principles and practice of travel medicine*. Chichester: J. Wiley, 467-475.
- MacKay, Laura et al. (2003). *Migration and health: a review of the international literature*. Glasgow: MRC Social and Public Health Sciences Unit.
- Mackenbach, Johan P. und Martijntje Bakker (Hg.) (2002). *Reducing inequalities in health: a European perspective*. London: Routledge.
- Manzano, S. und S. Suter (2002). «La santé des enfants requérants d'asile à Genève», in *Médecine et Hygiène* (2379), 360-362.
- Marmot, Michael und Richard Gerald Wilkinson (Hg.) (2001). *Social determinants of health*. Oxford [etc.]: Oxford University Press.

- Menghini, G., Steiner, M. und T.M. Marthaler (1995). «The dental status of schoolchildren from abroad in Canton Zurich 1992 to 1994», in Schweizerische Monatsschrift für Zahnmedizin 105(12), 1529-1533.
- Meystre-Agustoni, Giovanna (2004). Populations particulières et prévention du VIH/sida: les travailleurs du sexe: revue de littérature. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive [etc.].
- Mielck, Andreas (2000). Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Bern (u.a.): Hans Huber Verlag.
- Negovetic, S. (2001). «Consequence of war and disasters on the health of civilian populations», in Sozial- und Präventivmedizin 46(3), 150-151.
- Nutbeam, Don (2000). «Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century», in Health Promotion International 15(3), 259-267.
- Obrist, Brigitte und Silvia Büchi (2006). Gesundheit in der Migration. Basel: Universität Basel, Ethnologisches Seminar.
- Oehling, A.-K., Steffen, Th. Und M. Ledergerber (2005). «Übergewicht bei Basler Kindern und Jugendlichen oder weniger Gutzi und mehr Bewegung», in Synapse 2/2005, 16-17.
- ODM (2006). Probleme der Integration von Ausländerinnen und Ausländern in der Schweiz: Bestandaufnahme der Fakten, Ursachen, Risikogruppen, Massnahmen und des integrationspolitischen Handlungsbedarfs. Berne: Office fédéral des migrations (ODM).
- OFAS (2006). Statistique de l'AI 2006. Berne: Office fédéral des assurances sociales (OFAS).
- OFSP (2002). Migration et santé. Stratégie de la Confédération pour les années 2002 à 2006. Berne: Office fédéral de la santé publique (OFSP).
- OFSP (2003a). Manuel de la tuberculose. Berne: Office fédéral de la santé publique (OFSP).
- OFSP (2003b). Programme national VIH/sida 2004–2008. Berne: Office fédéral de la santé publique (OFSP).
- OFSP (2005). Leitbild für eine multisektorale Gesundheitspolitik. Berne: Office fédéral de la santé publique (OFSP).
- OFSP (2006a). Rapport national sur la santé liée au genre en Suisse 2006. Berne: Office fédéral de la santé publique (OFSP).
- OFSP (2006b). Gesundheitskompetenz – Kurzfassung.
[www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00388/02873/index.html?lang=fr]

