

Rapport de recherche  
18/2001

Milena Chimienti, Sandro Cattacin  
en collaboration avec Denise Efionayi,  
Martin Niederberger, Stefano Losa

## « Migration et santé » : priorités d'une stratégie d'intervention

Rapport de base d'une étude Delphi

Etude mandatée par l'Office fédéral  
de la santé publique

Contrat No 99.000459



Rapport de recherche  
18/2001

Milena Chimienti, Sandro Cattacin  
en collaboration avec Denise Efionayi,  
Martin Niederberger, Stefano Losa

## **« Migration et santé » : priorités d'une stratégie d'intervention**

**Rapport de base d'une étude Delphi**

*Citation suggérée :*

Chimienti, Milena, Sandro Cattacin en collaboration avec  
Denise Efionayi, Martin Niederberger, Stefano Losa (2001).  
« Migration et santé » : priorités d'une stratégie d'intervention.  
Rapport de base d'une étude Delphi. Rapport de recherche  
18 / 2001 du Forum suisse pour l'étude des migrations.  
Neuchâtel : SFM / FSM.

FSM  
SFM

Institut auprès  
de l'Université  
de Neuchâtel

Institut an  
der Universität  
Neuenburg

Terreaux 1  
CH – 2000 Neuchâtel  
Tél. + 41 (0)32 718 39 20  
Fax + 41 (0)32 718 39 21  
secretariat fsm@unine.ch  
www.unine.ch/fsm  
CCP 20-3686-9

# Table des matières

<b>AVANT-PROPOS</b>	<b>5</b>
<b>GLOSSAIRE</b>	<b>7</b>
<b>1 INTRODUCTION</b>	<b>9</b>
<b>1.1 Origine de l'étude</b>	<b>9</b>
<b>1.2 But de l'étude et approche adoptée</b>	<b>10</b>
<b>1.3 Plan du rapport</b>	<b>11</b>
<b>2 LE CONTEXTE DU CHAMP « MIGRATION ET SANTE »</b>	<b>13</b>
<b>2.1 Vers une politique sanitaire prenant en compte les besoins spécifiques de la population immigrée en Suisse</b>	<b>13</b>
2.1.1 Facteurs conjoncturels au niveau national	13
2.1.2 Evolution de la politique migratoire et d'intégration	14
2.1.3 Evolution de la notion de santé	15
2.1.4 Conclusion : entre une politique universaliste et particulariste	16
<b>2.2 La politique suisse menée jusqu'à ce jour dans le champ « migration et santé »</b>	<b>17</b>
<b>2.3 Cadre légal</b>	<b>19</b>
<b>2.4 Caractéristiques démographiques de la population immigrée en Suisse</b>	<b>23</b>
<b>2.5 Caractéristiques de santé de la population immigrée en Suisse</b>	<b>25</b>
2.5.1 Paradigmes explicatifs des différences de santé entre migrants et autochtones	26
2.5.2 Troubles et maladies somatiques	30
2.5.3 Troubles et maladies psychiques	35
2.5.4 Accidents	37
2.5.5 Comportements de santé	39
2.5.6 Synthèse	40
<b>3 DEMARCHE ET METHODE</b>	<b>43</b>
<b>3.1 Démarche</b>	<b>43</b>
<b>3.2 Le choix de la méthode</b>	<b>44</b>
<b>3.3 Description de la méthode Delphi</b>	<b>45</b>
<b>3.4 Description de la méthode des <i>focus groups</i></b>	<b>47</b>
<b>3.5 Déroulement de la recherche</b>	<b>48</b>
3.5.1 Première étape	48
3.5.2 Deuxième étape	51
3.5.3 Troisième étape: focus groups	52
3.5.4 Groupes de suivi	53
<b>3.6 Remarques méthodologiques préliminaires aux résultats</b>	<b>54</b>

<b>4</b>	<b>RESULTATS</b>	<b>57</b>
<b>4.1</b>	<b>Thèmes et mesures prioritaires spécifiques aux migrants</b>	<b>57</b>
4.1.1	Domaine de l'information, de la prévention et de la promotion de la santé	57
4.1.2	Domaine psychosocial	61
4.1.3	Domaine de la réhabilitation après une maladie ou un accident	65
4.1.4	Domaine biomédical	67
4.1.5	Domaine de la formation	69
4.1.6	Domaine de la recherche	72
4.1.7	Synthèse : les domaines de santé prioritaires	73
<b>4.2</b>	<b>Mode d'intervention : universaliste ou particulariste ?</b>	<b>76</b>
<b>4.3</b>	<b>Modes d'organisation et de financement</b>	<b>81</b>
4.3.1	Responsabilités organisationnelles	81
4.3.2	Responsabilités financières	84
<b>4.4</b>	<b>Estimation des déterminants majeurs de la santé des migrants : statut légal, culture ou couche sociale ?</b>	<b>88</b>
<b>5</b>	<b>RESUME ET CONCLUSIONS</b>	<b>91</b>
<b>5.1</b>	<b>Axes d'intervention prioritaires</b>	<b>91</b>
5.1.1	Ouverture de l'accès au système sanitaire et social	91
5.1.2	Service et formation d'interprètes et de médiateurs interculturels	91
5.1.3	Information, prévention et promotion de la santé	92
5.1.4	Offres thérapeutiques spécifiques	93
<b>5.2</b>	<b>Résultats transversaux</b>	<b>93</b>
5.2.1	Approche particulariste	94
5.2.2	Groupes-cible	94
5.2.3	Décentralisation et partenariat	95
5.2.4	Recherche	95
<b>5.3</b>	<b>Limites de l'étude et perspectives</b>	<b>95</b>
<b>ANNEXES</b>		<b>99</b>
<b>Annexe I : Membres des comités de suivi</b>		<b>99</b>
Membres du comité méthodologique		99
Membres du comité stratégique		99
<b>Annexe II : Articles de loi sur l'intégration des étrangers</b>		<b>100</b>
<b>Annexe III : Aperçu des permis de séjour des migrants en Suisse</b>		<b>109</b>
<b>Annexe IV : Caractéristiques démographiques des populations immigrées en Suisse</b>		<b>110</b>
<b>Annexe V: Nombre de participants par catégories</b>		<b>115</b>
<b>Table des illustrations</b>		<b>116</b>
<b>Bibliographie</b>		<b>117</b>

# Avant-propos

La présente étude intervient à un moment charnière du développement d'une politique en matière de « migration et santé » en Suisse qui, après dix ans environ d'existence au niveau de la Confédération, acquiert une certaine visibilité et une reconnaissance officielle par l'élaboration d'une stratégie fédérale largement concertée. La migration et la santé se constituent ainsi en tant que domaine d'étude conjoint.

Ce rapport expose les bases scientifiques d'une recherche sur laquelle s'appuient les orientations stratégiques de la Confédération dans le domaine « Migration et santé » pour les années 2002-2006. Plusieurs mandants sont à l'origine de cette étude, réalisée durant l'année 2000 : l'Office fédéral de la santé publique, l'Office fédéral des réfugiés, l'Office fédéral des étrangers et la Commission fédérale des étrangers. La stratégie élaborée ultérieurement par les mandants sur la base des résultats de cette étude, est présentée dans un autre document qui ne relève pas de notre autorité (cf. OFSP 2001). Celui-ci a été soumis en avril 2001 à une large consultation auprès des différents groupes concernés.

Dans le présent document, les différentes étapes empiriques de la recherche seront analysées. Il s'agit d'un rapport de base s'adressant en premier lieu aux personnes participant à la consultation de la stratégie, afin qu'elles puissent saisir le processus empirique et scientifique sur lequel reposent les orientations stratégiques. Ce rapport doit être considéré comme un outil permettant une prise de position sur la stratégie proposée. Il est d'ailleurs conseillé aux lecteurs<sup>1</sup> de consulter le texte en fonction des questions qu'ils se posent plutôt que d'en faire une lecture linéaire. En deuxième lieu, ce document s'adresse aux représentants et aux experts du domaine « migration et santé », ainsi qu'à toutes les personnes intéressées par ce champ.

L'étude a été menée sous la direction de Sandro Cattacin, qui a suivi aussi la conversion de ce rapport en recommandations politiques. Différents chercheurs ont soutenu cette démarche : Milena Chimienti, responsable du présent document, entourée, pour toutes les étapes de la recherche empirique, de Denise Efionayi-Mäder, Martin Niederberger et Stefano Losa.

## Remerciements

Cette recherche se fonde sur les opinions de différents représentants et experts des domaines de la migration et de la santé. Elle n'aurait pas été possible sans l'intense collaboration de ces acteurs que nous remercions vivement pour leur participation à l'ensemble du processus d'investigation empirique. Notre reconnaissance s'adresse en particulier aux membres des deux comités, celui pour les questions stratégiques et celui pour les questions d'ordre méthodologique, qui

<sup>1</sup> Dans ce rapport, nous avons utilisé le masculin comme terme générique comprenant à la fois la forme masculine et féminine.

ont suivi l'étude durant son déroulement (la liste de ces personnes se trouve dans l'annexe I). Ces nombreux échanges, entre les différents acteurs du domaine « migration et santé », se sont révélés importants. Ils ont permis d'éviter les points de vue réducteurs, d'ancrer la démarche dans une perspective pragmatique, et de parvenir à un consensus concernant les axes prioritaires d'une future stratégie. Nous espérons que la richesse de cette collaboration se ressentira dans le présent rapport.

Nous remercions également Philippe Wanner, Rosita Fibbi, Claire Rubattel, Béat Stoll et Laura Cardia-Vonèche de leur relecture et de leurs commentaires.

# Glossaire

*Approche globale de la santé* : approche proposée par l'Organisation mondiale de la santé (Charte d'Ottawa), qui sert dans la plupart des pays à orienter la politique en matière de santé. Elle englobe le bien-être physique, psychique et social de chaque individu, celui-ci devant pouvoir ainsi accéder à une plus grande autonomie d'action.

*Approche particulariste* : approche qui promeut des efforts spécifiques en vue de l'intégration des migrants. Elle peut aller jusqu'à permettre l'élaboration par ex. d'une politique sociale et sanitaire spécifique aux migrants en fonction de leur appartenance ethnique ou de leur nationalité.

*Approche universaliste* : elle se situe à l'extrême de l'approche particulariste. Elle s'oppose à des mesures spécifiques pour les migrants en vue de leur intégration et prône des mesures non-différenciées de politique sociale et sanitaire.

*Autochtone* : cette appellation regroupe ici les personnes nées en Suisse de parents suisses.

*Descendant de migrants ou personne de la deuxième génération* : ces deux expressions seront utilisées comme des synonymes dans ce rapport. Elles se réfèrent aux étrangers nés en Suisse, ou y ayant vécu la majorité de leur scolarité, et qui ont conservé leur nationalité étrangère.

*Fournisseur de prestations dans le domaine médico-social* : le terme de fournisseur de prestations tel qu'il est utilisé ici porte sur l'ensemble des producteurs de services dans le domaine médico-social. Les hôpitaux, les médecins, les conseillers en nutrition, les psychologues en sont autant d'exemples.

*Interprète travaillant dans le domaine médico-social* : personne qui exerce son activité à titre professionnel et selon des standards reconnus ; elle permet à des patients et des fournisseurs de prestations de langue différente de communiquer dans le domaine médico-social, avec pour but d'améliorer leur relation.

*Médiation interculturelle dans le domaine médico-social* : ce terme désigne une activité fondée sur des standards professionnels, dont le but est de faire comprendre à la population immigrée les structures et les réalités indigènes. Elle vise notamment à donner à cette population des informations et des messages de prévention et d'encouragement de la santé (comportements adaptés, etc.). La médiation interculturelle, également appelée *community health work*, est un travail de proximité ; la personne qui l'exerce s'appuie souvent sur des relais multiplicateurs. Précisions que le médiateur interculturel n'a pas pour mission de résoudre des conflits.

*Migrant / immigré / étranger* : ces termes s'appliquent dans ce texte aux personnes venues de l'étranger pour s'établir en Suisse ou qui sont d'origine immigrée de par leurs liens familiaux (descendants d'immigrés). Nous les utiliserons dans ce rapport comme synonymes sans distinguer les différents types de migrants (comme par ex. les réfugiés, les migrants arrivés pour exercer une activité professionnelle, les descendants de migrants, les femmes immigrées etc.). Parfois cependant, nous nous départirons de cette vision homogénéisante des groupes immigrés, notamment lorsqu'il est question de groupes-cible pour des interventions sanitaires spécifiques. Les types de permis, sur la base desquels est couramment établie la différenciation des groupes de migrants, sont présentés dans l'annexe III. Selon nous, la distinction par permis de séjour est cependant insuffisante pour définir des types de migrants, car ils ne permettent pas de délimiter des groupes homogènes. Nous utiliserons toutefois la terminologie juridique concernant les requérants d'asile.

*Relais multiplicateur* : le terme de « relais multiplicateur » désigne des personnes engagées par des médiateurs interculturels professionnels pour transmettre des informations dans les groupes auxquels elles peuvent accéder de manière facilitée. Les relais multiplicateurs sont généralement des volontaires ; ils peuvent être rémunérés dans certains cas.

### **Abréviations principales :**

- CFE : Commission fédérale des étrangers
- ODR : Office fédéral des réfugiés
- OFAS : Office fédéral des assurances sociales
- OFE : Office fédéral des étrangers
- OFS : Office fédéral de la statistique
- OFSP : Office fédéral de la santé publique
- OMS : Organisation mondiale de la santé

# 1 Introduction

## 1.1 Origine de l'étude

Le constat que la santé des migrants est moins bonne que celle des autochtones se trouve à l'origine de cette étude. Il existe en effet plusieurs facteurs, d'ordre structurel et individuel, défavorables pour la santé qui s'additionnent dans cette population. Au fait que la migration représente déjà, dans la majorité des cas, un processus éprouvant lié notamment à la rupture du contexte de vie, il faut ajouter les conditions de précarité rencontrées dans le pays d'accueil. Cette précarité s'observe à leur arrivée, mais aussi chez les descendants de migrants : au niveau légal (statut juridique instable, absence de droits civiques), économique (limitation de l'activité sur le marché du travail pour les requérants d'asile, sous-utilisation des compétences professionnelles ou taux de chômage élevé) et social (connaissance insuffisante de la langue, des systèmes institutionnels, réseau social de proximité restreint).

Le point de départ de cette étude est la nécessité d'agir et la volonté d'élaborer une politique sanitaire appropriée. Celle-ci devrait stopper ou atténuer ces différences de santé qui sont dues la plupart du temps à des conditions d'inégalité dans la société de résidence, entre autochtones et migrants. Pour l'instant, on ne dispose cependant que de rares et lacunaires données de santé sur les populations immigrées ce qui empêche de définir les besoins de santé principaux des migrants et les interventions à mettre en œuvre en priorité.

Le fait que les domaines de la migration et de la santé soient l'objet de politiques parfois contradictoires de la part des différents acteurs, a été aussi un des moteur dans la réalisation cette étude. D'un côté, certains prétendent qu'une meilleure intégration des migrants et une prise en compte de leurs besoins de santé permettraient des économies à long terme. En revanche, d'autres préféreraient éviter les frais immédiats, en limitant les mesures dans ce domaine. D'aucuns craignent aussi qu'une politique sanitaire prenant en compte les besoins des migrants puisse inciter d'autres étrangers à venir en Suisse. Enfin, le coût que représente la santé et le fait qu'elle relève des cantons, augmentent encore les enjeux de la réalisation de mesures spécifiques pour la santé des migrants.

Ces différents constats ont amené à la conclusion suivante : la planification de priorités d'interventions devrait être concertée entre les différents acteurs du champ « migration et santé ». Les aspects sanitaires dépassent, en effet, les seules compétences du milieu médical, et d'autres domaines, notamment ceux du social,

de la politique, de la recherche et ceux spécialisés dans la question migratoire doivent se prononcer sur cette question.

## 1.2 But de l'étude et approche adoptée

*Afin d'établir les bases scientifiques concernant les orientations stratégiques du domaine « migration et santé » pour les années 2002-2006, les objectifs de l'étude sont de répondre, à partir des opinions des différents acteurs, aux questions suivantes :*

- Quelle est l'opinion des différents acteurs sur les déterminants majeurs de la santé des migrants ?
- La politique sanitaire doit-elle mettre en place des mesures spécifiques pour les migrants ?
- Quels seront à l'avenir les domaines de santé prioritaires, compte tenu des besoins estimés de la population migrante ?
- Au sein de ces domaines, quels sont les thèmes prioritaires ?
- Quelles sont les principales mesures d'intervention qu'il paraît possible de prendre, par rapport aux thèmes et domaines de santé indiqués comme prioritaires, et en tenant compte du contexte de la population migrante ?
- Quels sont les groupes de migrants (groupes-cible) dont les besoins s'avèrent plus urgents, et qui devraient être visés en priorité par des mesures spécifiques ?
- Comment et par qui ces actions devraient-elles être organisées et financées ?

*L'approche choisie ici consiste à dégager un consensus entre les différents acteurs du champ « santé et migration » sur ces objectifs, afin d'assurer une cohérence entre la politique sanitaire et les politiques relevant du domaine de la migration. En raison des intérêts divergents, du partage des pouvoirs entre la Confédération et les Cantons, ainsi que des enjeux économiques, politiques et légaux de ce champ, un partenariat entre les différents acteurs est indispensable à l'élaboration de bases stratégiques, orientées vers la mise en œuvre. Au vu du manque de données sanitaires sur les immigrés en Suisse, cette étude procède par la mise en commun des expériences et des connaissances des différents acteurs. Les résultats reposent donc sur les opinions consensuelles ou majoritaires des personnes interviewées.*

Les participants ont été amenés à prévoir les futurs domaines, thèmes et mesures prioritaires à partir de leur expérience et de leur connaissance des besoins de santé des migrants. Cette étude a donc une *visée prospective* et n'analyse qu'indirectement la situation actuelle de la santé des migrants en Suisse. Ce faisant, elle ne prétend pas étudier l'étiologie des troubles ni les facteurs expliquant les

différences de santé entre migrants et autochtones. Elle a pour but l'établissement d'un accord entre les divers participants sur les mesures prioritaires et réalisables à l'avenir. Cette recherche revêt donc aussi une *visée pragmatique* : elle tend à proposer des solutions qui s'inscrivent dans le champ d'interventions de l'OFSP. Les propositions sortant du pouvoir direct de l'OFSP sont relevées, mais figurent seulement à titre de recommandations et non de priorités. Les mesures avancées sont en principe opérationnelles, efficaces, économiques et sont acceptées par une large proportion des divers acteurs du milieu (de la base aux décideurs).

La méthode utilisée pour atteindre les objectifs fixés est la technique Delphi ainsi que des *focus groups*. Nous expliquerons le choix de ces méthodes et décrirons leur utilisation plus loin (cf. partie 3).

Nous avons auparavant décrit le contexte dans lequel s'insère cette étude. Cette contextualisation présente l'état des connaissances et permet au lecteur de saisir les enjeux et le champ des possibles, dans lequel une politique sanitaire peut être élaborée, tenant compte de la situation dans le domaine « migration et santé ».

### 1.3 Plan du rapport

*Ce rapport est divisé en cinq parties.* A la suite de cette introduction, la deuxième partie expose le contexte général dans lequel s'insère le champ « santé et migration ». Nous décrivons tout d'abord l'évolution de la politique suisse, des facteurs conjoncturels et de la conception de la santé qui ont participé à la naissance d'une politique sanitaire prenant en compte les besoins spécifiques des migrants (2.1). Puis, nous observons les interventions majeures de la politique suisse menée jusqu'à ce jour dans le champ « migration et santé » (2.2), ainsi que les bases légales sur lesquelles s'appuient la prévention et les soins spécifiques dispensés aux migrants (2.3). Ensuite, nous relevons les principales caractéristiques, tant démographiques (2.4) que sanitaires (2.5), des migrants actuellement en Suisse.

La troisième partie analyse la démarche et la méthodologie utilisées. Pour commencer, la démarche adoptée pour répondre au mandat de recherche est présentée (3.1). Puis, notre choix méthodologique, celui de la technique Delphi et des *focus groups*, est justifié (3.2). Ces deux méthodes sont ensuite décrites de manière générale et plus spécifiquement par rapport à nos objectifs (3.3 et 3.4). Enfin, le déroulement des étapes de la recherche est expliqué, selon la construction et l'apport de chacune d'elle (3.5).

Dans la quatrième partie, les résultats de l'étude sont présentés. Ces résultats sont discutés en quatre sous-parties : dans un premier temps (4.1), nous traitons des thèmes et des mesures prioritaires spécifiques aux migrants dans le domaine de la prévention, dans le domaine psychosocial, celui de la réinsertion après une maladie ou un accident et dans le domaine bio-médical. La formation et la recherche sont ensuite étudiées en tant que mesures prioritaires. Pour conclure, nous résumons les domaines de santé prioritaires. Par la suite (4.2), nous analysons les futurs modes d'actions en vue de la mise en œuvre des mesures précédemment relevées puis les

modes d'organisation et de financement de telles interventions (4.3). Pour finir (4.4), nous ouvrons la discussion sur les interventions nécessaires pour prendre en compte les différences de santé entre migrants et autochtones, en présentant une estimation des déterminants majeurs de la santé en fonction des types de migrants. Dans chaque partie, les groupes-cible les plus importants sont traités. Nous mettons en évidence l'évolution des réponses selon les différentes étapes de la recherche.

Finalement, dans une cinquième étape, la conclusion de cette étude résume ses axes prioritaires, et discute ses limites ainsi que ses perspectives.

## 2 Le contexte du champ « migration et santé »

Afin de mettre en valeur les opinions des experts rencontrés, il nous semble capital de se pencher préalablement sur la manière dont le champ « migration et santé » a été problématisé. Il s'agit de résumer l'état des connaissances concernant ce champ en Suisse. Nous nous interrogeons donc sur le contexte politique et structurel qui a amené à une politique sanitaire spécifique, sur les difficultés d'élaboration d'une telle politique et sur les limites de celle-ci. Enfin, nous évoquerons la situation actuelle des migrants d'un point de vue démographique et sanitaire. Cette description ne se veut ni exhaustive, ni détaillée, elle prétend seulement relever les faits principaux pour comprendre la situation actuelle des migrants en Suisse.

### 2.1 Vers une politique sanitaire prenant en compte les besoins spécifiques de la population immigrée en Suisse

#### 2.1.1 Facteurs conjoncturels au niveau national

Nous notons quatre principaux facteurs conjoncturels donnant l'impulsion à l'élaboration d'une politique sanitaire prenant en compte des besoins spécifiques des immigrés. Premièrement, le risque de propagation du VIH/sida a exigé de mettre en place des mesures de prévention touchant l'ensemble de la population résidante en Suisse dès le début des années 1990. La dynamique de précarité dans laquelle se trouve la plupart des migrants et les conséquences qu'elle engendre sur la santé sont dès lors ressenties comme pouvant constituer un risque pour l'ensemble de la population résidante en Suisse. Dans ce sens, des projets susceptibles de toucher les groupes difficiles à atteindre par les mesures générales ont été mis en œuvre (sur ce sujet voir notamment Haour-Knipe & Rector 1996).

Deuxièmement, le système de santé a vu ses coûts exploser (source : OFS) et les assurances sociales ont rencontré des problèmes financiers, qui ont suscité des mesures de prévention et de promotion de la santé plutôt que de médicalisation. L'idée est aussi de rationaliser le système de soins et d'adapter les mesures aux besoins de la population afin d'éviter les pertes inutiles. Les débats autour du coût de l'asile ont aussi eu un rôle de stimulus.

Si ces deux premiers facteurs ont touché l'ensemble de la population, le troisième concerne en revanche particulièrement les migrants. On a constaté une importante augmentation des flux migratoires en raison des regroupements familiaux et, dans une moindre mesure, de l'augmentation de la migration d'asile

(surtout à partir de 1991). Cette croissance a été de pair avec une diversification géographique des pays de provenance. La population migrante qui était jusqu'à la fin des années 1970 surtout composée de jeunes hommes, venus seuls en Suisse à la recherche d'un travail, s'est diversifiée aussi par rapport à l'âge et au sexe. On trouve désormais la pluralité habituelle des besoins entre les différentes classes d'âges ainsi qu'entre les sexes, ce qui a aussi des conséquences dans le domaine de la santé (cf. Lehmann et al. 1990).

Enfin, le type de migration et la durée de résidence en Suisse évoluent. Parallèlement à la migration traditionnelle de travailleurs, la Suisse compte un nombre plus important de requérants d'asile dont les conditions légales et socio-économiques de séjour apparaissent précaires : la durée de séjour peut être réduite à quelques mois, le statut légal, les droits sociaux et sanitaires sont plus limités. Dès lors, l'augmentation des flux migratoires, la diversité des lieux de provenances, de l'âge, du sexe et du statut légal ont accru la visibilité des migrants dans la population. Pour cette raison, des besoins de santé nouveaux se sont manifestés chez les migrants, qui étaient jusque là, en grande partie, des hommes jeunes et en bonne santé.

### 2.1.2 Evolution de la politique migratoire et d'intégration

La politique migratoire et celle de l'intégration ont favorisé aussi l'élaboration d'une politique sanitaire spécifique, bien que leur impulsion ait été tardive, comme le montre leur évolution<sup>2</sup>. *La politique suisse en matière de migration est caractérisée dès 1945<sup>3</sup> jusqu'aux années 1970, par une absence de politique d'intégration des étrangers et, par conséquent, par une indifférenciation des besoins des migrants dans le système de soins standards.* Au cours de cette période, la politique suisse en matière de migration est, en effet, déterminée par des considérations économiques (marché de l'emploi) et par la question identitaire ( crainte de la « pénétration étrangère »). L'immigration doit favoriser la croissance économique de l'après-guerre, sans pour autant mettre en péril « la spécificité culturelle suisse » (cf. Niederberger 1982). La législation en vigueur s'appuie sur la loi sur le séjour et l'établissement des étrangers (LSEE), qui date de 1931. Elle vise à contrôler et limiter le nombre d'étrangers sur le sol helvétique. Dans ce cadre, la présence des travailleurs migrants en Suisse est considérée comme temporaire. L'intégration est appréhendée dans une perspective ethnocentrique, en tant que processus d'assimilation visant à l'adaptation et à l'insertion des individus à la société majoritaire. Les migrants sont ainsi définis comme un groupe circonscrit et distinct des autochtones, dont l'intégration passe par un développement linéaire déterminé par l'interaction entre les deux groupes.

<sup>2</sup> Pour une analyse de la politique migratoire et d'intégration en Suisse et dans divers pays voir notamment Mahnig (1997 et 1999).

<sup>3</sup> Nous prenons en compte ici seulement la période d'après-guerre.

Avec la crise économique des années 1970, le recrutement de la main-d'œuvre étrangère est encore plus freiné. Dans les années 1970 à 1980, plusieurs votations populaires ont lieu avec le dessein de limiter le nombre des étrangers. En réponse à l'émergence des courants xénophobes de l'époque, la Suisse se dote d'une politique en vue de l'intégration des étrangers, surtout à l'échelon cantonal et dans les villes, alors qu'elle reste embryonnaire au niveau national<sup>4</sup> (Mahnig 1999). Toutefois, l'inscription d'un article sur l'intégration dans les buts de l'ordonnance limitant le nombre des étrangers (OLE) de 1986 reste symbolique : d'une part, cet article ne donne pas lieu à la conceptualisation d'une véritable politique d'intégration. D'autre part, la mise en place de mesures et de moyens concrets n'est pas réalisée. *Pour la période 1970-1980, cette réflexion est encore moins présente dans le milieu de la santé en Suisse, qui a tendance à négliger les besoins spécifiques des migrants en matière de santé.*

*A partir des années 1990, la question de l'intégration devient encore plus importante*, en raison de la croissance du taux de chômage qui touche en priorité les migrants, de l'augmentation de la migration d'asile, ainsi que du débat sur la politique d'asile (CFE 1999). Toutefois, on peut se demander dans quelle mesure la politique qui s'est concrétisée dans les années 1990 est à l'origine de la politique sanitaire prenant en compte les besoins des migrants<sup>5</sup> (les changements législatifs qui ont eu lieu durant cette période sont présentés dans la partie 2.3).

### 2.1.3 Evolution de la notion de santé

Ces efforts spécifiques de la politique sanitaire en faveur des migrants sont apparus de manière contemporaine à la notion de promotion de la santé développée, dans la Charte d'Ottawa de 1986 proposée par l'OMS. Dans cette optique, l'OMS définit la santé non seulement comme l'absence de maladies, mais de manière holistique, comme le bien-être général, et dynamique, touchant plusieurs sphères de la vie d'une personne. Dans cette définition, le bien-être comprend la santé sociale, psychique et physique. La Charte d'Ottawa vise entre autres la réduction des différences et des inégalités en matière de santé (à l'intérieur d'un pays et entre les pays). Cette approche préconise une mobilisation et une « responsabilisation » des individus, afin qu'ils aient une plus grande emprise sur leur propre santé et s'oppose ainsi aux procédés de type paternaliste. Elle ambitionne non seulement d'informer les personnes, mais aussi de les faire participer à la définition et à la satisfaction de leurs besoins. Dans une telle conception, il s'avère impératif que la responsabilité soit partagée entre les institutions et les individus.

<sup>4</sup> Notamment en ce qui concerne la votation pour une nouvelle loi des étrangers en 1982 ou en juin 1994 pour la naturalisation facilitée pour les jeunes issus d'une migration.

<sup>5</sup> A notre connaissance, peu d'études ont porté sur le lien entre les politiques d'intégration et la santé des migrants, que ce soit au niveau de l'impact des politiques d'intégration sur la santé des migrants ou sur l'évolution des politiques d'intégration dans le domaine de la santé. De même, le lien entre le degré d'intégration individuel et les problèmes de santé n'a, semble-t-il, pas fait l'objet de beaucoup d'investigations.

La Charte évoque dans ses fondements la sensibilité envers la spécificité culturelle et la nécessité dans ce sens de renforcer l'*action communautaire*. Cette perspective appelée d'*empowerment*<sup>6</sup> peut être souvent saisie dans une optique communautaire (Etzioni 1993). Ses critiques lui reprochent sa tendance à négliger les conséquences de l'*empowerment* dans un contexte où il manque un consensus social sur une délégation du pouvoir à des groupes de migrants. En d'autre termes, l'*empowerment* présuppose la légitimation d'une telle perspective sans quoi un risque d'*ethnicisation* subsiste (voir à ce sujet Raikka 1996). Par ailleurs, certains voient dans la volonté d'augmenter la participation et la responsabilité des individus envers leur santé, un moyen pour l'Etat de se déresponsabiliser, avec pour conséquence le risque de délaisser son rôle régulateur des inégalités (Nettleton 1998, Kühn 1999). On peut déduire de ces critiques que la possibilité de combiner la perspective d'ouverture et celle visant des mesures spécifiques à certains groupes, peut se réaliser dans la mesure du contexte particulier de la politique migratoire en Suisse. Il faut rappeler dans ce sens que la politique migratoire a produit une certaine structure socio-démographique de la population migrante, mais aussi que cette politique a influencé la situation de précarité des migrants et par conséquent, la question de la santé (Tabin et al. 2000). C'est pourquoi nous pensons qu'une stratégie d'intervention dans le domaine « migration et santé » doit être réfléchie de manière intersectorielle, tenant compte du contexte global déterminant la santé des migrants.

#### *2.1.4 Conclusion : entre une politique universaliste et particulariste*

Cette partie a montré que la politique sanitaire actuelle, qui commence en Suisse à prendre en compte les besoins spécifiques des migrants, est née d'un état de crise dû aux risques d'épidémies du sida, ainsi qu'à l'explosion des coûts de la santé, nécessitant notamment de freiner les dépenses relevant du domaine de l'asile et de la migration. Cette évolution va de pair avec une politique migratoire entraînant une réflexion sur l'intégration des migrants et d'une politique sanitaire s'ouvrant à une approche de la santé plus contextuelle.

Au cours de l'élaboration d'une telle politique sanitaire, un vif débat (aux niveaux politique et académique) a lieu, où s'affrontent une *approche universaliste et particulariste* qu'on peut définir comme suit : l'approche universaliste, s'oppose à des mesures spécifiques pour les migrants en vue de leur intégration et prône des mesures non-différenciées de politique sociale et sanitaire ; à l'autre extrême, l'approche particulariste promeut des efforts spécifiques en vue de l'intégration des migrants. Ces efforts peuvent tendre jusqu'à l'élaboration par ex. d'une politique sociale et sanitaire spécifique à chaque groupe ethnique ou national. Nous savons que la Suisse n'a pas opté jusqu'à présent pour une stratégie constituée de mesures

<sup>6</sup> C'est-à-dire, impliquant « un processus qui permet aux gens d'acquérir un meilleur contrôle des actions et des décisions qui influent sur leur santé » (Tiré de : Nutbeam D. 1998. Glossaire Promotion de la santé. Gamburg: Editions Promotion de la santé cité dans [http://www.promotiondelasante.ch/fr/ges/con\\_ges\\_glo.asp](http://www.promotiondelasante.ch/fr/ges/con_ges_glo.asp) )

spécifiques, visant à favoriser l'intégration des migrants dans le domaine de la santé comme dans d'autres domaines (par ex. social, éducation, travail) (cf Mahnig 1999). En d'autres termes, la politique suisse est caractérisée par une orientation universaliste plutôt que par une approche particulariste. Elle tend à ne pas différencier les groupes défavorisés entre eux.

Il est vrai que chacune de ces deux approches comporte des dérives qui vont de la non-prise en compte des besoins des migrants pour la perspective universaliste, au risque de « ghettoïsation » des migrants dans une approche particulariste. Par contre, combinées, ces deux perspectives peuvent s'avérer complémentaires, et permettre, malgré leur fort antagonisme, de trouver des solutions pragmatiques, notamment dans le domaine de la santé. Cette double perspective peut aller dans le sens d'une politique favorisant l'égalité des chances en mettant en œuvre des mesures compensatoires pour lutter contre les discriminations directes et indirectes dont sont victimes les migrants. Cette réflexion est à la base de notre questionnement pour l'élaboration d'orientations stratégiques dans le champ « santé et migration ». Elle permet de s'interroger sur les questions suivantes :

- Comment atteindre les conditions qui permettent la participation égale des migrants au système de santé ? (ce qui pose la question par exemple de l'accessibilité des soins et de la communication, mais aussi de l'organisation générale du système de santé).
- Comment des actions indépendantes (non étatiques, communautaires ou individuelles) peuvent-elles être mobilisées en vue de déterminer les besoins de santé ? Et comment faire en sorte que ces ressources parviennent à prévenir ou à soigner les « maladies » avec de grandes chances de succès ?

La tentative de trouver des réponses à ces questions n'est pas nouvelle en Suisse. Toutefois, c'est la première fois qu'une réponse collective est investiguée dans le cadre d'une stratégie fédérale.

## 2.2 La politique suisse menée jusqu'à ce jour dans le champ « migration et santé »

Ce contexte général a motivé à agir dans ce domaine dès le début des années 1990. La nécessité d'intervenir a servi de fil conducteur à la promotion de mesures ciblées à l'intention de certains groupes d'immigrés. Dans cette section, nous observons les mesures mises en œuvre au niveau cantonal et national depuis 1990. La présente étude devrait servir notamment à prendre position sur le développement futur de ces différents projets.

Dans les *cantons*, des outils ont été développés afin de réduire les difficultés que les immigrés éprouvent pour accéder au système de santé (points de contact, services de traduction ou projets de réseaux). Des mesures de prévention et de promotion de la santé ont en outre été développées à l'intention de la population immigrée. Sur ce terrain, la plupart des cantons laissent agir des organismes privés

et autofinancés, parfois soutenus par les pouvoirs publics. Dix cantons ont développé une politique cantonale autonome dans ce domaine. Mais, les autorités sont à l'origine des mesures appliquées, dans les seuls cantons de Genève, de Neuchâtel, de Bâle-Ville et de Bâle-Campagne. Deux approches semblent prédominer, même si d'importantes différences existent dans la manière dont chacune d'elles utilise les ressources. On trouve d'un côté les cantons qui interviennent essentiellement sur le terrain de la prévention (structures minimales à Zürich et à Glaris, développées à Neuchâtel et en Thurgovie). Cette approche place au premier plan le comportement des migrants en matière de santé. De l'autre côté, on trouve les cantons qui, en plus de soutenir la prévention, s'efforcent de favoriser l'ouverture du système de santé aux spécificités des migrants. Ces cantons voient dans les mouvements migratoires un défi pour les services de santé, appelés à s'adapter. Là aussi, il faut distinguer entre des interventions minimales (Vaud, Schwytz et Soleure) et le recours à des mesures systématiques (Bâle et Genève)<sup>7</sup>.

Au niveau fédéral, l'OFSP a mis en place en 1991, le *Projet Migrants* contre le sida. A l'origine, il s'occupait de la prévention auprès des Espagnols, des Portugais et des Turcs. Face au VIH et au sida, il s'agissait de faire en sorte, par des mesures appropriées, que les appels lancés en faveur de la prévention atteignent également la population immigrée. La cible du projet-pilote de l'époque a été élargie, à partir de 1995, à la prévention dans le domaine des dépendances et à d'autres thèmes liés à la promotion de la santé, ainsi qu'à d'autres groupes-cible et nationalités. Le projet s'est alors appelé *Projet migration et santé*.

En 1996, un service « Migration » a été créé au sein de la division « Dépendances et sida » de l'OFSP. Ce service a conclu par la suite un certain nombre de contrats de prestations avec plusieurs institutions. Ces institutions soutiennent avec des ressources limitées différentes initiatives en vue d'améliorer la santé de la population immigrée (cf. listes des modalités d'interventions ci-dessous).

L'Office fédéral des réfugiés rembourse, quant à lui, aux cantons les frais de santé des requérants d'asile et des personnes admises à titre provisoire (primes d'assurances-maladie, traitements médicaux spéciaux et contributions aux frais d'hébergement dans des institutions qui ne sont pas prises en charge par les sociétés d'assurances ou par d'autres agents). Dans le cadre de l'assistance et de différents projets d'occupation, d'autres mesures touchant le domaine de la santé bénéficient également d'un soutien. A l'heure actuelle, les efforts de cet office visent surtout à réduire le coût que les requérants d'asile entraînent pour le système de santé, sans que la qualité des soins offerts s'en ressente.

