

Migration et santé

Stratégie de la Confédération pour les années 2002 à 2006



Office fédéral
de la santé publique

La présente stratégie a été élaborée par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), en collaboration avec l'Office fédéral des réfugiés (ODR), l'Office fédéral des étrangers (OFE) et la Commission fédérale des étrangers (CFE).



BAG OFSP UFSP SFOPH



BFF ODR UFR FOR



EIDGENÖSSISCHE AUSLÄNDERKOMMISSION
COMMISSION FÉDÉRALE DES ÉTRANGERS
COMMISSIONE FEDERALE DEGLI STRANIERI
SWISS FEDERAL COMMISSION FOR FOREIGNERS

Version remaniée d'après les résultats de la consultation menée auprès des offices (février 2002)

La couleur bleue de cette publication répond aux normes du Corporate Design de l'Office fédéral de la santé publique. Le choix de cette couleur ne dérive d'aucune considération ethnique, culturelle ou d'un rapport à un quelconque pays.

Cette brochure peut être consultée en allemand, en français et en italien sur le site www.bag.admin.ch

Impressum

Edition: 2002

Editeur: Office fédéral de la santé publique, Berne

Copyright: © Service Migration et Santé, OFSP, juin 2002

Rédaction: Forum suisse pour l'étude des migrations (FSM), Neuchâtel
en collaboration avec le Service Migration et Santé (OFSP)

Conception et graphisme: visu'ISA, Berne

Impression: Merkur Druck SA, Langenthal

Tirage: 700 Ex.

Distribution et commandes: OFSP, Service Migration et Santé, 3003 Berne,
téléphone 031 323 30 15, fax 031 322 24 54, E-mail elisabeth.cracco@bag.admin.ch

Imprimé sur papier blanchi sans chlore

Table des matières

	Préface	2
1	La stratégie «migration et santé» en bref	4
2	Valeurs fondamentales	8
3	Contexte et bases de la stratégie dans le domaine «migration et santé»	12
3.1	Politique migratoire et conséquences démographiques	13
3.1.1	Politique migratoire	13
3.1.2	Caractéristiques démographiques	14
3.2	Données épidémiologiques	16
3.2.1	L'épidémiologie en Suisse	19
3.3	La politique menée jusqu'ici par la Suisse dans le domaine «migration et santé»	20
4	Champs d'intervention	24
4.1	Introduction	25
4.2	Les champs d'intervention pour les années 2002 à 2006	25
5	Points forts	30
5.1	Formation	31
5.2	Information, prévention et promotion de la santé	32
5.3	Soins de santé	33
5.4	Prestations thérapeutiques pour requérants d'asile et réfugiés traumatisés	34
5.5	Recherche	35
6	Mise en œuvre de la stratégie et compétences	38
6.1	Financement	39
6.2	Questions en suspens	40
7	Défis à venir	46
7.1	Evaluation de la réalisation des objectifs	47
	Annexe I: Remarque méthodologique sur l'élaboration de la stratégie	50
	Annexe II: Disposition légales déterminantes	54
	Bibliographie et textes complémentaires	60
	Glossaire	62

Préface

Les raisons les plus diverses poussent des personnes du monde entier à venir dans notre pays. Elles fuient la pauvreté, la guerre ou les violations des droits de l'homme et espèrent en un avenir meilleur. Mais cet espoir se réalise-t-il? Force est de constater que les migrantes et les migrants vivent souvent en Suisse dans des conditions difficiles.

Le résultat des études, qui corrobore les expériences pratiques, montre qu'une partie de la population migrante est exposée à des risques importants dans le domaine de la santé. De plus, l'accès au système de santé publique est souvent plus difficile pour la population étrangère, qui représente 20 pour cent de la population résidente, que pour les Suisses.

Désireux d'aborder concrètement les problèmes du domaine «migration et santé» et en s'appuyant sur l'objectif de l'OMS «La santé pour tous en l'an 2000», l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a défini la présente stratégie en collaboration avec l'Office fédéral des réfugiés (ODR), l'Office fédéral des étrangers (OFER) et la Commission fédérale des étrangers (CFE). Cette stratégie recense les problèmes et leurs causes et définit les axes principaux d'intervention et les objectifs à atteindre.