- OFSP (2006c). La politique suisse en matière de drogue. Troisième programme de mesures de la Confédération en vue de réduire les problèmes de drogue (ProMeDro III) 2006-2011. Berne: Office fédéral de la santé publique (OFSP).
- OFSP (2006d). Übertragbare Krankheiten: Neuausrichtung der grenzsanitätsdienstlichen Massnahmen, in Bulletin 1 vom 3. Januar 2006. Berne: Office fédéral de la santé publique (OFSP).
- OFSP (2006e). «Mental Health in Public Health» – Konzept zur Integration der psychischen Gesundheit in die öffentliche Gesundheit. Berne: Office fédéral de la santé publique (OFSP).
- OFSP (2006f). Forschung Migration und Gesundheit. Berne: Office fédéral de la santé publique (OFSP).
- OFSP (2006g). Vision et thèse sur la nouvelle réglementation de la prévention et de la promotion de la santé en Suisse. Documentation de la commission «Prévention + Promotion de la santé» du 13 mars 2006.
[www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00388/01811/01823/index.html?lang=fr]
- OFS (2004a). Près de 28% de la population résidente en Suisse avait un passeport étranger à sa naissance. Communiqué de presse n° 0351-0406-70 du 5 juillet 2004. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique (OFS).
- OFS (2004b). La population étrangère en Suisse: Rapport 2004. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique (OFS).
- OFS (2005). La population étrangère en Suisse. Rapport 2005. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique (OFS).
- Öztürk, Seriyе (2001). Gesundheitsförderung illegalisierter Migrantinnen. [S.l.]: [s.n.].
- Piguet, Etienne (2004). L'immigration en Suisse. 50 ans d'entrouverture. Lausanne: Presses polytechniques et universitaires romandes.
- Previsic, Sanja (2002). Papierlose Immigrantinnen: Stresssituationen, Bewältigungsformen und soziale Einbettung von Frauen aus Lateinamerika: Eine qualitative Untersuchung. Bern: Edition Soziothek.
- Prodoliet, Simone (2000). Bekannte Unbekannte. Migrantinnen in der Schweiz. Referat anlässlich der nationalen Tagung «Gesundheit – Prävention bei Migrantinnen in der Schweiz». Eine Tagung der Aids-Hilfe Schweiz und der Caritas Schweiz. Bern, 23. Juni 2000. Unveröffentlichtes Referat.

- Rausa-de Luca, Fabienne (2005). Die Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Moduls «Mobilität und Migration» der SAKE 2003. Demos. Informationen aus der Demografie 4/2004. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik (BFS).
- Rommel, Alexander, Caren Weilandt und Josef Eckert (2006). Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung. Endbericht. Bonn: Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands gem. e.V. (WIAD).
- Rosenbrock, Rolf und Thomas Gerlinger (2004). Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. Bern: Verlag Hans Huber.
- Saladin, Peter (Hg.) (2006). Diversität und Chancengleichheit. Grundlagen für erfolgreiches Handeln im Mikrokosmos der Gesundheitsinstitutionen. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG) und H+ Die Spitäler der Schweiz.
- Salis Gross, Corina (2004). «Struggling with imaginaries of trauma and trust: the refugee experience in Switzerland», in *Culture, medicine and psychiatry* 28(2), 151-167.
- Santos-Eggimann, Brigitte (2002). «Increasing use of emergency department in a Swiss hospital: observational study based on measures of the severity of cases», in *BMJ* 324(7347), 1186-1187.
- Schopper, Doris (2002). *Les inégalités sociales de santé: du constat à l'action*. [Genève]: Direction générale de la santé, République et canton de Genève.
- Schwartz, F. (2000). *Erwartungen an ein Qualitätsmanagement der Prävention durch die Gesetzliche Krankenversicherung*. Hannover.
- SGPG (2002). *Gesundheitsziele der Schweiz*. Bern: Schweizerische Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen (SGPG).
- Sieber, C. (2001). «Verhütung und Schwangerschaftsabbruch bei Migrantinnen», in Domenig, Dagmar (Hg.). *Professionelle transkulturelle Pflege*. Bern: Hans Huber Verlag, 341–359.
- Siegrist, Johannes (2005). Ergebnisse des Forschungsprogramms «Soziale Ungleichheit von Gesundheit und Krankheit in Europa». Referat auf dem 108. Deutschen Ärztetag 2005 in Berlin. [www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.2.20.1827.1834.1848]
- Singy, Pascal, Orest Weber und Patrice Guex (2003). «Die Situation der MigrantInnen im Gesundheitswesen: Ein Erfahrungsbericht aus Lausanne», in Wicker, Hans-Rudolf, Werner Haug und Rosita Fibbi (Hg.). *Migration und die Schweiz: Ergebnisse des Nationalen Forschungsprogramms «Migration und interkulturelle Beziehungen»*. Zürich: Seismo, 551-575.