Les modalités de l'intervention des acteurs étatiques ou privés dans le champ « migration et santé » en Suisse peuvent être résumées selon la liste suivante (tirée de Spang 2000) :

<sup>7</sup> Selon une étude en cours au Forum suisse pour l'étude des migrations.

- *Les approches de multiplication* : elles visent à promouvoir et à encourager des compétences et des ressources propres aux communautés. Il s'agit de reconnaître à celles-ci le droit et la capacité d'identifier leurs propres besoins en matière de santé et de choisir les mesures pour atteindre les objectifs qu'elles se sont fixées. Ces mesures sont à la fois communautaires et participatives. Elles tendent à mobiliser et à impliquer progressivement des groupes de population (des communautés) à la prévention tant au niveau de la conception qu'à celui de la mise sur pied et de la réalisation des interventions. Le programme « migration et santé » de l'OFSP, l'association Appartenances, Caritas, l'Aide suisse contre le Sida, le Centro scuola e famiglia utilisent par ex. une telle approche.
- *Les thérapies et les centres de conseil spécifiques pour les migrants* : cette stratégie de médiation a été opérée dans les thérapies pour les victimes de tortures de la *Croix-Rouge* suisse (TZFO/SRK) et dans le domaine des dépendances (par ex. l'organisation MUSUB à Bâle). Si ce type d'approches s'avère utile, le service « Migration » de l'OFSP a toujours précisé, par crainte de stigmatiser ces groupes, qu'il fallait les utiliser comme des offres spéciales pour certains groupes-cible et devant viser l'intégration dans des mesures globales.
- *Une approche de réseau* : suivie notamment par le projet *Internetz* qui réunit divers acteurs du domaine de la migration et de la santé, les autorités travaillant dans les affaires sociales et sanitaires et des représentants des communautés étrangères. L'objectif vise à favoriser l'échange de connaissances et la collaboration entre les parties, à définir les besoins des migrants, et à fixer des priorités d'intervention.
- *Le travail de sensibilisation des institutions dans le champ «migration et santé» et de la formation à la prise en compte des besoins des migrants* : dans ce but le service « Migration » de l'OFSP collabore avec Caritas suisse et ses antennes régionales.
- *L'établissement de standards de qualité* : le service « Migration » soutient depuis juillet 2000 l'association *Interpret'* qui travaille à la reconnaissance et à la professionnalisation de l'activité d' « interprète culturel ».
- *La recherche dans le champ « migration et santé ».*

Les interventions résumées plus haut montrent que les migrants sont devenus en Suisse un enjeu pour la santé publique pour divers acteurs nationaux, cantonaux et privés. Cependant, comme l'évoque la partie suivante, cet intérêt ne s'est traduit que récemment, par des bases légales.

## 2.3 Cadre légal

La mise en place urgente, dans les années 1990, de mesures de santé en faveur des besoins particuliers des migrants, a poussé les autorités à intervenir avant qu'il

n'y ait une base légale spécifique, comme cela a été d'ailleurs le cas, de manière générale, pour la politique d'intégration (voir CFE 1999). En raison de l'absence d'assises légales communes, il résulte un important fractionnement de l'action, avec un risque de répercussions économiques par rapport au manque de rationalisation des projets. La nécessité de légitimer et d'assurer une continuité aux projets du début des années 1990 et de donner une cohésion à l'action sont des facteurs qui ont sans doute poussé l'établissement récent de bases légales pour des actions spécifiques de santé en faveur des migrants. Dans cette partie, nous décrivons le cadre légal actuel pouvant légitimer des mesures spécifiques dans le champ « migration et santé »<sup>8</sup>.

La spécificité du système politique suisse, qui ralentit et complique la promulgation de lois au niveau national, explique que certaines interventions urgentes n'attendent pas d'être légitimées par des bases légales. En effet, le système politique suisse est caractérisé « par un principe de subsidiarité entre la Confédération et les cantons – tous les droits qui ne sont pas explicitement du ressort du pouvoir fédéral sont attribués aux cantons (Art 3 de la Constitution) – et entre les acteurs publics et privés, principe qui favorise l'initiative privée au détriment de l'action publique » (Cattacin et al. 1997). De plus, les cantons peuvent décider indépendamment les uns des autres dans de nombreux domaines, notamment ceux de la santé, de l'éducation et de la politique sociale.

En outre, les bases légales concernant le champ « migration et santé » sont le plus souvent générales. Elles ne permettent que rarement de conclure à des mesures opérationnelles. Par ailleurs, le cadre légal autorisant des mesures spécifiques pour la santé des migrants est restreint, il n'existe que peu de lois à ce sujet<sup>9</sup>. Néanmoins, quelques avancées ont eu lieu récemment, permettant de justifier l'assise d'une stratégie dans le champ « migration et santé ».

*Au niveau du droit international*, alors que la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 (entrée en vigueur le 28 novembre 1974) ne fait aucune mention spécifique de la santé, la Convention de Genève du 12 août 1949 relative à la protection des personnes civiles en temps de guerre (entrée en vigueur le 21 octobre 1950) précise, elle, une protection pour les blessés et les malades (Titre 1, art 3, point 1 et 2).

Il faut également mentionner les recommandations sur le plan international concernant la santé faites par l'OMS dans la déclaration d'Alma Alta visant la « santé pour tous d'ici l'an 2000 et au-delà » et ensuite dans la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (en 1986), dont les objectifs ont déjà été cités ci-dessus. Cependant ces recommandations ne constituent pas des bases légales et ne sont pas contraignantes d'un point de vue juridique. Elles ont tout au plus un effet

<sup>8</sup> Les articles de lois cités se trouvent dans l'annexe II de ce rapport.

<sup>9</sup> Weiss & Stuker (1998) ont déjà mis en évidence l'absence de bases légales pour le domaine de l'interprétariat dans le contexte médical.

incitateur sur la politique des Etats. Par ailleurs, elles donnent une définition de la santé trop générale et trop vague pour être utile à la mise en œuvre.

*Au niveau national* : la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) entrée en vigueur en 1996, comporte l'obligation pour toutes les personnes résidentes en Suisse d'être assurées pour les soins en cas de maladie. Les requérants d'asile et les détenteurs de permis provisoires sont soumis à des dispositions particulières au sujet notamment des soins médicaux de base. Les frais d'assurances-maladie et de soins médicaux sont gérés par les cantons mais pris en charge par la Confédération qui rembourse les cantons. On constate que l'inscription obligatoire dans l'assurance-maladie met avant tout l'accent sur les aspects curatifs de la santé. De plus, il n'y est pas fait mention de mesures compensatoires, par rapport aux discriminations visant des populations précarisées, concernant des aspects préventifs, de l'accès au système de santé ou de l'amélioration du traitement des malades.

Dans le cadre de la révision totale de la loi sur l'asile de 1995, le Conseil fédéral avait présenté aux Chambres fédérales une esquisse proposant des changements à apporter à la loi fédérale du 26 mai 1931 sur le séjour et l'établissement des étrangers (LSEE). Le 26 juin 1998, les changements des Articles 25 paragraphe 1 lettre i LSEE (base pour la Commission fédérale des étrangers) et 25a LSEE (base pour les subventions de la Confédération en vue de l'intégration sociale) ont été acceptés et sont entrés en vigueur le 1<sup>er</sup> octobre 1999. Par ailleurs, l'ordonnance du 13 septembre 2000 sur l'intégration des étrangers (OIE) fait mention de subventions en vue de mesures visant une amélioration de la santé de la population étrangère (Article 16, lettre g). Dans le domaine de l'asile, la Confédération ne soutient des projets d'intégration sociale que pour les réfugiés reconnus et non pas pour les requérants d'asile. Pour ces derniers, des projets sont élaborés, afin d'une part, d'élargir leurs compétences sociales et professionnelles, et d'autre part, pour contrecarrer les effets négatifs des périodes d'inactivité professionnelle. Ces projets soutiennent également l'aide au retour et la réinsertion dans le pays d'origine (Articles 91 paragraphe 1 et 93 Loi sur l'asile). Ces évolutions représentent sans doute les bases légales les plus importantes pour les mesures sociales et sanitaires spécifiques en faveur des migrants.

Par ailleurs, la nouvelle stratégie générale de l'OFSP (2000) s'engage pour la promotion de la santé des migrants<sup>10</sup>. Conformément aux directives de l'OMS,

<sup>10</sup> « Forschung und Praxis der vergangenen Jahre belegen, dass der Zugang zum Gesundheitssystem für den ausländischen Bevölkerungsanteil, der praktisch 20% der schweizerischen Wohnbevölkerung ausmacht, häufig schlechter ist als für Einheimische. Die Folge sind nicht selten gesundheitliche Defizite. Zwar gehen die Prognosen bezüglich der künftigen Migrationsbewegungen davon aus, dass die quantitative Bedeutung der innereuropäischen, wirtschaftlich motivierten Migration weiter abnehmen wird. Hingegen wird dem Asyl- und Flüchtlingsbereich in Zukunft mehr Bedeutung beigemessen. Das Gesundheitswesen steht vor der Herausforderung, die Gesundheitsdefizite der Migrationsbevölkerung zu reduzieren, deren vorhandene Ressourcen vermehrt zu nutzen und die Bestrebungen zu einer Kostenreduktion im Gesundheitswesen zu unterstützen » (Stratégie de l'OFSP 2000).

l'OFSP vise explicitement à réduire les déficits de santé de la population migrante et à favoriser l'utilisation de leurs ressources.

Comme autre mesure de la Confédération visant spécifiquement les migrants, notons l'Ordonnance sur le Service sanitaire de frontière (RS 818.125.1). Celui-ci a pour but d'« empêcher que les maladies transmissibles pour l'homme ne soient introduites de l'étranger » (art 1). Les mesures d'urgence à prendre relèvent de la compétence de l'OFSP. Il aménage les stations nécessaires notamment pour l'accueil et l'examen (art. 5). Précisons que ce passage obligé n'est pas utilisé directement à des fins de prévention pour les personnes migrantes, mais pour la population résidante en Suisse.

*Au niveau cantonal* : selon la nouvelle Constitution fédérale entrée en vigueur au début de l'année 2000, toute personne sans ressource a droit d'accéder aux prestations sociales et aux soins médicaux de base, indépendamment de son permis de séjour. Nous pensons essentiel d'aborder ici la question de la prévoyance sociale à laquelle ont droit les migrants car, selon nous, elle a un impact important sur la santé. De plus, elle relève d'assises légales liées à la politique sanitaire. En effet, si le principe d'assistance sociale est inscrit dans la constitution, les modalités et les montants des prestations dépendent des législations cantonales – comme c'est le cas pour les prestations sanitaires – et communales. Étrangers et Suisses sont en principe traités sur un pied d'égalité. Toutefois, les étrangers restés de manière prolongée à l'assistance encourrent le risque dans certains cantons de non-renouvellement ou de révocation de leur permis de séjour (y compris les permis d'établissement même si cela concerne plus fréquemment les permis annuels). Pour les requérants d'asile (N), les détenteurs d'un permis provisoire (F) ou d'une protection temporaire (S), l'assistance sociale est par contre pratiquement incontournable en raison de l'interdiction de travail de 3 à 6 mois<sup>11</sup> au début de leur séjour en Suisse et, par la suite, de l'accès difficile au marché de travail. L'aide sociale accordée à ces personnes se distingue de celle accordée aux autres bénéficiaires suisses et étrangers en plusieurs points (tiré de Cattacin et al. 2000) : les moyens alloués sont inférieurs d'environ 40% aux barèmes courants (Regamey et Gropetti 1999 ; Efionayi 1999), car les montants visent à assurer un minimum vital et non à intégrer ces personnes, censées quitter le pays en cas de refus de leur demande d'asile (environ 90% des cas) ; le principe de l'allocation repose sur des barèmes fixes et non individuels ; les coûts sont pris en charge par la Confédération qui rembourse les cantons sur la base de montants forfaitaires (par personne et par nuit). Toutefois les montants alloués sont fixés par les cantons ou les communes dans les limites des forfaits fédéraux.

A ce stade, la description du cadre légal nous amène à nous interroger sur l'égalité avancée, notamment par la LAMal et la prévoyance sociale, entre autochtones et étrangers. L'égalité d'accès aux prestations est un principeprôné et reconnu par ces différentes lois au niveau international, national et cantonal.

<sup>11</sup> Pour les réfugiés arrivés entre le 1<sup>er</sup> septembre 1999 et le 1<sup>er</sup> juillet 2000, une interdiction de travail d'un an était en vigueur.

Aujourd’hui, tous les résidents en Suisse ont l’obligation d’être couverts par une assurance-maladie et tous ont droit à des prestations d’assistance et de soins médicaux de base. Néanmoins, les montants et les modalités divergent le plus souvent entre les cantons mais aussi selon le statut légal des personnes<sup>12</sup>. On constate ainsi un certain écart entre la loi et la réalité. Nous sommes d’avis qu’une législation égalitaire serait constituée d’un recueil de lois promulguant des mesures qui tiennent compte des différentes situations en vue d’atteindre, par des mesures compensatoires, une égalité de fait. Si le cadre légal actuel a le mérite d’assurer une certaine continuité dans la politique sanitaire menée depuis les années 1990, il nous semble cependant insuffisant, en l’état, pour saisir la diversité des besoins de la population migrante. Nous pouvons seulement recommander qu’une politique migratoire se donne les moyens de conceptualiser et de mettre en œuvre une politique d’intégration prenant en compte la question de la santé et rendant visible la situation des migrants entre autres sur le plan sanitaire.

## 2.4 Caractéristiques démographiques de la population immigrée en Suisse

De manière générale, la recherche dans le domaine de la migration soulève la question de l’appréhension et de la définition de la population migrante<sup>13</sup>. Il apparaît le plus souvent que la variable « origine nationale » ne permet pas de décrire la réalité complexe de la population étrangère immigrée en Suisse, ce qui limite la connaissance de cette population. Cette difficulté est encore plus prononcée en Suisse car la nationalité ne s’acquiert pas automatiquement (à moins que ce soit par filiation). Ainsi, des descendants de groupes de migrants établis en Suisse, peuvent avoir conservé leur nationalité étrangère après trois générations. Le grand nombre de types de permis de séjour en vigueur en Suisse soulève encore une autre difficulté d’un point de vue statistique : sans entrer dans les détails relevons que d’une part, ce fait augmente le nombre de variables à analyser, car chaque permis représente une situation légale différente qui engendre des conditions spécifiques dans le pays d’accueil. D’autre part, un même permis de séjour peut traduire des situations diverses en termes par ex. de nationalité, de durée de séjour, de niveau de formation, et ne définit pas ainsi des groupes homogènes. Pour coller davantage à la réalité, les études sur la population migrante devraient ainsi prendre en compte l’origine nationale, le lieu de naissance, le statut de séjour et la durée de séjour dans le pays d’accueil, tout en corrélant ces indicateurs à ceux habituellement utilisés pour la population autochtone (comme la couche sociale, le sexe, l’âge, etc.). Notons enfin que la Suisse ne commence que depuis peu à prendre conscience de son profil de terre d’immigration, en dépit de l’importance de la présence et de

<sup>12</sup> La nationalité peut aussi jouer un rôle car certains États ont signé des conventions (bi-ou multilatérales) pour favoriser la situation de leurs ressortissants (Tabin 1999).

<sup>13</sup> Le cas des Suisses de retour en Suisse après avoir vécu dans un autre pays, que nous ne traitons pas ici, complique encore la définition de la population migrante.

l'apport économique de la population issue d'une migration. Cela constitue une explication supplémentaire au manque de données et de connaissances, entre autres démographiques et sanitaires, concernant la population issue d'une migration.

Pour la présente étude, le problème de la définition de groupes-cible devant être visé en priorité par des mesures sanitaires s'est d'emblée posé. Cette question n'a pu être résolue. Il n'a pas été possible en effet de déterminer un nombre restreint de variables capables d'englober la réalité de l'ensemble de la population migrante et pouvant être comprises de la même manière par tous les participants à l'étude. Pour cette raison, *l'analyse des interventions de santé prioritaires se base sur les problèmes et les besoins de santé majeurs de la population migrante, plutôt que sur les groupes-cible devant être visés par ces interventions.*

Afin de comprendre néanmoins la diversité de la population qui devrait être concernée par des interventions de santé, nous résumons dans la liste suivante les caractéristiques principales de la population migrante résidante en Suisse (voir notamment OFS 2000)<sup>14</sup> :

- En 1999, 21,1% de la population en Suisse est de nationalité étrangère, à savoir environ 1,4 mio de personnes. Plus de la moitié des personnes d'origine étrangère sont nées en Suisse ou y vivent depuis 15 ans et plus (OFS 2000). Une proportion de 7% de personnes parmi les population résidante s'est fait naturaliser depuis 1945 (Piguet et Wanner 2000). On compte par ailleurs des centaines de milliers de personnes qui ont émigré en Suisse durant les trente dernières années pour y vivre et travailler, mais qui sont par la suite retournées dans leur pays d'origine. Un nombre non défini de migrants clandestins, dont on ne dispose d'aucune donnée statistique fiable, résident en Suisse.
- La plus grande partie des migrants est venue en Suisse soit pour travailler, soit pour rejoindre un membre de leur famille qui y travaille. Les raisons d'ordre politique (asile) ou liées à la formation sont d'autres motifs importants. En 1999, les requérants d'asile (permis N) et les personnes admises à titre provisoire (permis F) représentent 7% de la population étrangère résidante, soit 1,4% (107010 personnes) de la population résidante permanente en Suisse en 1999, alors que les autres personnes d'origine étrangères représentent 19,3% (1'406'630 personnes) de la population totale (OFS et ODR).
- La durée de séjour diffère fortement selon les types de migration, on peut toutefois distinguer entre les migrants qui passent quelques années en Suisse pour des raisons liées au travail (par exemple, environ dix ans en moyenne dans le cas des migrants portugais) et ceux qui ont quitté leur patrie pour des motifs politiques et viennent s'établir en Suisse pour le reste de leur vie (par exemple les Vietnamiens, les Chiliens, les Hongrois). A ces gens s'ajoutent

<sup>14</sup> Nous remercions Etienne Piguet et Philippe Wanner pour l'élaboration des tableaux et graphiques se référant à cette partie (cf. annexe IV).

des requérants d'asile et des personnes avec un permis de protection provisoire qui souvent ne peuvent rester en Suisse qu'un court laps de temps.

- Les migrants arrivent en Suisse en moyenne entre la fin de leurs études et le début de leur entrée dans la vie professionnelle. En conséquence, la structure par âge de la population migrante diffère fortement de celle de la population autochtone. Au cours des trente dernières années, on a également constaté un vieillissement de la population étrangère – une tendance qui semble devoir se renforcer dans l'avenir (Fibbi et al. 1999). Dans ce contexte, il faut également mentionner que le regroupement familial ne mène pas à la construction d'une structure familiale complète comparable à celle de la population suisse.
- Si historiquement, les pays de provenance des migrants étaient surtout les pays voisins de la Suisse, suite au recrutement de travailleurs étrangers, les lieux de provenance se sont déplacés vers la fin des années 1970 de l'espace méditerranéen. Malgré tout, 90% de la population étrangère provient d'Europe.
- Quant aux caractéristiques socio-démographiques de la population étrangère, il est possible de remarquer que le niveau de formation et le niveau salarial sont plus bas pour les primo-migrants, toutes nationalités confondues, en comparaison de la population autochtone. En 1998, les Suisses gagnaient environ 13% de plus que les personnes étrangères toutes nationalités confondues (OFS). De même, le chômage et la précarité sont plus répandus parmi les migrants (Coulon et Flückiger 1994).

Ces caractéristiques démographiques militent de par le nombre de la population immigrée et de par sa diversité pour une meilleure prise en compte de la situation des migrants en Suisse. De plus, elles trouvent, comme nous le verrons dans la partie suivante, leur équivalence dans les (rares) données de santé disponibles. Dans ce sens, il paraît donc indispensable à l'avenir, de mieux tenir compte de la diversité de la population migrante, en procédant à des analyses ciblées, qui permettront vraisemblablement de lever un certain nombre de contradictions dans les données sanitaires actuelles.

## 2.5 Caractéristiques de santé de la population immigrée en Suisse

Avant d'exposer les résultats de notre étude concernant les priorités futures, il nous semble impératif de résumer les données existantes sur la santé de la population migrante. Dans cette partie, nous tentons de faire un tour d'horizon des connaissances scientifiques concernant *la santé des migrants*, en mettant l'accent sur les particularités et différences par rapport à la population générale. Ce survol se concentre sur la Suisse, mais fera également quelques comparaisons avec la situation des migrants dans d'autres pays. Il se focalise de plus sur les troubles de la

santé (somatiques et psychiques), ainsi que sur les accidents et les comportements en matière de santé. D'une manière générale, les catégories de migrants touchés ne pourront le plus souvent pas être différenciées, faute de données suffisamment détaillées. Les requérants d'asile et les réfugiés feront l'objet d'une analyse séparée, car pour ces deux groupes, les facteurs de risque s'additionnent et les différences de leur état de santé apparaissent plus importantes par rapport à la population autochtone.

La littérature scientifique concernant la santé des migrants en Europe est relativement récente<sup>15</sup>. En Suisse, les recherches se sont pourtant multipliées depuis environ dix ans, ce qui est certainement à mettre en relation avec l'évolution de l'immigration : les travailleurs étrangers ont été progressivement remplacés par des migrants au profil démographique et aux origines nationales variés. La migration d'asile avec des facteurs de risques spécifiques a pris de l'ampleur. Il est donc peu surprenant que nombre d'études sur la santé des migrants s'intéressent en particulier aux réfugiés et aux requérants d'asile, qui constituent par ailleurs une minorité des étrangers en Suisse. Cependant, d'autres thèmes, tels que la santé des populations vieillissantes issues de l'immigration de travail sont encore peu investigués. Les questions relatives à l'étiologie des troubles de santé, à l'accès aux services médicaux, à l'interaction avec les intervenants, de même que les droits sociaux et conditions de vie des intéressés ne seront ici que superficiellement évoqués et il n'existe d'ailleurs que peu de données empiriques sur ces différents éléments.

### *2.5.1 Paradigmes explicatifs des différences de santé entre migrants et autochtones*

La santé des migrants est traditionnellement caractérisée selon trois types d'affections que l'on peut résumer en ces termes : la « pathologie d'importation » qui correspond aux maladies importées par les migrants de leur pays de provenance (maladies parasitaires, mais aussi héréditaires) ; la « pathologie d'acquisition », liée à des facteurs de risque auxquels l'immigré est exposé dans son nouveau contexte environnemental, qui favorise le développement de maladies infectieuses ; la « pathologie d'adaptation » reflète les difficultés rencontrées dans la confrontation avec la société d'accueil qui se traduirait par des troubles psychiques revêtant des formes particulières et justifiant des soins spécifiques. Fassin (2000a) critique ce modèle et lui reproche d'isoler « un secteur de la médecine qui justifierait une pratique spécifique de la médecine, tant somatique que psychiatrique », avec pour corollaire de se représenter la population immigrée comme un « groupe à risque ». Enfin, il cantonne, selon lui, la santé des migrants aux seuls spécialistes de santé, n'envisageant pas leur situation de manière plus globale. Nous préférons également nous distancier de ce modèle appréhendant les troubles de manière linéaire (avant, après la migration), par un modèle considérant la situation des migrants de façon dynamique et globale. C'est la raison pour laquelle nous

<sup>15</sup> Pour une analyse approfondie de la littérature sur le thème Migration et santé se référer à l'ouvrage de Weiss à paraître.

n'utiliserons pas cette distinction dans la suite du texte pour décrire les troubles et les maladies.

Nous retenons de la littérature, quatre paradigmes explicatifs des différences de santé entre migrants et autochtones, que nous envisageons en interaction les uns avec les autres : la culture, la migration, la couche sociale et le contexte d'accueil (cf schéma 1, infra). Chacun de ces facteurs contient une tension entre une perspective abordant la migration sous forme de déficit, s'intéressant dans ce cas aux difficultés engendrées par la migration, ou de ressources, à savoir les modifications fructueuses de la trajectoire individuelle par le biais de la migration. Actuellement, la plupart des recherches sur la migration tiennent compte des deux perspectives mais accentuent selon les cas l'une ou l'autre.

*La culture* : le paradigme culturel est fort controversé et complexe. La notion définissant les « cultures » en tant qu'entité circonscrite, homogène et relativement stable dans le temps est inacceptable et fallacieuse sur le plan scientifique selon différents auteurs<sup>16</sup> car elle se fonde sur des entités qui n'existent pas dans la réalité. D'autre part, ces explications en terme de culture sont trompeuses, car elles occultent des facteurs déterminants provenant des contextes sociaux et politiques, ainsi que les processus dynamiques entre les cultures et la société. L'idée par exemple que les migrants sont « vecteurs de maladies exotiques » (Carballo 1994) ou qu'ils sont « les victimes passives d'un comportement désavantageux » ne fait pas sens comme le relève Weiss (2001). En revanche, la culture définie en tant que part constitutive de la personne humaine et déterminant ces interactions dans un contexte social est un paradigme ne pouvant être complètement rejeté pour expliquer certaines différences : source de comportements variés (habitudes alimentaires, interdits religieux, etc.) pouvant être soit à risque, soit bénéfique pour la santé (concept de salutogenèse). Mais, ces comportements doivent être compris à partir de leur contexte (condition structurelle, socio-économique, etc.). Ils peuvent se modifier dans le temps et selon les stratégies propres aux individus en fonction des situations d'interaction.

*L'expérience migratoire* : cette perspective se place au niveau de l'individu et prend en compte les conséquences de l'expérience migratoire spécifique à chaque personne. Ce type d'approche ne nie pas pour autant les aspects macro-sociaux, mais additionnent à ceux-ci des conséquences liées aux trajectoires individuelles. Depuis une dizaine d'années, nombres de recherches en Suisse ont montré les risques pour la santé au niveau psychique et somatique associés à la migration (cf. Bischoff 1995 ; Bollini & Siem 1995 ; Métraux 1994 ; Salis Gross et al. 1997 ; Vranjes et al. 1996 ; Verwey 1994 ; Weiss 1993 ; Wicker 1991). Dans ce cas également, les études font part de la tension existant entre les aspects déficitaires venant de la migration et par ailleurs, les ressources qu'elle occasionne : la migration est analysée comme un facteur stressant et traumatisant, tant

<sup>16</sup> Sur cette question voir Wicker (1996) ; pour une synthèse récente des questions sur cette notion cf. Vermeulen & Perlmann (2000) ; sur le culturalisme dans le domaine de la santé voir les textes de Fassin (2000b).

psychiquement que physiquement, et même pour les migrants installés de longue date dans le pays d'accueil (*the exhausted migrant effect*) (cf. Bollini & Siem 1995). La migration peut être parfois aussi instigatrice de nouvelles orientations sociales et économiques favorables (voir par exemple Cesari 1996 ; Bolzman et al. 2000) pouvant par extrapolation avoir des conséquences positives sur la santé. Enfin, il faut souligner que les migrants arrivés dans un pays d'accueil sont souvent le fruit d'une sélection de personnes en bonne santé (*Healthy migrant effect*), phénomène relevé de longue date (Raymond-Duchosal 1929 cité dans Wanner et al. 2000).

*Les conditions de séjour* : diverses études établissent une relation entre l'état de santé et le *statut légal* dans la société d'accueil. Les explications de ce lien sont complexes et plusieurs biais limitent l'analyse. D'une part, le statut administratif opère parfois une sélection en fonction de l'état de santé, par exemple par le recrutement de personne apte à travailler comme mentionné plus haut. D'autre part, les étrangers atteints d'une pathologie grave ont tendance à retourner dans leur pays. Ce biais de « ré-émigration » constitue une probabilité notoire en Suisse (Egger et al. 1990, Raymond et al. 1996 cité dans Wanner 2000) où le permis de séjour est souvent directement lié à l'activité professionnelle, même si cette condition ne vaut pas pour le regroupement familial, qui a pris de l'ampleur. Par ailleurs, le statut légal se répercute de manière indirecte sur l'état de santé (accès limité aux soins ou aux assurances sociales, troubles dus à la situation de précarité du statut, orientation vers des branches économiques à risques). L'état de santé est ainsi susceptible de varier selon le statut légal des migrants, même si l'obligation de s'affilier à l'assurance-maladie de base, garantit un accès aux soins de toute la population en possession d'un statut de séjour. Nous avons résumé, dans le tableau 1, les principales catégories légales des migrants en Suisse en lien avec leurs droits. Il faut indiquer encore que la majorité des études actuelles s'accordent sur la primauté des questions relatives à l'intégration des migrants dans le pays de résidence pour expliquer les différences au niveau de la santé entre migrants et autochtones, tant les inégalités à ce niveau paraissent évidentes. Pour certaines études, qui ne traitent toutefois pas directement de la santé, ce paradigme occulte les autres par son importance dans la situation des migrants (Chaudet et al. 2000 ; Tabin 1999).

Tableau 1 : statut légal et droits

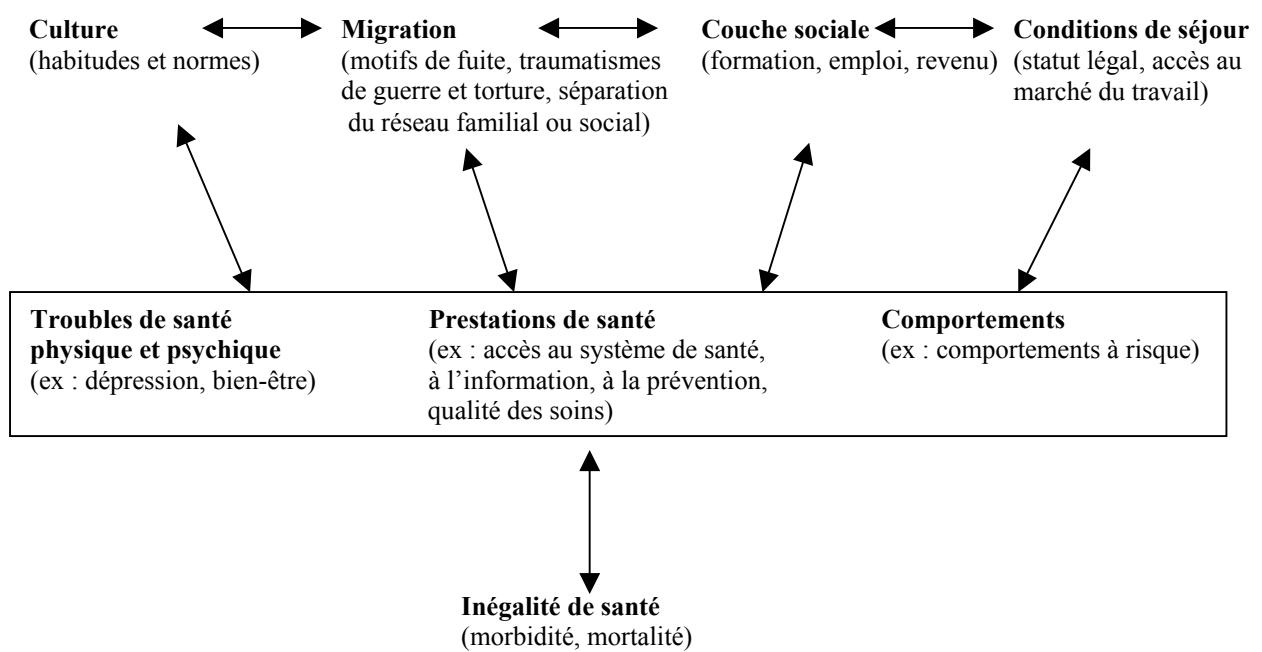
Statut légal	Droit de séjour	Droit de travail	Protection sociale	Accès aux soins
Réfugiés reconnus	++	++	++	++
(Travailleurs) migrants établis (C)	++	++	++	++
(Travailleurs) résidants annuels	+	+	+	++
Saisonniers / séjour de courte durée	+-	+-	+-	++
Requérants d'asile (N, F, S)	+-	+ / -	+-	+*
Etrangers en situation illégale	-	-	-**	-**

*Légendes* : ++ droits étendus ; + droits limités ; +- droits fortement limités ; - pas de droits ; \*certaines limitations leurs sont imposées concernant, par exemple, les prestations pour l'invalidité et le choix du médecin ; \*\* excepté la garantie de prise en charge minimale, relative à la survie, mais uniquement sur annonce des personnes (tableau inspiré de Bollini & Siem 1995).

*La couche sociale* : partant du constat que « les migrants proviennent dans l'ensemble de positions sociales plus défavorisées que celles des autochtones », un grand nombre d'auteurs mettent en avant l'impact de la couche sociale pour expliquer les différences de santé (au niveau psychique et somatique) entre les migrants et les autochtones et ce depuis les années 1970 déjà. La morbidité psychiatrique de la population est plus élevée lorsque la couche sociale est basse (Weiss 2001). Au niveau somatique, les résultats de divers études montrent même un lien linéaire entre la santé et le revenu (voir notamment Denton & Walters 1999, Ecob & Smith 1999 et Wadsworth et al. 1999 cités dans Weiss 2001). Cette question, contrairement aux autres paradigmes, n'est cependant pas spécifique à la situation des migrants, même s'ils appartiennent souvent aux positions sociales inférieures.

*En bref*, les études actuelles appréhendent davantage la situation des migrants comme l'objet d'une dynamique de « précarisation » comprenant les quatre paradigmes décrits, plutôt qu'influencée par un seul facteur (cf. schéma ci-dessous).

*Schéma 1 : paradigmes des différences de santé entre migrants et autochtones (mortalité, morbidité)*



## 2.5.2 Troubles et maladies somatiques

### 2.5.2.1 Morbidité générale et état de santé subjectif

Dans la littérature scientifique internationale, les conclusions relatives à l'état de santé des migrants sont souvent contradictoires, mais ces résultats s'expliquent en partie par la diversité des conditions de vie et des populations concernées, déjà évoquée plus haut.

Les données, concernant respectivement la morbidité des migrants et des différentes communautés en Suisse restent très sommaires. Peu d'enquêtes systématiques ont été entreprises et celles qui existent concernant, par exemple, les consultations ambulatoires dans des polycliniques ou auprès de médecins privés, ne permettent souvent pas d'extrapoler les résultats à l'ensemble des migrants. Il convient néanmoins de signaler que l'Office fédéral de la statistique (OFS) récolte depuis 1969 des statistiques hospitalières et ambulatoires relatives à la morbidité et aux causes de mortalité. Celles-ci permettent d'identifier la nationalité du patient, sur une base systématique, cependant comme nous l'avons mentionné supra, la nationalité n'est pas une variable suffisante pour étudier les populations immigrées.

Selon l'enquête suisse sur la santé (ci-après ESS) sur la période de 1992 à 1993, l'état de santé subjectif, c'est-à-dire déclaré par les intéressés, est moins bon pour les migrants que les Suisses (Vranjes et al. 1996). Les consultations médicales sont plus nombreuses parmi les étrangers, mais la différence est seulement significative pour les hommes. Il est intéressant de souligner que les différences relevées persistent après contrôle des facteurs démographiques (âge et sexe) et sociaux. Environ 2085 étrangers des nationalités les mieux représentées en Suisse (Italie, ancienne Yougoslavie, etc.) ont répondu à l'enquête. Toutefois, seuls ceux maîtrisant, une langue nationale ont pu participer et les requérants d'asile n'étaient pas représentés dans l'échantillon. L'ESS de 1997, menée par l'Office fédéral de la statistique (OFS) (Abelin et al. 2000), montre que l'état de santé subjectif des étrangers est toujours plus défavorable que celui des Suisses. Il semble que ce soit surtout le cas chez les femmes étrangères, et notamment chez les Italiennes. Si l'enquête révèle une augmentation des troubles physiques tant pour les Suisses que pour les étrangers par rapport à l'enquête de 1992/93, il a été constaté en revanche, que le bien-être psychique a généralement subi une amélioration durant les cinq dernières années. Les traitements pour des problèmes d'ordre psychique sont cependant toujours plus fréquents dans la population étrangère. Les consultations médicales ont légèrement augmenté parmi la population suisse, alors qu'elles sont restées stables et ont même un peu diminué parmi les étrangers. L'étude attire encore une fois l'attention du lecteur sur la situation des femmes italiennes qui semble moins favorable que celle des autres, et qui forment un groupe qu'il faudrait à l'avenir particulièrement observer<sup>17</sup>.

17 Dans le cadre de l'ESS 1997, au total 2038 personnes de nationalité étrangère et parlant au moins une langue nationale ont été interviewées. Les catégories de permis de séjour et d'origine retenues pour cette enquête sont les mêmes que pour celle de 1992/93: ainsi les

Une étude menée en *Allemagne*, au début des années 1980, auprès d'un échantillon représentatif de médecins établis (N=551), a révélé que des patients étrangers, d'origine italienne, turque et yougoslave, consultaient plus souvent que les nationaux, compte tenu d'une moyenne d'âge plus jeune dans cette population<sup>18</sup> (EVaS-Studie 1989). Ceci contredit apparemment un constat souvent établi, selon lequel les migrants se caractériseraient par une « sous-consultation » médicale. Les prestataires les plus fréquemment consultés étaient dans l'ordre les gynécologues-obstétriciens, les pédiatres, suivis des médecins généralistes et enfin des spécialistes de la médecine interne. Les migrants se rendaient en revanche moins souvent que les Allemands chez le psychiatre, mais également chez d'autres spécialistes, comme par exemple les orthopédistes. D'autres enquêtes en Allemagne montrent que des étrangers sont plus fréquemment admis dans les services stationnaires avec des troubles somatiques ou psychiques graves (Woitinas 1995). Wicker (1999) relève dans un sondage concernant l'accès aux services médicaux des réfugiés dans le *canton de Berne* que ces derniers se caractérisent vraisemblablement par une « sur-consultation », par rapport à la population générale, dans le domaine de la médecine somatique, et par une « sous-consommation » en ce qui concerne les services psychiatriques.