La mise en œuvre de cette stratégie doit permettre de faire un grand pas dans la direction de la solidarité et de l'égalité des chances entre tous les habitants dans le système de santé suisse. C'est aussi un pas décisif vers l'intégration des migrantes et des migrants car santé et intégration sont en étroite relation. En effet, l'état de santé a une influence directe sur le processus d'intégration: les personnes qui n'ont pas de problème de santé s'intègrent plus facilement dans le monde du travail. Inversement, des difficultés d'intégration peuvent avoir des répercussions sur l'état de santé: l'isolement et l'insécurité engendrent des problèmes psychiques chez de nombreuses personnes. Une collaboration entre les différents acteurs concernés à tous les niveaux de l'Etat sera requise pour appliquer cette stratégie. A côté de la Confédération, il faut pouvoir compter sur l'engagement des cantons, des organisations spécialisées et des réseaux de la population migrante.

C'est seulement ainsi que nous obtiendrons l'ouverture voulue qui permettra aux êtres humains des deux sexes, de provenance diverse et de toutes les couches sociales, d'avoir accès à des prestations de santé adéquates et d'être responsables de leur propre santé.



Ruth Dreifuss

1

La stratégie « migration et santé » en bref

La stratégie présentée ici repose sur une vaste enquête menée auprès des milieux spécialisés, enquête qui a été harmonisée avec les objectifs des programmes du Conseil fédéral et des offices fédéraux. Elle compte cinq axes principaux: 1. sensibilisation aux questions touchant la population migrante et liées à l'origine et de niveau social différents ainsi qu'aux questions relatives à la formation et à la formation continue, encouragement de formes spécifiques de formation et de formation continue; 2. information, prévention et promotion de la santé au sein de la population migrante; 3. amélioration et simplification ciblées de l'accès aux soins pour la population d'origine migrante; 4. offre de thérapies à l'intention des réfugiés et des requérants d'asile victimes de traumatismes; 5. recherche et monitoring dans le domaine de l'immigration.

Cela fait des années que la Confédération travaille à cerner les problèmes de santé de la population et à réduire ces derniers par des mesures spécifiques. Ce faisant, elle se fonde sur une approche dynamique et globale de la santé, qui voit dans cette dernière bien plus que la seule absence de maladie. La santé consiste également en une bonne qualité de vie. Sécurité sociale et économique, liberté individuelle et protection de la sphère privée ainsi que confiance dans la politique et les autorités contribuent autant à la qualité de vie qu'une alimentation correcte ainsi que des conditions et des comportements favorables à la santé. Une bonne formation et un système de santé accessible à tous¹ constituent d'autres facteurs très importants de la qualité de vie et, donc, de la santé; la pauvreté représente ainsi toujours la principale menace pour cette dernière. Dans le domaine des migrations, le facteur «pauvreté» n'affecte pas de la même manière les hommes et les femmes, et il peut jouer un rôle accru selon les circonstances de la migration et les risques auxquels celle-ci expose une personne. Mais la santé considérée sous un angle global inclut également la mobilisation des processus et des potentiels que recèle la population. Ainsi, la santé implique un partage de responsabilités entre les individus, les organisations et les institutions. L'individu ou le groupe doit acquérir la capacité de combler ses propres besoins, désirs ou espoirs et de contribuer activement à modeler et à modifier son environnement.

Les mesures appliquées jusqu'ici dans le domaine de la santé en faveur de la population migrante s'inspiraient elles aussi de cette approche globale; il est question de les poursuivre ces prochaines années dans le cadre de la politique d'intégration. Ces mesures devraient être renforcées par la stratégie proposée par la Confédération dans le domaine «migration et santé», que nous présentons ici. L'un des buts de la politique suisse en matière d'étrangers, but également ancré dans l'ordonnance du 6 octobre 1986 concernant la limitation du nombre d'étrangers, prévoit depuis longtemps la création de conditions-cadre favorables à l'intégration des migrants établis. Le Conseil fédéral a confirmé ce principe dans son rapport du 15 mai 1991² sur la politique en matière d'étrangers et de réfugiés et souligné qu'il était prêt à adopter à tous les échelons de l'État, à un rythme accéléré, des mesures favorisant l'intégration. Au vu de l'importance croissante de l'intégration sociale, son encouragement a été inscrit parmi les objectifs importants du programme de législation du Conseil fédéral pour les années 1995 à 1999.