- Somaini, Bertino (2004). «Gesundheitsförderung und Prävention, Public Health», in Kocher, Gerhard und Willy Oggier (Hg.). Gesundheitswesen Schweiz 2004-2006. Eine aktuelle Übersicht. Bern: Verlag Hans Huber, 65-75.
- SRK, Departement Migration (2006). Sans-Papiers in der Schweiz. Unsichtbar – Unverzichtbar. Bern: Schweizerisches Rotes Kreuz (SRK).
- Stahelin, C. et al. (2004). «Migrants from sub-Saharan Africa in the Swiss HIV Cohort Study: a single center study of epidemiologic migration-specific and clinical features», in Aids Patient Care and STDs 18(11), 665-675.
- Steiner, M. et al. (1994). «The caries occurrence in schoolchildren of the city of Zurich in 1970-1993. A view of prevention in new immigrants», in Schweizerische Monatsschrift für Zahnmedizin SMfZ 104(10), 1187-1189.
- Subilia, Laurent (2002). «Impact du durcissement de la politique d'asile sur la santé physique et mentale des requérants d'asile en Suisse», in Cultures et sociétés 16/17, 173-181.
- Testa-Mader, Anita, Alessandro Degrate und Nathalie Clerici (1999). «Disagiopsichico e utilizzazione dei servizi psichiatrici pubblici nella popolazione straniera del Canton Ticino», in Epidemiologia e psichiatria sociale 8(3), 209-219.
- Tomatis, L. (Hg.) (1990). Cancer: causes, occurrence and control. Descriptive epidemiology of cancer at specific sites. IARC scientific publications N° 100. Lyon: International agency for research on cancer.
- UNICEF (2005). Mädchenbeschneidung in der Schweiz: Umfrage bei Schweizer Hebammen, Gynäkologen/innen, Pädiatern/innen und Sozialstellen. Zürich: Schweizerisches Komitee für UNICEF.
- Vranjes, Nenad, Brigitte Bisig und Felix Gutzwiller (1995). Gesundheit der Ausländer in der Schweiz: Schweizerische Gesundheitsbefragung 1992/93 des Bundesamtes für Statistik. Bern.
- Vranjes, Nenad, Brigitte Bisig und Felix Gutzwiller (1996). Gesundheit der Ausländer in der Schweiz. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- Wanner, Philippe (2004). Migration und Integration: Ausländerinnen und Ausländer in der Schweiz. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik (BFS).
- Wanner, Philippe, Christine Bouchardy und Luc Raymond (2000). Mortalité des étrangers en Suisse: analyse par grand groupe de causes et par type de cancer, 1989-1992. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik (BFS).

- Weiss, Regula (2003). Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten. Zürich: Seismo.
- Whitehead, Margaret (1991). Concept et principes de l'égalité des chances en matière de santé. Kopenhagen: WHO, Regionalbüro für Europa.
- WHO (1999). Gesundheit21. Das Rahmenkonzept «Gesundheit für alle» für die Europäische Region der WHO. Kopenhagen: WHO, Regionalbüro für Europa.
- WHO (2005). Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Copenhagen: WHO, Regionalbüro für Europa.
- Wicker, Hans-Rudolf (1993). Die Sprache extremer Gewalt: Studie zur Situation von gefolterten Flüchtlingen in der Schweiz und zur Therapie von Folterfolgen. Bern: Institut für Ethnologie.
- Winizki, David (2002). «Schattenmedizin für „Sans Papiers“: Grundversorgung für Menschen ohne Aufenthalts- und Arbeitsbewilligung», in *Soziale Medizin* 29(4), 54-55.
- Wolff, Hans et al. (2005). «Health care and illegality: a survey of undocumented pregnant immigrants in Geneva», in *Social science and medicine* 60, 2149-2154.
- Zellweger, Jean-Pierre (2003). «Tuberkulose bei Immigranten: Erkennung und Behandlung», in *Schweizerisches Medizin-Forum* 24, 556-558.
- Zemp, Elisabeth (Hg.) (2001). Migration und Gesundheit: Beurteilung der gesundheitlichen Betreuung von MigrantInnen in der Region Basel. Bericht zuhanden der Gesundheitsförderung BS. [Basel]: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Basel.
- Zemp, Elisabeth und Michela Ceschi (2003). «Frauen und Gesundheit», in *Managed Care* 5, 12-13.