Les enquêtes ambulatoires et hospitalières, effectuées par l'Institut de médecine tropicale de Bâle auprès de *réfugiés et requérants d'asile* en Suisse, ne permettent pas directement de conclure quant à la prévalence des troubles dans cette population, mais portent principalement sur les spécificités de l'interaction patient-soignant et les difficultés du suivi de ces personnes géographiquement mobiles et d'origine nationale variée (Blöchliger et al. 1998). Quant aux types de diagnostics et taux d'hospitalisation, l'étude menée au service des urgences de l'hôpital de St-Gall – auprès de réfugiés, dont 76% étaient originaires de l'ancienne Yougoslavie – n'a révélé aucune différence significative par rapport au groupe de contrôle composé de Suisses (Blöchliger et al. 1998b).

Peu d'études se sont penchées sur les conséquences du vieillissement des migrants concordant avec un séjour de longue durée, mais certains résultats mettent à jour une sorte d'effet « d'usure » qui se traduit par une santé subjective diminuée (Meyer Fehr & Bösch 1988).

#### 2.5.2.2 Troubles et maladies somatiques spécifiques

En ce qui concerne des troubles spécifiques, des statistiques du réseau Sentinella régulièrement mises à jour existent concernant la prévalence des maladies infectieuses : selon Bischoff (1995), la *tuberculose* touche trois fois plus

requérants d'asile et les saisonniers ne figurent-ils pas dans l'enquête. Les étrangers comprennent les Italiens, les personnes de l'ancienne Yougoslavie, les Allemands, les Portugais ou encore le « reste du monde ». Comme le précisent les auteurs, cette catégorisation « ne rend pas compte de tous les facteurs culturels susceptibles d'influer sur la santé, sur les conduites et sur les attitudes dans le domaine de la santé » (Abelin et al. 2000).

<sup>18</sup> On n'a cependant pas tenu compte de la couche sociale dans cette étude.

d'étrangers que de Suisses, sans compter les requérants d'asile (25 % versus 8 % en 1994). Il est à noter que cette maladie, qui atteint parmi les Suisses particulièrement les personnes âgées, est répandue parmi les jeunes migrants. Comme elle est liée à la pauvreté et à des conditions de vie précaires, il est peu surprenant que son incidence soit particulièrement élevée parmi les requérants d'asile, mais elle touche également les travailleurs migrants de l'Europe du Sud (Loutan & Chaignat 1994). Une surmortalité due à la tuberculose a notamment été observée chez les migrants portugais en Suisse pour la période 1989-1992 (Wanner et al. 2001).

La *malaria* et les *hépatites* (A et B) sont également des maladies, parfois fatales, qui atteignent davantage les migrants que la population suisse, mais particulièrement les réfugiés originaires d'Afrique sub-saharienne et d'Asie. Parmi les réfugiés de certaines régions (Afrique, Asie, Turquie), des *maladies parasitaires*, surtout intestinales, ont plus fréquemment été observées (Loutan & Chaignat 1994). Mais ces auteurs (1994) considèrent que les risques d'infection par des maladies importées (tuberculose, malaria, etc.) sont relativement limités pour la population locale, grâce aux conditions climatiques, à la couverture vaccinale de la population suisse et compte tenu des contacts relativement limités entre les migrants et autochtones.

Si des *maladies sexuellement transmissibles* sont plus fréquentes dans certains groupes d'étrangers, la prévalence des infections VIH parmi les migrants est globalement similaire à celle des Suisses. Toutefois, des différences importantes selon la nationalité ont été observées, notamment parmi les personnes provenant du continent africain, qui présentent une prévalence particulièrement élevée (Wanner et al. 2000). Comme le signalent ces auteurs, il est admis que des mesures préventives spécifiques pour les immigrés à haut risque de Sida doivent être mises en place.

L'ESS de 1992/93 relève une prévalence plus importante des *ulcères peptiques* parmi les migrants, 5% par rapport à 2% des interrogés suisses, après standardisation par sexe, âge, couche sociale et nationalité (Bischoff 1995). En revanche, les étrangers sont comparativement moins nombreux à souffrir d'hypertension (8% versus 10%). Il est également fait allusion aux *problèmes dermatologiques et articulaires* constatés plus fréquemment chez les migrants.

Concernant les autres maladies chroniques en Suisse, une analyse des causes de décès, basée sur la statistique des causes de décès et les données du recensement (1990), révèle une situation nuancée (Wanner et al. 2000, Wanner 2001). Les immigrés du sud de l'Europe se caractérisent par une sous-mortalité pour ce qui est des *maladies cardio-vasculaires et des cancers*, surtout des cancers du côlon et des poumons. D'autres types de cancers, en revanche, sont plus fréquents dans certains groupes de migrants (originaires de Europe de l'Est, d'Asie, par exemple). Des tentatives d'explication prenant en compte les modes alimentaires, les comportements à risques (alcool, tabac) et styles de vie (sédentarité) sont avancées. Il convient de noter que les taux de mortalité sont ajustés selon l'âge, le sexe et le

domicile<sup>19</sup>, mais les biais classiques, liés à la sélection des individus en bonne santé (*healthy migrant effect*) et à la « ré-émigration » volontaire ou forcée des étrangers malades, n'ont évidemment pas pu être éliminés. Sans compter ces biais, la mortalité ne représente pas un bon indicateur des différences de morbidité entre sous-populations. Pour certaines maladies rares à létalité élevée (par ex. cancer du rhynopharynx, du foie, de l'utérus etc.), des niveaux différents de risque entre Suisses et communautés migrantes traduisent des spécificités de risque ou en matière de prévention qui mériteraient une intervention. Cependant, la plupart des pathologies caractérisant les groupes de migrants ne sont pas létales et, pour cette raison, une analyse des données de mortalité reste limitée (Wanner et al. 2000, Wanner 2001).

### 2.5.2.3 Mortalité infantile

La mortalité infantile<sup>20</sup> permet une analyse différentielle plus aisée, car elle n'est pas soumise aux biais de retour ni à ceux de sélection mentionnés plus haut (Wanner 2001)<sup>21</sup>. Cet auteur présente des taux de mortalité infantile, pour la période de 1969 à 1997, (sur la base des données de l'état civil) plus élevé chez les étrangers. Pour la période 1994-1997, ces taux sont respectivement de 5,3‰ pour les garçons et de 4,4‰ pour les filles d'origine suisse, et de 6,0‰ pour les garçons et 5‰ pour les filles d'origine étrangère ; ce qui représente entre 0,6‰ et 0,7‰ de plus de décès chez les enfants d'étrangers, avec des différences en fonction de la nationalité. En effet, le taux de mortalité infantile pour les enfants d'origine turque est selon cette étude de 8,6‰ pour les garçons et de 9,6‰ pour les filles.

Bollini & Siem (1995) qui ont observé la mortalité infantile<sup>22</sup> à partir d'étude portant sur divers pays d'Europe, signalent qu'après ajustement de la couche sociale, des différences demeurent entre autochtones et migrants. Ceci n'a pu être contrôlé pour la Suisse qui n'indique pas cet indicateur dans les décès. Si en Suisse, comme dans la plupart des autres pays d'Europe, les taux de mortalité infantile sont plus importants pour des enfants de certaines origines nationales, en Suède par contre, la situation des enfants de mères étrangères est relativement similaire à celle des Suédoises. Par ailleurs, la Suisse représente, en comparaison de la Belgique, de la France, de l'Allemagne et bien sûr de la Suède, le pays où les différences sont les plus importantes entre les enfants de mères étrangères et ceux de mères

<sup>19</sup> Malheureusement aucune indication concernant la couche sociale n'était disponible dans cette étude.

<sup>20</sup> La mortalité infantile définit les décès survenus entre la naissance et le 1<sup>er</sup> anniversaire

<sup>21</sup> Toutefois, la non-prise en compte au dénominateur des naissances ayant eu lieu en dehors du territoire national, contrairement aux décès survenus en Suisse, aboutit à une surestimation dans le calcul de la mortalité infantile des étrangers, comme l'explique Delaporte dans une publication à paraître. Cette auteure relève que, la mortalité infantile touche néanmoins davantage les enfants d'étrangers que ceux de suisses, même après correction par la prise en compte de ce biais dit de « migration ».

<sup>22</sup> Dans ce cas, les auteurs se réfèrent également aux taux de mortalité périnatale (du 28<sup>ème</sup> jour de la gestation au septième de la naissance) et de mort-nés.

autochtones. Ces résultats nous permettent de déduire que les taux de mortalité infantile entre enfants de mères étrangères et ceux de mères autochtones diffèrent non seulement en fonction du pays d'origine des migrantes, mais aussi par rapport aux pays d'accueil et aux conditions qui sont réservées aux femmes étrangères dans celui-ci : au niveau notamment d'une prévention adaptée aux besoins et de leur niveau d'intégration.

Il n'existe pas, à notre connaissance, d'explications sur les différences de mortalité infantile en fonction des nationaux et étrangers. La couche sociale pourrait constituer une explication. Nous savons par exemple que la prévalence de petits poids de naissance et de mortalité périnatale est plus élevée dans la classe des ouvriers qualifiés ou non qualifiés (Bodenmann et al. 1990 cité dans Wanner 2001). On suppose en outre que ces taux différentiels peuvent résulter, en partie du moins, d'une moindre « surveillance » durant la grossesse, due au comportement différent des femmes étrangères face à la prévention (selon Raymond et al. 1995 cité dans Wanner 2001), à leur activité professionnelle durant la grossesse, et à un accès plus difficile aux soins pour des raisons, entre autres, linguistiques et culturelles. Nous ne possédons toutefois pas de données suffisantes pour évaluer le type de surveillance effectuée durant la grossesse qui confirmerait cette hypothèse. En effet, l'OFS collecte des informations sur les consultations effectuées par les hôpitaux et les médecins ayant un cabinet, mais ne détient pas encore, à notre connaissance, de données plus détaillées concernant le type de services et de médecins consultés (généralistes ou spécialistes). Par ailleurs, le pourcentage de visite médicale effectuée par les patients est une donnée délicate à interpréter. Elle peut par exemple révéler des troubles plus importants chez certains groupes de personnes ou encore signifier un meilleur accès aux soins de la part de ces groupes. Enfin, l'idée d'une moindre surveillance semble aller dans le sens contraire de celle d'une « sur-consultation » médicale des réfugiés (dans le domaine de la médecine somatique) par rapport à la population générale présentée dans l'étude de Wicker (1999).

Nous conclurons ce bref survol par trois constats (Bollini & Siem 1995) : premièrement, il semblerait que les différences dans les taux de mortalité infantile entre autochtones et étrangers ne soient pas dues à des facteurs génétiques, car ils touchent des groupes comparables venant de pays divers. Ces différences doivent être déterminées, en partie du moins, par des facteurs sociaux et environnementaux. Deuxièmement, après ajustement des catégories sociales, les différences demeurent entre enfants étrangers et autochtones, mais ce constat demande encore à être vérifier pour la Suisse. Enfin, les auteurs présentent une exception à ces conclusions. Il apparaît qu'en Suède, la situation des enfants de mères étrangères est meilleure que celle des enfants de mères suédoises. Ces différents constats/hypothèses nous invitent à penser que les causes de la mortalité infantile ne résulteraient pas directement de facteurs épidémiologiques propres aux femmes d'origine étrangère, mais viendraient davantage de difficultés d'intégration à la société d'accueil. Toutefois, il faut rester prudent sur les explications des facteurs causals, la situation des femmes migrantes durant la grossesse, concernant la conception et plus largement leur sexualité, ainsi que la santé du nouveau-né étant des questions encore peu investiguées.

## 2.5.3 Troubles et maladies psychiques

### 2.5.3.1 Principaux problèmes psychologiques et psychiatriques

Les conditions de vie dans le pays d'origine et les motifs de migration (forcée) dus à l'instabilité économique ou à l'insécurité politique, aux guerres et violences, sont, de l'avis de nombreux auteurs, à la base de troubles psychologiques et/ou psychiatriques, voire de traumatismes chez certains migrants. D'aucuns pensent aussi que l'expérience migratoire soumet la plupart des migrants à une tension psychologique caractérisée par le fait de « quitter un contexte socioculturel habituel et de devoir se familiariser à un autre ». Il existe également peu d'études empiriques concernant la santé psychique des migrants, certains travaux sont issus de perspectives thérapeutique et d'étude de cas (Weiss 2001).

Dans une recherche, portant sur les étrangers consultant la policlinique psychiatrique universitaire de Lausanne en 1992, Besson (1995) présente une épidémiologie psychiatrique des maladies mentales<sup>23</sup> des patients étrangers (N=322) venant de l'Europe de l'Ouest, de l'Europe de l'Est, de l'Amérique, de l'Afrique et de l'Asie. Les troubles touchent, dans l'ordre, d'abord les Africains<sup>24</sup>, ensuite les Européens de l'Est, les Américains, les Asiatiques et enfin les ressortissants de l'Union européenne (Bischoff 1995). On remarque encore, pour les étrangers venant de l'Europe occidentale, une importante différence entre les hommes et les femmes par rapport à deux catégories diagnostiquées : une prévalence importante des troubles addictifs (alcoolisme et toxicomanie) chez les hommes, et une prévalence des troubles, chez les femmes.

Les autres catégories diagnostiquées (psychoses, troubles affectifs et anxieux, troubles somatoformes) sont réparties de manière comparable entre les patients des différentes origines. Besson (1995) se demande si cette apparente similitude ne résulte pas d'un biais « induit par la difficulté d'accès aux soins psychiatriques conventionnels pour les migrants » en raison du manque de reconnaissance de certains troubles de la part des médecins généralistes. En outre, l'auteur souligne que la majorité des migrants (40% à 50%) consultent d'eux-mêmes la policlinique. D'autres patients se rendent à la policlinique sur l'ordre d'un médecin, somaticien ou psychiatre. Enfin, seulement 5% à 15% des migrants consultent sur l'ordre d'une autorité administrative (résultat comparable à l'ensemble des patients). Ces résultats concordent avec ceux d'une « sous-consultation » médicale concernant les services psychiatriques avancée par Wicker (1999).

<sup>23</sup> Diagnostic selon les paramètres du DSM-III-R qui est le manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux, mis au point par l'Association américaine de psychiatrie. Le diagnostic s'effectue sur cinq axes. L'étude de Besson (1995) indique surtout le diagnostic en relation à l'axe I, celui des syndromes cliniques et selon les catégories suivantes de troubles: psycho-organiques, psychotiques, affectifs, anxieux, somatoformes, addictifs, de l'adaptation.

<sup>24</sup> Toutefois pour les étrangers ne venant pas de l'UE, les troubles sont liés à d'autres catégories de diagnostics.

Vranjes et al. (1996) notent sur la base de l'EES 1992/93 que la population migrante (hommes et femmes) consulte plus fréquemment un médecin que la population suisse, en raison d'une dépression nerveuse et/ou d'une dépression<sup>25</sup>. Une première enquête sur la santé au niveau suisse (SOMIPOPS, Bolliger 1989 cité par Bischoff 1995) montre que les troubles mentaux les plus fréquemment mentionnés sont similaires entre les Suisses et les étrangers, à l'exception des Italiens et des Espagnols. Ceux-ci semblent souffrir davantage d'insomnies et de migraines, de même qu'ils paraissent plus susceptibles de présenter des troubles mentaux liés aux facteurs de stress. Dans l'EES de 1997, Calmonte confirme ces résultats bien qu'une légère amélioration du bien-être psychique soit remarquée par rapport à l'EES de 1992/93, celui-ci est toujours moins bon chez les étrangers que chez les Suisses. Le sentiment de solitude et d'avoir peu d'emprise sur sa vie sont plus fréquents chez les étrangers et surtout chez les femmes italiennes. Ce résultat trouve une explication, selon l'auteur, dans la plus grande présence des femmes italiennes dans les couches sociales inférieures. Ces différences de santé psychique se traduisent par des traitements plus fréquents chez les Italiens (5%) que chez les Suisses (3,9%) et que chez les autres étrangers (4,5%).

En bref, si des problèmes psychologiques et psychosociaux sont souvent évoqués par rapport à la santé des migrants, les informations détaillées et précises relatives à la question sont rares. De plus, les études mentionnées concernent le plus souvent le cas des *réfugiés* et des *requérants d'asile*. Cela s'explique par les conditions parfois dramatiques dans lesquelles cette population a vécu, entraînant souvent des séquelles psychologiques une fois arrivée dans un pays d'accueil. C'est sans doute pourquoi, la question des réfugiés est abordée dans la littérature existante de façon spécifique (Bischoff 1995 ; Blöchliger et al. 1994 ; Loutan et Subilia 1995 ; Spang 1999), comme on le verra dans la partie suivante.

#### 2.5.3.2 Situation des réfugiés et des requérants d'asile

Si, d'une manière générale, les réfugiés et les requérants d'asile sont souvent considérés comme une population jeune et globalement en bonne santé, diverses études ont pu mettre en lumière des problèmes de santé particuliers. Ainsi, il semble pertinent de les considérer dans leur ensemble selon leur état de santé psychique, même s'ils ne constituent pas un groupe homogène. En effet, ils « proviennent ou résident dans des pays où règnent l'insécurité, la guerre civile et le non-respect des droits de l'homme. Nombre d'entre eux ont été exposés à des traumatismes majeurs et en subissent pendant longtemps les conséquences » (Loutan et Subilia 1995)<sup>26</sup>. Les problèmes de santé dominants sont des troubles psychosociaux et post-

25 L'étude signale, en outre, qu'aucune différence significative n'apparaît selon les groupes d'âge, le niveau d'éducation et la nationalité, une fois la dépression diagnostiquée.

26 En 1994, la plupart des requérants provenait des territoires de l'ancienne Yougoslavie, de Bosnie-Herzégovine, du Sri Lanka, de Turquie, d'Angola, de Somalie, et plus récemment du Kosovo et de Serbie qui sont des régions fortement marquées par l'insécurité et la guerre, ainsi que par le non-respect des droits de l'homme (Loutan et Subilia 1995).

traumatiques (ou syndrome de stress post-traumatique, ci-après PTSD) (Spang 1999).

Blöchliger et al. (1998) font référence à une investigation effectuée auprès de médecins généralistes, visant à étudier les raisons de la demande de traitement de la part des réfugiés, ou des requérants d'asile, et le diagnostic posé par le médecin. Cette étude a permis de donner un aperçu des problèmes de santé spécifiques touchant ces deux catégories de migrants. Outre des troubles somatiques, des troubles psychosociaux et post-traumatiques (PTSD) sont aussi apparus. Sur 155 diagnostics (N=1107) posés quant à des perturbations d'ordre psychosocial, 2/3 des patients présentaient des désordres fondamentaux et des cas de dépression. Les raisons de cette prévalence importante doivent être recherchées, entre autres, dans les conditions de vie et d'exposition aux situations de stress plus élevées chez ces personnes et qui amplifient la difficulté d'apporter des soins « efficaces ». De fait, l'efficacité ou l'adéquation des soins se heurte à des difficultés d'ordre linguistique, culturel et religieux.

L'étude de Loutan et Subilia (1995) – réalisée de façon systématique en 1993/94, auprès de 572 requérants d'asile<sup>27</sup> lors de l'examen sanitaire de frontière à Genève – relèvent que la majorité d'entre eux (66%) soutiennent avoir été exposés à au moins un événement traumatisant ; 37% des personnes, sur l'ensemble de l'échantillon, disent avoir présentés au moins un symptôme; enfin, 18% déclarent avoir été torturés, dont une nette majorité d'hommes (27%), contre 3% chez les femmes. Pour celles-ci, la fréquence des symptômes psychologiques tout comme celle de chaque symptôme, est pourtant plus élevée. De manière concordante, une étude sur les antécédents traumatisants influençant la santé mentale estime qu'environ 1/4 des réfugiés reconnus vivant en Suisse a été torturé (Wicker 1993 et 1994).

Globalement, on peut soutenir que les problèmes majeurs liés à la santé psychique des migrants, surgissent dans le nouveau contexte culturel, social, économique. De manière plus spécifique, plusieurs auteurs mettent l'accent sur le groupe des réfugiés et des requérants d'asile. En effet, on note chez eux une importante fréquence de troubles psychiques, notamment des troubles post-traumatiques (PTSD) et des problèmes psychosociaux, résultant des conditions d'insécurité et de violence subies dans le pays d'origine.

#### 2.5.4 Accidents

Les travailleurs étrangers sont décrits de manière générale, dans la littérature de plusieurs pays d'Europe, comme ayant un taux plus important *d'accidents de travail* que les nationaux. En effet, diverses études constatent que le taux

<sup>27</sup> Les requérants d'asile ayant participé à l'étude venaient en majorité d'Afrique (44%), d'Europe (37%) et d'Asie (17%) et représentaient une population jeune (89% ayant moins de 40 ans).

d'accidents de travail est deux fois plus élevé chez les travailleurs immigrés (de sexe masculin) par rapport aux nationaux en Suisse, de même qu'aux Pays-Bas, en Allemagne et en France (Bollini et Siem 1995). Les explications des taux différentiels de ces accidents n'ont pas encore été étudiées, mais plusieurs auteurs s'accordent à dire qu'elles proviennent de la sur-représentativité des travailleurs migrants dans des emplois dangereux et comportant de fortes nuisances telles que le bruit, la chaleur ou le froid (voir notamment Egger 1990). En revanche, il n'existe pas, en Suisse du moins, de différences significatives des taux d'accidents de travail entre les femmes d'origine étrangère et les Suisses (Vranjes et al. 1996), en raison sans doute de la tertiarisation de l'activité féminine.

En regard du taux élevé d'accidents de travail chez les hommes étrangers, il n'est pas étonnant selon Bollini et Siem (1995) de constater davantage de *congés maladie, d'incapacités de travail et de retraites anticipées* dus à l'usure du travail chez les immigrants par rapport aux nationaux. Lehman (1990) relève que la différence d'incapacité de travail entre nationaux et non-nationaux est fortement influencée par l'âge. Ainsi, alors que le taux d'incapacité pour les jeunes Italiens (20-35 ans) est plus faible que pour les Suisses du même âge, 18% des migrants italiens entre 50 et 65 ans sont en arrêt de travail contre 10% de Suisses du même âge, ce qui s'explique par la plus importante présence des migrants (italiens) dans des professions à risque. D'autres auteurs (voir Bischoff 1995) indiquent des taux de troubles liés à l'activité professionnelle particuliers contractés par les migrants. Les travailleurs étrangers non qualifiés venant de pays méditerranéens souffriraient davantage de *maux de reins chroniques*.

Enfin, les auteurs cités plus haut remarquent dans l'ensemble que les migrants ont un accès plus difficile aux services de *réhabilitation* et concernant les avantages pouvant être perçus lors d'une incapacité de travail (ce même constat a pu d'ailleurs être relevé dans différents pays d'Europe).

Molinaro (cité dans Bischoff 1995) s'interroge sur le risque d'abus de *l'assurance accidents* de la part des migrants. L'auteur signale que les accidents professionnels des migrants sont plus onéreux que ceux des Suisses : les coûts des traitements sont 55% de fois plus élevés pour les hommes d'origine étrangère et au moins 20% pour les femmes étrangères que pour les Suisses. Le fait que les migrants soient souvent moins victimes d'accidents non-professionnels par rapport aux Suisses, permet à l'auteur d'affirmer que le plus haut taux d'accidents professionnels des migrants n'est pas abusif. De fait, les Suisses, hormis pour les accidents de travail, ont des taux plus élevés d'accident par rapport aux étrangers que ce soit pour les accidents de sport, les accidents domestiques ou de la circulation routière (Vranjes et al. 1996).

Il est vraisemblable que les différences considérables entre Suisses et étrangers ne proviennent pas d'une vulnérabilité spécifique liée à l'origine nationale, mais plutôt, selon l'idée de Bollini et Siem (1995), d'un effet d'épuisement propre à certains migrants venus rechercher une activité professionnelle, que les auteurs nomment *the exhausted migrant effect* faisant écho au *healthy migrant effect*. Ce phénomène peut être mis en relation avec l'observation que l'état de santé subjectif

de nombreux migrants tend à se dégrader avec la durée de présence dans le pays d'accueil (Meyer-Fehr & Bösch 1988).

### 2.5.5 Comportements de santé

Il va de soi que la diversité des migrants en Suisse se reflète au moins autant dans leurs habitudes et modes de vie qu'au niveau de leur état de santé. Dans ce sens, les comportements sanitaires sont toujours à mettre en relation avec des conditions de vie et de travail spécifiques. Pour ne citer qu'un exemple, l'exercice d'une activité physique régulière s'impose probablement davantage pour une personne exerçant une profession sédentaire que pour quelqu'un dont l'activité professionnelle implique un effort physique quotidien. Une telle tendance est en tout cas confirmée pour les Italiens/ennes, dont l'exercice d'une activité physique (sport) durant les loisirs ne représente pas le moyens privilégié pour l'entretien de la santé (Abelin et al. 2000). De manière générale, notons qu'on peut éprouver un certain malaise quant à l'interprétation parfois caricaturale d'une série d'indicateurs qui isolent les informations d'un contexte donné. Tant que les données ne seront pas plus circonstanciées et détaillées, il nous semble peu utile d'insister sur cet aspect, même si quelques tendances grossières, basées notamment sur l'ESS de 1992/93, sont relevées ci-après (Vranjes et al. 1996, Wanner et al. 1998). Il est d'ailleurs frappant de constater que les résultats relatifs aux migrants se confondent souvent avec des tendances qui caractérisent également les catégories sociales défavorisées (manque de maîtrise, connaissances lacunaires, comportements à risque), alors que les données sont en principe contrôlées selon la couche sociale<sup>28</sup>.

Quand on interroge les migrants sur l'importance qu'ils accordent à la santé, on constate qu'ils sont plus nombreux que les Suisses à ne pas la considérer comme prioritaire et à affirmer qu'ils ne sont pas maîtres de leur état de santé (Abelin et al. 2000). En dehors de la catégorie des femmes, cette disposition est particulièrement répandue chez les jeunes étrangers. Le manque d'information concernant une alimentation saine, relativement fréquent parmi les migrants, a été mis en relation avec une surcharge *pondérale globalement plus répandue chez les étrangers*.

De manière générale, l'ESS de 1997 relève que les étrangers apportent une moindre attention à l'alimentation que les Suisses et les hommes encore moins que les femmes, toutes nationalités confondues (Abelin et al. 2000). Il est peu surprenant de constater que les *habitudes alimentaires varient* fortement selon l'origine des personnes. Citons à titre d'exemple que les Européens du Sud consomment moins de viande, plus de légumes et davantage d'huiles végétales. En revanche, la consommation de viandes serait importante chez les hommes d'origine française et les femmes de l'ancienne Yougoslavie. Il est intéressant de signaler que les femmes du sud de l'Europe (espagnoles, portugaises, italiennes), ainsi que les

<sup>28</sup> A ce sujet, il faut relever que les variables retenues pour indiquer le niveau socio-économique sont extrêmement sommaires.

ressortissants (des deux sexes) de l'ancienne Yougoslavie se disent moins attentifs à l'alimentation que la population de référence.

En outre, la *proportion de buveurs d'alcool réguliers est supérieure chez les Européens du Sud*, mais plus faible parmi les ressortissants de l'ancienne Yougoslavie, ainsi que chez les femmes venant de l'Europe du Sud. Notons à ce sujet que certaines catégories d'étrangers respectent dans ce domaine les interdits religieux ou culturels (musulmans, hindous, etc.), qui s'appliquent aussi au tabac et à certains aliments. En règle générale, il faut relever que ce sont les étrangers et notamment les femmes, beaucoup plus que les Suisses et Suisseuses, qui s'abstiennent de toute de consommation d'alcool. Les femmes italiennes ont d'ailleurs la conduite la plus saine par rapport à la consommation d'alcool alors que les hommes italiens représentent à ce sujet le comportement le moins sain (Abelin et al. 2000).

Selon Wanner et al. (1998), la prévalence du *tabagisme* parmi les étrangers est proche de celle des Suisses. Vranjes et al. (1996), en revanche, constatent que les étrangers fument davantage que les nationaux. Ces deux études se basent sur la même enquête (ESS de 1992/93), dont les indicateurs peuvent visiblement être pondérés de façon différente (pourcentage de fumeurs versus consommation de tabac). Les Françaises et les femmes de l'ancienne Yougoslavie se distinguent des femmes suisses par des proportions élevées de fumeuses (Wanner 1998). L'ESS de 1998 relève, par rapport l'enquête précédente (de 1993), que bien que le désir de cesser de fumer se soit particulièrement renforcé parmi les étrangers, ceux-ci sont plus nombreux à fumer que les Suisses/sses (Abelin et al. 2000).

Notons pour finir que des enquêtes, moins souvent citées, menées auprès d'enfants et de jeunes adultes, mettent en évidence que les *comportements sanitaires des adolescents étrangers* sont plus souvent à risque que ceux des adolescents suisses (Ferron et al. 1997 ; HBSC 1997/98).

### 2.5.6 Synthèse

Après ce bref tour d'horizon des données sanitaires sur les communautés migrantes en Suisse, plusieurs remarques s'imposent. D'abord, on peut être frappé de constater que la littérature concernant la santé des migrants, quoique relativement importante depuis peu, s'appuie sur des *recherches dont le nombre et la portée restent très limités*. En effet, les études qui abordent ce sujet portent souvent sur une catégorie particulière de personnes, peu représentative de l'ensemble de la population migrante ou alors il s'agit d'enquêtes plus larges, mais qui n'appréhendent les questions migratoires que de manière accessoire, p. ex. par le seul biais de la variable « nationalité ». Le premier constat s'explique partiellement par l'évolution de l'immigration, devenue plus hétérogène de par la provenance, le profil démographique et le statut des personnes concernées. Dès lors, il est légitime de s'interroger si les similitudes de la condition migrante ne se situent pas davantage au niveau de l'accessibilité des services médicaux et dans l'interaction avec les intervenants qu'au niveau de l'état de santé à proprement

parler. C'est précisément l'attention consacrée à ces thèmes dans la littérature spécialisée qui nous amène à penser que *les difficultés constatées par les milieux intéressés relèvent principalement du domaine de l'accès aux soins et de l'interaction relationnelle avec les soignants*, même si des maladies spécifiques peuvent parfois poser problème.

Pour l'instant, les résultats épidémiologiques n'excluent pas l'existence d'une vulnérabilité commune à toute situation migratoire (récente), liée notamment à la rupture du contexte de vie, qui peut se manifester par des *troubles psychiques réactionnels*, dont l'ampleur et les conséquences restent cependant difficiles à évaluer. Cependant les données actuelles ne permettent guère de recenser de maladies plus répandues dans toutes les catégories de migrants confondues.

Selon les EES de 1992/93 et de 1997, les étrangers déclarent néanmoins un *état de santé subjectif significativement moins favorable que les Suisses et des consultations médicales plus fréquentes*. De nombreuses interrogations persistent quant à savoir si cette tendance traduit une plus grande morbidité ou n'est que la conséquence des difficultés d'interaction avec les services médicaux, voire d'une répartition particulière des consultations par secteurs médicaux (par exemple, un recours plus important aux médecins généralistes au détriment des spécialistes, voire aux services hospitaliers par rapport aux médecins privés). Ces résultats vont à l'encontre des arguments qui invoquent la sous-consultation des migrants pour expliquer des déficits particuliers de l'état de santé.

Le recours à des statistiques sanitaires « classiques » n'est pas toujours moins problématique. Ainsi, l'interprétation des indicateurs de *mortalité* est malaisée en raison des possibles retours au pays en cas de maladie ou d'incapacité de travail, du moins pour les personnes qui ne relèvent pas de l'asile, ainsi que du biais de « sélection ». D'une manière générale, *les résultats sont assez nuancés, se révélant parfois à l'avantage des migrants* (les décès dus aux troubles cardio-vasculaires et à certains cancers sont, par exemple, plus rares). Un constat peu contesté concerne en revanche le fait que *la mortalité infantile est plus élevée dans les catégories des enfants de mères étrangères dont la présence en Suisse est plus récente* (Ancienne Yougoslavie, Turquie). La situation des femmes étrangères au moment de la naissance ayant été particulièrement peu analysée, les explications avancées en termes de problèmes d'intégration et d'accès aux soins restent passablement vagues.

Quant à la situation particulière de certains groupes de migrants, de nombreux auteurs s'accordent à préconiser une *distinction de principe entre travailleurs immigrés et requérants d'asile*, dont le contexte de séjour et les conditions de vie sont très différents<sup>29</sup>. Pour les premiers, la présence est, au moins pendant les premières années suivant la migration, liée à l'activité professionnelle. Dans ce cas, il faut tenir compte du *healthy migrant effect*, mais également penser aux risques et troubles liés au travail. *Les recherches suisses et internationales sont relativement*

<sup>29</sup> On pourrait ajouter qu'à certains égards, les réfugiés reconnus et anciens requérants se situent entre les deux catégories.

*unanimes concernant les taux d'accidents professionnels et d'incapacité de travail nettement supérieurs* parmi les étrangers. Ces résultats, bien étayés, témoignent de l'emploi important des étrangers dans les secteurs d'activité à risques, particulièrement à long terme. Par ailleurs, l'état et les comportements en matière de santé des migrants de travail, dont la plupart sont originaires de pays méditerranéens, tendent à se rapprocher de ceux des Suisses.

En ce qui concerne les *réfugiés*, le séjour est assorti d'une interdiction temporaire de travail et conditionné par des considérations différentes de celles qui prévalent pour les travailleurs migrants. La gravité de l'état de santé peut, dans ce cas, être un argument pour l'obtention d'un permis humanitaire<sup>30</sup>. Si toute expérience migratoire est synonyme d'une vulnérabilité certaine, la migration forcée présente de nombreux facteurs de stress, liés à des expériences particulières (déplacements forcés, guerres, précarité), qui se manifestent fréquemment par des *troubles post-traumatiques* plus ou moins graves. La situation est spécialement préoccupante pour les *survivants de torture*. Ils représentent 1/4 à 1/3 des réfugiés reconnus, dont les troubles psychiques (et physiques) peuvent évoluer vers des états aigus ou des troubles chroniques, dont la spécificité reste mal connue dans le contexte d'accueil. Dans ce cas, il est probable que non seulement l'accès aux soins pose problème, mais aussi le manque d'adaptation des soins envers ces personnes, faute de compétences et de connaissances. Les recherches épidémiologiques sont trop rares et insuffisamment consistantes pour fournir des données fiables sur l'ampleur du phénomène. En ce qui concerne le domaine somatique, les maladies telles que la *malaria*, *l'hépatite B* et *les affections parasitaires*, ou encore certaines *MST*, sont plus fréquemment diagnostiquées parmi les migrants – généralement des réfugiés – originaires de régions d'Afrique, d'Asie, d'Amérique Latine ou du Moyen-Orient.

Il convient de signaler que la dichotomie entre réfugiés et travailleurs migrants est évidemment simplificatrice, car la situation réelle et le statut légal de nombre de migrants se situent à cheval entre ces deux catégories. On pense, entre autres, au regroupement familial, aux anciens requérants d'asile désormais au bénéfice d'un permis de séjour ou aux réfugiés reconnus, etc., pour lesquels la recherche fait largement défaut. C'est notamment le cas des femmes « issues » de l'immigration de travail, des migrants âgés et des enfants ou adolescents. *Au vu de l'état de la recherche et des statistiques sanitaires disponibles, il est difficile d'opérer une hiérarchie des problèmes de santé présentés par les migrants en Suisse. La présente étude est un premier pas dans ce sens.*

<sup>30</sup> Il est également vrai que dans la pratique les permis humanitaires ont souvent été accordés à des personnes financièrement indépendantes, donc exerçant une activité professionnelle.

## 3 Démarche et méthode

Dans cette partie, nous exposons la démarche que nous avons suivie pour répondre aux objectifs de l'étude. Puis, les motivations de notre choix méthodologique sont expliquées, celui de la technique Delphi et des *focus groups*. Ces deux méthodes sont ensuite définies de manière générale et par rapport à leur utilisation dans la présente étude. Enfin, les différentes étapes de la recherche sont expliquées selon la construction et l'apport de chacune d'elles.

### 3.1 Démarche

La description du contexte du champ « migration et santé » a mis en avant la dimension multifactorielle de la santé. Elle a montré que les différences de santé entre migrants et autochtones relèvent moins de troubles spécifiques que des conditions d'accès au système de santé. La politique sanitaire actuelle va dans le sens de ces constats, car elle envisage aujourd'hui, pour améliorer la santé de la population immigrée et essayer de dépasser les inégalités en matière de santé, de promouvoir des systèmes de santé qui

- premièrement, réduisent les entraves pour y accéder et s'ouvrent ainsi à l'ensemble de la population résidante (« *ouverture* »),
- deuxièmement, produisent des programmes spécifiques à l'intention des personnes qui, en raison de leur histoire et de leur expérience migratoire, ne disposent que d'un accès restreint à un système de santé en principe ouvert (l'objectif est ici d'apporter une aide ciblée ; « *pluralisme* »), et
- troisièmement, facilitent la résolution autonome de problèmes et l'application de mesures décidées de manière indépendante (« *empowerment* »).

Cette étude s'inscrit dans cette approche de santé. Elle tend à proposer des solutions par rapport à ces trois aspects, le but étant de déterminer les domaines, les thèmes de santé et les mesures d'intervention concrets visés en priorité pour en favoriser la réalisation. Afin de parvenir à la formulation de telles solutions, notre démarche est orientée en fonction des problèmes de santé plutôt que par la définition de groupes devant être en priorité touchés par des mesures d'intervention. L'hétérogénéité de la population migrante complique en effet la définition de groupes-cible.