Font partie des améliorations des conditions-cadre les efforts déployés en vue de la révision de la loi sur les étrangers et de la loi sur la nationalité. Le projet de nouvelle loi sur les étrangers (message du Conseil fédéral) prévoit entre autres de faciliter le déménagement d'un canton dans un autre, ce qui devrait favoriser l'intégration professionnelle et, donc, l'intégration en général. En outre, les conditions au regroupement familial sont assouplies, de sorte que la situation sociale se trouve améliorée. Des mesures limitées d'encouragement et de sanction doivent par ailleurs renforcer la disposition des migrants à s'intégrer. Il s'agira en outre de renforcer la collaboration et de mieux coordonner les efforts d'intégration au niveau fédéral, en particulier dans les domaines de l'assurance-chômage, de la formation professionnelle et de la santé, le but étant de développer, en collaboration avec les cantons, une stratégie globale d'intégration au niveau fédéral. Les efforts d'intégration bénéficieront aussi d'une facilitation de la naturalisation, telle que la prévoit le message concernant la révision des points de la constitution qui touchent ce domaine et le nouveau droit sur la nationalité. Même après la révision de la législation sur les étrangers et sur la citoyenneté, l'insécurité liée au statut de séjour demeure, ce qui peut avoir des effets négatifs sur la santé (c'est le cas des migrantes détentrices d'un permis L ou des épouses étrangères d'un Suisse pendant les cinq premières années de mariage).

L'application de cette stratégie dans le domaine de l'asile pourrait engendrer un conflit au niveau des objectifs. Les mesures appliquées dans ce domaine s'inspirent de l'idée que l'asile politique est accordé aux personnes qui y ont droit et que les abus doivent être poursuivis. La stratégie adoptée dans le domaine «migration et santé» ne se fonde pas sur le statut de séjour, mais sur des situations à problème. En conséquence, la politique menée dans le domaine de l'asile ne peut plus ignorer la question des soins à fournir à la population qui ne séjourne dans notre pays que de manière temporaire. L'application de mesures visant l'octroi de soins dans le domaine de l'asile ne doit cependant pas conduire à des impasses ni entraîner un accroissement de l'attrait qu'exerce la Suisse en tant que pays d'asile, ce qui serait source de problèmes et de contradictions au niveau juridique.

La stratégie «migration et santé» repose sur une étude d'envergne menée auprès de nombreux experts (voir annexe I); elle dégage cinq domaines prioritaires qui appellent des interventions:

¹ Dans ce document, nous avons utilisé le masculin comme terme générique, comprenant bien sûr à la fois la forme masculine et féminine.

² Dans ce contexte, le Conseil fédéral a soumis en 1995 au Parlement, dans le cadre de la révision totale de la loi sur l'asile, un projet de révision de la loi du 26 mai 1931 sur le séjour et l'établissement des étrangers (LSEE). Le 26 juin 1998 ont été acceptées les modifications des articles 25, al. 1, let. i LSEE (base pour une commission fédérale des étrangers) et de l'art. 25a LSEE (versement de subventions par la Confédération); ces modifications sont entrées en vigueur le 1er octobre 1999. Par ailleurs, l'ordon-

nance du 13 septembre 2000 sur l'intégration des étrangers mentionne explicitement des mesures visant l'amélioration de la santé (art. 16, let. g). Dans le domaine de l'asile, la Confédération ne soutient des projets d'intégration que pour les réfugiés reconnus, et non pour les requérants d'asile. Pour ces derniers, il existe des projets visant en premier lieu à accroître les compétences sociales et professionnelles et à compenser les conséquences négatives de l'absence d'un emploi. D'autres objectifs importants sont l'aide au retour et la réintégration dans le pays d'origine (article 91, al. 1 et art. 83 de la loi sur l'asile); cf. annexe II.

- sensibilisation aux questions touchant la population migrante et liées à l'appartenance sociale et au sexe ainsi qu'aux questions relatives à la formation et à la formation continue, encouragement de formes spécifiques de formation et de formation continue (la question de l'appartenance à tel ou tel niveau social différents ou du sexe ne doit pas être considérée uniquement sous l'angle de l'immigration, mais être traitée comme un thème à part entière);
- information, prévention et promotion de la santé au sein de la population migrante;
- amélioration et simplification ciblées de l'accès aux soins, notamment pour la population migrante³ (ce qui peut avoir des conséquences pour d'autres groupes de population défavorisés, puisqu'un accès facilité aux soins profite également à ces groupes);
- offre de thérapies à l'intention des réfugiés et des requérants d'asile victimes de traumatismes (guerre, tortures, viols, violences, expériences traumatisantes liées au phénomène migratoire);
- recherche et monitoring dans le domaine de l'immigration.