### 3.2 Le choix de la méthode

Le développement d'une stratégie dans le champ « migration et santé », mandatée par l'OFSP, soulevait la question de la manière d'atteindre un consensus social permettant de fixer les termes d'une stratégie. Il s'agissait dans ce sens de faire interagir un certain nombre de personnes de milieux professionnels, de pouvoirs décisionnels, d'opinions, et de régions linguistiques différents, afin qu'ils déterminent d'un commun accord les futures orientations stratégiques de ce domaine. Malgré leurs variétés de provenance, ces personnes qui d'ordinaire n'ont pas la possibilité de se rencontrer ni d'échanger des idées, devaient pouvoir, dans le cadre de cette étude, s'exprimer sur un pied d'égalité. Les participants devaient être amenés à se prononcer de manière inductive sur la base de leurs expériences et de leur domaine de compétences. En outre, notre but était de parvenir à des solutions concrètes. Il fallait ainsi un moyen pour diriger le groupe, tout en permettant aux personnes de s'exprimer librement. Enfin, la recherche empirique devait se faire dans les délais impartis (de janvier à septembre 2000) et occasionner un minimum de dépenses.

Une étude de type Delphi s'est imposée comme étant la solution répondant aux conditions posées. La méthode Delphi ouvre en effet des possibilités d'obtenir au moins un consensus sectoriel (à savoir un accord de la majorité des acteurs collectifs impliqués dans le développement d'une stratégie, pour un secteur d'activité spécifique)<sup>31</sup>. Cette méthode permet à un certain nombre de personnes d'un milieu concerné de définir ensemble des priorités en vue de solutions concrètes et réalisables. La réflexion se base sur un processus comportant plusieurs étapes empiriques et écrites, chacune s'enrichissant des résultats de la précédente. La technique se fonde ainsi sur plusieurs interviews par questionnaire (au minimum deux) offrant une liste de solutions à choix et permettant aussi de formuler d'autres solutions si la liste ne convient pas.

Cette technique présente l'avantage d'un processus de groupe qui interagit, même si les personnes ne communiquent pas directement entre elles. Celles-ci ont la possibilité de réagir aux opinions des autres participants, résumées dans un deuxième (voire un troisième) questionnaire. Ce système permet en outre de garder l'anonymat des personnes qui peuvent répondre de ce fait en toute liberté, mais en connaissance de cause puisque l'ensemble des opinions sont communiquées. Enfin, ce processus empirique en plusieurs étapes successives laisse du temps pour la réflexion, car les personnes peuvent revoir leurs positions lors d'une étape ultérieure et répondre au moment qui leur convient (dans la limite des délais fixés).

<sup>31</sup> Un consensus englobant toute la population ne peut évidemment pas être géré de manière scientifique, pour cela, des procédures démocratiques ouvertes seraient nécessaires. Néanmoins, des types d'expérimentations avec des objectifs plus ambitieux, comme la *cellule de planification* (cf. Dienel 1991) ou le *Choice Questionnaire* (cf. Bütschi 1999) ont déjà été appliquées, mais leurs conséquences doivent encore être validées.

La méthode Delphi, à travers sa démarche, apparaît particulièrement favorable au développement de stratégies de résolution de problèmes et à la recherche de solutions alternatives selon le contexte spécifique, lorsque les informations existantes se révèlent insuffisantes, peu consistantes ou contradictoires. Comme c'est le cas dans le domaine « migration et santé » : d'un côté, les enjeux divergent entre une politique de santé visant le bien-être de toute la population résidante en Suisse et une politique migratoire devant limiter et contrôler la venue des personnes étrangères sur le territoire. De l'autre, les données sanitaires concernant les migrants en Suisse sont, comme nous l'avons montré plus haut, rares et peu détaillées.

En dehors de la technique Delphi, nous avons opté, pour la dernière étape de la recherche empirique, pour des entretiens thématiques de groupes (ci-après *focus groups*) avec une partie des acteurs précédemment interrogés. Les résultats des deux questionnaires de l'étude Delphi, ne résolvant pas certains points de divergence, ces entretiens semblaient en effet plus utiles pour comprendre les raisons de ces différences et éventuellement les aplanir. Il s'agissait également de développer certains résultats, dont l'approfondissement n'était pas réalisable par l'échange écrit et demandait une interaction orale. Ils ont permis également de dégager un consensus sur certaines questions.

### 3.3 Description de la méthode Delphi

La méthode Delphi est née dans les années cinquante (*Rand Corporation*) et s'est développée durant les années soixante, en tant que procédure de prévision dans le domaine des technologies (Dalkey et Heler 1962, Linstone et Turoff 1979). Plus récemment, elle a vu son utilisation augmenter dans les recherches touchant aux domaines de la santé, du social ainsi que des sciences de l'éducation. A la différence des enquêtes sanitaires représentatives, qui permettent, par exemple, de cerner l'état de santé de manière numérique d'un groupe de population donné, cette technique est fondée sur le jugement et l'expérience d'experts dans le domaine.

*De manière générale*, l'originalité de cette méthode réside dans son processus de recherche comprenant plusieurs étapes empiriques. Elle amène ainsi les différentes personnes interviewées à se faire chacune une idée des interprétations ou des estimations réciproques et à réviser leur jugement en fonction de l'ensemble au cours des différentes étapes de l'étude. A partir de la confrontation qui en découle, plusieurs objectifs peuvent être visés : formuler des prédictions<sup>32</sup>; situer/contextualiser des situations de conflits politiques<sup>33</sup>; ou encore engendrer des processus de création d'un consensus amenant à une prise de décision (decision

<sup>32</sup> Comme, par exemple, dans le cas de l'étude de l'OFSP de Martin Gebhardt portant sur la surveillance du HIV/sida (Gebhardt 1998).

<sup>33</sup> Pour cette approche méthodologique, il existe une étude de référence de l'OFSP : Pagano et al. 1998.

Delphi) (Helmer 1994)<sup>34</sup>. La portée d'une telle procédure consiste à démontrer l'étendue des constats et, en cas d'avis divergents, à stimuler la formation d'un consensus (*decision Delphi*) ou à identifier systématiquement des points de vue différents ainsi que les conflits d'intérêts correspondants (*policy Delphi*). Dans les grandes lignes, il est donc possible, à travers ces objectifs, de distinguer *trois types d'enquête Delphi*.

- Une *Delphi conventionnelle* (originelle) visant la prédiction de processus à long terme, et permettant d'estimer les implications et le développement, par exemple, de nouvelles technologies.
- Une *policy-Delphi* dont le but consiste à mettre autant que possible en évidence les différentes positions des acteurs considérés ainsi que les termes du conflit concernant la résolution d'un problème ou d'une prise de décision.
- Enfin, une *decision-Delphi* qui cherche à faire ressortir une position consensuelle dans un processus de prise de décision parmi un groupe dont la composition des participants est hétérogène (par exemple dans un contexte problématique et complexe lorsque aucun accord n'est atteint et qu'il s'agit de décider de la résolution et de la priorité de certaines interventions).

Plus concrètement, la technique Delphi, en tant que processus structuré, à la fois de communication de groupe et de prise de décision, présente les caractéristiques principales suivantes :

- Des interviews par écrit d'un groupe relativement grand de participants à travers notamment des questionnaires individuels et standardisés comportant aussi des questions ouvertes.
- Les participants sont des experts ou des représentants du domaine investigué ou d'une partie spécifique de celui-ci (ou éventuellement pour certains types de Delphi (*marketing*), des clients, etc.). Ces même personnes doivent participer à plusieurs tours d'interview (au minimum deux).
- L'enquête Delphi se déroule (à la différence d'autres enquêtes) en plusieurs tours empiriques, évolutifs qui s'enrichissent chacun du tour précédent. Les résultats (pour chaque question) des tours précédents sont réinscrits de manière contrôlée<sup>35</sup> dans les questionnaires des tours suivants, et ce afin de permettre une reconsideration des réponses de la part du participant. Il existe plusieurs variantes concernant le nombre de tours (sur la base d'un questionnaire), mais généralement la technique demande au moins deux tours. Le premier questionnaire sert en général à obtenir les opinions des différents acteurs dans un large spectre. Le deuxième questionnaire doit permettre de catégoriser les différents points de vue. Il permet également de

<sup>34</sup> Voir également les réflexions méthodologiques de Jones et Hunter (Jones et Hunter 1995).

<sup>35</sup> C'est-à-dire, selon le classement (rang) donné aux réponses par le même répondant lors du tour précédent. Ceci permet au répondant de reconsiderer et de modifier son opinion en cours de route.

résumer les résultats du premier tour afin que les participants puissent juger et réviser leur position en fonction de l'ensemble.

- Enfin, les réponses gardent un caractère anonyme, notamment à l'égard des autres participants/es.

En outre, les éléments suivants doivent être pris en compte pour assurer la qualité des résultats : d'abord, le choix des participants ainsi que la conception et le développement des questionnaires représentent une étape cruciale.

Ensuite, le rôle du coordinateur de l'analyse Delphi est central. Il s'assure notamment que tous les participants s'expriment librement et, dans le même temps, empêche que des intérêts particuliers prennent le dessus dans le processus de prise de décision.

Enfin, la confrontation des résultats d'enquêtes avec ceux d'autres recherches traitant du même thème s'avère incontournable. Ceci est d'autant plus important dans le cas d'une enquête Delphi, que cette technique est basée sur des opinions, qui ont un caractère prospectif et de constats de situations.

*Les limites* majeures de la méthode sont les suivantes : le fait d'amener les participants à formuler un consensus entre eux occulte inévitablement les opinions extrêmes même si celles-ci peuvent être intéressantes. Un autre inconvénient de la méthode, qui découle du précédent, provient de l'importante standardisation des questionnaires, qui limite le nombre de questions ouvertes et de ce fait les propositions innovatrices. Enfin, citons encore le désavantage que comporte le processus Delphi de longue durée<sup>36</sup> qui représente ainsi un risque d'attrition durant le processus par étape. Ainsi, la méthode Delphi demande une importante disponibilité de la part des participants.

*L'approche adoptée dans le cadre de cette étude*, a été explicitement de type *Decision-Delphi*, car son but premier est d'établir un consensus. Toutefois, nous soulèverons aussi dans le présent document, les positions divergentes et les termes des oppositions relevées.

Le panel de participants pour cette étude a tenté d'être équilibré entre les différents milieux et groupes d'intérêts du champ « migration et santé ». Il est constitué de représentants de ce champ qui sont considérés dans cette étude comme des experts (les catégories de participants sont présentées dans la partie 3.5.1).

### **3.4 Description de la méthode des *focus groups***

*De manière générale*, les *focus groups* sont définis comme des groupes de discussions animés et modérés à partir d'un protocole qui vise à approfondir

<sup>36</sup> Généralement 45 à 70 jours. Pour cette étude, les données issues des deux premiers questionnaires ont été récoltées en 150 jours environ (de février à juin 2000). Les groupes focus ont eu lieu entre mi-août et début septembre 2000.

certaines problématiques. *Les focus groups peuvent être utilisés dans les situations suivantes* : comme pré-test à un questionnaire ; pour l'analyse de l'impact d'une campagne commerciale ; pour approfondir les résultats issus de questionnaires par la confrontation directe des opinions d'autres personnes. Le même *focus group* peut également être réuni plusieurs fois et se centrer sur des aspects spécifiques du thème discuté. D'ordinaire, *les participants* à ces discussions doivent constituer un groupe relativement homogène afin que la discussion puisse se focaliser au maximum sur la problématique choisie. La sélection des personnes s'avère capitale, comme pour les questionnaires Delphi, pour la bonne marche du groupe focus. Celles-ci doivent être normalement informées au préalable de leur mandat et des objectifs de la discussion afin qu'elles puissent se préparer à la séance. *La discussion* est le plus souvent modérée par un animateur qui s'oriente au moyen d'une « liste thématique ». Il doit viser de manière systématique à ce qu'il y ait confrontation entre les opinions et les argumentations des différents participants. Il s'assure également du partage de la prise de parole et de ce que chaque personne puisse s'exprimer librement. *Le matériel et le contenu de l'analyse* des *focus groups* peut se faire de différentes manières. La plupart du temps, les discussions sont enregistrées puis retranscrites et donnent lieu à une analyse de contenu. Pour certains types d'études, les séances sont filmées et un observateur externe au groupe les observe depuis une salle annexe. Dans ces cas, le procès-verbal de la séance décrit non seulement les discours, mais tient compte de plus des attitudes<sup>37</sup>.

### 3.5 Déroulement de la recherche

En tenant compte de notre problématique et des délais impartis, nous avons réalisé l'enquête en trois étapes (résumées dans le tableau 3). Ce processus est, à notre sens, adapté au développement d'une stratégie car il permet à la fois la consultation de « masse » par le biais d'un premier questionnaire, puis d'un second, ainsi qu'une consultation plus en profondeur de certains thèmes, fondée sur des *focus groups* lors de la troisième étape. L'ensemble des données de l'étude ont été recueillies entre janvier et septembre 2000.

#### 3.5.1 Première étape

La première étape empirique de l'étude a servi à construire le premier questionnaire sur la base duquel a reposé le questionnaire du deuxième tour. Le questionnaire de cette première étape est composé d'une majorité de questions fermées, mais il comporte également un grand nombre de questions ouvertes. Le questionnaire est composé de 46 questions (regroupant en tout 1059 items). Il traite des neuf domaines suivants :

- Appréciations générales dans le domaine de la migration

<sup>37</sup> Pour plus d'informations méthodologiques sur la technique des *Focus group* voir entre autres : (Powell & Single 1996 ; Morgan, Krueger & King (eds) 1997)

- Prévention et promotion de la santé
- Soins et traitement de troubles somatiques
- Domaine psychosocial
- Réhabilitation après une maladie ou un accident
- Formation dans le domaine de la migration et de la santé
- Recherche
- Organisation et compétences
- Financement
- Santé et intégration

Les questions relatives à ces neuf domaines portent sur les thèmes et les mesures d'intervention prioritaires à réaliser afin d'améliorer la santé des migrants en Suisse. Les participants sont invités à donner leur avis selon leur domaine de compétence, ils sont libres de choisir les sections qui relèvent de leurs intérêts.

Lors de cette première étape, le choix des participants à l'étude a été également effectué. Un nombre considérable et diversifié de représentants et de personnes-clé du champ « migration et santé » a été retenu pour constituer le panel.

Le choix des participants et leur nombre ont été fixé en fonction des critères suivants : d'abord l'expérience dans le domaine « migration et santé » constitue le premier critère de sélection des participants. Le panel est composé des personnes issues des différentes positions hiérarchiques, allant de la « base » aux décideurs. Le deuxième critère important pour la constitution du panel est l'engagement des participants à participer à toutes les étapes de l'étude<sup>38</sup>. Nous n'avions pas de quota strict prédefini par rapport à la représentation des différentes régions linguistiques de Suisse, toutefois les participants des grandes villes de Suisse et de Suisse alémanique ont été sélectionnés en plus grand nombre que les ceux de langue française et italienne. Enfin, les participants devaient appartenir aux cinq catégories majeures et 20 sous-catégories suivantes : (cf. l'annexe V pour les échantillons relatifs à chaque catégorie):

- a) **ONG ou organisation non-étatique:** a1) organisation de migrants (ex : centre pour femmes d'origine philippine, fédération des colonies libres italiennes, etc.) ; a2) organisation dans le domaine de la migration (ex : centre de contact Suisses-Immigrés, etc.) ; a3) œuvre d'entraide (ex : Croix-Rouge suisse et

<sup>38</sup> Au début de l'étude, le nombre d'étapes basées sur un questionnaire n'était pas déterminé. C'est en fonction des résultats des tours précédents que nous avons opté pour des entretiens de groupe à la place d'un troisième questionnaire. Avec le premier questionnaire, les experts recevaient une invitation à répondre. Cette lettre les priait de répondre et les prévenait que le processus d'une étude Delphi les engageait au-delà de cette première étape et qu'ils recevraient un deuxième document voir un troisième.

antennes cantonales, Caritas Suisse et antennes cantonales, Entraide protestante suisse).

- b) **Milieu médical et sanitaire** : b1) hôpitaux et médecins indépendants ; b2) communautés d'intérêt (ex : FMH) ; b3) Assurances-maladie.
- c) **Administrations et politiques** : c1) représentant d'offices fédéraux (OFSP, ODR, OFE, OFAS); c2) représentant des administrations cantonales (ex : service du médecin cantonal, service de l'action sociale, office cantonal des requérants d'asile) ; c3) représentant des administrations communales ; c4) commission des étrangers ; c5) partis politique ; c6) institutions religieuses (ex : centre social protestant, commission catholique suisse pour les migrants) ; c7) centres d'accueil aux requérants d'asile (ex : Association genevoise des centres d'accueil pour requérants à l'asile / AGECAS).
- d) **Promotion de la santé et prévention** : d1) promotion de la santé dans le domaine de la sexualité ; d2) promotion de la santé dans le domaine des dépendances ; d3) autres thèmes/domaines de promotion de la santé ; d4) promotion de la santé par des projets spécifiques « migration et santé » (ex : *Programme migration et santé* de l'OFSP; Appartenances ; *Therapiezentrums für Folteropfer* de la Croix-Rouge suisse).
- e) **Recherche dans le domaine « migration et santé »** : e1) recherche internationale (ex : OIM) ; e2) recherche nationale ; e3) recherche cantonale.

Dans ce premier tour de l'étude Delphi, 364 adresses (privées ou institutionnelles) ont été sélectionnées pour participer à l'étude et ont reçu le premier questionnaire : 263 en allemand, 84 en français et 17 en italien.

La récolte des données s'est effectuée durant la période comprise entre mi-février et mi-mars 2000. Les questionnaires retournés ont été au nombre de 144, ce qui correspond à un taux de retour de 40% (N=364). Seuls 136 d'entre eux ont été pris en compte pour la phase de saisie, les 8 derniers étant arrivés en dehors du délai fixé (fin mars). Ceux-ci, néanmoins, ont été pris en compte en vue de l'analyse globale. Parmi le total des questionnaires saisis, 102 sont en allemand, 30 en français et 4 en italien. Nous n'utilisons pas dans l'analyse la variation des taux de réponses selon la région linguistique. En outre, sur le total des questionnaires, 16 ont été remplis de manière anonyme.

Lors de l'analyse de la première étape, nous avons principalement fait référence aux catégories comprenant le plus grand nombre de participants, à savoir la catégorie des hôpitaux/médecins (soit, 23%, 31 des participants), des administrations cantonales (13%, 17), des œuvres d'entraide (11%, 15), des organisations dans le domaine de la migration (9%, 12) et la catégorie des représentants des administrations fédérales (8%, 11) des participants) (cf. tableau 2).

Le capital d'informations réuni lors du dépouillement des questionnaires de la première étape Delphi (136 questionnaires contenant 1059 items chacun, pour un

ensemble de 140000 informations saisies), a constitué la base à partir de laquelle nous avons conçu le questionnaire pour la deuxième étape de l'étude Delphi.

### 3.5.2 Deuxième étape

Les participants au deuxième tour ont été invités à apprécier les résultats obtenus lors du 1<sup>er</sup> tour et à reconstruire leurs propres réponses en fonction de la moyenne de chaque question. Il s'agissait aussi de recueillir leurs jugements pour les premières propositions de stratégies. Dans ce but, le 2<sup>ème</sup> questionnaire présentait un résumé des résultats généraux de chaque question et en même temps les réponses du participant. Les questionnaires sont donc nominaux et personnels pour chaque destinataire. Ils sont constitués quasi exclusivement de questions fermées.

L'échantillon de participants à cette 2<sup>ème</sup> étape du sondage Delphi est composé de 105 personnes sur 164 questionnaires envoyés. Aux 144 participants du premier tour, nous avons ajouté 20 questionnaires supplémentaires de la catégorie « organisations de migrants », afin d'augmenter cette catégorie de participants. Néanmoins, le taux de retour de ce groupe est resté faible. Sur le total des participants, 6 n'avaient pas participé à la première étape Delphi. 105 questionnaires ont été retournés ce qui correspond à un taux de retour de 64% (N=165). Seuls 102 questionnaires furent saisis et retenus dans la base de donnée, les autres étant arrivés au-delà du délai fixé. Parmi les questionnaires retournés, 88 étaient en allemand et 17 en français<sup>39</sup>.

Les catégories de participants retenues pour l'analyse du 2<sup>ème</sup> tour ont été choisies en fonction d'un taux plus élevé de réponses comme lors du 1<sup>er</sup> tour (cf. tableau 2). Les catégories sélectionnées ont été les mêmes que pour le premier tour : « hôpitaux/médecins » ; « œuvres d'entraide » ; « organisation dans le domaine de la migration » ; « administration fédérale » et « administration cantonale » ; « autres catégories »<sup>40</sup>.

<sup>39</sup> Les questionnaires n'avaient pas été traduits en italien pour le 2<sup>ème</sup> tour, le nombre de participants étant trop faible. Les participants italophones ont été néanmoins pris en considération lors du 2<sup>ème</sup> tour. En effet, après une brève enquête téléphonique ceux-ci ont accepté de répondre dans une des deux autres langues proposées.

<sup>40</sup> Pour le détail de ces catégories cf. l'annexe IV

Tableau 2 : 6 catégories les plus importantes lors de la 1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> étape

Catégories	1 <sup>er</sup> étape		2 <sup>ème</sup> étape	
	Effectif (Nbr. questionnaire) (N=136)	%	Effectif (Nbr. questionnaire) (N=102)	%
Hôpitaux/médecins	31	23	22	22
Œuvres d'entraide	15	11	15	15
Organisation dans le domaine de la migration	12	9	7	7
Administration fédérale	11	8	10	10
Administration cantonale	17	13	15	15
Autres catégories	50	37	33	32
Total	136	100	102	100.

### 3.5.3 Troisième étape: focus groups

Dans le cadre de notre enquête, *les domaines de la prévention, de la formation, de l'organisation, du financement et du mode d'action communautaire ont dû être rediscutés lors de focus groups*. Ils ont porté sur les thèmes et les mesures prioritaires, acteurs principaux, en rapport à ces différentes thématiques. En outre, la formation étant apparue comme la principale mesure à mettre en œuvre, il nous a semblé important que cette mesure soit approfondie. Six *focus groups* ont été ainsi réalisés, le domaine de l'action communautaire et celui de la formation ont été menés à deux reprises, une fois en français et une fois en allemand.

Les *focus groups* étaient composés de 10 personnes en moyenne. C'étaient des groupes relativement homogènes à deux niveaux : par rapport à la position hiérarchique occupée ce qui a permis aux participants d'échanger plus librement leurs opinions (par ex. *focus group* sur le domaine « organisation et financement ») ; pour certains *focus groups* dont le but n'était pas d'aplanir les désaccords mais de réfléchir sur la mise en œuvre des mesures avancées, nous avons cherché à rassembler des personnes possédant des intérêts et des caractéristiques relativement semblables, par rapport au thème traité (par ex. pour les *focus groups* sur le domaine « formation »).

Avant chaque *focus group*, nous avons envoyé aux participants un document qui résumait les résultats des deux premiers tours portant sur le thème du *focus group* prévu et qui les confrontaient à une stratégie potentielle. Dans le document, le mandat et les questions sur lesquelles porterait la discussion ainsi que le nom des autres participants étaient également précisés. Trois personnes ont géré l'organisation et le déroulement des *focus groups* : un modérateur qui jouait le rôle de l'animateur décrit ci-dessus et qui était chargé de stimuler la discussion entre les personnes présentes et de centrer la discussion sur le thème choisi ; un assistant du

modérateur chargé entre autres de présenter les éléments à discuter en début de session et un secrétaire s'occupant du procès-verbal. Les séances ont duré en moyenne 2 heures.

La discussion de chaque groupe a été enregistrée, les participants ont reçu par la suite le procès-verbal de la séance pour contrôler si dans les grandes lignes ils n'avaient pas oublié de mentionner une idée importante. L'analyse de ces procès-verbaux a permis d'éclaircir les positions litigieuses et de parvenir dans certains cas à un consensus sur le schéma d'une stratégie potentielle. Les consensus pouvaient être compris comme un accord visant à ne pas prendre de décisions sur un sujet ou à ne pas établir de priorités.

*Tableau 3 : récapitulatif des trois étapes empiriques réalisées*

Etapes	Méthodes	Nombre de participants	Buts
1 <sup>ère</sup>	Méthode Delphi Questionnaire standardisé (364 quest. envoyés )	136+8* (Taux de retour : 40%)	Parvenir à une échelle des priorités concernant les domaines et mesures proposées. Catégoriser les réponses issues des questions ouvertes et des commentaires.
2 <sup>ème</sup>	Méthode Delphi Questionnaire standardisé (164 quest. envoyés)	102+3* (Taux de retour : 64%)	Recenser les points d'accords et de désaccords
3 <sup>ème</sup>	Méthode groupes focus 6 discussions de groupe dont :  Action communautaire (2x) Futures actions et prévention Formation (2x) Organisation et finance	57  11 et 8 11 10 et 10 7	Parvenir à un consensus par rapport aux désaccords recensés.  Approfondir certains résultats issus des deux premières étapes

\* questionnaires non saisis

### 3.5.4 Groupes de suivi

L'équipe de recherche a bénéficié par ailleurs, durant la durée de l'enquête, de l'encadrement de *deux groupes de suivi* (voir annexe I) avec des fonctions différentes : un rôle stratégique ou méthodologique. L'accompagnement intensif du comité stratégique a été suggéré par les mandants de l'étude. Il fut composé de

représentants des institutions étatiques au niveau fédéral et cantonal. Quatre séances ont eu lieu lors desquelles la discussion s'est articulée sur les sujets suivants : choix du panel de participants, élaboration et contenu du premier questionnaire / résultats du premier questionnaire et élaboration du deuxième questionnaire / résultats du deuxième questionnaire et forme de la troisième étape de l'étude / présentation des résultats finaux.

Le deuxième comité a été organisé par l'équipe de recherche dans le but d'un appui méthodologique. Il fut composé d'experts scientifiques. Trois séances ont été organisées selon les mêmes étapes que pour le groupe de suivi stratégique. Par ailleurs, le groupe a été invité à écrire les résultats intermédiaires et finaux.

### 3.6 Remarques méthodologiques préliminaires aux résultats

*Les participants* n'étaient pas tenus de répondre à l'ensemble des questionnaires, mais seulement aux parties relevant de leur expertise. Ils ont donc procédé à une auto-sélection en fonction de leur compétence. Dans ce sens, les moyennes des réponses ou les réponses majoritaires reflètent des opinions d'experts. Précisons que pour l'analyse, nous avons accordé autant d'importance à la distribution des jugements (qui s'appuie sur les écarts-type) qu'aux opinions majoritaires. Ainsi, nous signalerons les divergences entre les catégories de participants (et à l'intérieur d'une même catégorie), même si le but visé par la présente démarche est le consensus issu de la majorité.

Soulignons que, malgré notre intention d'ouvrir la réflexion à tous les milieux concernés, les représentants d'organisations de migrants sont toutefois peu nombreux à avoir répondu aux deux premiers questionnaires. Afin de pallier cette absence, nous avons organisé deux groupes de discussion dans la troisième étape avec des personnes issues de ce type d'organisation.

*L'échelle des réponses* proposée dans les deux questionnaires comprend des valeurs entre 1 (« tout à fait d'accord ») et 6 (« pas du tout d'accord »). Pour un grand nombre de questions, les évaluations faites se situent au milieu de l'échelle (3 = « moyennement d'accord »). Afin d'obtenir des résultats plus contrastés et de mieux se rendre compte des oppositions relatives par rapport aux réponses données ainsi qu'entre les différents participants, les questions ayant obtenu des valeurs comprises entre 2 et 3 ont été rediscutées dans la troisième étape (à travers la technique des *focus groups*). En revanche, les résultats compris entre 1 et 2 ont été interprétés comme consensuels<sup>41</sup>.

*Les commentaires issus des questions ouvertes* des deux questionnaires n'ont pas été dépouillés, ni catégorisés systématiquement. Nous avons surtout sélectionné

<sup>41</sup> Sauf dans le cas où les participants présentent un désaccord entre eux (sur la base des écarts type).

les déclarations caractéristiques, qui devaient donner une vision d'ensemble. Elles sont avant tout destinées à indiquer une idée des raisons pour lesquelles certains participants ont approuvé ou désapprouvé une proposition. Nous avons retranscrit dans ce rapport des commentaires selon le ton original, lorsqu'ils étaient représentatifs d'une partie des participants ou parce qu'ils résumaient de manière exemplaire la problématique traitée. Pour les domaines n'ayant pas fait l'objet d'un *focus group*, l'analyse s'appuie donc principalement sur les valeurs statistiques. Toutefois, une re-consultation des données brutes a été opérée lors de l'analyse finale.

Dans le présent rapport nous tenterons de différencier les résultats qui relèvent d'une opinion majoritaire, ceux émanant d'un jugement minoritaire (d'experts) et enfin ceux issus d'un consensus politique pouvant s'écarte ou trancher entre les deux autres. Dans la plupart des cas abordés dans cette étude, nous verrons toutefois que ces trois types de résultats se confondent. Les qualités prospectives attribuées à la démarche utilisée sont, selon nous, moins relevantes que la possibilité de consensus entre les différents partenaires. Par ailleurs, de telles prédictions ne sauraient être complètes sans une étude de santé qui n'a pu être menée en raison du budget qui nous a été imparti.



## 4 Résultats

Dans cette partie, les résultats des étapes empiriques de l'étude sont analysés successivement montrant les apports de chacune d'elles. Nous commençons par traiter des principaux thèmes et mesures en vue d'interventions spécifiques pour les migrants. Puis, nous présentons une synthèse des domaines prioritaires. Ensuite, les modes d'action relatifs à la mise en œuvre des mesures d'intervention sont présentés, ainsi que les modes d'organisation et de financement des futures actions sanitaires spécifiques aux migrants. Enfin, les appréciations générales des participants sur les déterminants majeurs de la santé en fonction des types de migrants sont discutées.

Rappelons que les résultats traitant du domaine psychosocial, biomédical et de la réhabilitation reposent uniquement sur les deux premières étapes empiriques. Les données du domaine de la prévention, de la formation, de l'action communautaire, de l'organisation et du financement s'appuient quant à eux aussi sur des *focus groups*.

### 4.1 Thèmes et mesures prioritaires spécifiques aux migrants

#### 4.1.1 Domaine de l'information, de la prévention et de la promotion de la santé

Le fait que la santé (morbilité/mortalité) des migrants soit moins bonne en Suisse, comme dans différents pays d'accueil, que celle des autochtones, nous fait supposer entre autres, que les campagnes de prévention et d'information nationales ne réussissent pas à atteindre généralement autant les populations immigrées que les autochtones. Dans cette partie, les participants confirment cette hypothèse, car ils se prononcent en faveur d'information et de prévention différenciées et spécifiques pour les migrants et ce, de manière concordante entre les participants.

Il est cependant difficile d'aboutir à un accord entre les participants sur *les thèmes prioritaires dans le domaine de la prévention*. Les divergences s'articulent autour de deux dimensions de la migration pour lesquels les thèmes diffèrent : d'une part, celles concernant les *conséquences engendrées par la fuite* souvent précipitée du pays d'origine, que connaissent en priorité les requérants d'asile et les réfugiés. Dans ce cas, le moment de l'arrivée est crucial pour l'information et la prévention, car plus les mesures tardent à intervenir, plus les troubles augmentent. Il s'agirait pour ces personnes d'interventions thématiques ciblées sur leurs troubles

spécifiques liés aux traumatismes de guerre et de torture. La deuxième dimension de la migration autour de laquelle les thèmes d'information et de prévention diffèrent relève des *conditions sociales* dans le nouveau pays de résidence. Dans ce cas, les effets de la migration de travail sont signalés comme devant être pris en compte dans une stratégie d'information et de prévention. Il serait davantage question pour ces personnes de promouvoir une réflexion générale sur la santé.

Par ailleurs, *les modes de prévention et d'information varient en fonction des thèmes prioritaires, ceux-ci demandant des approches différentes*. En distinguant ces deux types d'information et de prévention, on parvient à un certain consensus entre les participants sur les thèmes prioritaires. Les participants s'accordent en effet sur le fait que *la prévention devrait être développée à deux niveaux liés dans une réflexion générale : d'une part, l'information générale par des campagnes; d'autre part, des offres concrètes de prévention ou de promotion de la santé, ciblées par rapport à des groupes spécifiques par un travail de médiation interculturelle*. Les *campagnes d'information ou de prévention* devraient se servir de différents médias pour faire passer leur message comme par exemple, des affiches, des brochures, la radio, etc. Elles devraient penser en premier lieu aux différences linguistiques et traduire ainsi les messages en plusieurs langues pour toucher les populations immigrées. De plus, elles devraient s'efforcer d'utiliser les médias appartenant aux communautés. En dehors des différences linguistiques, la diversité des cultures représente une autre barrière, dont il faudrait tenir compte, pour atteindre les populations immigrées par des messages d'information ou de prévention. Dans ce cas, la *médiation interculturelle* devrait être utilisée, en comptant sur les membres de la communauté pour transmettre, les informations sur les structures et les réalités du nouveau pays de résidence. Elle vise notamment à communiquer à cette population des informations sur le système de soins ainsi que des messages de prévention et de promotion de la santé. La médiation interculturelle, également appelée *community health work*, est un travail de proximité effectué par les *pairs* d'une communauté concernée ; la personne qui l'exerce s'appuie souvent sur des relais multiplicativeurs. Ce mode de prévention devrait être davantage utilisé, selon les participants, afin d'atteindre des personnes qui ne sont pas touchées par les campagnes d'information. Nous reviendrons sur la formation qu'implique l'utilisation de médiateurs interculturels (cf. partie 4.1.5).

*Sans distinguer les modalités d'information ou de prévention*, un faible consensus existe, entre les catégories de participants, au niveau des maladies infectieuses (VIH/sida) et des risques liés à la sexualité et à la conception<sup>42</sup> comme thèmes prioritaires (cf. tableau 4). Les *points de divergences les plus importants*, entre les deux modes de diffusion, dans la définition des thèmes prioritaires se sont centrés sur la *prévention des dépendances* (légales ou illégales). En effet, ce thème

<sup>42</sup> Nous avions séparé les questions de sexualité/conception, d'avec celles concernant la grossesse d'une part et l'accouchement/santé du nourrisson d'autre part. Or, ces distinctions sont pour l'heure trop fines dans la formulation de priorités générales. N'étant pas certains de plus qu'elles aient été comprises de la même manière par les participants, nous optons pour considérer ces aspects ensemble.

n'est pas considéré comme relevant pour des campagnes d'information, en revanche, il est apparu comme le thème prioritaire pour la prévention par des médiateurs. Cependant, ce thème a été jugé plus important lors du 2<sup>ème</sup> tour pour les campagnes d'information également. Dans ce sens, des actions de prévention et d'information sur ce thème spécifiques à certains groupes de migrants doivent continuer. La *prévention des accidents* et la *promotion de la sécurité au travail* représentent l'autre principale divergence. Elle a été mentionnée comme relativement importante (rang 3) pour des campagnes d'information et de prévention, alors que ce thème apparaît négligeable pour une prévention par des pairs (rang 8) (cf. tableau 4). Par ailleurs, les thèmes de promotion de la santé, tels que l'*alimentation* n'ont pas été relevés comme prioritaire pour les deux types de diffusion. En revanche, une attention particulière à l'*hygiène dentaire* devrait être opérée, même si la priorité de ce thème n'a pu être complètement clarifiée, ayant été contestée au 2<sup>ème</sup> tour. Mentionnons encore que les différentes catégories de participants s'accordent pour désigner les maladies cardio-vasculaires comme un domaine de faible importance et ne nécessitant pas de différence entre migrants et autochtones<sup>43</sup>.

*En résumé*, les thèmes des maladies infectieuses et de la sexualité/conception sont cités comme une priorité pour les deux modes de diffusions et devraient être traités de manière alternée par ceux-ci. La prévention par la médiation devrait s'occuper plus de la prévention des dépendances, des questions relatives à la grossesse, à l'accouchement et aux soins du nourrisson. Les campagnes devraient cependant davantage traiter de la sécurité au travail et des autres thèmes tels que l'*hygiène dentaire*, l'*alimentation* et d'autres thèmes de promotion de la santé.

Les thèmes n'ayant pas la même échelle de priorité entre les deux modes de diffusion, celui-ci devrait être pensé selon le thème et le public-cible pour être le plus efficace et pour être accepté par la population. On peut supposer que les thèmes de prévention et d'information ne nécessitent pas d'être traités par ces deux vecteurs (campagne et médiation) à la fois, mais de manière complémentaire en effectuant un choix.

<sup>43</sup> La prévalence de ce type de maladie étant perçue par les participants comme relativement similaire entre migrants et autochtones, des mesures compensatoires visant les migrants ne leur ont pas semblé prioritaires.

Tableau 4 : classement des thèmes prioritaires d'information, de prévention et de promotion de la santé par mode de diffusion (lors des 3 étapes de l'étude)

Thèmes	Campagnes		Travail de médiation		Sans distinguer les modes de diffusion  <i>Résultat 3 étapes ensemble<sup>44</sup> (par ordre d'importance)</i>
	1 <sup>er</sup> tour	2 <sup>ème</sup> tour	1 <sup>er</sup> tour	2 <sup>ème</sup> tour	
	Moyenne ; ordre de priorité des thèmes	Moyenne réponses adhérant à l'ordre du 1 <sup>er</sup> tour	Moyenne ; ordre de priorité des thèmes	Moyenne réponses adhérant à l'ordre du 1 <sup>er</sup> tour	
Maladies infectieuses et VIH/sida.	2,11 ; 1	2,48 <sup>45</sup>	2,28 ; 3	2,11 <sup>46</sup>	1. Maladies infectieuses et VIH / sida
Risques liés à la sexualité et à la conception. ;	2,25 ; 2		2,19 ; 2		2. Sexualité, conception / grossesse / accouchement, santé du nourrisson
Accidents/ sécurité sur les lieux de travail.	2,40 ; 3		2,86 ; 8		3. Accidents/ sécurité sur la place de travail
Hygiène dentaire/ prophylaxie des caries.	2,51 ; 4		2,65 ; 5/6		4. Abus de psychotropes (Dépendances)
Risques liés à la grossesse, à l'accouchement et au nourrisson.	2,57 ; 5		2,48 ; 4		5. Autres thèmes : hygiène dentaire, alimentation, autres thèmes de promotion de la santé.
Maladies gynécologiques.	2,61 ; 6		2,65 ; 5/6		
Abus de psychotropes (légaux ou illégaux)	2,66 ; 7		1,57 ; 1		
Alimentation, obésité.	2,70 ; 8		2,84 ; 7		
Maladies cardio-vasculaires.	3,39 ; 9		3,25 ; 9		

Echelle : 1=forte priorité et 6=faible priorité

44 Précisons que ce classement n'est pas le fruit du strict calcul de la moyenne des deux premiers tour, mais celui de l'interprétation issus des résultats du 2<sup>ème</sup> tour et des *focus group*.

45 Rappelons qu'au deuxième tour, les moyennes comprises entre 1 et 2 sont considérées comme consensuelles, en revanche les questions ayant des moyennes entre 2 et 4 devaient être revues lors de la 3<sup>ème</sup> étape empirique. On relève que ce classement a fait l'objet d'un léger désaccord au deuxième tour. Les principaux changements ont porté sur les questions de dépendances, jugées plus importantes, et sur l'hygiène dentaire estimée moins prioritaire que dans le classement résultant du 1<sup>er</sup> tour.

46 On remarque que le classement des thèmes prioritaires a été pratiquement accepté dans le même ordre au deuxième tour.

*Les groupes-cible* devant être visés en priorité dans des actions de prévention et d'information sont les suivants: les *requérants d'asile*, les *réfugiés* et les *travailleurs de l'industrie du sexe (sex workers)* sont davantage mentionnés pour ce qui concerne la prévention de maladies infectieuses (lors des deux premiers tours de l'enquête et durant le *focus group* sur le domaine de la prévention). Les *femmes de la « nouvelle migration »* pour les questions de sexualité, de conception et de grossesse. Les *jeunes* et les *enfants* pour les questions de drogues (les jeunes de la deuxième génération en lien surtout avec les drogues illégales, alors que le tabac et l'alcool sont mentionnés comme un problème plus général et par rapport à plusieurs groupes). Ce groupe est également cité pour la promotion de l'hygiène dentaire et de l'alimentation. La prévention des accidents de travail est citée pour *tous les migrants* et surtout pour ceux dont le séjour en Suisse est de longue durée. Soulignons que ce classement des groupes-cible prioritaires est seulement indicatif. En effet, les discussions des six *focus groups* spécifient que les groupes-cible devraient être sélectionnés selon les problèmes de santé prioritaires existant dans la population immigrée en Suisse, car aucun autre critère satisfaisant n'a été trouvé pour les définir.

*Les lieux* permettant d'atteindre aisément un grand nombre de personnes immigrées sont le lieu de travail (à définir selon les secteurs dans lesquels il existe une plus importante concentration de personnes immigrées). Les organisations de migrants sont les autres lieux mentionnés comme pouvant servir de vecteurs à l'information et à la prévention. Il est précisé lors du *focus group* sur ce domaine que les requérants d'asile peuvent être atteints plus facilement et à un moindre coût au moment de leur arrivée en Suisse. On propose dans ce sens de mieux utiliser les mesures sanitaires d'entrée pour accéder à ce groupe et par des actions de préventions.

Plusieurs commentaires soulignent que la Confédération pourrait jouer un rôle précurseur dans la formation en vue de telles initiatives et cela à travers des expériences et la promotion de cours spécifiques pour la formation (cf. partie 4.1.5 « formation »). Les participants insistent sur la nécessité d'assurer un transfert du savoir-faire et la durabilité des projets par les cantons ou des organisations privées lorsque la Confédération cesse de les financer. Il a été souligné dans cette étape du développement du champ « migration et santé » qu'il s'agit de professionnaliser les connaissances, compétences et pratiques déjà existantes dans ce domaine.

#### 4.1.2 Domaine psychosocial

Cette partie présente les opinions des experts concernant l'utilité de traitements spécifiques à la population migrante dans le domaine psychosocial et sur les thématiques que ce domaine devrait couvrir. Des soins particuliers aux migrants dans ce domaine sont surtout jugés nécessaires en raison des dommages engendrés par le motif de la migration. Les besoins d'une intervention thérapeutique

spécifique de type psychosocial sont appréhendés par rapport à un aspect particulier de la migration, à savoir les traumatismes de guerre et de torture. Les thèmes liés aux conditions sociales et de travail dans le pays d'accueil provoquent, selon les participants, des besoins qui augmentent avec la durée de séjour. Ils devraient être traités surtout par des approches d'information et de prévention plutôt que par des actions thérapeutiques de type psychosocial. La dépendance de l'alcool et des drogues illégales est également estimée comme un problème moins urgent en ce qui concerne des traitements spécifiques de type psychosociaux prenant en compte la perspective migratoire, comme le montre la liste ci-dessous.

*Les thèmes de santé prioritaires pour une intervention psychosociale spécifique sont les suivants*<sup>47</sup>:

1. *Les dépressions*: ce thème est rattaché à deux ensembles de questions. L'un concerne les réfugiés qui n'arrivent pas à gérer leur situation de déracinement et de souvenirs de guerre. L'autre considère avant tout la population étrangère résidante en Suisse depuis longtemps. Il y est question de problèmes identitaires liés au mythe du retour au pays d'origine et de ceux relatifs à un manque de reconnaissance (par ex. sociale et citoyenne) dans le pays d'accueil (la moyenne des réponses est de 1,76) ;
2. *Les troubles réactionnels et d'adaptation*: d'une façon générale, ce point concerne surtout les réfugiés et les victimes de torture qui doivent surmonter un traumatisme de guerre ou de torture vécu dans le pays d'origine (1,91) ;
3. *Les troubles fonctionnels et psychosomatiques*: cette catégorie fait également référence aux réfugiés et aux victimes de torture ou de guerre. Les traumatismes du pays d'origine et de la migration, l'insécurité et le manque de moyens d'intégration dans le pays d'accueil sont cités parmi les causes de tels troubles (1,99) ;
4. *Les abus d'alcool*: selon les participants, ce problème peut apparaître par manque d'intégration ou par isolation/solitude dans le pays d'accueil (les hommes seuls étant particulièrement exposés) (2,35) ;
5. *La toxicomanie*: les migrants de la deuxième génération représentent le groupe-cible davantage mentionné par rapport à ce type de troubles, de même que les requérants d'asile dont l'activité professionnelle est limitée (2,62).

Les autres thèmes (6 à 9) ne sont pas retenus comme prioritaires. Ils ne sont pas considérés comme liés au phénomène migratoire et sont donc vus comme pouvant être abordés dans le cadre des traitements assistés par des interprètes.

<sup>47</sup> Notons que pour déterminer les thèmes prioritaires du domaine psychosocial une auto-sélection s'est effectuée parmi les participants en fonction de leurs compétences. 70% des participants par rapport à l'ensemble se sont sentis capables de répondre aux questions proposées.

6. Les troubles névrotiques (2,92) ;
7. Les troubles de la personnalité en général (3,19) ;
8. Les troubles psychotiques (3,33) ;
9. Les schizophrénies (4,15).

Les *mesures d'intervention* proposées dans le domaine psychosocial afin de traiter les thèmes de santé prioritaires susmentionnés font essentiellement référence au développement de services d'interprétariat et à la médiation interculturelle. D'autres facteurs déterminants de la santé sont bien sûr cités (comme par exemple la répercussion des problèmes juridiques sur le plan psychique), mais l'amélioration des instances d'appui aux psychologues et psychiatres en Suisse par des interprètes et des médiateurs interculturels est, quant à elle, évoquée de manière systématique. Les solutions sont appréhendées dans une perspective interdisciplinaire des pratiques pouvant aborder les questions sanitaires d'une façon plus globale. Les commentaires soulignent également la nécessité d'un travail préventif et de proximité dans le domaine psychosocial. Enfin, *les barrières d'entrée sont signalées par les participants comme plus élevées pour les migrants dans ce domaine que dans celui biomédical. Dans ce sens, il est préconisé d'instaurer des services à bas seuil* (comme par ex. des renseignements téléphoniques, des conseillers auprès des organisations de la migration, des unités mobiles de soins communautaires, etc.).

Les *mesures d'intervention* dans le domaine psychosocial sont indiquées dans l'ordre de priorité suivant :

- *Le soutien des psychologues par des médiateurs et des interprètes interculturels* : il s'agirait de recruter ces personnes dans différentes ethnies et de les former, afin qu'elles participent aux consultations ou qu'elles aident dans le travail de prévention (85% des participants sont favorables à cette mesure)<sup>48</sup> ;
- *La formation du personnel soignant et la formation psychologique et psychiatrique* : pour cette mesure également, il existe un large consensus quant à la nécessité d'améliorer les diverses voies de formation du personnel soignant (formation de base et post-grade). Il est question de susciter un regard « ethnologique », mais aussi des connaissances linguistiques et des techniques d'implication de médiateurs interculturels et d'interprètes (82%) ;
- *Le recrutement ciblé et la motivation d'un personnel soignant de la deuxième génération* : cette mesure reçoit également le soutien de la majorité des participants. Ici encore, il s'agit d'implication de psychologues et de psychiatre issus de différents cercles culturels dans les centres de soins régionaux (72%) ;

<sup>48</sup> Nous indiquons seulement les pourcentages de réponses favorables aux mesures présentées.

- *La promotion de praticiens avec une offre psychologique et psychiatrique spécialisée* : cette mesure demeure cependant l'objet de controverses liées au risque de « ghettoïsation » qu'elle peut engendrer selon certains participants (56%).

A ce stade, nous relevons qu'un large consensus parmi les experts de ce domaine s'est dégagé tant sur les thèmes prioritaires que sur les mesures pouvant les résoudre. Les classements concernant ces résultats ne sont pas contestés au deuxième tour de l'étude<sup>49</sup> et il ne s'est pas avéré nécessaire de les rediscuter lors de *focus groups*. Nous retenons que les traitements dans le domaine psychosocial devraient concerter en priorité, les traumatismes de guerre et de torture et, s'intéresser d'abord, aux personnes issues d'une migration d'asile. Les besoins liés aux conditions sociales et de travail des migrants en Suisse se révèlent ainsi moins prioritaires. Les mesures d'intervention impliquent avant tout de résoudre les problèmes de communication lors des contacts entre soignants et soignés par le biais d'interprètes. Elles demandent aussi une formation concernant les troubles spécifiques liés au phénomène migratoire et aux traumatismes de guerre et de torture. Et, elles exigent l'apprentissage d'un savoir-faire de la part du personnel soignant, des interprètes et des médiateurs interculturels afin d'apprendre notamment à collaborer ensemble (la question de la formation sera traitée plus bas, partie 4.1.5).

Nous supposons que les mesures d'intervention sélectionnées en premier lieu, comme l'interprétariat et la médiation interculturelle, sont préférées par les participants, car elles peuvent être mises en œuvre rapidement. En revanche, il paraît plus difficile de trouver un personnel soignant immigré de la deuxième génération ayant les compétences linguistiques adéquates, et qui serait en outre intéressé à acquérir les compétences « transculturelles » pour ce type de travail. Une autre mesure qui n'est pas proposée, mais qui pourrait être imaginée est l'engagement de professionnels issus des communautés immigrées concernées. Ce type de mesure exigerait la reconnaissance de leurs diplômes ce qui semble assez problématique à réaliser dans l'immédiat en raison des opinions controversées sur cette question dans le champ politique et social.

Pour terminer, notons que *la difficulté pour les migrants d'accéder aux traitements psychosociaux, relevée par les participants de cette recherche, est confirmée par la littérature*. Des études récentes ont mis en évidence qu'il existe une sur-consultation dans le domaine somatique et une sous-consultation dans le domaine psychosocial de la part des migrants (cf. Wicker 1999 ; Hatz et al. 2000). En outre, une absence de prise en compte des troubles psycho-sociaux spécifiques des migrants lors de l'anamnèse, du diagnostic et de la thérapie est constatée par l'étude de Hatz et al. (2000). Nous savons aussi que les migrants peuvent éprouver certaines réticences à repenser à leurs souvenirs de guerre et préférer ne pas les traiter. Par ailleurs, les troubles liés aux traumatismes de guerre et de torture

<sup>49</sup> La moyenne des réponses adhérant au classement du premier tour est de 1,78 pour les thèmes et de 1,71 concernant les mesures.

peuvent prendre une longue période avant de se déclarer. Or, un traitement rapide accélère le recouvrement d'une bonne santé. Enfin, le statut légal précaire et la récente arrivée en Suisse rendent plus difficile l'accès aux soins (notamment de type psychosocial) et la connaissance du système de santé. Les données issues de la littérature nous amènent aussi à conclure que les barrières d'entrée sont plus nombreuses dans ce domaine que dans celui du biomédical. Ce que confirment les résultats de la présente étude, qui préconise d'instaurer des services à bas seuil afin de faciliter les consultations de type psychosocial. Ils recommandent de plus de fournir une information différenciée aux migrants et à leurs communautés sur les questions médicales de type psychosocial.

#### *4.1.3 Domaine de la réhabilitation après une maladie ou un accident*

Un nombre considérable de participants estiment nécessaire de faire des efforts particuliers dans le domaine de la réhabilitation des migrants après une maladie ou un accident<sup>50</sup>. Quatre groupes d'opinions concernant cette question se dégagent des commentaires. Les groupes-cible sont indiqués dans la mesure du possible entre parenthèses :

- Pour certains, des efforts particuliers en matière de réhabilitation sont nécessaires en raison des difficultés voire des discriminations liées à la situation de « précarité » (ou de risque) dans laquelle certains migrants se trouvent (requérants d'asile, première génération de migrants).
- Pour d'autres, les efforts de réinsertion existant actuellement ne sont pas spécifiques à des groupes-cible. Il s'agit donc de mettre en place une meilleure adaptation, voire une différenciation de l'offre en fonction des besoins particuliers de certains groupes (par ex. les réfugiés traumatisés).
- Par ailleurs, il faudrait augmenter les efforts de réhabilitation en raison des risques importants de chronicité des troubles chez les personnes vivant dans une situation précaire (par ex. les migrants et les personnes de couches sociales inférieures).
- Enfin, un autre groupe d'opinions juge que des efforts particuliers (ou spécifiques pour les migrants) ne sont pas nécessaires, car les mesures à prendre doivent aller dans le même sens que pour la population autochtone.

Au deuxième tour de l'enquête, l'importance de ce domaine n'est pas contestée. Selon la moyenne des réponses<sup>51</sup>, les participants sont d'avis qu'un effort spécifique envers les migrants devrait être réalisé en matière de réhabilitation après la maladie ou un accident. Ceci en raison des difficultés, voire des discriminations liées à la situation de « précarité » dans laquelle certains migrants se trouvent. Seuls les représentants des instances cantonales et de la catégorie des hôpitaux/médecins

<sup>50</sup> 34.8% des réponses pour la priorité 1, avec une moyenne des réponses de 2,42.

<sup>51</sup> Valeur de la moyenne adhérant au classement du premier tour est de 1,85.

adhèrent moins volontiers à un tel effort, et préconisent davantage des mesures générales confondant les migrants et la population autochtone. Enfin, la proposition pour une différenciation de l'offre en fonction de groupes spécifiques obtient des résultats un peu moins consensuels. Dans ce cas, les œuvres d'entraide et les représentants de l'administration fédérale sont plus favorables à des mesures spécifiques alors que les trois autres catégories, l'administration cantonale, en tête, puis les hôpitaux/médecins et les organisations dans le domaine de la migration le sont moins. Toutefois, si ces catégories sont plus mitigées, elles le sont pour des raisons différentes : les organisations dans le domaine de la migration craignent d'une part un risque de « ghettoïsation » en recommandant des mesures spécifiques par rapport à la réhabilitation des migrants. D'autre part, cette catégorie de participants craint que l'on s'intéresse seulement aux autochtones ou migrants dans les situations les plus précaires (par ex. les réfugiés) en occultant les autres (par ex. les anciens migrants de travail). En revanche, les représentants des instances cantonales optent pour une politique englobante, ne préconisant pas, idéalement, de mesures spécifiques pour les migrants et encore moins pour des groupes de migrants.

Les *mesures d'intervention* proposées en vue de la réhabilitation des migrants après une maladie ou un accident obtiennent aussi un large consensus parmi les participants au premier comme au deuxième tour<sup>52</sup>, avec toutefois les mêmes réticences.

*L'ordre des mesures prioritaires est le suivant :*

1. Assistance pour affronter les problèmes administratifs et financiers après la maladie. (moyenne 2,13) ;
2. Promotion du réseau relationnel des patients : dans ce cadre, les immigrés récents (requérants d'asile et réfugiés surtout) sont considérés comme un groupe-cible. (2,29) ;
3. Prise en compte de la famille, intervention dans les familles (2,41) ;
4. Contrôles réguliers par un travail de consultation des responsables des traitements (3,39).

Les recherches suisses et internationales sont relativement unanimes concernant les taux d'accidents professionnels et d'incapacités de travail nettement supérieurs parmi les étrangers. Par ailleurs, l'état et les comportements en matière de santé de certains migrants apparaissent comme plus défavorable d'après les Enquêtes suisses sur la santé de 1992/93 et de 1998. Si, pour pallier ces écarts de santé entre Suisses et étrangers, il s'agit de mettre en place, selon les participants de cette étude, une prévention différenciée (cf. *supra*), des mesures particulières en vue de la réhabilitation des personnes dans des situations précaires devraient également être opérées. Les groupes-cible dans ce cas ne seraient pas seulement la population issue d'une migration, mais aussi les personnes de couches sociales défavorisées, même

<sup>52</sup> Valeur de la moyenne adhérant au classement du premier tour est de 1,87.

si les immigrés récents et seuls en Suisse devraient être particulièrement visés. Nous retenons enfin que les mesures d'intervention spécifiques à ces groupes proposées dans le domaine de la réhabilitation sont des solutions d'urgence. Elles ont pour objectif premier une assistance administrative et financière plutôt qu'un soutien psychosocial. De plus, si ce domaine est apparu important en soi et que le classement des thèmes et des mesures n'a pas été contesté au deuxième tour de l'étude, en revanche il est jugé peu prioritaire un fois comparé aux autres domaines (cf partie 4.1.7).

#### *4.1.4 Domaine biomédical*

Dans cette partie, les participants se prononcent, comme pour les précédents domaines traités, sur l'importance de traitements spécifiques aux migrants dans le domaine biomédical et sur les thèmes que de tels soins devraient couvrir. La plupart des thèmes de santé somatique proposés se recoupent avec ceux traités dans le domaine de l'information et de la prévention. Les dépendances (liées ici au moment de l'adolescence), les risques associés à la sexualité, les accidents, et les maladies infectieuses (VIH/sida et tuberculose en tête) sont communs aux deux domaines. Les groupes-cible mentionnés sont surtout les réfugiés pour les risques relatifs aux accidents, aux maladies infectieuses et aux dépendances (dans ce cas les jeunes réfugiés) ; les adolescents de la 2<sup>ème</sup> génération par rapport aux thèmes des dépendances et des maladies infectieuses ; et les femmes pour les questions de sexualité. Par ailleurs, il est étonnant de constater que les primo-migrants issus d'une migration de travail n'apparaissent pas comme un groupe-cible prioritaire, même pour les questions d'accidents de travail. Ce groupe est seulement cité par rapport aux problèmes d'âge qui ne représentent d'ailleurs pas un thème prioritaire selon les participants.

La liste des *thèmes prioritaires* dans ce domaine et des groupes-cible respectifs ressort des réponses du panel dans l'ordre suivant :

1. *Les risques liés à l'adolescence*: sont rattachés aux dépendances (en général, tabac et alcool) ou aux drogues illégales ; ils sont associés également aux problèmes culturels et psychologiques résultants de difficultés identitaires et d'intégration. Une mention est faite sur les risques relatifs aux comportements sexuels. Les requérants d'asile et les jeunes (adolescents et enfants) descendants de migrants, sont cités de manière relativement similaire (moyenne des réponses de 2,17) ;
2. *Les risques associés à la sexualité* : le groupe des femmes est beaucoup plus souvent cité que celui des hommes (pour elles, les problèmes s'additionnent et sont donc souvent plus nombreux) (2,47) ;
3. *Les accidents* : les accidents seraient dus à une moindre conscience des risques, ainsi qu'à la nature et conditions de travail des migrants souvent plus exposés aux risques. Le groupe des requérants d'asile et celui des réfugiés apparaissent toutefois le plus souvent mentionnés ; les travailleurs clandestins ainsi que les adolescents et enfants (de migrants ou

d'autochtones) sans surveillance à la maison sont également nommés (2,49) ;

4. *Les maladies infectieuses* : le VIH et la tuberculose sont les maladies les plus souvent signalées. Peu de groupes ont été cités : les adolescents et les enfants<sup>53</sup>, les requérants d'asile et les migrants provenant des pays tropicaux (2,50) ;
5. *Les risques liés à l'accouchement* : les requérantes d'asile, les réfugiées et les adolescentes sont cités comme groupes-cible ayant un accès plus difficile aux informations et aux prestations sanitaires (2,58) ;

Les thèmes suivants (6 à 7) ne sont pas indiqués comme prioritaires et nécessitent des soins spécifiques pour les migrants dans le domaine biomédical :

6. *Les risques liés à l'âge* : si la valeur moyenne concernant ce thème est relativement basse, les réponses sont partagées selon les participants<sup>54</sup>. Le groupe des adolescents, des personnes de la 2<sup>ème</sup> génération et des requérants d'asile sont mentionnés concernant l'abus de la consommation de tabac, de drogues et les risques d'accidents. Les migrants de 1<sup>ère</sup> génération ou les anciens requérants d'asile sont cités par rapport aux problèmes d'ostéoporose et cardio-vasculaires (3,19) ;
7. *Les maladies « de la civilisation »* : le tabac, l'alimentation et le séjour dans le pays d'immigration de longue durée dans des conditions précaires (par ex. pour des raisons légales et sociales) sont les facteurs le plus souvent indiqués. Les requérants d'asile, les personnes de la 2<sup>ème</sup> génération et de manière générale, les enfants et les adolescents constituent les groupes signalés (3,47).

Les *mesures d'intervention* proposées dans le domaine biomédical en vue du traitements des thèmes sélectionnés plus haut consistent avant tout dans le soutien des professionnels de la santé par des médiateurs et des interprètes interculturels. Les participants s'accordent sur la nécessité de former le personnel de santé aux questions migratoires et d'utiliser des interprètes ainsi que des médiateurs interculturels lors de l'anamnèse, du traitement et de la prévention.

*Le classement des mesures prioritaires effectué par les participants est le suivant :*

1. L'assistance des médecins par des interprètes et des médiateurs interculturels (86%, (n=93) des participants sont favorables à cette mesure)<sup>55</sup> ;

<sup>53</sup> Cette opinion contredit les résultats actuels qui montrent une plus faible prévalence de la tuberculose et du VIH parmi les enfants.

<sup>54</sup> L'écart-type est de 1,62 avec une moyenne de 3,19 (échelle de 1 à 6).

<sup>55</sup> Nous indiquons seulement les pourcentages de réponses qui répondent par l'affirmative aux propositions de mesures.

2. La formation des médecins (82%, 84) ;
3. La formation du personnel soignant (78%, 81) ;
4. Le développement de services d'interprétariat (70%, 95) ;
5. Le recrutement ciblé et motivation du personnel soignant de la 2<sup>ème</sup> génération de différentes ethnies (67%, 70) ;
6. La promotion de cabinets médicaux spécialisés avec une offre ciblée (46%, 49).

Nous retenons de cette partie que le domaine biomédical est évalué comme un domaine peu prioritaire par rapport aux autres domaines notamment la prévention et les soins psychosociaux. Toutefois, on constate qu'il existe de manière générale un lien étroit entre le domaine biomédical et psychosocial, le premier pouvant être une conséquence de problèmes psychosociaux. Dans ce sens, les remarques concernant les traitements biomédicaux doivent être pensées de façon globale. Il s'agit de mettre en perspective ce domaine avec d'autres déterminants de la santé comme par exemple les permis de séjour précaires et les conditions sociales inférieures à celles de la population autochtone. Il est intéressant de noter que *ces opinions d'experts concordent avec les résultats de diverses études (cf partie 2.5 "caractéristiques de santé") qui ne recensent guère de maladies plus répandues dans toutes les catégories de migrants confondues par rapport à la population autochtone*. Si les participants estiment le domaine biomédical peu prioritaire en vue d'un traitement spécifique à la population migrante, les thèmes et mesures de ce domaine sont associées en revanche aux questions d'accès aux soins et de prévention adéquate qu'on retrouve dans d'autres domaines, comme la prévention et les troubles psychosociaux (cf parties 4.1.1 et 4.1.2).

Enfin, précisons que le classement des thèmes et des mesures relatifs au domaine biomédical obtient l'accord de la majorité des participants et n'a pas été contesté au deuxième tour de l'enquête<sup>56</sup>. Ce thème n'a pas été l'objet de divergences entre les catégories de participants, d'autant plus que la majorité des participants à cette partie appartiennent à la catégorie des médecins et des hôpitaux. Cependant, le nombre d'entre eux à s'être prononcés est faible. Beaucoup ont relevé le manque de données probantes pour pouvoir estimer des priorités de santé dans le domaine biomédical.

#### 4.1.5 Domaine de la formation

Pour l'ensemble des domaines abordés, les mesures consensuelles proposent l'utilisation d'interprètes et de médiateurs interculturels. Pour réaliser ces mesures, les participants sont de l'opinion unanime qu'il faut commencer par développer une formation pour les *interprètes* et les *médiateurs interculturels*. De plus, il existe un

<sup>56</sup> Moyenne des réponses au deuxième tour par rapport au classement des thèmes prioritaires est de 1,94 et 1,77 concernant les mesures.

consensus entre les participants pour que la formation vise aussi les *soignants*, comme de manière générale, *les professions en contact avec des personnes issues d'une migration*. Les explications relatives à ce consensus sont à chercher dans la nécessité de favoriser l'accès au système de santé pour les migrants. Dans cette conception, les besoins spécifiques de santé des migrants, comme des personnes de couches sociales défavorisées, relèvent avant tout des difficultés d'accès au système de prestations sanitaires et sociales. Dans ce contexte, la communication représente un élément clé. Concrètement, l'amélioration de la communication, notamment entre patients qui ne parlent pas (encore) la langue locale et soignants, permettrait à ces derniers de poser un meilleur diagnostic surtout durant l'anamnèse. Cela favoriserait également le sentiment de *compliance*<sup>57</sup> et servirait à un meilleur échange d'informations. Les conséquences évoquées durant cette étude qui justifieraient une telle mesure sont une meilleure qualité des soins et par conséquent une diminution des coûts, pour l'ensemble du système sanitaire, dus à des erreurs de diagnostic, des investigations inutiles, etc. Une meilleure communication faciliterait donc l'accès au système de prestation et améliorerait la qualité et l'efficacité des soins, mais surtout elle représenterait un des élément capital pour la prévention et la promotion de la santé.

La formation d'interprètes et de médiateurs interculturels revêt de plus l'avantage d'être une solution rapidement opérationnelle et peu contraignante, car elle ne remet pas en question le système en place (par ex. en ce qui concerne la reconnaissance des diplômes étrangers). Cette dernière proposition a été suggérée par certains participants pour limiter les problèmes de communication, de même que l'encouragement à employer des personnes d'origine étrangère, mais n'a pas fait l'objet d'un consensus. On peut en déduire que ce type de mesures (reconnaitre des diplômes étrangers, favoriser l'engagement de personnes étrangères) devra à l'avenir être promu de manière pragmatique, parallèlement à la formation et à l'utilisation d'interprètes et de médiateurs interculturels, mais, n'apparaît pas facilement réalisable dans l'immédiat en raison des divergences d'intérêts dans le domaine médical indépendant du champ « migration et santé ».

Les *focus groups* ont permis de mettre en évidence les catégories d'acteurs visés par une formation « migration et santé », les thèmes, le type de formation, les organisations sur lesquelles pourrait reposer une telle formation, et enfin les employeurs potentiels de ces personnes.

Les *interprètes*, *les médiateurs interculturels et de manière générale*, *les personnes en contact avec les étrangers* (les soignants mais aussi d'autres acteurs cf infra) devraient bénéficier d'une formation sur des thématiques spécifiques et communes dont quelques pistes seront présentées ici. Il s'agirait de fournir des connaissances de base qui pourraient ensuite faire l'objet d'une spécialisation. Les thèmes devraient se centrer sur la communication et les questions relatives à la migration. La structure de la formation devrait être pensée afin d'être accessible aux

<sup>57</sup> Le sentiment d'avoir été bien compris par la personne traitante.

migrants (reconnaissance de leurs diplômes), d'être décentralisée pour toucher un maximum de personnes et d'être flexible (module, en cours d'emploi).

*Les interprètes* : le but visé par la formation de cette catégorie d'acteurs serait de parvenir à une reconnaissance de la formation suivie et de cette activité en tant que profession. Il faudrait généraliser l'utilisation des interprètes. Dans ce sens, il s'agirait d'établir une formation fondée sur des standards de qualité reconnus au niveau national. Précisons que sous l'impulsion de l'OFSP, depuis 1996, l'association *Interpret'* réfléchit à cette question, et a reçu le mandat d'établir des standards de qualité pour cette formation ainsi que de coordonner les projets existants. Il faudrait par conséquent assurer une cohérence et une continuité à ce qui a déjà été mis sur pied.

- *Thèmes de la formation* : réflexion sur la migration ; système suisse (structure sanitaire, sociale, juridique et politique) ; communication/écoute dans différents contextes ; travail de groupe ; fonctions de l'interprète ; responsabilité et aspects éthiques ; notions et terminologie médicale. (liste non exhaustive).
- *Forme* : la formation devrait être flexible : un module de base devrait être créé. Il devrait offrir une formation initiale ou une spécialisation.

*Les médiateurs interculturels* : l'enjeu de cette formation résiderait dans l'incitation au recours à des médiateurs interculturels et dans la décentralisation de l'offre. Il faudrait clarifier leur rôle par rapport à celui des interprètes. Il s'agirait également de baser cette formation sur des standards de qualité reconnus sur le plan national.

- *Thèmes de la formation* : sur des thèmes et techniques de prévention et de promotion de la santé, sinon plusieurs thèmes ressembleraient à ceux évoqués pour les interprètes.
- *Forme* : la formation devrait être du même type que celle proposée pour les interprètes.

*Les professions en contact avec des migrants* : les soignants en premier lieu (médecins généralistes, médecins de famille, spécialistes, infirmières, sages-femmes, etc.) ; les travailleurs sociaux (assistants sociaux, éducateurs, etc.) ; les formateurs d'adultes, les enseignants ; les cadres et les employés d'administrations (du manager en passant par les personnes de l'accueil) ; les policiers ; les bénévoles suisses et étrangers. Il a été souligné qu'il fallait impliquer les décideurs dans la formation, sans quoi le processus risquait d'être bloqué. L'enjeu de cette formation serait de sensibiliser ces personnes à la question migratoire surtout lorsqu'il est question de troubles aussi spécifiques que les traumatismes de guerre et de torture. Il s'agirait également de les inciter à recourir à des interprètes ou à des médiateurs interculturels.

S'il nous semble actuellement illusoire de proposer une formation sur cette question à toute la population citée, nous retenons de ces opinions la volonté d'une prise en

compte de la situation des migrants de manière transversale, ou du moins non confinée à certains milieux.

- *Thème* : sensibilisation à la question de la migration et à la diversité culturelle ; connaissances de base sur la politique migratoire et la politique d'intégration ; communication et travail de groupe (si un interprète fait partie de l'entretien) ; thèmes spécifiques pour les soignants : anamnèse en prenant compte du contexte migratoire et social ; représentation du corps ; diagnostic précoce, etc.
- *Forme* : cette formation devrait être flexible et peu contraignante dans un premier temps. Les ONG (p. ex : les œuvres d'entraide, les églises) et les écoles d'études sociales et pédagogiques peuvent être des structures susceptibles d'offrir une telle formation. Idéalement, il s'agirait de repenser à plus long terme le cursus scolaire des soignants et d'intégrer cette problématique dans leur formation de base. Dans ce cas, les universités et hautes écoles devraient être mobilisées.

*Responsabilité financière et de la mise en œuvre* : confédération, institutions de formation, fondation 19, à plus long terme une participation des caisses maladie a été fortement suggérée par les participants aux discussions.

#### 4.1.6 Domaine de la recherche

Nous avons vu que la littérature concernant la santé des migrants, quoique relativement importante depuis peu, s'appuie sur des recherches dont le nombre et la portée restent très limités (cf partie 2.5). Dans ce cas, la définition des domaines et des thèmes, qui devraient être étudiés en priorité, apparaît comme une action capitale à entreprendre dans une politique sanitaire s'intéressant à la question des migrants. Si cette mesure ne résout pas directement l'écart de santé entre la population immigrée et autochtone, elle est indispensable à l'appréhension du domaine « migration et santé ». L'importance de la recherche n'est pas comparée dans cette étude aux autres domaines et mesures développés plus haut. Nous l'avons jugé d'emblée utile en raison du manque de données sur ce thème, signalé de manière récurrente dans les autres questions par les participants. La première étape de l'enquête sert toutefois à préciser les thèmes jugés prioritaires.

Les *thèmes prioritaires de recherche* peuvent être regroupés en 5 types principaux, définis de la manière suivante :

- *Les études et collectes de données sanitaires* : système de tri des cas et de choix des médecins.
- *Les problèmes d'interaction.*
- La nécessité d'une *recherche interdisciplinaire* : au niveau théorique (développement d'un concept interdisciplinaire) et pratique (« évaluation thérapeutique » interdisciplinaire, par ex. l'ethnomédecine).

- *L'analyse des coûts et de l'efficacité des mesures déjà en place* : analyse du travail d'interprétariat ; orientation des ressources ; adéquation de l'offre par rapport aux besoins.
- *Les études sur une vision dynamique de la migration et de la santé* : concept de la santé dans une optique dynamique dans le processus de la migration ; recherche biomédicale de la biographie pré-migratoire afin de développer des ressources de prévention.

Pour terminer, nous pensons souhaitable que les statistiques de routine concernant l'état de santé et leur niveau de mortalité incluent de manière systématique les migrants résidants. Dans une prochaine étape, il s'agirait aussi de mieux prendre en considération les liens entre la question sociale et le processus migratoire, ainsi que d'autres déterminants de santé spécifique au phénomène migratoire, afin de faciliter le développement de stratégies préventives efficaces.

#### *4.1.7 Synthèse : les domaines de santé prioritaires*

Les *domaines de santé prioritaires* se sont cristallisés dès le premier tour de l'étude surtout autour de deux domaines d'action (cf. tableau 5) : i) le développement de *services d'interprétariat et de médiation* ; ii) La *formation de personnel médical et paramédical*. Ces résultats ont été confirmés par la suite lors les deux autres étapes de l'étude. Comme le montrent d'ailleurs les parties précédentes, la formation et l'utilisation d'interprètes et de médiateurs sont des mesures approuvées de manière récurrente par les participants concernant l'ensemble des domaines de santé. Il est apparu que la plupart des répondants confondaient ces domaines en les citant ensemble. Il semble ainsi préférable de les envisager de pair, car ils se complètent. Ces domaines ont été jugés importants toute catégorie de participants confondue. Ils soulèvent donc peu de polémique parmi les participants et font donc l'objet d'un consensus de la majorité mais également des milieux concernés. Plusieurs études préconisent d'ailleurs l'utilisation d'interprètes et de médiateurs interculturels et leur professionnalisation. Pour une synthèse des questions relatives à l'interprétariat et à la médiation culturelle dans le système de soins voire l'étude de Weiss et Stuker (1998), ainsi que celle de Bischoff et al. (2000).

*L'information générale, la prévention et la promotion de la santé spécifiques aux migrants* constituent le deuxième domaine d'action prioritaire. Comme certains le déplorent, la santé est appréhendée en Suisse davantage dans une perspective de guérison et de soin, que dans une approche de prévention et de promotion de la santé. Cette conception de la santé est encore plus problématique selon les participants de cette étude pour les migrants. Ceux-ci échappent le plus souvent aux campagnes de prévention en raison notamment : du manque de maîtrise de la langue ; parce que les canaux d'information ne les touchent pas ; vivant de plus, pour une part d'entre eux dans des situations de précarité sur le plan économique, juridique et social, ils ne se soucient pas particulièrement de leur santé, pris par des besoins et des problèmes jugés par eux plus urgents. Les représentations de la santé

et de la maladie sont différentes de celles des autochtones, notamment pour ceux venant de pays où les notions de prévention et de promotion de la santé sont inexistantes ou moins valorisées.

Les *autres domaines prioritaires* ont concerné en priorité les offre spécifiques concernant les personnes issues d'une migration d'asile, traumatisés de guerre ou de torture. Il s'agit dans ce cas surtout d'intervention par rapport aux *troubles psychosociaux*.