Ces domaines d'intervention doivent être soutenus par une politique générale inspirée d'une approche globale de la santé en vue de définir des conditions-cadre pour l'intégration de la population migrante en Suisse (politique relative à l'entrée en Suisse, à la naturalisation, à la lutte contre le racisme et la discrimination, à l'emploi, à l'intégration et à l'égalité). A cet effet, il faudrait que les acteurs de la politique migratoire à l'échelon de la Confédération, mais aussi à celui des cantons et des communes coordonnent leur action dans l'application des mesures proposées ici. Les experts de la santé sont d'avis que l'amélioration de la coordination entre ces acteurs et de l'information sur la santé des migrants, ainsi qu'un apport de soins mieux ciblé permettront au final de réduire les coûts dans le domaine de la santé. Cet élément peut notamment contribuer à calmer le débat sur la limitation des prestations d'assurances pour les requérants d'asile. Ces experts estiment en outre que les mesures prises dans le domaine migratoire sont susceptibles de produire, grâce à une sensibilisation systématique des milieux de la santé à des situations spécifiques à certains groupes cibles, des effets positifs pour les ressortissants suisses qui connaissent des problèmes analogues à ceux vécus par une partie de la population migrante.

La présente stratégie fait appel aux différents offices fédéraux ainsi qu'aux cantons, aux communes et aux organisations privées ayant déjà fait leurs preuves dans le domaine de la santé pour mettre en œuvre les mesures proposées. Elle a été harmonisée avec les lignes directrices des offices concernés, avec le programme de législature de la Confédération pour les années 1999 à 2003 ainsi qu'avec les dispositions légales concernées.⁴

Par la présente stratégie, la Suisse joue en Europe un rôle de précurseur dans le domaine de la migration et de la santé. Au niveau continental, des efforts intenses sont déployés depuis l'automne 2001 dans le cadre du comité du Conseil de l'Europe en charge de la santé pour encourager les Etats membres à élaborer une stratégie globale en la matière. Une recommandation dans ce sens a été adoptée à la fin de novembre 2001.

³ Les mesures visant à faciliter l'accès au système de santé (modèle du Gate-Keeping p. ex.), telles que les prévoit l'ordonnance 2 sur l'asile, vont également dans ce sens.

⁴ Dans le programme de législature 1999–2003, la Confédération s'est fixé pour but de sa politique nationale en matière de santé essentiellement l'optimisation du système de protection sociale et le renforcement de l'esprit de solidarité en Suisse. En ce qui concerne la population migrante, la Confédération veut entre autres améliorer l'intégration des migrants de Suisse, en s'appuyant pour ce faire sur la loi sur l'asile et sur la révision totale de la loi sur les étrangers. Mentionnons à ce propos le fait que l'Office fédéral de la santé publique a intégré le domaine «migration et santé» dans sa stratégie, en tant que domaine prioritaire. Voir l'annexe II pour les bases légales.

2

Valeurs fondamentales

La stratégie s'inspire des valeurs que sont l'égalité des chances, l'apport de soins appropriés par le système de santé, la responsabilité individuelle, l'empowerment, la proportionnalité des mesures et leur assise scientifique.

Les recherches et les expériences réalisées ces dernières années démontrent que l'accès au système de santé pour la population étrangère, qui représente près de 20% de la population résidente suisse, est souvent plus difficile que pour les Suisses. Conséquence parmi d'autres: il n'est pas rare que des personnes de ce groupe présentent un déficit dans leur état de santé (voir aussi le chapitre 3.2). Mais la population migrante ne peut se réduire à la seule population résidente au bénéfice d'un droit de séjour garanti. Les requérants d'asile et les étrangers vivant illégalement⁵ en Suisse représentent aussi un défi particulier pour le système de santé dans les domaines préventif et curatif. Les femmes séjournant illégalement dans notre pays sont souvent victimes de réseaux internationaux qui pratiquent la traite des femmes et des fillettes; la situation de ces personnes affecte leur santé. Dans le domaine de l'asile et des réfugiés, les raisons pour lesquelles une personne fuit son pays d'origine doivent être considérées dans une approche globale de la santé et de manière différenciée selon le sexe. Le système de santé doit donc remplir différentes tâches: il doit réduire les déficits relatifs à l'état de santé d'une population migrante à l'hétérogénéité croissante, utiliser davantage les ressources dont celle-ci dispose et, ce faisant, tenir compte des efforts déployés pour contrôler l'évolution des coûts de la santé.