*Tableau 5 : classement des domaines prioritaires lors des deux tours de l'étude Delphi*

<i>Domaines</i>	<i>Premier tour</i>	<i>Deuxième tour</i>
	Moyenne réponses	Moyenne réponses adhérant au classement du 1 <sup>er</sup> tour
Développement de service d'interprétariat et de médiation	2,20	2,21
Campagnes de prévention et de promotion de la santé spécifiques aux migrants.	2,41	Œuvre d'entraide 1,79 (14)
Formation de personnel médical et paramédical.	2,47	Organisation dans le domaine de la migration 2,17 (6)
Intervention en cas de troubles psychosociaux.	2,57	Administration cantonale 2,00 (14)
Conseils spécifiques sur l'offre de prestations, information socio-administrative.	2,58	Autres catégories 2,22 (32)
Aide à la réinsertion après la maladie ou un accident.	2,92	Hôpitaux/médecins 2,77 (22)
Intervention en cas de troubles psychosomatiques.	3,01	

Enfin, nous déduisons des parties précédentes que tous les domaines de santé prioritaires tendent vers un même objectif, à savoir l'*accessibilité* des migrants, à une meilleure qualité des soins, à l'information et à la prévention. C'est pourquoi nous plaçons ce domaine en tête des priorités d'intervention. La communication, la compréhension, la flexibilité des services, la pluralité de l'offre sont les éléments clé pour garantir un *accès « à bas seuil »*. Sur ce sujet, la publication de Zobel (2001) donne des conseils pour adapter des interventions à la présence de migrants,

qui rejoignent en grande partie, selon nous, ceux ressortis dans la présente étude. Les opinions émises ici s'inscrivant dans une intervention à bas seuil sont résumées dans le tableau 6 :

Tableau 6 : Critères pour un accès à bas seuil

Critères	
Objectif	Améliorer ouverture des interventions à la pluralité des communautés
Approches	Pragmatique en fonction des besoins et flexible
Mesure	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Communication assurée par l'utilisation d'interprètes formés</li> <li>• Informations écrites traduites mais limitées</li> <li>• Engagement de la communauté dans le personnel</li> <li>• Connaissance des besoins de la communauté</li> <li>• Assurer la confiance et la tolérance</li> </ul>
Accès	Accès libre, faible demande administrative, anonymat.
Organisation	Non bureaucratique et Flexible : heures d'ouverture adaptées, unité « mobile » sur les lieux de vie des communautés.
Coût pour l'individu	Gratuit ou faible coût

Les divergences entre les participants sont communes à tous les domaines de santé évoqués et se situent à deux niveaux :

D'une part, autour de deux dimensions de la migration pour lesquels les thèmes et domaines de santé prioritaires diffèrent, comme mentionné dans la section 4.1.1. Celle relative à la *fuite précipitée* et *forcée* touchant notamment les requérants d'asile et les réfugiés. Celle concernant les *conditions sociales* dans le nouveau pays de résidence qui se rapportent, entre autres, aux migrants venus chercher une activité professionnelle. Si ces deux dimensions (migration politique et migration économique) tendent aujourd'hui de plus en plus à se rencontrer<sup>58</sup>, ces deux types de migrations sont pour l'heure gérés par des fonds séparés et par une logique (sectorielle) qui leur est propre, engendrant des points de vue différents sur les priorités d'intervention. Il faut noter cependant que les participants travaillant dans le domaine de la migration économique dite traditionnelle, ont été moins nombreux dans la présente étude. Ainsi, des domaines tels que le vieillissement, la réhabilitation après la maladie ou un accident, touchant actuellement, à notre connaissance, d'abord les anciens migrants, sont apparus moins prioritaires.

D'autre part, on constate que les thèmes propres à la promotion de la santé ont été moins évoqués et apparaissent de manière négligeable par rapport à ceux de la prévention et de l'information. On peut interpréter ce constat par une appréhension de la santé des migrants surtout en cas de pathologie sévère et dans des situations d'urgence.

Enfin, les opinions concernant les mesures à entreprendre en priorité se sont traduites soit, par des positions en faveur de mesures spécifiques, soit par une

<sup>58</sup> La fermeture des frontières plus importante actuellement fait que certains migrants empruntent la filière de l'asile et se trouvent à cheval entre ces deux catégories de migration.

perspective universaliste. Ces deux orientations (antagonistes) sont approfondies dans la partie suivante.

## 4.2 Mode d'intervention : universaliste ou particulariste ?

Il s'agit ici de déterminer si les *autorités devraient davantage s'intéresser à l'avenir à la situation des migrants*. De manière générale, il est établi que les acteurs étatiques portent une responsabilité dans ce domaine qui deviendra toujours plus importante<sup>59</sup>. Cette option pour une plus forte participation de l'état doit être mise en relation avec la crainte générale d'une sous-estimation des préjudices psychosociaux liés à la migration. Certains participants relativisent la charge de l'état en précisant qu'il suffirait de renforcer l'intervention des acteurs étatiques auprès des groupes spécifiques qui ont de grands problèmes de santé. Des rares réserves sont indiquées également concernant le risque d'augmentation des traitements spécifiques aux migrants ou à l'accroissement de la responsabilité de l'état par rapport à une baisse des initiatives privées.

La définition de mesures d'intervention visant l'amélioration de la santé des migrants pose ensuite *la question du mode d'action* à adopter pour atteindre ce but. Du mode d'intervention découle l'ensemble de l'orientation stratégique et le genre de mesures à entreprendre.

Il existe d'importantes disparités entre les participants concernant le mode d'action à entreprendre. En effet, *un choix clair n'a pu être établi entre des mesures spécifiques distinguant les migrants des autochtones selon leurs problèmes de santé ou des mesures générales confondant les autochtones et les migrants*. Cette divergence entre une politique universaliste ou particulariste est un élément central et complexe de la politique sociale. Une polarité dans les réponses se dessine<sup>60</sup> : d'une part les réponses exprimant un piètre enthousiasme pour une résolution des problèmes de santé des migrants ne distinguant pas les autochtones des migrants, permettent aussi de reconnaître les partisans d'une politique clairement opposée à une stratégie universaliste. D'autre part, les personnes plus favorables à une non-distinction entre les migrants et les autochtones et qui donc s'approchent d'une politique universaliste.

Le dilemme, rencontré par rapport à cette question, peut être illustré par le commentaire suivant d'un participant : « ... in einem späteren Schritt dann schon, wenn gleicher Zugang zum Gesundheitssystem erreicht worden ist ». Ce qui signifie que l'égalité doit être possée d'abord en termes de mesures compensatoires pour qu'une politique universaliste soit par la suite valable. Les œuvres d'entraide

<sup>59</sup> A la question sur la nécessité éventuelle d'une attention particulière à l'avenir des problèmes de santé des migrants de la part des autorités, la moyenne obtenue est de 1,9, avec un faible écart-type de 1,16 entre les participants.

<sup>60</sup> Toutefois, ces opinions opposées sont visibles dans la distribution des réponses, la moyenne se situant très près de la valeur centrale (3,66).

ont rejeté le plus clairement l' « universalisme pur », suivies par les représentants des instances fédérales. Les organisations dans le domaine de la migration ont été partagées, tout comme les représentants des instances cantonales. Ces derniers ont aussi la plus forte proportion d'adhérents à une stratégie universaliste. Ainsi, nous pouvons faire l'hypothèse que plus un participant est proche et impliqué dans la question migratoire, plus il appuiera une politique particulariste et compensatoire. Au deuxième tour, les réponses ne permettent pas non plus de trancher entre une politique seulement particulariste et complètement universaliste, car celles-ci sont trop divergentes. En revanche le passage de l'une à l'autre convient à la majorité des participants.

*La place qu'il faudrait accorder aux approches communautaires a été ensuite étudiée.* Les approches communautaires sont définies ici comme des approches participatives, mobilisant les groupes ethniques et les associations de ces communautés dans la résolution de leurs problèmes de santé dans le système général de la santé. Les participants se sont prononcés en faveur d'une implication des migrants dans des mesures visant à l'amélioration de leur santé. Ce principe qui peut se résumer par la formule « faire avec et pour les migrants », rencontre un large accord de la part des participants. La participation des communautés dans le système de santé publique en vue d'une élimination des discriminations n'a été que rarement contestée au premier tour de l'enquête comme dans les suivants, et ceci aussi bien pour la conception que dans la mise en œuvre des mesures<sup>61</sup>. Mais cette proposition visant à une stratégie mixte d'aide, d'entraide et d'encouragement à l'effort personnel, ainsi que la facilitation de l'intégration, fait l'objet des mêmes réserves dans les trois étapes de l'étude.

En effet, un grand nombre de participants<sup>62</sup> ont relativisé leur approbation à une stratégie orientée vers des approches communautaires, en limitant celles-ci à quelques groupes (surtout à ceux ayant des connaissances lacunaires de la langue), à des situations médicales particulières (par exemple lors de problèmes psychosomatiques), ou encore à certains domaines de santé publique (comme la prévention) ; cependant, les refus marqués sont rares. Ils ont été motivés par la crainte que la promotion des approches communautaires s'oppose à une politique d'intégration et risque d'engendrer une politique « séparationniste » et discriminatoire. Selon ce type d'opinions, ces approches favoriseraient un partage ethnique du système de santé qui risquerait de créer une « ghettoïsation » des migrants dans le système de soins et de les stigmatiser. Enfin, quelques participants ont relevé qu'une stratégie de type communautaire apparaît difficilement réalisable sans aides extérieures à la communauté. Ils pensent qu'il serait exagéré de demander aux groupes de migrants existants de s'impliquer davantage dans la solution des problèmes de santé de leur communauté, alors que ceux-ci se trouvent dans des situations parfois précaires. On trouve un écho cette opinion dans la

<sup>61</sup> Cette question obtient une valeur moyenne de 2,68 avec un écart-type de 1,30.

<sup>62</sup> Nous présentons ici des tendances issues des commentaires libres des participants, et dont le contenu n'a pas été systématiquement comptabilisé.

littérature sur le thème qui signale les dérives possibles des approches communautaires. Celles-ci peuvent, en effet, être utilisée comme palliatif à une moindre implication de l'Etat (cf. Nettleton 1995).

Nous pouvons déduire de ce qui précède que la stratégie d'action dans le champ « migration et santé » de l'Office fédéral de la santé publique devrait viser une *action communautaire, pensée comme une démarche compensatoire et complémentaire à d'autres mesures, transitoire et visant l'intégration dans des structures pour l'ensemble de la population*. Transitoire ne signifie pas que ces mesures devraient disparaître, la migration étant un phénomène continu, de nouveaux arrivants nécessiteront ce type d'aide. Ces mesures sont donc temporaires pour le groupe visé, mais non en termes de temps et de structures. Si la structure générale parvient à une égalité des chances, la disparition de telles mesures pourra être envisagée.

*Les résultats des focus groups permettent de préciser la définition et les objectifs que devrait avoir une approche communautaire, et développer les contours de ce mode d'intervention : les types d'action, les domaines et les groupes qui devraient être traités par une telle approche.* Il ressort des discussions que les approches communautaires impliquent le plus souvent deux dimensions :

- La réalisation de mesures ciblées pour des groupes de population spécifiques, à partir de leur situation.
- La participation collective ou individuelle des communautés dans le système de santé et l'utilisation de leurs ressources.

*L'objectif général* des approches communautaires devrait être de toucher d'une part les populations difficiles à atteindre par les services institutionnels ; d'autre part de reconnaître aux communautés leur responsabilité et leur capacité de déterminer eux-mêmes des priorités pour la prise en charge de leurs problèmes de santé. Enfin, les approches communautaires représentent un moyen pour faire remonter les informations sur les besoins de la communauté jusqu'aux institutions.

*Les groupes-cible* : les réponses aux questionnaires des deux premiers tours indiquaient les requérants d'asile, les réfugiés, dont surtout les traumatisés de guerre, et les jeunes issus de la deuxième génération comme des groupes devant être prioritairement visés par une approche communautaire. Toutefois, ces résultats ne parvenaient pas à un consensus unanime parmi les participants. Les *focus groups* ont permis d'affiner ces résultats. Selon les participants aux discussions, *les groupes-cible concernés ne devraient pas être classés dans un ordre de priorités, mais il serait préférable de les définir en fonction des problèmes de santé prioritaires.* Les remarques suivantes illustrent les fondements de ce jugement :

La *communauté* est souvent pensée, à tort selon les experts, comme formant un groupe uni et solidaire. A leur avis, il existe d'importants clivages à l'intérieur non seulement d'une même *nationalité*, mais également d'une même *ethnie*. Ces divisions (par ex. politiques, religieuses, etc.) sont importées depuis le pays d'origine et reproduites dans le nouveau pays de résidence (comme c'est le cas par

ex. entre les Cingalais et les Tamouls srilankais ou entre les Turcs et les Kurdes). Si ces oppositions sont dans le cas des Tamouls et des Kurdes le plus souvent à la source de leur exil, cela ne signifie pas pour autant que ces ethnies constituent des blocs homogènes. Nous savons notamment que les Tamouls résidants en Suisse sont partagés en quatre organisations. Mais, les conditions et les motifs de ce fractionnement sont la plupart du temps ignorés lorsqu'on s'intéresse aux questions de santé de cette communauté ethnique. La population kurde en Suisse est très diversifiée pour des raisons politiques, mais aussi parce que ces personnes sont de nationalités et pays d'origine différents. Soulignons encore que des divisions existent également dans la migration dite traditionnelle. On connaît les différences qui existent notamment entre le sud et le nord de l'Italie et celles-ci se retrouvent également en Suisse. Il faut encore souligner que les migrants traditionnels n'ont été que rarement mentionnés comme un groupe prioritaire dans les deux premières étapes de la recherche. Il ressort des *focus groups* que cette moindre attention, qui leur est portée, pourrait résulter dans le faible nombre de personnes travaillant dans le domaine de la migration traditionnelle comparativement à celui de l'asile. Le fait que la santé constitue un enjeu qui varie selon le type de migration est un autre argument : pour les uns « être en bonne santé » correspond à un moyen de trouver du travail et donc d'immigrer, alors que pour les autres « une mauvaise santé » pourrait avoir une incidence sur la durée de leur séjour, en prolongeant éventuellement celui-ci.

En outre, les disparités liées au *genre* devraient être prises en compte, d'après les participants aux *focus groups*. Selon eux, les hommes et les femmes ne peuvent être atteints par les mêmes mesures de prévention et de promotion de la santé dans toutes les ethnies. Les situations varient en fonction du partage des rôles entre les genres concernant la sphère du travail et également le secteur du marché du travail occupé par chacun. En Suisse, les femmes de certaines origines sont plus nombreuses à travailler à la maison et ont donc peu de contacts à l'extérieur, ce qui soulève la question de la manière de les atteindre dans des actions de santé. Ces variations sont déterminées aussi par les possibilités structurelles (qui trouvera plus facilement du travail ?) et individuelles (qui maîtrise mieux la langue locale ? qui a les compétences requises ?). Elles peuvent encore être influencées par la durée du séjour en Suisse d'un groupe ethnique, qui peut modifier notamment les habitudes et les comportements. Pour finir, les thèmes prioritaires de santé changent en fonction du sexe des personnes, et implique aussi des mesures particulières.

*Les domaines d'intervention dans lesquels une approche communautaire s'impose en priorité* sont : la prévention concernant les maladies infectieuses, la sexualité, la grossesse, l'accouchement et la santé du nourrisson, la santé au travail, la prévention des dépendances, l'aide au traumatisés de guerre et victimes de torture, l'aide à la vie quotidienne notamment dans l'apprentissage du système sanitaire helvétique. Ces résultats concordent avec ceux de la partie 4.1.1, préconisant un travail d'information et de prévention par les pairs pour ces thèmes.

L'approche communautaire doit s'appuyer sur des *personnes-clé* ou des médiateurs interculturels<sup>63</sup> ayant suivi une formation spécifique, elle devrait dans ce sens se professionnaliser, comme l'exprime ce commentaire : « Nicht alle Migranten mit guten Deutschkenntnissen sind transkulturell kompetent ». La formation des médiateurs interculturels devrait donc comporter deux dimensions : premièrement une sensibilisation aux questions culturelles, deuxièmement un apprentissage de questions spécifiques de santé touchant leur communauté (par ex : santé psychosociale, prévention du VIH/sida, promotion de la santé au travail). Une formation est d'autant plus nécessaire lorsqu'il s'agit d'un thème aussi délicat et particulier à une catégorie de migrants, que, par exemple, les traumatismes de guerre ou de torture.

La *confiance* a été signalée comme jouant un rôle essentiel dans la transmission d'informations sanitaires. Et ceci est d'autant plus vrai, dans une approche communautaire qui fonctionnerait de manière informelle, par des contacts de proximité et par des communications orales. Dans ce sens, la confiance est souvent plus liée à une personne plutôt qu'à une organisation. Le transfert de l'information a été critiqué, lors des discussions, comme étant souvent inadapté à la situation des migrants, comme de manière générale à celle des personnes de couches sociales inférieures.

L'*information* écrite et impersonnelle sur la base de brochures s'avère à elle seule infructueuse. Dans un premier temps, l'interaction entre les personnes est primordiale, celle-ci doit permettre de gagner la confiance de l'*« autre »*. Une fois ce processus d'échange réalisé, une brochure explicative peut être remise, mais uniquement en tant qu'aide-mémoire. L'information devrait donc forcément passer par un processus social qui peut se dérouler de manière bilatérale ou en situation de groupe. En matière de prévention, il ne s'agit pas d'effectuer un pur transfert de savoir d'un émetteur à un récepteur n'ayant pas de connaissances de ce domaine. Si dans ce cas l'information est donnée, son contenu n'incitera pas le destinataire à modifier sur le long terme son comportement. Cette tâche revient avant tout à la communication orale qui implique justement de créer une relation de confiance basée sur l'écoute et une attitude ouverte, disposée en vue d'un changement durable.

*Il faudrait, de plus, tenir compte dans le développement de structure des différents contextes entre les campagnes et les villes. La future stratégie dans le champ « migration et santé » devrait décentraliser les offres.* Les *focus groups* ont mis en évidence le manque de structures favorisant, dans le milieu rural, les contacts entre les migrants et permettant ainsi qu'ils se constituent en groupes s'ils le désirent. Il existe également une insuffisance de supports sociaux et médicaux, pouvant appuyer une démarche communautaire dans les régions rurales expliquée notamment par un faible nombre de migrants par rapport aux villes. Les rares structures dans les périphéries pouvant servir d'appui à une approche

<sup>63</sup> Ceci est valable pour tous les types de *community health workers* : multiplicateurs, promoteurs de santé, etc.

communautaire se trouvent dans les régions industrielles. Ce déficit est particulièrement problématique pour les femmes qui ont encore moins de possibilités de contact que les hommes lorsque les seules structures existantes sont liées à la sphère du travail. Celles-ci se voient attribuer dans certains cas la charge des soins dans la famille, alors qu'elles disposent de connaissances limitées dans ce domaine et d'un réseau restreint de personnes auprès qui se renseigner.

*Les lieux propices* au développement des approches communautaires qui ont été mentionnés sont : l'école, la place de travail, les « centres interculturels ». Les remarques précédentes soulignent que la présence, le degré d'organisation collective, la possibilité d'atteindre des groupes-cible varient en fonction des ethnies (et à l'intérieur d'une même ethnie) et de la région. Une minorité de personnes est susceptible d'être touchée par le biais de leur groupe ethnique, car celui-ci est fractionné ou encore simplement parce que cette communauté ne s'est pas constituée en groupe. Puisque les communautés ne forment pas de groupes unis et circonscrits, une approche ouverte à plusieurs cultures constituerait une solution flexible en lieu et place de l'approche communautaire. Elle éviterait de tomber dans une perspective ségrégationniste car elle serait basée sur un principe universaliste et intégratif accessible à toutes les cultures, autochtones y compris. Par ailleurs, cette approche permet une plus grande visibilité, car elle aurait une présence physique plus importante en raison de la plus grande affluence de personnes. Par ailleurs, elle comporterait l'avantage d'assurer une durabilité des savoir-faire et de garantir une professionnalisation des activités. Enfin, elle serait moins dérangeante d'un point de vue politique qu'une approche communautaire comportant les dérives susmentionnées.

## 4.3 Modes d'organisation et de financement

### 4.3.1 Responsabilités organisationnelles

Dans cette partie, il s'agit de juger des options actuelles de la Confédération et de déterminer quels autres acteurs étatiques ou non étatiques devraient à l'avenir s'engager dans le domaine « migration et santé ».

#### 4.3.1.1 Rôle de la Confédération

La liste suivante retient parmi les activités actuelles de la Confédération, les options qui seraient les plus importantes à poursuivre même si les résultats à cet égard ne parviennent pas à définir une option incontournable et indiscutable. La Confédération dans son intervention spécifique aux migrants, devrait continuer à s'investir dans les domaines suivants (dans l'ordre d'importance) :

1. La prévention en matière de drogues et de VIH / sida: formation de multiplicateurs et de médiateurs (moyenne de 2,03) ;

2. La prévention en matière de drogues et de VIH / sida : production de matériel (2,53) ;
3. Les contrôles sanitaires à l'accueil (2,68).

Concernant *la manière dont la Confédération devrait à l'avenir agir* dans ce domaine, il ressort des réponses qu'elle devrait poursuivre son rôle de coordination, qui peut se construire sur un réseau d'organisations étatiques et privées. Coordonner signifie dans ce sens promouvoir des innovations et donner une direction aux différents acteurs. Les différences d'appréciation entre les quatre propositions d'action pour la Confédération sont claires. Ainsi, on constate dans l'ordre d'acceptation (moyennes entre parenthèses) :

1. « La Confédération possède toute la compétence dans ce domaine et favorise la mise en œuvre par des organes publics » (2,57) ;
2. « La Confédération doit avant tout encourager des activités existantes, mais aussi favoriser régulièrement de nouvelles activités selon ses options stratégiques ; toutefois elle ne participe pas elle-même à la mise en œuvre » (2,95) ;
3. « La Confédération doit avant tout promouvoir une décentralisation de ses activités » (3,37) ;
4. « La Confédération doit encourager les initiatives privées des associations, sans intervention dirigiste » (3,65).

#### 4.3.1.2 Engagement des acteurs étatiques

En partant des acteurs actifs actuellement dans le champ « migration et santé », la question est de savoir quel devrait être leurs engagements respectifs à l'avenir. Les résultats signalent dans l'ensemble que tous les acteurs mentionnés devraient davantage s'engager. Les réponses des experts indiquent que l'OFSP a et devra continuer d'avoir un rôle de coordination dans ce domaine. La moindre implication attribuée par les experts aux offices fédéraux qui sont quotidiennement confrontés à des questions de migration (cf position de l'ODR et de l'OFE, rang 11 et 12) a été revue et estimée plus importante lors des deux étapes qui ont suivi<sup>64</sup>. De même, la Confédération ainsi que les moyennes et grandes villes, sont citées comme des acteurs devant jouer un rôle plus influent. En d'autres termes, la présente étude montre que si l'OFSP reste l'acteur principal avec la Confédération dans son ensemble, il ne doit pas être le seul acteur à s'engager dans ce domaine, et doit pouvoir compter sur le soutien des autres offices.

En considérant les moyennes des réponses au premier tour, les attentes les plus fortes en terme d'engagement reposent sur (par ordre d'importance) :

1. L'Office fédéral de la santé publique (1,83) ;

<sup>64</sup> Au deuxième tour, la moyenne des réponses ayant adhéré au classement du premier tour est de 2,49.

2. La Confédération dans son ensemble (2,11) ;
3. Les cantons (2,23) ;
4. Les hôpitaux (2,25) ;
5. Les universités (2,25) ;
6. Les moyennes et grandes villes (2,25) ;
7. La Direction du développement de la coopération (2,30) ;
8. L'Office fédéral des assurances sociales (2,34) ;
9. La SUVA (anciennement CNA) (2,36) ;
10. La Coopération des communes (2,37) ;
11. L'Office fédéral des réfugiés (2,45) ;
12. L'Office fédéral des étrangers (2,74) ;
13. Les communes petites et moyennes (2,84).

#### 4.3.1.3 Mesures organisationnelles

Les mesures organisationnelles à entreprendre sont mentionnées par ordre d'importance de la manière suivante (les moyennes sont indiquées entre parenthèses) :

1. Les centres de compétence interculturels (médiation, consultation, orientation) (1,87) ;
2. Les organisations d'entraide des migrants (2,01) ;
3. Les services régionaux dans le domaine de la migration et de la santé avec diverses activités (2,02) ;
4. Les centres de thérapie pour les victimes de torture et les traumatisés de la guerre (2,16) ;
5. Le *Primary nursing* ; soins primaires ou équivalents (2,39) ;
6. L'encouragement au traitement dans les pays d'origine (2,77) ;
7. Les lieux d'admission spécialisés dans les cliniques (2,91) ;
8. Les centres médicaux spécialisés<sup>65</sup> (2,91).

Les participants se sont accordés durant l'étude sur le besoin d'un concept global en ce qui concerne la santé, coordonné par la Confédération, plutôt qu'à travers des thèmes restreints. Dans ce sens, le partenariat et la cohésion entre tous

<sup>65</sup> Soulignons que la création de centres spécialisés obtient, comme dans les autres parties, le plus haut pourcentage de désapprobation.

les acteurs touchés par la migration devraient être promus, selon les participants, aussi bien au niveau fédéral que cantonal. Concrètement cela signifie qu'il faudrait que la *Confédération donne l'impulsion et joue ensuite un rôle de coordination*, mais que d'autres instances devraient également s'engager. La charge de la réalisation des mesures devrait être ainsi, d'abord endossée par les acteurs étatiques, mais dans un réseau de partenaires des organisations sanitaires et dans la mesure du possible des organisations dans le domaine de la migration. Il s'agirait également de davantage régionaliser les offres.

Par ailleurs, il conviendrait que la Confédération mentionne clairement sa stratégie et il s'agirait donc d'*améliorer la coordination par une plus grande transparence et une meilleure information*. Si la Confédération ne peut soutenir des institutions à long terme, elle devrait préparer les autres partenaires à leurs rôles notamment à leurs implications financières et les avertir du moment où le soutien fédéral diminuera ou cessera, afin qu'ils ne soient pas pris au dépourvu. Il a été plusieurs fois souligné que la Confédération devrait veiller à ne pas perdre le savoir-faire construit et qu'un *transfert des connaissances et des compétences* devrait être mieux prévu et pensé. Les pertes des projets amorcés et ensuite arrêtés fautes de moyens devraient être évitées.

La collaboration de l'OFSP avec l'ODR, l'OFE et la CFE, qui a donné lieu à cette étude, sera poursuivie et étendue à d'autres acteurs pendant la mise en œuvre de la stratégie. Les participants sont d'avis que les différents acteurs devront collaborer étroitement à l'avenir, vu *la dimension interinstitutionnelle du domaine « migration et santé »*. En effet, aucune des mesures proposées ne peut être décidée et appliquée efficacement par un seul des acteurs mentionnés. Cette collaboration devrait s'opérer non seulement au niveau de l'organisation et de la mise en œuvre, mais également à celui des questions financières comme le montre la partie suivante.

#### 4.3.2 Responsabilités financières

Jusqu'ici, quatre niveaux de financement existent dans le domaine « migration et santé » :

- L'Office fédéral des réfugiés assume principalement la couverture de base aux termes de la loi sur l'assurance-maladie pour les requérants d'asile et les personnes admises à titre provisoire.
- L'Office fédéral de la santé publique investit une part de son budget destiné à des mesures de prévention (crédit de prévention) dans des projets dans le domaine des migrations (près de 1,4 million de francs en 2000).
- S'ajoutent à cela des dépenses variables dans le cadre des contrôles sanitaires aux frontières et, pour la première fois en 2000, une subvention à la Croix-Rouge suisse pour la mise en place d'un service spécialisé dans le domaine « migration et santé » (formation et travail sur le terrain).

- Des montants pour l'intégration des réfugiés reconnus sont également prévus pour la loi sur l'asile. Ces montants bénéficient en partie à des projets dans le domaine de la santé.

Il ressort de l'étude que les acteurs actuels dans ce domaine continueront de financer la mise en œuvre de la présente stratégie.

#### 4.3.2.1 Responsabilité des acteurs étatiques

Il apparaît encore une fois que, de manière générale, la Confédération et l'OFSP devraient avoir un rôle prépondérant à jouer au niveau du financement de mesures. Il est intéressant de remarquer que si l'OFSP est mentionné en tête, l'ODR et l'OFE sont aussi choisis comme des acteurs devant avoir un rôle financier prépondérant dans le champ « migration et santé », alors que ces deux offices sont moins sollicités pour leur rôle organisationnel dans ce domaine (cf. partie organisation). Le classement ci-dessous a été accepté au deuxième tour avec une moyenne de 1,95.

Outre ces acteurs de l'Etat, les commentaires des participants et les discussions lors du *focus group* relèvent que les cantons, les œuvres d'entraide, la Fondation 19 (cf. loi sur l'assurance-maladie) ainsi que d'autres associations travaillant dans le domaine de la population immigrée devraient s'engager financièrement, même si ces acteurs ne figurent pas dans la liste suivante des réponses concernant les responsabilités financières des acteurs étatiques (par ordre d'importance, les moyennes entre parenthèses) :

1. La Confédération dans son ensemble (1,84) ;
2. L'Office fédéral de la santé publique (1,85) ;
3. L'Office fédéral des réfugiés (2,10) ;
4. L'Office fédéral des étrangers (2,21) ;
5. L'Office fédéral des assurances sociales (2,24) ;
6. Les cantons (2,37) ;
7. L'Office fédéral des affaires étrangères (2,40) ;
8. La SUVA (anciennement CNA) (2,42) ;
9. Les universités (2,70) ;
10. Les hôpitaux (2,77) ;
11. Les grandes villes (2,83) ;
12. Les moyennes et petites communes (3,15).

#### 4.3.2.2 Responsabilité des acteurs non-étatiques

Les participants sont d'avis que l'Etat doit encore tenir le rôle central dans le champ « migration et santé », par rapport aux acteurs privés. On ne s'attend donc

pas à ce que des acteurs non étatiques (et surtout pas des organisations de migrants) s'engagent davantage au niveau financier. Néanmoins, les participants ont estimé que les caisses maladie devraient endosser davantage de responsabilités dans ce domaine. L'engagement des acteurs privés se présente selon l'ordre d'importance suivant (moyenne entre parenthèses) et a été accepté au deuxième tour de l'étude<sup>66</sup> :

1. Les caisses maladie (2,42) ;
2. L'association du domaine de la santé (2,92) ;
3. Les œuvres d'entraide (3,15) ;
4. Les organisations de migrants (3,60).

En outre, la Confédération devrait soutenir trois catégories d'organisations, qui ont un regard assez similaire sur le rôle de l'Etat : d'un côté, les cantons et les villes devraient être soutenus financièrement par la Confédération, afin de pouvoir mener à bien leurs mesures. D'un autre côté, il faudrait soutenir les associations qui se sont spécialisées dans le domaine de la médiation interculturelle et de l'interprétariat. Enfin, les organisations de migrants sont indiquées, car elles doivent selon les participants être aussi incitées, moyennant un financement, à finaliser des projets de santé au sein de leurs communautés.

#### 4.3.2.3 Problèmes spécifiques de financement

Plusieurs participants estiment que les caisses maladie devraient à l'avenir financer les prestations des interprètes interculturels, en tant que partie intégrante aux soins. Des situations particulières devraient aussi être couvertes financièrement : il faudrait avant tout que le soutien psychologique soit mieux assuré (notamment pour les traumatisés de guerre) ; les problèmes des migrants illégaux qui vivent en Suisse sans aucune protection sont également évoqués. Il s'agirait de développer à leur intention des permanences ouvertes et faciles d'accès pour les problèmes de santé ; en outre, et de manière plus précise, la situation des enfants et des femmes est relevée. Les personnes qui se trouvent en situation précaire devraient jouir d'un accès illimité aux prestations médicales.

Environ 60% des participants se sont prononcés sur les *domaines où il serait possible de réaliser des économies et ceux où des investissements seraient nécessaires*. Nous constatons ici les mêmes tendances générales que pour les domaines prioritaires de santé, à savoir : il faudrait davantage investir dans la formation, alors que des mesures dans le domaine biomédical apparaissent moins prioritaires et que des économies pourraient être réalisées dans celui-ci. Les domaines d'économie possible sont les suivants (par ordre des possibilités majeures d'économie) :

1. Le domaine biomédical (64%) ;
2. La recherche (40%) ;

<sup>66</sup> Moyenne des réponses ayant adhéré au classement du premier tour est de 2,00.

3. La réhabilitation (37%) ;
4. Les prestations sociales (21%) ;
5. Le domaine psychosocial (21%) ;
6. La prévention (18%) ;
7. La formation (15%).

Ce classement n'a pas obtenu un accord de la moyenne des participants au deuxième tour (moyenne de 2,28). Dans les commentaires sur ces questions de financement, quelques participants ont réagi avec indignation en estimant que bien que les coûts allaient certes irrémédiablement augmenter, il faudrait cependant se rendre à l'évidence qu'actuellement nous n'avons qu'une « offre de prestation embryonnaire ». Ceux qui ont été confrontés de plus près à des mesures d'économie sont malgré tout, pour une partie respectable d'entre eux, arrivés à énoncer des propositions qui peuvent être regroupées en quatre catégories :

En premier lieu, les mesures par rapport à l'information des migrants sont également citées. Une meilleure information pourrait entraîner des économies ou, comme l'écrit un participant : « quand on sait quoi, où, comment et pourquoi, il est plus facile de se choisir d'emblée la bonne solution ».

En deuxième position, nous trouvons les mesures qui renforcent les possibilités d'intégration en Suisse et qui, ce faisant, diminuent les charges liées aux problèmes dans leur ensemble. Dans ce contexte, l'abolition de l'interdiction de travail faite aux requérants d'asile est mentionnée, tout comme la promotion de l'intégration d'une façon générale.

Troisièmement, on peut citer une série de mesures qui concernent surtout le système de santé dans son ensemble et moins les questions liées à la migration. Ils font référence aux coûts élevés de la médecine, à la mauvaise formation des médecins en termes de considération d'ordre économique de leur part ou encore à la disproportion entre les coûts de la prévention et ceux des soins curatifs dans le système de santé sous l'hypothèse que davantage de prévention mènerait à une baisse des dépenses.

Enfin, certains suggèrent l'introduction de centres de santé, avec un personnel spécialisé, qui seraient gérés de façon comparable aux HMO.

Seules les deux premières propositions sont acceptées au deuxième tour. Toutefois, les représentants des hôpitaux/médecins et des administrations cantonales s'opposent également à ces mesures comme aux deux autres.

Pour terminer, précisons que les réponses allant dans le sens d'une limitation des prestations envers les requérants d'asile ont été marginales. Si des mesures d'économie ont été recommandées par rapport à ce groupe, c'est surtout par une amélioration des connaissances sanitaires des requérants d'asile qu'elles aboutiront.

#### 4.4 Estimation des déterminants majeurs de la santé des migrants : statut légal, culture ou couche sociale ?

A la suite de ces résultats sur les priorités d'interventions spécifiques au niveau préventif et curatif pour les migrants, il nous semble primordial de mettre en perspective ces données et la question des déterminants majeurs de santé des migrants.

*Le statut légal* : la question de l'influence du statut légal sur des problèmes spécifiques de santé des migrants obtient le plus important consensus par rapport aux autres déterminants de la santé, comme le montre la valeur moyenne et la distribution des réponses<sup>67</sup>. Il existe peu de différence d'opinion entre les catégories de participants. Toutefois, une des fréquentes raisons remettant en cause l'impact de ce facteur est qu'il concerne selon les participants un relativement petit groupe de personnes (les requérants d'asile, les traumatisés de guerre ou des groupes très spécifiques comme les personnes issues de l'industrie de la prostitution). Il est intéressant de noter par ailleurs que lorsque les approbations sont plus faibles, celles-ci sont reportées sur un autre facteur qui aurait un plus grand impact sur la santé (par exemple la couche sociale).

*Les mesures sociales ou légales pouvant améliorer la situation des migrants*, et les principaux changements suggérés pour améliorer la situation des migrants par rapport au contexte d'accueil dans le nouveau pays de résidence, sont les suivants (par ordre de priorité) :

- Simplifier et accélérer les démarches concernant les procédures d'admission et les statuts de séjour : par ex. accroître la rapidité dans la décision en matière de procédure d'asile ; faciliter les naturalisations ; autoriser une plus grande mobilité intercantionale des migrants.
- Faciliter l'accès au marché du travail, obtention de permis de travail ; notamment pour les requérants d'asile ; améliorer les conditions salariales des travailleurs immigrés ; reconnaître les diplômes étrangers.
- Favoriser les regroupements familiaux.
- Augmenter les mesures en faveur d'une politique d'intégration, dans l'idée que l'intégration permet une meilleure santé et ainsi une réduction des coûts.

*La culture* : nous observons une adhésion relativement faible<sup>68</sup> des participants par rapport à la détermination culturelle des problèmes de santé des migrants. Toutefois, l'importance de la culture n'est pas vraiment remise en question, mais plutôt relativisée par rapport à un ensemble d'autres facteurs influents. Cet attribut semble en effet problématique pour beaucoup, ainsi plusieurs participants ont craint en approuvant cette assertion de cautionner une déclaration discriminatoire (l'idée

<sup>67</sup> Moyenne de 2,48 avec un écart-type de 1,29

<sup>68</sup> Moyenne de 3,72.

étant que « les autres cultures n'ont pas moins de valeur que la nôtre »). De plus, beaucoup de participants ont eu des difficultés à saisir le terme de « culture » malgré sa large utilisation dans le milieu des sciences sociales (plusieurs réponses ont été par exemple négatives et complétées par l'affirmation que le problème n'est pas culturel mais un problème de langue, etc.). Par ailleurs, certains ont fortement distingué la maladie et ses causes de la représentation sociale de celle-ci. Selon ces personnes, le facteur « culture » n'interviendrait qu'au seul niveau des représentations. Pour finir, une grande partie des participants a distingué l'influence de ce facteur en fonction des groupes de migrants. Pour ces personnes la culture aurait un impact sur la santé, mais uniquement pour certains groupes.

*La couche sociale* : la question de la corrélation entre la couche sociale et les problèmes de santé obtient des résultats variant selon les participants<sup>69</sup>. La plus forte approbation émane des représentants fédéraux, alors que la plus faible provient des organisations engagées dans le domaine de la migration. Différentes conséquences de la couche sociale sur la santé des migrants ont été mises en avant :

- Les conditions de travail (notamment liées à l'industrie de la prostitution) ont été décrites comme une conséquence de la couche sociale.
- La perte de statut social et civique par la migration (par exemple par la non reconnaissance des diplômes ou par l'accès au chômage) a été jugée tributaire de la couche sociale.
- Les facteurs sociaux ont été très souvent traités en relation avec les problèmes de langue et de communication des migrants dans la société d'accueil.
- Enfin, il ressort clairement des réponses que l'origine sociale inférieure a des conséquences entre autres sur les comportements de santé des migrants.

*La deuxième étape du processus Delphi permet de définir lequel de ces facteurs sociaux (statut légal ; couche sociale inférieure ; condition de travail ; problème de langue et de communication) <sup>70</sup> a selon les participants une plus forte influence sur les problèmes de santé.* Il s'agit donc de s'interroger sur l'influence estimée des facteurs les uns par rapport aux autres.

La question de l'interdépendance entre ces différents facteurs et des problèmes de santé ne mène pas à un accord complet pour toutes les catégories de participants.

<sup>69</sup> En effet, si les réponses équivalent à une moyenne de 3,12, l'écart-type entre les participants est de 1,4.

<sup>70</sup> Le statut légal, la culture et la couche sociale ont été précisés au deuxième tour. Les conditions de travail ont été ajoutées comme un facteur potentiel, car elles sont liées en partie au statut légal. De plus, nous avons interrogé les participants sur l'influence des facteurs tels que la langue et la communication. Ceux-ci regroupent des dimensions relevant à la fois de la migration, de la couche sociale et de la culture. Nous n'avons plus au deuxième tour questionné les experts sur l'impact de la culture, car celui-ci n'avait pas été jugé important par la majorité d'entre-eux lors de la première étape.

Par ailleurs, des divergences existent entre celles-ci. Les organisations dans le domaine de la migration considèrent que la perte du statut et les limites d'accès aux mêmes droits que les autochtones constituent les déterminants les plus importants. Pour les instances fédérales, l'influence de la couche sociale est plus importante. Cependant, il semble que ce désaccord provienne du fait que les migrants auxquels les participants se réfèrent n'ont pas été différenciés. En effet, les différents participants s'accordent sur les facteurs déterminant la santé, lorsque des groupes-cible sont précisés par rapport aux différents facteurs.

Ainsi, les *facteurs déterminants pour tous les groupes-cible, excepté pour les requérants d'asile et les femmes issues de nouvelles migrations, sont, selon la majorité des participants, d'abord la couche sociale. Pour les requérants d'asile et ces femmes, les participants sont d'avis que le statut juridique influe, en revanche, davantage sur la santé que la couche sociale ou la culture* (cf. tableau 4).

*Tableau 7 : Facteurs déterminant des problèmes de santé selon les groupes*

(requérants d'asile ; 1<sup>ère</sup> génération de migrants ; personnes de la 2<sup>ème</sup> génération ; femmes issues des nouvelles migrations ; femmes issues d'anciennes migrations)

	Requérants d'asile	1 <sup>ère</sup> génération	2 <sup>ème</sup> génération	Femmes « nouvelle migration »	Femmes « ancienne migration »
Facteurs :	Moyenne (n)*	Moyenne (n)*	Moyenne (n)*	Moyenne (n)*	Moyenne (n)*
Culture	2,15 (84)	2,25 (79)	2,18 (77)	2,09 (77)	2,05 (74)
Couche sociale	2,18 (84)	1,67 (79)	1,47 (77)	1,92 (76)	1,57 (74)
Statut juridique	1,48 (85)	2,03 (80)	2,47 (76)	1,74 (76)	2,37 (73)

\* Moyenne des réponses (Nbr. de participants toutes catégories )

*En résumé*, le lien entre la santé et la migration n'est pas seulement une problématique de santé, mais relève du contexte d'accueil dans le nouveau pays de résidence. Cette affirmation semble aujourd'hui banale, car ce lien a été mis en évidence par la littérature. Pourtant les mesures actuelles prenant ce lien en considération sont encore rares. Nous pouvons faire ainsi l'hypothèse que des mesures qui ne viseraient pas directement des problèmes de santé pourraient être aussi efficaces, voire même davantage.

Ces résultats permettent aussi de relever que la résolution des facteurs déterminant la santé ne peut être laissée seulement aux acteurs dans le domaine de la santé. La question a aussi des implications politiques comme par exemple le développement d'une stratégie d'interventions pour un symptôme somatique particulier.

## 5 Résumé et conclusions

Quatre axes d'intervention ressortent clairement de l'étude : 1) l'ouverture de l'accès au système sanitaire et social ; 2) la promotion de l'utilisation d'interprètes et de médiateurs interculturels et leur formation ; 3) l'information / prévention / promotion de la santé différenciée ; 4) l'offre thérapeutique spécifique pour les traumatismes de guerre ainsi que pour les questions de réhabilitation après une maladie ou un accident. Après avoir résumés ces axes, nous examinerons ensuite les données apparues de manière transversale et récurrente à l'ensemble des domaines et des mesures prioritaires. Enfin, nous discutons les limites de cette étude et les perspectives qu'elle ouvre.

### 5.1 Axes d'intervention prioritaires

#### 5.1.1 *Ouverture de l'accès au système sanitaire et social*

*L'accès au système sanitaire et social représente le point fort autour duquel les autres axes s'articulent.* On constate que toutes les actions prioritaires proposées ont pour but une amélioration et une ouverture de l'accès au système sanitaire en général, ou à l'information en matière de santé (prévention et promotion de la santé), ou encore à la compréhension mutuelle, par exemple entre soignant et patient. Dans ce cas, favoriser l'accès au système sanitaire et social signifie *ouverture des services, pluralité de l'offre en fonction du profil de la population résidante, responsabilisation de la population.*

Par cette meilleure accessibilité, une diminution des écarts de santé est visée mais aussi une baisse des coûts de la santé. Les mesures à mettre en place doivent encourager la communication, la flexibilité et diminuer la bureaucratisation des services. Concrètement, il s'agit de promouvoir une formation visant à sensibiliser des personnes travaillant avec les migrants et à proposer une offre d'interprètes et de médiateurs interculturels professionnels ; des informations par les pairs ou de manière ciblée sur les thèmes désignés comme prioritaires ; des services à bas seuil dont une offre spéciale de services pour les traumatisés de guerre.

#### 5.1.2 *Service et formation d'interprètes et de médiateurs interculturels*

La formation se dégage très nettement comme un axe prioritaire. Elle comporte deux objectifs : premièrement, elle devrait encourager les *offres de service d'interprétariat et de médiation interculturelle*. Dans ce cas, la formation vise à

professionnaliser et à promouvoir, ces deux types d'activités, afin que les professionnels (surtout les soignants), en contact avec des migrants fassent régulièrement appel à des interprètes et à des médiateurs interculturels. La formation est utile à la fois sur le plan curatif et par rapport à la prévention :

- L'utilisation d'interprètes doit permettre d'améliorer la communication et la compréhension entre le migrant/patient ou le client et son interlocuteur (soignant, assistant social, etc.).
- Des médiateurs interculturels doivent être employés afin d'atteindre les populations qui échappent aux campagnes d'information ou de prévention pour l'ensemble de la population résidante en Suisse.

Deuxièmement, la formation devrait *sensibiliser* des personnes en contact, lors de leur activité professionnelle, avec des migrants à tenir compte des spécificités et des besoins de ceux-ci.

*La forme et les thèmes de cette formation* pourraient varier et seraient adaptés aux professions concernées. Une formation de base et spécialisée pour les interprètes et les médiateurs culturels. Une formation spécialisée ou continue pour les soignants et autres personnes en contact avec des migrants dans le cadre de l'activité professionnelle.

Encourager la formation est une mesure qui a convenu à la majorité des participants, et son importance n'a pas été remise en question lors des trois étapes. Il est vrai que la sensibilisation par la formation et l'utilisation d'interprètes et de médiateurs culturels constituent une solution pratique : elle est opérationnelle, avec des résultats rapides, relativement économique et peu « dérangeante », car elle ne remet pas en question la logique de la structure actuelle, mais propose une profession supplémentaire. Toutefois, l'utilisation, par exemple, d'un interprète change la relation de face-à-face notamment celle « patient-soignant ». Elle demande dans ce sens un certain apprentissage. Enfin, la formation est apparue comme une condition indispensable à la réussite des autres axes prioritaires. Elle est d'ailleurs mentionnée dans toutes les autres mesures que ce soit en vue de l'amélioration de l'accès au système sanitaire, de la thérapie, des soins ou de la prévention. Si la sensibilisation et l'offre de services d'interprètes et de médiateurs par la formation est un moyen pour diminuer les écarts de santé entre migrants et autochtones, celui-ci n'est pas suffisant et devrait être accompagné notamment de la mise en place de structures accessibles et des mesures suivantes.

### *5.1.3 Information, prévention et promotion de la santé*

*L'information, la prévention et la promotion de la santé* spécifiques aux populations immigrées paraissent indispensables, selon les participants, pour réduire les écarts de santé entre autochtones et migrants. Les besoins ont été en priorité pressentis par les experts pour les thèmes suivants :

- Les maladies infectieuses ;

- La sexualité, la conception, la grossesse, l'accouchement, la santé du nourrisson ;
- La sécurité sur la place de travail ;
- Les dépendances ;
- L'information et l'accès au système sanitaire ;
- Autres thèmes : l'hygiène dentaire, l'alimentation.

*Deux moyens ont été proposés*, l'un de type préventif, l'autre de type informatif. Une partie de la prévention pourrait s'effectuer *par les pairs*. Le but des est d'utiliser, par le biais de « community workers », les ressources de la population concernée et de lui reconnaître le droit de résoudre une partie de ses besoins par elle-même. Il s'agit de former des médiateurs interculturels en vue de ce travail. L'approche par les pairs permettrait de favoriser la communication orale, et l'engagement des migrants envers leur santé, d'utiliser les ressources communautaires, de faire du travail de proximité en allant à la rencontre des communautés et d'identifier les besoins ressentis. Les *campagnes d'information ciblées* représentent l'autre moyen par lequel la prévention peut s'opérer. Dans ce cas, il faudrait proposer des campagnes traduites dans la majorité des langues présentes en Suisse. Il s'agit de sensibiliser les auteurs de ces campagnes à la prise en compte de la diversité de la population.

Les thèmes prioritaires d'information, de prévention et de promotion traités varient selon le moyen choisi. Le but général de ces actions soit par les pairs, soit par des informations ciblées, est de parvenir à toucher les personnes que l'on a de la peine à atteindre par les campagnes d'information et de prévention générales. La finalité est de parvenir à donner les mêmes chances d'accès à l'information à toute la population résidante en Suisse. La population cible doit être pensée selon la thématique.

#### *5.1.4 Offres thérapeutiques spécifiques*

Un domaine a surtout été relevé en vue de thérapies spécifiques en cas de *troubles psychosociaux*. Cet axe implique la réalisation de services à bas seuil, pouvant recevoir les personnes souffrant de traumatismes de guerre ou de torture. Il faudrait par ailleurs un personnel qualifié pour ce genre de thérapie. Ce domaine est le seul à se focaliser sur un groupe de migrants. Enfin, il est difficile d'étendre le savoir-faire acquis dans ce domaine à l'ensemble de la population. Malgré cela, il est apparu indispensable de mettre en place des mesures spécifiques pour ce groupe de migrants.

## **5.2 Résultats transversaux**

En dehors des axes prioritaires qui ont été définis, des résultats transversaux à ces priorités de santé se dégagent.

### 5.2.1 *Approche particulariste*

En premier lieu, les participants à cette étude, se sont accordés sur la nécessité de réaliser des offres spécifiques pour les migrants. Celles-ci doivent avoir un but compensatoire en vue de parvenir à une égalité d'accès à l'information, à la prévention et aux traitements. Cela signifie une compréhension et une amélioration de la communication entre les migrants et les services qui leur sont proposés. Toutefois il a été souligné que ces mesures devaient être utilisées de manière transitoire, le but étant que les personnes ciblées par des mesures spécifiques le soient ensuite par des mesures visant l'ensemble de la population résidante. Transitoire ne signifie pas que ces mesures devraient disparaître, la migration étant un phénomène continu, de nouveaux arrivants nécessiteront ce type d'aide. Ces mesures sont donc temporaires pour le groupe visé, mais non en termes de temps et de structures. Si la structure générale parvient à une égalité des chances, la disparition de telles mesures pourra être envisagée.

Il faut aussi avoir en tête qu'une communauté ne constitue pas un groupe homogène et qu'on peut la définir de plusieurs manières selon par exemple la nationalité, la religion. Des antagonismes entre les ethnies, des différences entre les hommes et les femmes, entre les régions de Suisse (par rapport à l'offre déjà existante et aux structures sur lesquelles s'appuyer), devront aussi être pris en compte. Dans ce sens, les offres spécifiques ne devraient pas viser une communauté, mais partir des problèmes de santé pour y intégrer les groupes ayant de tels besoins.

### 5.2.2 *Groupes-cible*

Cette étude avait également pour objectif de définir les *groupes-cible* devant prioritairement être visés par les mesures préconisées. Les définitions de statuts légaux, de temps passé en Suisse, de nationalités, d'ethnies représentent des réalités variées qui ne permettent pas de définir des groupes homogènes. Pour obtenir un groupe comportant des caractéristiques semblables, il faudrait non seulement tenir compte de l'ensemble de ces facteurs, mais en outre de la couche sociale, du sexe et de l'âge. Nous avons basé la formulation des axes prioritaires sur les thèmes de santé plutôt que sur des groupes-cible, la définition de ceux-ci étant souvent malaisée en raison de l'hétérogénéité de la population issue d'une migration.

Par ailleurs, la population migrante présente d'importantes fluctuations, en raison notamment des retours dans le pays d'origine ou du renouvellement des flux migratoires. Afin que le savoir-faire ne soit pas perdu, il est préférable de penser à atteindre, par les mesures proposées, des *groupes de migrants plutôt que des individus*. On pourra ainsi s'appuyer sur le réseau de la communauté ciblée. On présume aussi qu'en passant par les pairs, une meilleure confiance peut s'établir, profitable pour des actions de santé.

### 5.2.3 Décentralisation et partenariat

Le déficit de structures et d'offres dans les périphéries ou dans certains cantons est souvent mentionné au cours de l'étude. La *nécessité de décentraliser les mesures* proposées a été recommandée par les experts en vue d'assurer la réussite des actions à l'échelle nationale.

La décentralisation requiert un *partenariat entre les différents pouvoirs politiques, à savoir entre la Confédération, les cantons et les communes*. Il s'agit d'assurer une coordination entre les différents acteurs et, par conséquent, d'améliorer le transfert des savoirs. L'information doit être transparente depuis le début d'un projet jusqu'à la fin. Il faut par exemple que les cantons soient au courant de la fin d'un financement donné par la Confédération afin qu'ils puissent envisager la suite du projet. Un bon échange de l'information permettrait à ce partenariat d'être envisagé comme une complémentarité entre les acteurs. Cela éviterait de ressentir ce partage des pouvoirs, soit comme un obstacle à la mise en œuvre pour la Confédération, soit comme une domination pour les cantons.

### 5.2.4 Recherche

Le *manque de données sanitaires* prenant en compte de la diversité de la population et la *méconnaissance des besoins* de la population issue d'une migration ont été plusieurs fois signalés durant l'enquête. C'est pourquoi nous sommes d'avis qu'à l'avenir, il sera indispensable de mieux tenir compte de la diversité de la population migrante, en procédant à des analyses ciblées. Ces affirmations concordent avec celles issues de la littérature, où plusieurs constats sur les différences de santé entre autochtones et migrants restent peu étudiés : par exemple, le taux plus élevé de mortalité périnatale chez les enfants de femmes étrangères, l'état de santé des femmes de la nouvelle migration, la situation au travail, la santé des migrants âgés, etc. Par ailleurs, les changements fréquents dans cette population demandent une *surveillance régulière* des interventions et des besoins de santé des migrants. Enfin, pour que ces résultats soient utilisables, il faut promouvoir l'interdisciplinarité entre la recherche et le politique. Nous pensons dans ce sens que la recherche (fondamentale, appliquée, l'évaluation) dans le champ « migration et santé » devrait faire partie des axes prioritaires.

## 5.3 Limites de l'étude et perspectives

Le premier intérêt de cette étude est de fixer des priorités d'intervention pour l'élaboration d'orientations stratégiques dans le domaine « migration et santé ». Les bases des ces orientations stratégiques proposent des actions dans une large perspective : au niveau structurel, les résultats prônent la création de services à bas seuil, de services spécialisés pour les traumatismes de guerre, de services de formation continue ou de base; au niveau des individus suisses et étrangers, il est

suggéré de mettre en place des formations ou des actions de sensibilisation à l'hétérogénéité et à l'utilisation d'interprètes et de médiateurs culturels.

Les résultats s'inscrivent dans une démarche pragmatique et tentent de donner des solutions par rapport à trois points forts du phénomène migratoire : premièrement, les besoins des migrants à leur arrivée dans le pays d'accueil ; ensuite, les questions de compréhension et de communication lors des actions de prévention et des soins ; enfin, les difficultés d'accès au système sanitaire, qui dépassent la seule question migratoire et sont liées aux conditions sociales.

Nous notons que l'ensemble des mesures ayant abouti à un consensus se caractérisent par leur pragmatisme. Même si les mesures de prévention dans les populations immigrées dépassent actuellement la problématique du VIH/sida, les mesures préconisées visent encore des besoins urgents plutôt que des thèmes de la promotion de la santé. Ainsi, la promotion de l'hygiène dentaire, d'une alimentation saine, ainsi que les aspects psychosociaux des migrants âgés, malgré l'intérêt qu'ils comportent, ne sont par exemple pas ressortis comme des thèmes prioritaires.

Par ailleurs, les mesures prioritaires tendent vers des résultats immédiats et facilement opérationnels. Les objectifs sont notamment de sensibiliser les personnes en contact avec des migrants, promouvoir l'utilisation d'interprètes afin de faciliter la communication, encourager la médiation culturelle par des *community workers*, afin de faire du travail de prévention de proximité. Le statut juridique et de la reconnaissance des diplômes sont des facteurs relevés en vue d'améliorer l'intégration des migrants en Suisse. Or, les propositions indiquées ne peuvent être que vivement recommandées mais elles ne figurent pas dans les axes prioritaires soumis en vue d'une stratégie, car pour l'instant, il existe trop d'avis contraires à cette solution.

Afin d'atteindre des résultats consensuels, les positions extrêmes ont forcément été atténuées ou ont disparu dans les résultats finaux. C'est pourquoi, certaines thématiques ont échappé à notre analyse comme par exemple la situation des clandestins, le vieillissement des migrants âgés. Les représentants de ces domaines sont de manière générale moins nombreux et se sont par conséquent retrouvés minoritaire dans notre panel. Cependant, nous pensons que ces questions spécifiques à certains groupes pourront bénéficier indirectement des améliorations proposées.

La description faite du contexte du champ « migration et santé » a permis enfin de relever l'insuffisance des bases légales actuelles et le manque données sanitaires, rendant la tâche de définir des priorités dans l'action publique laborieuse.

Le champ « migration et santé » a émergé grâce aux transformations qu'ont subi ces deux secteurs. Les évolutions par rapport à la conception de la santé se sont produites dans un contexte de rationalisation des coûts de la santé et de la crainte de voir se propager le VIH/sida. Dans ce cadre, des actions valorisant notamment la santé globale plutôt que la maladie, la prévention par rapport aux traitements des maladies ont été développées ; la participation des individus dans la définition de leurs besoins et de leur résolution, au lieu d'un patient « passif », et l'implication de

la communauté, plutôt qu'une réponse confinée à l'institution hospitalière sont apparues comme des solutions. Ces changements de santé et le contexte de crise dans lesquels ils sont apparus ont incité les autorités à se préoccuper des spécificités relatives aux migrants.

Par ailleurs, la santé des migrants est devenue un centre d'intérêt du moment que l'intégration sociale de ceux-ci dans la société d'accueil a été mise à l'agenda politique. La santé est perçue comme une des conditions en vue de cette intégration (cf. rapport CFE 2000). C'est pourquoi, nous sommes d'avis que des priorités d'intervention spécifiques aux migrants devraient à l'avenir s'inscrire dans une plus large optique. Une politique d'intégration semble en effet être le moyen le plus efficace pour lutter contre les inégalités de santé entre migrants et autochtones.



## Annexes

### Annexe I : Membres des comités de suivi

#### *Membres du comité méthodologique*

- Dr. Rosita Fibbi, sociologue, Université de Lausanne, IES-Genève
- Dr. Mary Haour-Knipe, sociologue, Institut de médecine sociale et préventive-Unité d'évaluation des programmes de prévention et IOM-Genève
- Dr. Dominique Hausser, médecin et chef de projet à l'IREC-Lausanne
- Charles Landert, évaluateur, Landert, Farago, Davatz & Partner
- Dr. Regula Weiss, médecin psychiatre, Zürich

#### *Membres du comité stratégique*

- Dr. Simun Sito Coric, Vertretung der Migrationsbevölkerung (Kroatien)
- Jörg Frieden, ODR/BFF
- Verena Hanselmann, service Migration OFSP/BAG
- Ludwig Gärtner, OFAS/BSV
- Peter Jakomuthu, Vertretung der Migrationsbevölkerung (Sri Lanka)
- Markus Loosli, OSAR/SFH
- Dirk Olschewski, OFE/BFF
- Dr. René Riedo, CFE/EKA
- Walter Schmid, CSIAS/SKOS
- Dr. Dominik Schorr, Kantonsarzt Baseland/Sanitätdirektorenkonferenz
- Thomas Spang, service Migration, OFSP
- Paul Sütterlin, CFE/EKA
- Johanna Tremp, Fachstelle für interkulturelle Fragen Zürich
- Locher Ueli, unité Dépendances et sida, OFSP
- Dominik Wettstein, Asyl-Organisation Zürich

## **Annexe II : Articles de loi sur l'intégration des étrangers**

### **RS 0.101**

**Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, du 4 novembre 1950 (CEDH, entrée en vigueur le 28 novembre 1974)**

### **RS 0.518.51**

**Convention de Genève relative à la protection des personnes civiles en temps de guerre (entrée en vigueur le 21 octobre 1950)**

### **RS 142.20**

**Loi fédérale du 26 mars 1931 sur le séjour et l'établissement des étrangers (LSEE)**

#### **Art. 25**

1 Le Conseil fédéral exerce la haute surveillance sur l'application des prescriptions fédérales relatives à la police des étrangers. Il édicte les dispositions nécessaires à l'exécution de la présente loi. Il est en particulier autorisé à régler les objets suivants:

a. ....

...

i. l'institution d'une commission consultative pour les questions liées aux étrangers, composée de Suisses et d'étrangers, et la désignation des tâches dévolues à celle-ci.

#### **Art. 25a**

1 La Confédération peut verser des subventions pour l'intégration sociale des étrangers; en règle générale, ces subventions ne sont accordées que si les cantons, les communes ou des tiers participent de manière adéquate à la couverture des frais. Le Conseil fédéral règle les modalités.

2 La commission consultative instituée par le Conseil fédéral conformément à l'article 25, 1<sup>er</sup> alinéa, lettre i, est habilitée à proposer le versement de subventions et à se prononcer sur les demandes de subventions.

3 L'Assemblée fédérale fixe au budget le montant maximal annuel.

### **RS 142.205**

**Ordonnance du 13 septembre 2000 sur l'intégration des étrangers (OIE)**

## **Art. 16 Domaines**

Des subventions peuvent être accordées en particulier pour:

- a. améliorer le niveau de formation générale des étrangers et favoriser leur apprentissage des langues nationales;
- b. ....
- ....
- g. soutenir des mesures servant à améliorer la santé de la population étrangère;
- h. former et perfectionner les personnes actives dans les échanges interculturels (médiateurs);

## **RS 142.31**

### **Loi sur l'asile du 26 juin 1998 (LAsi)**

#### **Art. 88 Forfaits**

1 Pour les requérants d'asile et les personnes à protéger qui ne bénéficient pas d'une autorisation de séjour, la Confédération verse aux cantons, au plus tard jusqu'au jour où leur renvoi devient exécutoire ou jusqu'au jour où ils reçoivent une autorisation de séjour ou obtiennent le droit d'en avoir une:

- a. un forfait pour les frais d'assistance;
- b. une subvention forfaitaire pour les frais d'encadrement et d'administration.

2 Pour les personnes à protéger qui ont droit à une autorisation de séjour en vertu de l'article 74, 2<sup>e</sup> alinéa, la Confédération verse aux cantons la moitié du forfait prévu au 1<sup>er</sup> alinéa, lettre a, et ce, jusqu'au jour où leur renvoi devient exécutoire, jusqu'à l'octroi de l'autorisation d'établissement ou, au plus tard, jusqu'au jour où une telle autorisation pourrait être délivrée en vertu de l'article 74, 3<sup>e</sup> alinéa.

3 Pour les réfugiés, la Confédération verse aux cantons un forfait pour les frais d'assistance, d'encadrement et d'administration, et ce, jusqu'à l'octroi de l'autorisation d'établissement ou jusqu'au jour où naît le droit d'établissement en vertu de l'article 60, 2<sup>e</sup> alinéa.

4 Le Conseil fédéral peut ordonner le versement de forfaits dans d'autres cas lorsque des circonstances particulières le justifient, notamment lorsqu'il s'agit de réfugiés établis ou de personnes à protéger qui bénéficient d'une autorisation de séjour ou d'établissement qui sont âgés ou handicapés.

#### **Art. 91 Autres contributions**

1 La Confédération peut encourager la mise sur pied de programmes d'occupation et de formation d'utilité publique.

.....

3 Elle peut verser des subventions à des institutions qui prennent en charge des personnes traumatisées séjournant en Suisse sur la base de la présente loi.

4 Elle peut verser des subventions pour favoriser l'intégration sociale, professionnelle et culturelle des réfugiés et des personnes à protéger ayant droit à une autorisation de séjour; en règle générale, elle ne le fera que si les cantons, les communes ou des tiers participent de manière adéquate à la couverture des frais.

5 Elle peut verser aux cantons une subvention destinée aux primes de caisse-maladie.

.....

### **Art. 93 Aide au retour et réintégration**

1 La Confédération fournit une aide au retour. A cette fin, elle peut prévoir les mesures suivantes:

- a. le financement intégral ou partiel de projets, en Suisse, visant à maintenir l'aptitude des intéressés au retour;
- b. le financement intégral ou partiel de projets, dans l'Etat d'origine ou de provenance des intéressés ou dans un Etat tiers, visant à faciliter leur retour et leur réintégration;
- c. l'octroi, dans certains cas, d'une aide financière destinée à faciliter l'intégration des intéressés ou à assurer des soins médicaux dans leur Etat d'origine ou de provenance ou dans un Etat tiers.

.....

### **RS 142.312**

#### **Ordonnance 2 du 11 août 1999 sur l'asile relative au financement (Ordonnance 2 sur l'asile, OA 2)**

##### **Art. 26 Requérants d'asile, personnes admises à titre provisoire et personnes à protéger ne possédant pas d'autorisation de séjour**

1 La Confédération verse aux cantons un forfait couvrant les frais des soins médicaux qui doivent être nécessairement administrés, dans la mesure où leur prise en charge n'est pas régie par l'art. 28.

2 A la fin de chaque année, l'office fédéral fixe pour l'année civile suivante les forfaits journaliers attribués à chaque canton pour les mineurs, les jeunes adultes et les adultes. Les forfaits sont calculés sur la base:

- a. des primes moyennes de l'assurance obligatoire des soins fixées pour l'année suivante par le Département fédéral de l'intérieur;
- b. du total du montant de la franchise minimale et des participations conformément à l'art. 64 de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal).

3 Aussi longtemps que la Confédération, en application de l'al. 2, rembourse aux cantons les primes d'assurance-maladie, le droit des requérants d'asile, des personnes

admises à titre provisoire et des personnes à protéger ne possédant pas d'autorisation de séjour à bénéficier des réductions de primes conformément à l'art. 65 LAMal est suspendu. Ce droit peut être de nouveau exercé par les requérants d'asile, à partir du moment où ils sont reconnus comme réfugiés et par les personnes à protéger dès qu'elles peuvent prétendre à une autorisation de séjour.

4 Les cantons restreignent la liberté des requérants d'asile, des personnes admises à titre provisoire et des personnes à protéger ne possédant pas d'autorisation de séjour, de choisir leur assureur et leur fournisseur de prestations, notamment dans les cas où des conventions ont été conclues aux termes de l'art. 42, al. 2, et de l'art. 62, LAMal, entre assureurs et fournisseurs de prestations. Les cantons sont tenus de prendre les mesures propres à assurer la qualité de l'offre. Pour le reste, l'art. 41, al. 4, LAMal est applicable par analogie.

5 La Confédération verse au canton qui a restreint le choix de l'assureur et des fournisseurs de prestations conformément à l'al. 4 l'intégralité du forfait journalier pendant les mois entamés, quelle que soit la catégorie d'âge. En outre, le canton perçoit le forfait journalier pour adultes en lieu et place de celui pour jeunes adultes.

### **Art. 27 Réfugiés et personnes à protéger qui bénéficient d'une autorisation de séjour**

1 Pour les réfugiés et les personnes à protéger qui bénéficient d'une autorisation de séjour, l'office fédéral rembourse aux cantons la totalité du montant de la franchise minimale et de la participation conformément à l'art. 64 LAMal<sup>1</sup>. Les primes de l'assurance obligatoire des soins ne sont pas prises en charge.

2 Les frais que nécessite la prise en charge des soins médicaux supplémentaires sont remboursés en vertu de l'art. 28.

### **Art. 28 Remboursement de soins médicaux spéciaux**

1 Dans la mesure où des institutions d'assurance ou d'autres collectivités susceptibles d'assurer la prise en charge des coûts ne doivent pas couvrir les frais suivants, la Confédération rembourse aux cantons, sous réserve des al. 2 à 5, les dépenses effectives pour:

- a. les soins médicaux spéciaux indispensables;
- b. les écoles spécialisées visées à l'art. 19 LAI;
- c. l'encadrement de mineurs impotents au sens de l'art. 20 LAI ;
- d. les soins dentaires nécessaires, ainsi que les honoraires des dentistes-conseils.

2 Les dépenses suivantes ne sont pas remboursables:

- a. Les prestations énoncées aux art. 15 à 18 LAI et visant à l'intégration professionnelle de requérants d'asile et de personnes à protéger sans autorisation de séjour;
- b. Les prestations qui ne figurent pas dans le catalogue de prestations de base des assurances-maladie, tels que les médicaments non admis;

- c. Les coûts induits par des fournisseurs de prestations non admis par les assurances-maladies;
- d. Les différences de tarifs liés à la poursuite d'un traitement dans un autre canton en vertu de l'art. 41, al. 3, LAMal
- e. Les primes arriérées de l'assurance obligatoire des soins;
- f. Les transports de cadavres et les inhumations.

3 Les frais des prestations visés à l'al. 1, let. a à c, ne sont remboursés que s'ils sont assumés conformément aux dispositions de la législation en matière d'assurance-maladie et d'assurance-invalidité et si l'intéressé a droit aux allocations.

4 L'office fédéral fixe les barèmes applicables au remboursement des soins dentaires énoncés à l'al. 1, let. d. Après consultation des cantons et des organisations professionnelles concernées, l'office fédéral désigne au moins un dentiste-conseil par canton.

5 Les cantons décident de la nécessité et de l'opportunité des soins dentaires. Les cantons demandent l'avis du spécialiste désigné à l'al. 4 ou d'un dentiste scolaire si le coût des soins excède 2000 francs par cas. L'office fédéral rembourse aux cantons le montant des honoraires d'expertise versés au dentiste même si les frais de traitement ne dépassent pas la somme de 2000 francs.

6 L'office fédéral rembourse pour les requérants d'asile, les personnes à protéger et les réfugiés, les frais générés par le contrôle sanitaire à la frontière en vertu de l'art. 33 de la loi du 18 décembre 1970 sur les épidémies<sup>3</sup>. La procédure à suivre en matière de décompte se fonde sur les directives de l'office fédéral.

#### **Art. 29 Frais d'encadrement pour les requérants d'asile et les personnes à protéger ne possédant pas d'autorisation de séjour**

1 La Confédération alloue à chaque canton, pour l'encadrement des requérants d'asile et des personnes à protéger ne possédant pas d'autorisation de séjour, une contribution de base de 75 000 francs par trimestre, ainsi qu'un montant K déterminé selon l'équation suivante:

$$K = \frac{B \times Z \times Y}{W \quad 100}$$

où:

B = montant initial de 21 306 576 francs;

Z = nombre de nouveaux requérants d'asile et de nouvelles personnes à protéger, calculé d'après les arrivées enregistrées dans l'AUPER à la fin du trimestre en question et des trois trimestres précédents;

W = base de 22 000 arrivées;

Y = clé de répartition déterminante au sens de l'art. 27 de la loi.

2 Si le nombre trimestriel des arrivées (Z) tombe au-dessous de 22 000, le montant initial (B) restera inchangé tant que le nombre trimestriel des arrivées n'est pas inférieur à 80 % du chiffre de base (W). Dans ce cas, l'équation sera la suivante:

$$K = B \times \frac{y}{100}$$

3 Si le nombre trimestriel des arrivées (Z) tombe au-dessous de 80 % du chiffre de base (W), le montant initial (B) alloué pour le trimestre en question sera réduit proportionnellement. Dans ce cas, l'équation sera alors la suivante:

$$K = B \times \frac{(Z+0,2W)}{W} \times \frac{y}{100}$$

4 Le montant initial (B) fixé à l'al.1, ainsi que la contribution de base sont adaptés chaque année à l'indice des salaires (gain nominal des employés sur la base de 1939 = 100 en %).

5 L'office fédéral participe au perfectionnement professionnel spécifique du personnel d'encadrement. Il budgète à cet effet 1 % du montant annuel (K) au sens de l'al. 1.

6 Dans des situations extraordinaires, l'office fédéral peut réduire les contributions aux frais d'encadrement, notamment lorsque le nombre des nouveaux arrivants, calculé conformément à l'al. 1, est supérieur à 42 000.

### **Art. 31 Frais d'encadrement et d'administration pour les réfugiés**

1 Pour les frais d'administration et d'encadrement des réfugiés, la Confédération verse aux cantons, jusqu'au jour où les intéressés obtiennent une autorisation d'établissement ou, au plus tard, jusqu'au jour où ils y ont droit conformément à l'art. 60, al. 2, de la loi, un montant K par trimestre calculé sur la base de l'équation suivante:

$$K = \frac{(M+N)}{2} + \frac{(O+P)}{2} \times \text{Fr. 565.70}$$

où:

M = nombre de réfugiés, d'après le Registre central des étrangers (RCE), recensés le dernier jour du trimestre précédent;

N = nombre de réfugiés, d'après le RCE, recensés le dernier jour du trimestre en cours;

O = nombre de réfugiés d'après l'AUPER, admis à titre provisoire et recensés le dernier jour du trimestre précédent;

P = nombre de réfugiés d'après l'AUPER, admis à titre provisoire, recensés le dernier jour du trimestre en cours.

### **Art. 41 Généralités**

1 Les programmes d'occupation et de formation pour requérants d'asile et pour personnes à protéger ne possédant pas d'autorisation de séjour sont d'utilité publique et n'ont pas de but lucratif. Ils facilitent l'intégration sociale et le développement

professionnel; de plus, ils contrebalancent les effets défavorables de l'absence d'activité lucrative ou d'occupation.

2 Une indemnité peut être allouée aux participants. Elle ne doit en aucun cas constituer un salaire déterminant au sens de l'art. 5 LAVS.

#### **Art. 43 Subventions fédérales**

1 L'office fédéral peut allouer aux cantons des subventions fédérales pour des programmes d'occupation et de formation.

2 Le versement des subventions fédérales est exclusivement effectué sur la base de contrats de prestations conclus entre les cantons et l'office fédéral.

3 Le montant subventionné maximal se monte à un franc par jour pour tous les requérants d'asile dépendant de l'assistance et les personnes à protéger ne possédant pas d'autorisation de séjour. A la fin de l'année, cette somme est adaptée pour l'année civile suivante à l'indice suisse des prix à la consommation.

#### **Art. 44**

1 L'office fédéral peut verser une subvention annuelle pour les frais liés aux installations destinées au traitement de personnes victimes de traumatismes.

2 La contribution de la Confédération a notamment pour objet d'encourager l'enseignement et la recherche dans le domaine de l'encadrement spécialisé de personnes victimes de traumatismes. Le versement de la subvention fédérale implique qu'aux termes des dispositions de la LAMal, le bénéficiaire soit autorisé à fournir des prestations dans les installations concernées.

#### **Art. 45**

1 L'office fédéral participe aux frais de projets visant à favoriser l'intégration sociale, professionnelle et culturelle des réfugiés et des personnes à protéger disposant d'une autorisation de séjour, si leur situation particulière exige la création de tels projets et si la Confédération est tenue, aux termes de l'art. 88, al. 2 et 3, de la loi, de verser des subventions pour ces personnes. Il n'existe aucun droit à l'octroi de subventions fédérales.

2 L'office fédéral fait périodiquement évaluer les besoins d'intégration des personnes énoncées à l'al. 1 et détermine l'ordre des priorités pour le versement des subventions fédérales après avoir entendu la Commission fédérale des réfugiés (CFR) et la Commission fédérale des étrangers (CFE).

#### **Art. 68 Subventions fédérales**

1 L'office fédéral alloue aux bureaux de conseil en vue du retour prévus à l'art. 66, al. 1, des subventions fédérales sous forme forfaitaire, dans le cadre du crédit annuel approuvé par le Parlement. Le forfait est calculé en principe sur la base de la clé de répartition figurant à l'art. 21 de l'ordonnance 1 du 11 août 1999 sur l'asile. Les cantons dont le quota est de 1,6 % ou moins reçoivent un montant forfaitaire minimal qui permet l'exploitation d'un bureau de conseil en vue du retour.

2 L'office fédéral peut, sur demande, verser aux bureaux cantonaux de coordination des subventions fédérales sous forme forfaitaire pour des projets en vue du retour conformément à l'art. 66, al. 2 et 3.

3 Pour des projets d'encouragement au retour et à la formation visés à l'art. 66, al. 2 et 3, le bureau cantonal de coordination requiert, avant le dépôt de la demande, l'autorisation des autorités compétentes sur le marché du travail.

4 Pour des projets d'encouragement au retour et à la création d'entreprises, l'office fédéral peut, sur demande, prendre à sa charge les frais de formation excédant le forfait. Il définit la nature et le montant des frais à rembourser en sus.