La Confédération a pour mandat au sens large de s'engager pour la santé de la population qui vit sur son territoire, qu'elle soit de nationalité suisse ou étrangère. En ce qui concerne la santé de la population migrante, le mandat de la Confédération s'inspire des objectifs généraux d'une approche globale de la santé. Ces objectifs reposent sur trois valeurs fondamentales, lesquelles fondent également la présente stratégie: égalité des chances, prestations adaptées et responsabilité individuelle.

- Du point de vue de la Confédération, le système de santé doit avoir l'ouverture nécessaire pour permettre à des personnes d'origine et de niveau social différents de bénéficier de prestations de santé adaptées, en fonction de leur sexe. En font également partie les personnes qui ne séjournent que temporairement en Suisse (principe de l'égalité des chances).
- Pour réaliser cette égalité des chances, il faut que le système de santé offre des prestations ciblées en fonction du groupe concerné et des problèmes propres à ce dernier. Il ne s'agit pas d'avantager la population migrante par rapport à la population indigène, mais d'améliorer l'égalité des chances par le

biais de mesures ciblées (principe de la fourniture de prestations adaptées).

- La fourniture de prestations doit prendre en compte les ressources des clients du système de santé et pousser ces derniers à une participation active. Les clients doivent également être incités à assumer plus de responsabilité, ce qui répond au principe de la responsabilité individuelle et de l'empowerment. Selon le principe de l'empowerment, chaque individu est doté de capacités avérées ou potentielles qu'il ne peut mettre à profit que si des conditions propices existent. La Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, adoptée en 1986, définit l'empowerment par les trois modes d'action suivants:
 - représenter des intérêts: influencer sur le cadre politique et social de sorte à promouvoir la santé;
 - habiliter et permettre: réaliser l'égalité des chances face au système de santé;
 - agir en médiateur et en rassembleur: action coordonnée et pluridisciplinaire de tous les acteurs.

Les valeurs fondamentales citées ici ne peuvent toutefois être appliquées que si les mesures sont proportionnelles au but recherché et qu'elles sont fondées scientifiquement. Les principes suivants sont autant de critères permettant d'assurer la légitimité, l'efficacité et l'efficacité de la stratégie: égalité des chances, fourniture de prestations adaptées, responsabilité individuelle, empowerment, proportionnalité, assise scientifique. Ces principes se veulent autant de références dans la fixation de priorités.

⁵ Sans autorisation de séjour

3

Contexte et bases de la stratégie dans le domaine «migration et santé»

La recherche et l'expérience montrent qu'une partie de la population migrante est exposée à des risques importants pour la santé. Des études (voir bibliographie) confirment l'existence de ces risques, qui se cumulent chez les migrants par rapport à d'autres groupes de population. La structure sociodémographique spécifique à la population migrante (engendrée par la politique migratoire pratiquée) peut être considérée comme point de départ pour expliquer cette problématique. Cette dernière est surtout fonction de l'appartenance à tel ou tel niveau social différents, mais le vécu migratoire joue également un rôle. C'est pour cela que les mesures se sont concentrées jusqu'ici sur la résolution des problèmes liés à la situation sociale et sur les problèmes de santé spécifiques à la population migrante. Ce constat s'applique également à la politique pratiquée jusqu'à présent en Suisse dans le domaine «migration et santé».

Lorsque, dans les années 60 et 70, la recherche en sciences sociales commença à traiter du thème «migration et santé», elle s'attacha surtout à souligner les problèmes de santé engendrés par le phénomène migratoire. On se pencha d'abord sur le problème de l'instabilité psychique, puis sur les questions liées à l'appartenance sociale de certains groupes de population migrante. Dans ce contexte, la question de l'intégration des migrants dans leur «nouvelle patrie» revêtait une signification particulière, et l'accent fut mis sur trois éléments importants: la possibilité d'une mobilité de classe (à savoir de passer d'une classe sociale à une autre), le soutien psychosocial et, de manière générale, l'accroissement de l'offre de prestations visant l'intégration, dont le but était de réduire les différences entre la population migrante et la population établie de longue date. Ces mesures devaient contribuer à ouvrir toute la société, et plus particulièrement certains de ses secteurs, comme l'économie, l'Etat, l'école et le système de santé. Cette démarche était censée amener une égalité de traitement de la population migrante.

Dans les années 70, les chercheurs estimèrent les résultats de cette stratégie d'assimilation de la population migrante et d'ouverture de la société décevants. Ils arrivèrent à la conclusion que les problèmes spécifiques induits par le phénomène migratoire n'avaient pas suffisamment été pris en compte. Les modèles standards destinés au domaine médico-social qui reposaient sur l'idée d'une même offre pour toute la population n'eurent pas d'effets en raison de l'hétérogénéité croissante de la population migrante. On assista à la fin des années 70 et surtout pendant les années 80 à une réaction qui déboucha sur des recherches et des expériences misant sur la volonté «d'aller à la rencontre» des migrants: aller à leur rencontre pour une meilleure compréhension et pour une meilleure prise en compte de leurs spécificités en tant que groupe migrant; mais aussi aller à leur rencontre pour leur donner des compétences devant leur permettre à terme de résoudre eux-mêmes leurs problèmes.

Ces développements dans le domaine médico-social sont aujourd'hui connus, et la question qui se pose en premier lieu est de savoir comment les fournisseurs de prestations peuvent s'adapter à la grande complexité qui règne dans ce domaine. L'une des voies envisagées aujourd'hui pour améliorer la santé de la population migrante réside dans la promotion de systèmes de santé qui

- réduisent au minimum les entraves pour y accéder (mot-clé: «ouverture»),
- 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; mot-clé: «pluralisme»), et

- facilitent la résolution autonome de problèmes et l'application de mesures décidées de manière autonome (mot-clé: «empowerment»).

Ces éléments, tout en améliorant les chances, pour la population migrante, de bénéficier de soins adaptés, s'inscrivent dans une démarche visant des objectifs plus ambitieux, comme l'intégration de la population migrante. Il devient également possible de réduire les effets secondaires indésirables causés par le stress inhérent au phénomène migratoire, effets qui peuvent engendrer des comportements agressifs et violents.

3.1 Politique migratoire et conséquences démographiques

Comment appliquer dans notre pays une telle stratégie, qui allie ouverture du système de santé, mesures spécifiques à l'intention des différents groupes de migrants et responsabilisation? Pour répondre à cette question, il faut d'abord se pencher sur la situation particulière de la Suisse, sur laquelle la présente stratégie a été fondée. Voici à cet effet une description de sa politique migratoire et des effets que cette dernière a eus sur la structure sociodémographique de la population migrante.

3.1.1 Politique migratoire

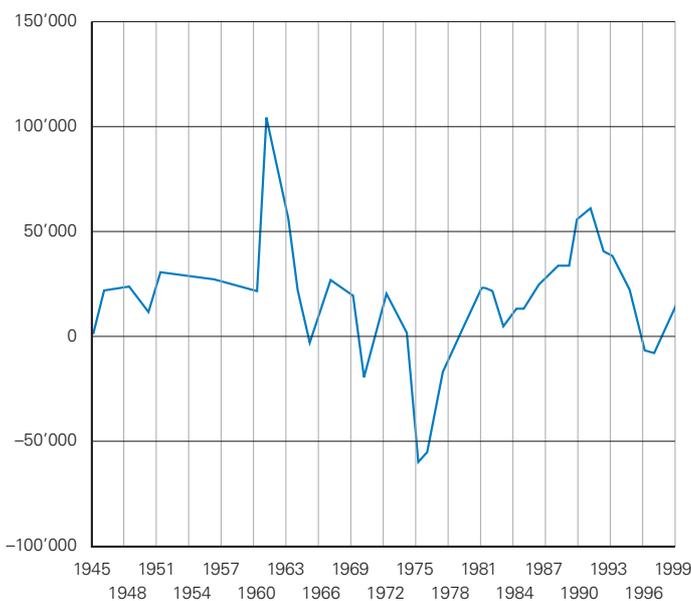
La politique migratoire suivie par la Confédération doit aujourd'hui tenir compte de tous les aspects du phénomène migratoire si elle veut être cohérente et globale. En font partie les politiques en matière d'étrangers (concernant notamment le droit de séjour), d'asile et d'intégration, auxquelles il faut ajouter la politique migratoire extérieure (cf. art. 3 du projet de nouvelle loi sur les étrangers soumis à consultation). La politique relative au droit de séjour intéresse toute l'économie; elle doit tenir compte de manière appropriée des besoins culturels et économiques sans entraver un développement démographique et social équilibré. Les décisions relatives au droit de séjour doivent prendre en considération les engagements pris au plan international ainsi que les motifs humanitaires. La politique d'intégration doit notamment permettre une cohabitation harmonieuse des populations indigène et étrangère, qui soit fondée sur des valeurs communes et sur l'ordre établi ainsi que sur l'égalité des chances d'accéder aux ressources économiques et sociales. La politique migratoire extérieure a pour but de réduire les mouvements migratoires non volontaires, notamment par la promotion des droits humains et de la démocratie ainsi que par un développement économique et social durable et équilibré dans les pays de provenance.