### **RS 818.125.11**

#### **Ordonnance du 6 juillet 1983 sur les mesures à prendre par le Service sanitaire de frontière**

### **RS 851.1**

#### **Loi fédérale du 24 juin 1977 sur la compétence en matière d'assistance des personnes dans le besoin (Loi fédérale en matière d'assistance, LAS) (état le 28 septembre 1999)**

##### **Art. 20 Etrangers domiciliés en Suisse**

1 Les étrangers domiciliés en Suisse sont assistés par le canton de domicile, dans la mesure où sa propre législation, le droit fédéral ou des traités internationaux le prescrivent.

2 Lorsqu'un étranger a besoin d'une aide immédiate hors de son canton de domicile, l'article 13 est applicable par analogie.

##### **Art. 21 Etrangers non domiciliés en Suisse**

1 Lorsqu'un étranger séjournant en Suisse sans y être domicilié a besoin d'une aide immédiate, il incombe au canton de séjour de la lui accorder.

2 Le canton de séjour pourvoit au retour de l'intéressé dans son pays de domicile ou d'origine, sauf avis contraire d'un médecin.

##### **Art. 22 Rapatriement**

Le rapatriement selon les dispositions des conventions d'assistance ou de la loi fédérale du 26 mars 1931 sur le séjour et l'établissement des étrangers est réservé.

**Voici les articles proposés dans le projet de nouvelle loi sur les étrangers (mise en consultation):**

##### **Chapitre 8: Intégration (art. 53 - 55)**

###### **Art. 53 Encouragement à l'intégration**

1 Dans l'accomplissement de leurs tâches, la Confédération et les cantons tiennent compte des exigences de l'intégration et encouragent la collaboration dans ce domaine entre les autorités et les organisations privées.

2 La Confédération peut prévoir des contributions financières pour l'intégration des étrangers. En règle générale, celles-ci ne seront accordées que si les cantons, les communes ou des tiers participent de manière appropriée aux coûts.

3 La commission consultative mise en place par le Conseil fédéral en vertu de l'art. 54 est légitimée à demander la destination des montants alloués et à prendre position sur les demandes déposées.

4 L'Assemblée fédérale fixe, dans son budget, le montant annuel maximum attribué.

5 Le Conseil fédéral fixe les modalités d'application.

#### **Art. 54 Commission des étrangers**

Le Conseil fédéral institue une commission consultative composée de Suisses et d'étrangers. Il peut fixer leurs tâches. La commission s'occupe en particulier:

- a. de la situation des étrangers;
- b. du soutien des autorités et des organisations favorisant l'intégration des étrangers;
- c. de l'information au sens de l'art. 55.

#### **Art. 55 Information**

1 Les autorités fédérales et cantonales compétentes informent de façon appropriée l'étranger sur les conditions de vie et de travail en Suisse de même que sur ses droits et obligations.

2 La Confédération et les cantons soutiennent les efforts déployés en vue d'informer la population de la politique migratoire et de favoriser la compréhension entre les populations suisse et étrangère.

### Annexe III : Aperçu des permis de séjour des migrants en Suisse

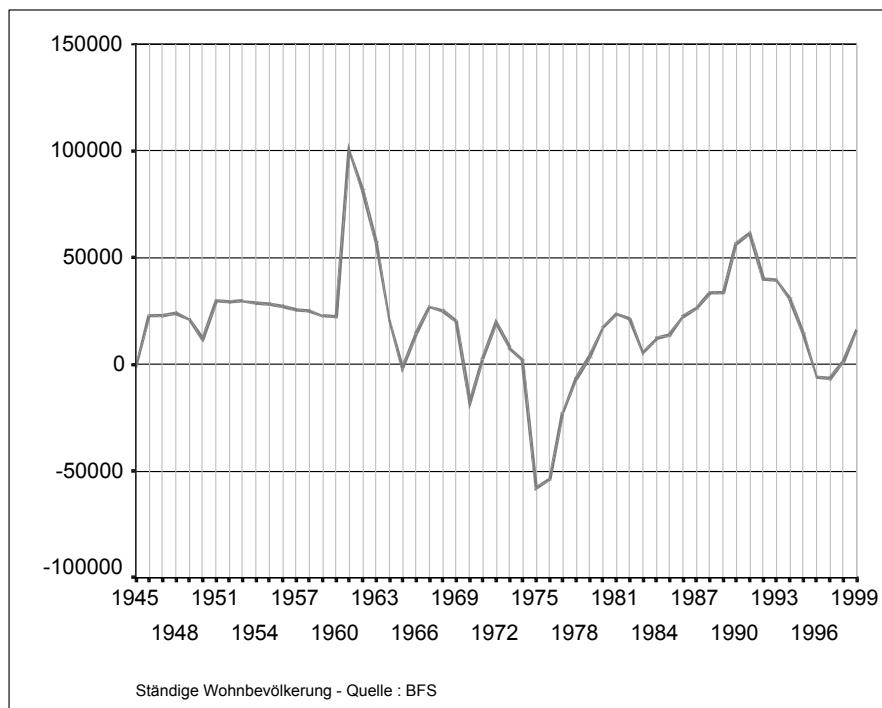
<b>Autorisation d'établissement C</b> aucune restriction de l'activité professionnelle ; se rapproche du statut des autochtones sans droit de vote	De durée indéterminée ; confère un droit de séjour
<b>Autorisation de séjour à l'année B</b> les droits à la prolongation et à l'activité diffèrent selon le motif du séjour	En règle générale délivrée pour une durée d'une année
Autorisation de séjour annuelle pour réfugiés reconnus, conjoints et enfants de Suisses ou de résidents établis, ressortissants de certains Etats	Limitée dans le temps (droit à la prolongation), confère un droit de séjour
Autorisation de séjour à l'année obtenue à la suite d'un regroupement familial, d'une transformation de l'autorisation saisonnière, d'un cas de rigueur, etc.	Limitée dans le temps (en règle générale prolongée mais pas de droit)
Autorisation de séjour à l'année pour les étrangers qui n'exercent pas d'activité lucrative (rentiers, étudiants, etc.)	id.
Autorisation de séjour à l'année pour l'exercice d'une activité lucrative	Limitée dans le temps, admission selon le principe de la priorité de la main-d'œuvre indigène

#### Domaine de l'asile:

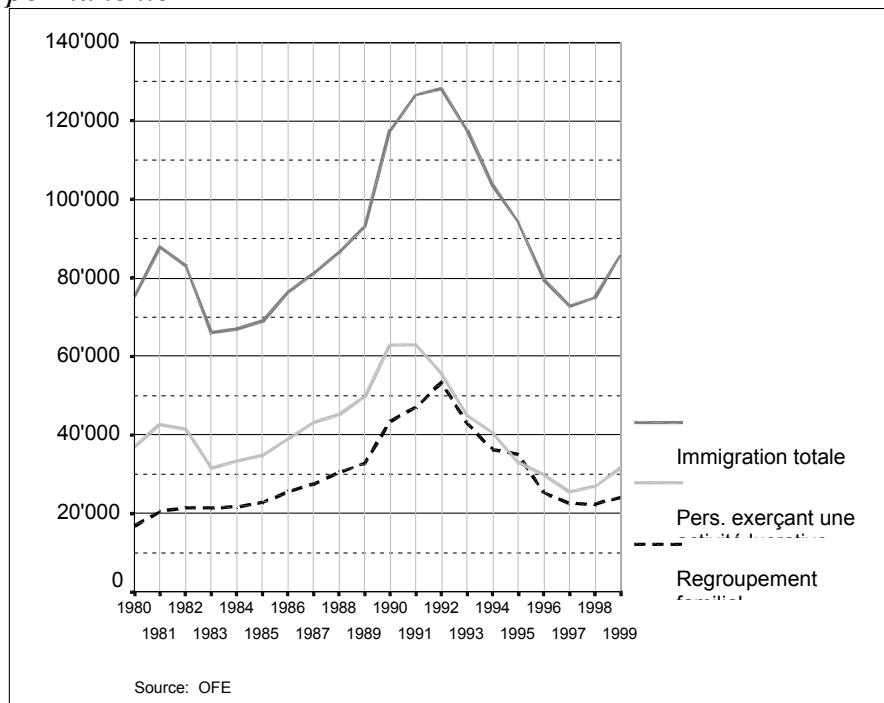
<b>Réfugié reconnu</b> (droit au permis B, après 5 ans permis C)	Voir ci-dessus
<b>Requérant d'asile N</b> activité lucrative et situation sociale limitées	Limité à la durée de la procédure d'asile
<b>Admission provisoire F</b> (mesure de substitution lorsque le renvoi est impossible, illicite ou inexigible) activité lucrative et situation sociale limitées	Limitée à la durée de l'admission provisoire
<b>Autres autorisations de séjour :</b>	
<b>Autorisation saisonnière</b> activité lucrative et situation sociale limitées	Durée limitée à neuf mois par année
<b>Autres autorisations de séjour</b> pour des séjours de courte durée (permis L) , pour des stagiaires, etc.	Limitée dans le temps, pas de prolongation possible

## Annexe IV : Caractéristiques démographiques des populations immigrées en Suisse

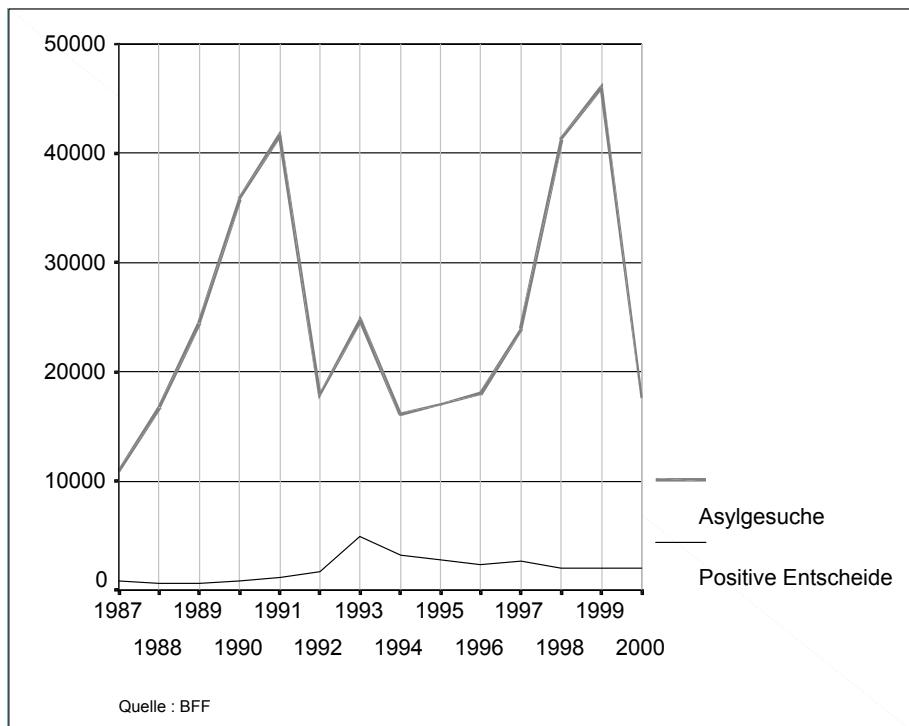
*GRAPHIQUE 1: SOLDE MIGRATOIRE DE LA SUISSE (IMMIGRATION MOINS EMIGRATION), 1945-1999*



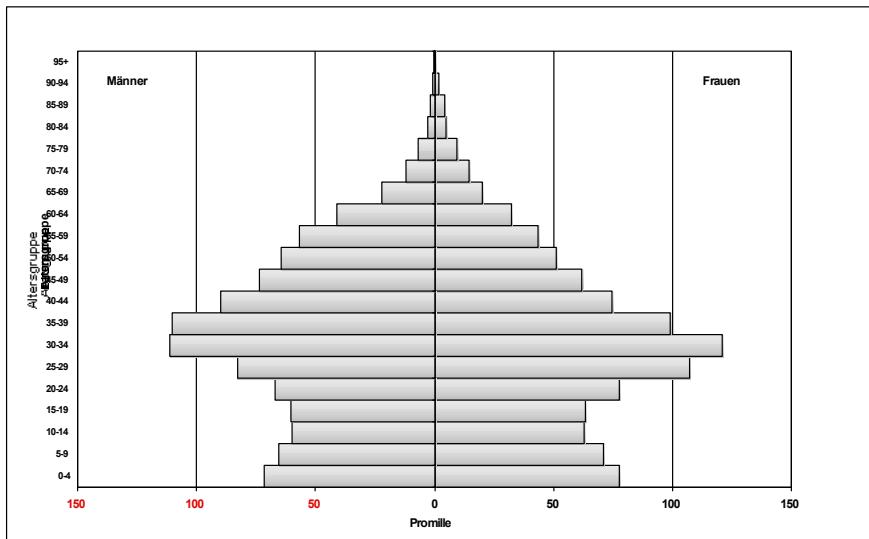
*Graphique 2: Raisons de la venue en Suisse, 1987-1999 – population résidante permanente*



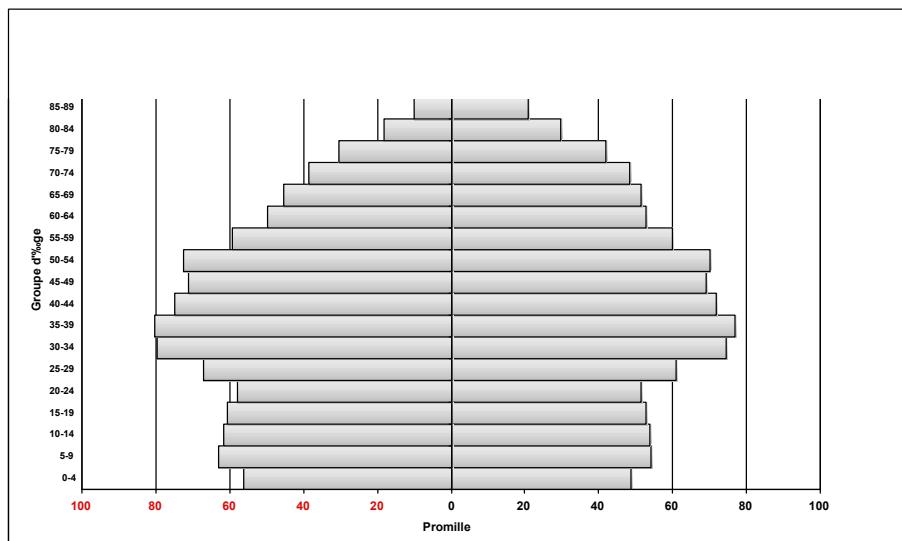
*GRAPHIQUE 3: ASILE : DEMANDES DEPOSEES ET DEMANDES ACCEPTEES (1987-2000))*



GRAPHIQUE 4A: PYRAMIDE DES AGES DE LA POPULATION ETRANGERE EN SUISSE  
(SITUATION AU 31 DECEMBRE 98)



GRAPHIQUE 4B: PYRAMIDE DES AGES DE LA POPULATION SUISSE (SITUATION AU 31 DECEMBRE 1998)



*TABLEAU A : COMPOSITION DE LA POPULATION ETRANGERE RESIDANTE DE SUISSE, PAR NATIONALITE (1995 - 1999)*

<b>Population résidante selon la nationalité</b>	<b>1995</b>	<b>1999</b>	<b>1999</b>
<b>Total</b>	1'482'759	1'537'119	100 %
<b>Europe</b>	1'324'608	1'345'142	88%
UE-AELE	875'783	840'330	55%
Allemagne	97'227	110'289	7%
France	58'070	63'092	4%
Italie	367'071	333'274	22%
Autriche	30'109	29'973	2%
Portugal	152'053	146'659	10%
Espagne	105'092	89'038	6%
Autres pays	66'160	68'004	4%
Non UE-AELE	448'826	504'812	33%
Etats de l'ancienne Yougoslavie	338'215	391'652	25%
Turquie	83'855	83'783	5%
Autres pays	26'755	29'377	2%
<b>Afrique</b>	38'785	49'400	<b>3%</b>
<b>Amérique</b>	40'119	48'574	<b>3%</b>
Amérique du Nord	16'637	18'482	1%
Amérique latine	23'482	30'092	2%
<b>Asie</b>	76'343	90'532	<b>6%</b>
<b>Océanie</b>	2'040	2'633	<b>0%</b>
<b>Apatrides, d'origine inconnue</b>	865	837	<b>0%</b>

Source : Office fédéral de la statistique

TABLEAU B : NOMBRE ET ORIGINE DES REQUERANTS D'ASILE, PAR NATIONALITE  
(SITUATION EN 2000)

	1995	2000	2000
Total	75'612	71'993	100%
<b>Europe</b>	<b>40'899</b>	<b>31'130</b>	<b>43%</b>
RF de Yougoslavie	19'620	20'078	28%
Bosnie-Herzégovine	14'696	6'155	9%
Turquie	4'712	3'225	4%
Albanie	260	400	1%
Russie	100	323	0%
<b>Afrique</b>	<b>10'601</b>	<b>15'303</b>	<b>21%</b>
Angola	2'320	2'741	4%
Congo (rép. démocr.)	1'118	1'692	2%
Ethiopie	649	1'290	2%
Algérie	540	872	1%
<b>Amérique</b>	<b>515</b>	<b>412</b>	<b>1%</b>
<b>Asie</b>	<b>23'129</b>	<b>24'397</b>	<b>34%</b>
Sri Lanka	18'285	15'765	22%
Irak	463	2'836	4%
Afghanistan	765	1'092	2%
Iran	860	1'054	1%
Arménie	36	621	1%
<b>Océanie</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0%</b>
<b>Origine inconnue</b>	<b>467</b>	<b>750</b>	<b>1%</b>

Source : Office fédéral des réfugiés

## Annexe V: Nombre de participants par catégories

*Nombre de participants par catégories de la 1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> étape*

Catégorie	1 <sup>ère</sup> étape		2 <sup>ème</sup> étape	
	Effectif (Nbr de questionnaire)	%	Effectif (Nbr de questionnaire)	%
Hôpitaux, médecins	31	23	22	21,6
Communauté d'intérêt	1	0,7	1	1,0
Assurance	2	1,5	2	2,0
Organisation de migrants	1	0,7	3	2,9
Oeuvres d'entraide	15	11	15	14,7
Organisation dans le domaine de la migration	12	9	7	6,9
Recherche nationale	1	0,7	2	2,0
Recherche internationale	2	2,5	1	1,0
Recherche cantonale	6	4,4	5	4,9
Administration fédérale	11	8	10	9,8
Administration cantonale	17	13	15	14,7
Administration communale	4	2,9	3	2,9
Commission des étrangers	2	1,5	2	2,0
Institutions religieuses	2	1,5	1	1,0
Partis politique	1	0,7	1	1,0
Centres d'accueil aux requérants d'asile	2	1,5	---	---
Promotion de la santé dans le domaine de la sexualité	2	1,5	2	2,0
Promotion de la santé dans le domaine des dépendances	3	2,2	3	2,9
Promotion de la santé dans d'autres domaines	1	0.7	1	1.0
Promotion de la santé projets spécifiques	6	4.4	6	5.9
<i>Anonymes</i>	14	10.3	---	---
<b>Total</b>	<b>136</b>	<b>100,0</b>	<b>102</b>	<b>100,0</b>

## Table des illustrations

Tableau 1 : statut légal et droits	28
Schéma 1 : paradigmes des différences de santé entre migrants et autochtones (mortalité, morbidité)	29
Tableau 2 : 6 catégories les plus importantes lors de la 1 <sup>ère</sup> et 2 <sup>ème</sup> étape	52
Tableau 3 : récapitulatif des trois étapes empiriques réalisées	53
Tableau 4 : classement des thèmes prioritaires d'information, prévention et promotion de la santé par mode de diffusion	60
Tableau 5 : classement des domaines prioritaires lors des deux tours de l'étude Delphi	74
Tableau 6 : Critères pour un accès à bas seuil	75
Tableau 7 : Facteurs déterminant des problèmes de santé selon les groupes	90

## Bibliographie

- Abelin, T. et al. (2000). *Santé et comportements vis-à-vis de la santé en Suisse 1997*. Neuchâtel : Office fédéral de la Statistique.
- Anthropologists against genital mutilation (antagem) (1994). *Information concernant les mutilations génitales féminines à l'intention des médecins*. Berne : antagem, Institut d'ethnologie.
- Arpin, J., Comba, L. und Fleury, F. (Hg.) (1988). *Migrazione e salute mentale in Europa. Numero speciale die AM - Antropologia Medica*. Brescia : GRAFO.
- Besson, J. (1995). "Investigations psychiatriques chez le migrant", *Revue médicale de la Suisse Romande* 115 : 473-479.
- Bischoff, A.N. (1995). *Migration and Health in Switzerland*. Genève : HUG (Unité Médecine des voyages).
- Bischoff, A.N et Loutan, L. (2000) *A mots ouverts : guide de l'entretien médical bilingue à l'usage des soignants et des interprètes*. Berne/Genève : OFSP/HUG.
- Blöchliger, C., et al. (1998). "Asylsuchende und Flüchtlinge in der hausärztlichen Praxis. Probleme und Entwicklungsmöglichkeiten", *Sozial- und Präventivmedizin*, 43 :18-24.
- Blöchliger, C., et al. (1998b). "Asylsuchende und Flüchtlinge in der Notfallstation", *Sozial- und Präventivmedizin*, 43 : 39-48.
- Bolliger, A. (1989). *Santé et recours aux soins des étrangers établis en Suisse : résultats de l'enquête SOMIOPS*. Lausanne : Institut de médecine sociale et préventive (Thèse).
- Bollini, P. (1997). *Asylum seekers in Europe : entitlements, health status, and human rights issues*. Geneva : IOM.
- Bollini, P. and Siem, H. (1995). "No real progress towards equity : health of migrants and ethnic minorities on the eve of the year 2000", *Social science and medicine*, 41(6) : 819-828.
- Bollini, P. (1993). "Health for Immigrants and Refugees in the 1990s : A Comparative Study in Seven Receiving Countries", *Innovation in social sciences research*, 6(1) : 101-110.
- Bolzman C., Fibbi, R., et Vial, M.. (2000). *Adultes issus de la migration : le processus d'insertion d'une génération à l'autre*. PNR39. Genève : Institut d'études sociales et Centre de recherche sociale.
- Bourdillon, F. et al. (1991). "La santé des populations d'origine étrangère en France", *Social science and medicine*, 32(11) : 1219-1227.
- Bütschi, D. (1999). *Le raisonnement dans les processus démocratiques : le questionnaire de choix*. Paris : l'Harmattan.
- Carballo, M. (1994). *Scientific consultation on the social and health impact of migration : priorities for research*, 16-17 June. IOM.

- Castelnuovo-Frigessi, D. (1977). *Elvezia, il tuo governo: operai italiani emigrati in Svizzera*. Torino : Einaudi.
- Cattacin, S. et al. (1997). *Les politiques de lutte contre le VIH/Sida en Europe de l'Ouest. Du risque à la normalisation*. Paris : l'Harmattan.
- Cattacin, S. et al. (2001). “Etat social et migration” dans Sozialalmanach. Luzern : Caritas-Verlag, pp. 135-152.
- Cesari Lusso, V. (1996). “Identità e successo scolastico nelle testimonianze di giovani adulti della seconda generazione”, in Cesari Lusso, V., Cattacin, C., Allemann-Ghionda, C. *I come... identità, integrazione, interculturalità*. Zurigo : Federazione colonie libere italiane in Svizzera, 15-24.
- CFE (1999). *L'intégration des migrants et migrantes en Suisse. Faits Secteurs d'activités. Postulats*. Berne : Commission fédérale des étrangers.
- Chaudet, I. et al. (2000). *Migrations et travail social : une étude des problèmes sociaux des personnes de nationalité étrangère en Suisse*. Lausanne : Réalités sociales.
- Clech, M. (1996). *Promotion de la santé. Actions communautaires en Suisse romande*. Zürich : Fondation suisse pour la Santé Radix.
- Costa, G. (1993). “Immigrati extracomunitari: un profilo epidemiologico”, *Epidemiologia e prevenzione* 17 : 234-238.
- Coulon & Flückiger (1994). Intégration de la main d'œuvre étrangère sur le marché du travail suisse : une analyse des données ESPA. Genève : Université de Genève, Faculté de sciences économiques et sociales.
- Dalkey, N. und Heler, O. (1962). “An Experimental Application of the Delphi Method to the Use of Experts”, *Management Science* April (1963) : 458-467.
- Delang, K. (1997). *Salute e immigrazione : priorità d'intervento nella prevenzione. Un primo rapporto sul cantone Ticino*. Bellinzona : DOS.
- Delaporte, E. (à paraître). *L'apport de l'état civil dans l'étude des inégalités de mortalité foeto-infantile en Suisse*.
- Deutscher Ärzteverband (1989). *Erhebung über die ambulante medizinische Versorgung in der BRD (EvaS-Studie)*. Köln : Deutscher Ärzteverlag.
- Dienel, P. C. (1991). *Die Planungszelle. Der Bürger plant seine Umwelt: eine Alternative zur Establishment-Demokratie*. Opladen : Westdeutscher Verlag (2. Auflage).
- Domenig, D., Salis Gross, C. und Wicker, H-R. (2000). *Migration und Drogen. Implikationen für eine migrationsspezifische Drogenarbeit am Beispiel Drogenabhängiger italienischer Herunft*. Bern : Huber.
- Drack, G., Ackermann-Liebrich, U., Schindler, C., (1998). *Mortalité et mortalité infantile en Suisse de 1986 à 1992*. Berne : OFS.
- Efionayi-Mäder, D. (1999). *Sozialhilfe für Asylsuchende im europäischen Vergleich : Dänemark, Deutschland, Frankreich, Grossbritannien, Niederlande, Italien, Österreich, Schweiz, Spanien*. Schweizerisches Forum für Migrationsstudien : Forschungsbericht 14.

- Egger, M., Minder, C. E. and Smith, G. D. (1990). "Health inequalities and migrant workers in Switzerland", *Lancet : a journal of British and foreign medicine, surgery, obstetrics, physiology, chemistry, pharmacology, public health and news*.
- Etzioni, A. (1993). *The Spirit of Community: Rights, Responsibilities, and the Communitarian Agenda*. New York : Crown Publishers.
- Fassin, D. (2000a). "Repenser les enjeux de la santé autour de l'immigration", *Hommes & Migrations*, mai-juin, 1225 : 5-12.
- Fassin, D. (2000b). "Les politiques de l'ethnopsychiatrie. La psyché africaine, des colonies britanniques aux banlieux parisiennes", *L'Homme*, 153 : 231-251.
- Ferron, C., et al. (1997). "Health behaviours and psychosocial adjustment of migrants adolescents in Switzerland", *Schweiz Med Wochenschr*, 127 : 1419-1429.
- Fibbi, R., Bolzman, C. et Vial, M., (1999). *Age et migration : expériences européennes pour et par les migrants âgés*. Zürich : Pro Senectute.
- Fontana, E. (1994). *Communauté portugaise et interruption de grossesse : une démarche de recherche-action dans le canton de Vaud*. Lausanne : Université de Lausanne, Faculté des sciences sociales et politiques (Mémoire).
- Fontana, E. et M.-D., Béran (1995). "Sexualité et exclusion", *Revue médicale de la Suisse romande* 115 : 495-497.
- Gebhardt, Martin (1998). *Die epidemiologische Überwachung von HIV und Aids in der Schweiz: Was soll sie leisten? Eine Delphi-Umfrage*. Bern : Bundesamt für Gesundheit.
- Hatz, Ch. et al. (2000) Gesundheitsstrategien von Asylsuchenden und Flüchtlingen und allgemeinmedizinische Versorgung in der Schweiz. Schweizerisches Tropeninstitut Basel/Bundesamt für Gesundheit. NFP 39.
- Haug, W. (1995). *Vom Einwanderungsland zur multikulturellen Gesellschaft : Grundlagen für eine schweizerische Migrationspolitik*. Bern : Bundesamt für Statistik.
- Haour-Knipe, M. et Rector, R. (1996) (Hg.). *Crossing border: migration, ethnicity and AIDS*. London : Taylor & Francis.
- HBSC (1997/98). Health and Health Behaviours among Young People. *WHO Policy Series : Health policy for children and adolescents* Issue 1.
- Helmer, O. (1994). "Adversary Delphi", *Futures* 26(1) : 79-88.
- Kälin, W. (2000). *Grundrechte im Kulturkonflikt : Freiheit und Gleichheit in der Einwanderungsgesellschaft*. Zürich : NZZ-Verlag.
- Kühn, H. (1999). "Eine neue Gesundheitsmoral ? Anmerkungen zur lebensstilbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung", in Schlicht, W. et al. (Hg.), *Gesundheit für alle: Fiktion oder Realität ?* Schondorf : Hoffmann.
- Jones, J. und Hunter D. (1995). "Consensus Methods for Medical and Health Services Research", *BMJ* 311(August) : 376-380.

- Lehman, Ph., Mamboury, C. et C. E., Minder (1990). "Health and social inequalities in Switzerland", *Social Science and Medicine* 31(3) : 369-386.
- Linstone, Harold A. und Murray Turoff (1979). *The Delphi Method: Techniques and Applications*. Reading Mass. : Addison-Wesley.
- Loutan, L. et Chaignat, C.L. (1994). "Afflux de réfugiés en Suisse : quels problèmes de santé", *Revue suisse de médecine militaire et de catastrophe*, 71(4) : 105-109.
- Loutan, L. et Subilia, L. (1995). "Torture et violence organisée : leurs conséquences sur les réfugiés et requérants d'asile", *Médecine et Hygiène*, 53 : 1942-1950.
- Mahnig, H. (1997). *Migrationspolitik in sechs westlichen Industriestaaten. Deutschland, Frankreich, Niederlande, USA, Australien und Kanada*. Neuchâtel : Schweizerisches Forum für Migrationsstudien. Forschungsbericht 6.
- Mahnig, H. (1999). "La question de l'"intégration" ou Comment les immigrés deviennent un enjeu politique : une comparaison entre la France, l'Allemagne, les Pays-Bas et la Suisse", *Sociétés contemporaines*, 33/34 : 15-38.
- Métraux, J-C., 1994. *Traumatisme et deuil chez l'enfant. Famille, migration et violence*. Genève : Unité de Méd. Comm./-HCUG.
- Meyer, P. C. & Jeanneret, O. (1996). "Soziale Umwelt : sozialstrukturelle Determinanten der Gesundheit", in Felix Gutzwiller und Olivier Jeanneret (Hg.), *Sozial- und Präventivmedizin Public Health*. Bern : Huber, 480-489.
- Meyer-Fehr, P. et Bösch, J. (1988) "Gesundheitseffekte sozialer Unterstützung und sozialer Belastung bei der einheimischen Bevölkerung und bei Immigranten", *Zeitschrift der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie*, 2/2 : 151-167.
- Morgan, D. L., Krueger, R. A et King, J. A (eds) (1997). *Focus group kit* (vol 1 à 6). Thousands Oaks : Sage Publications.
- Nettleton, S. (1995). *The sociology of health & illness*. Cambridge : Poly Press.
- Niederberger, M. (1982). "Die politisch-administrative Regelung von Einwanderung und Aufenthalt von Ausländern in der Schweiz : Strukturen, Prozesse, Wirkungen", in Hoffmann-Nowotny, H.-J., Hondrich (Hg.), *Ausländer in der Bundesrepublik Deutschland und in der Schweiz : Segregation und Integration : eine vergleichende*. Frankfurt M. : Campus, pp. 11-123.
- Nutbeam D. 1998. Glossaire Promotion de la santé. Gamburg : Ed. Promotion de la santé cité dans [http://www.promotiondelasante.ch/fr/ges/con\\_ges\\_glo.asp](http://www.promotiondelasante.ch/fr/ges/con_ges_glo.asp)
- OFS (2000). *Migration et population étrangère en Suisse*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- OFSP (2000) Stratégie de l'Office fédéral de la santé publique.
- OFSP (2001). *Stratégie de la Confédération dans le domaine "migration et santé" pour les années 2002-2006*. Berne : OFSP.

- Pagano, E., Raeber, P-A., Helbling, P. und Sudre, Ph. (1998). "Centres Nationaux de référence pour la surveillance des maladies infectieuses en Suisse : Résultats d'une étude Delphi", *Soz.-Präventivmedizin*, 43 : 1-8.
- Pedrina, F., Saller, V., Weiss, R. und Würgler, M. (1999). *Kultur, Migration, Psychoanalyse*. Tübingen : edition diskord.
- Piguet, E. et Wanner, Ph. (2000). *Les naturalisations en Suisse : différences entre nationalités, cantons et communes, 1981-1998*. Neuchâtel : Office fédéral de la statistique.
- Powell, R. A. et Single H. M. (1996). "Focus Groups", *International Journal for Quality in Health Care*, 8(5) : 499-504.
- Raikka, J. (1996) (Hg.). *Do We Need Minority Rights : Conceptual Issues*. The Hague : Kluwer.
- Regamey, C. et Gropetti, H. (1999). *Minimum pour vivre : étude de diverses normes*. Lausanne : La Passerelle.
- Salis Gross, C., Moser, C. und Zuppinger, B. (1997). *Die Arzt-Patienten-Interaktion in der hausärzlichen Betreuung von Asylsuchenden und Flüchtlingen*. Basel/Berne : Schweizerisches Tropeninstitut Basel/Bundesamt für Gesundheit.
- Siem, H. et Bollini, P. (1992) (Hg.). *Migration and Health in the 1990s. Special Issue of International Migration*. Geneva : International Organization for Migration.
- Spang, T. (1999). "20 Prozent der schweizerischen Bevölkerung...", *Bulletin medicus mundi* 74.
- Spang, T. (2000). "Anforderungen, Erfahrungen und Problemlösungsstrategien in der Schweiz", in Gardemann, J., Müller W., und Remmers, A. (Hg.), *Migration und Gesundheit*, Tagungsdocumentation und Handbuch. Düsseldorf : Akademie für öffentliches Gesundheitswesen.
- Subilia, L. et al. (1995). "La santé des requérants d'asile : des parasites au stress post-traumatique", *Journal suisse de médecine*, 125 (18) (Abstract 32) : 932.
- Tabin (1999). Les paradoxes de l'intégration. Lausanne : EESP.
- Vermeulen, H. & Perlmann, J. (2000). *Immigrants, schooling and social mobility : does culture make a difference*? Hounds Mills : Macmillan Press.
- Vranjes, N., Bisig, B. und F. Gutzwiller (1996). *Gesundheit der Ausländer in der Schweiz*. Bern : BAG in Zus. mit dem ISPUZ.
- Wanner, Ph. (1996). "La fécondité des femmes de nationalité étrangère en Suisse, depuis 1981", *Démos : bulletin d'information démographique* 2/96 : 1-17.
- Wanner, Ph., Bouchardy, C. et N., Droin (1998). "Les habitudes de vie et comportements en matière de prévention des étrangers en Suisse", *Démos bulletin d'information démographique*, 2/98.
- Wanner, Ph., Bouchardy, C. et Raymond L. (2000). *Mortalité des étrangers en Suisse. Analyse par grand groupe de causes et par type de cancer 1989-1992*. Neuchâtel : Office fédéral de la statistique.

- Wanner, Ph. (2001). *Caractéristiques démographiques des populations issues de l'immigration en Suisse*. Neuchâtel : Office fédéral de la statistique, (à paraître).
- Weiss, R. et Stuker, R. (1998). *Interprétariat et médiation culturelle dans le système de soins : rapport de base*. Forum suisse pour l'étude des migrations : rapport de recherche 11.
- Weiss, R. (2001). *Migration und Gesundheit. Interdisziplinäre Perspektiven und psychosoziale Schwerpunkte*. Schweizerisches Forum für Migrationsstudien : Forschungsbericht 17.
- Weiss, R. (1993). *Therapie-Projekt für gefolterte Flüchtlinge : Machbarkeitsstudie*. Bern : Schweizerisches Rotes Kreuz.
- Wicker, H.-R. (1991). *Die Sprache extremer Gewalt. Studie zur Situation von gefolterten Flüchtlingen in der Schweiz und zur Therapie von Folterfolgen*. Berne : Institut für Ethnologie, im Auftrag des Schweizerischen Roten Kreuzes.
- Wicker, H.-R. (1993). *Die Sprache extremer Gewalt. Studie zur Situation von gefolterten Flüchtlingen in der Schweiz und zur Therapie von Folterfolgen*. Bern : Universität Bern, Institut für Ethnologie (Arbeitsblätter Nr.6).
- Wicker, H.-R. (1994). Folter und die Therapie von Folterfolgen. Eine ethnologische Annäherung, *Ethnologica helvetica* 17/18 (1993-1994) : 103-125.
- Wicker , H.-R. (1996a). "Von der komplexen zur kulturellen Komplexität", in Wicker, H-R. et al. (Hg.), *Das Fremde in der Gesellschaft : Migration, Ethnizität und Staat*. Zürich : Seismo.
- Wicker, H.-R., Bielinski, D. und Kantona, B. (1999). *Lücken in der Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen im Kanton Bern*. Bern : Forum PSBA.
- Zobel, F. (2001). *Santé et diversité : un guide pour la pratique de la prévention et de la promotion de la santé auprès des migrant(e)s*. Lausanne : Institut de médecine sociale et préventive.

*Synthèse* : Ce document présente les bases scientifiques d'une recherche sur laquelle s'appuie la stratégie de la Confédération dans le domaine « Migration et santé » pour les années 2002-2006. Il s'agit d'un rapport de base d'une étude Delphi fondée sur les opinions des représentants et des experts de ce milieu. Ce texte contient une présentation du contexte de ce champ, une description de la technique Delphi et des focus groups, enfin les résultats des étapes empiriques sur les priorités d'intervention dans le domaine « migration et santé ».

*Auteurs/es* : Milena Chimienti, sociologue ; Sandro Cattacin, politologue ; Denise Efionayi-Mäder, sociologue et dipl. DESMAP ; Martin Niederberger, sociologue ; Stefano Losa, sociologue et anthropologue.

FSM  
SFM

Institut auprès  
de l'Université  
de Neuchâtel

Institut an  
der Universität  
Neuenburg

Terreaux 1  
CH – 2000 Neuchâtel  
Tél. + 41 (0)32 718 39 20  
Fax + 41 (0)32 718 39 21  
secretariat fsm@unine.ch  
www.unine.ch/fsm  
CCP 20-3686-9