La politique suisse en matière de migration a longtemps été caractérisée par des considérations économiques (marché de l'emploi) et par la question identitaire (crainte de la «surpopulation étrangère»). L'immigration devait en effet favoriser la croissance économique de l'après-guerre sans pour autant mettre en péril «la spécificité culturelle suisse». En réponse à l'émergence de courants xénophobes vint s'ajouter un troisième aspect dans les années 70: la politique d'intégration, qui se développa surtout dans certains cantons et dans certaines villes, mais qui demeura embryonnaire à l'échelon fédéral. Un quatrième pilier de cette politique migratoire est constitué de partenariats au niveau international, qui lient de plus en plus la Suisse à un système de droits et de devoirs à l'égard des migrants (songeons aux prétentions légales liées au regroupement familial, conséquence de l'adoption de la convention européenne des droits de l'homme, ou aux accords bilatéraux conclus avec l'Union européenne) et notamment à l'égard des requérants d'asile et des réfugiés (engagement de notre pays vis-à-vis du droit international découlant de la convention de Genève sur les réfugiés, par exemple). De là est née dans les années 60 une politique systématique en matière d'asile. Ces quatre piliers constituent, d'un côté, une réponse aux réalités de la Suisse en tant que pays d'immigration, d'un autre côté, ils engendrent des mouvements migratoires qui débouchent sur une structure démographique spécifique. Les groupes cibles sont définis à partir de cette structure démographique, qui représente le point de départ de la stratégie «migration et santé».

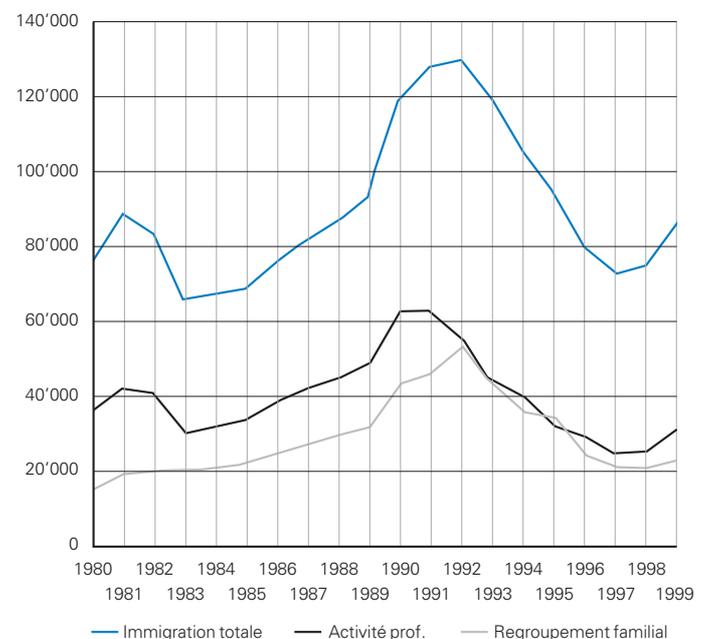
3.1.2 Caractéristiques démographiques

Actuellement, quelque 19,3% (env. 1,4 million de personnes) de la population résidante de Suisse est de nationalité étrangère (personnes au bénéfice d'une autorisation d'établissement ou d'un permis de séjour à l'année). Les femmes représentent environ 47% de cette population. On compte encore 5% de la population ayant acquis la nationalité suisse depuis 1945. Il faut également considérer parmi la population migrante les personnes qui ne séjournent que temporairement en Suisse. Elles sont actuellement près de 140'000 dans ce cas (requérants d'asile et personnes admises à titre provisoire: 77'842; saisonniers: 30'999; personnes au bénéfice d'un permis de séjour de courte durée: 28'766). Ces vingt dernières années, la Suisse a accueilli chaque année quelque 90'000 personnes désireuses d'y vivre ou d'y travailler. Le nombre des personnes ayant quitté la Suisse pour rentrer dans leur pays d'origine est un peu inférieur (graphique 1). Dans l'ensemble, le solde migratoire des femmes étrangères est plus élevé que celui des hommes étrangers. Voici résumées les principales caractéristiques de la population migrante:

- La majeure partie des personnes qui la composent sont venues en Suisse soit pour y travailler, soit dans le cadre de mariages binationaux ou de regroupements familiaux (graphique 2). La quête d'un asile (graphique 3) ou la recherche d'une formation représentent d'autres raisons importantes de la venue en Suisse.

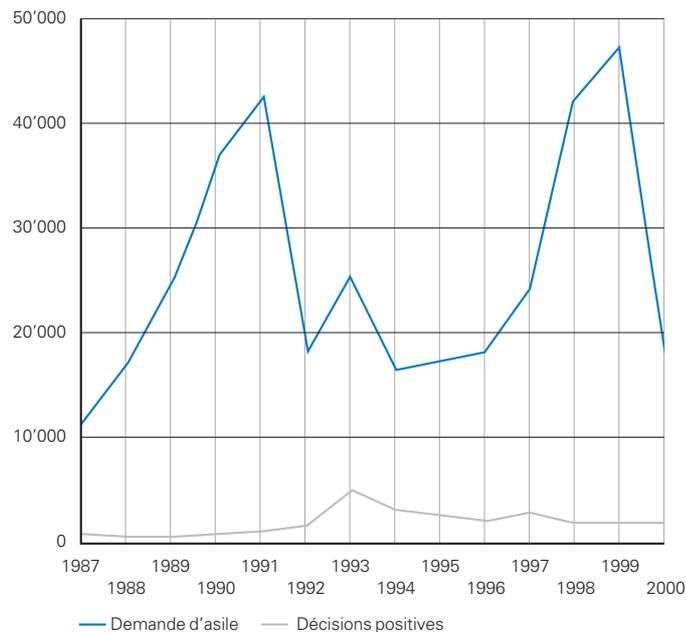


Graphique 1
Solde migratoire de la Suisse (immigration moins émigration),
1945-1999
Population résidante permanente – Source OFS



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

- La durée de séjour varie énormément, toutefois, on peut distinguer les migrants qui ne passent que quelques années ou une grande partie de leur vie en Suisse, de ceux qui ont quitté leur patrie pour des raisons politiques et qui se sont établis pour toujours dans notre pays. A ces personnes s'ajoutent les requérants d'asile et les personnes nécessitant une protection, qui ne restent souvent que peu de temps en Suisse.
- Les migrants arrivent généralement en Suisse lorsqu'ils sont jeunes, soit au terme de leur formation ou au début de leur vie professionnelle. Ce groupe est soumis à une grande fluctuation. Pour cette raison, sa structure par âges diffère beaucoup de celle de la population indigène. Ces trente dernières années cependant, la population migrante a elle aussi vieilli, une tendance appelée à se renforcer à l'avenir (graphiques 4a et 4b).
- En dépit du regroupement familial, les migrants de Suisse ne disposent pas d'un réseau de parents complet, qu'ils pourraient mobiliser. Ce facteur peut contribuer à créer un surmenage dans le cadre familial, mais il peut aussi favoriser le développement de réseaux fonctionnels équivalents (associations culturelles ou sportives, lieux de rencontre, extension de la notion de famille). Rappelons ici combien le rôle des migrantes est essentiel dans la mise sur pied et l'entretien de réseaux à l'intérieur de la famille et vis-à-vis de l'extérieur. Les femmes transmettent traditions et valeurs, c'est pourquoi elles peuvent fournir un apport précieux dans les projets de promotion de la santé.
- La plupart des migrants étaient au départ originaires des pays voisins de la Suisse; le recrutement de main-d'œuvre fut ensuite étendu à l'ensemble du bassin méditerranéen. La population migrante est désormais très hétérogène. Les raisons de cette diversité sont en premier lieu la globalisation du marché de l'emploi et les mouvements migratoires des requérants d'asile, qui viennent souvent de très loin. Indépendamment de ces phénomènes, la population migrante de Suisse est originaire d'Europe à près de 90% (de 84% si l'on excepte la Turquie, et de 56% si l'on ne considère que les pays membres de l'UE/AELE; tableaux 1 et 2).
- Parmi les caractéristiques sociodémographiques de la population migrante, on relève un niveau de formation et de salaire inférieur à celui de la population indigène, un taux de chômage supérieur et une moins grande sécurité de l'emploi. Là encore, les femmes sont plus vulnérables, et les migrantes non qualifiées travaillent dans les branches de l'industrie et des services qui sont les plus exposées aux fluctuations de la conjoncture (textile, habillement, hôtellerie et restauration notamment). Le même constat s'applique aux working poor: les personnes qui travaillent dans des branches à faible rémunération comme l'hôtellerie et la restauration, le commerce de détail et le textile sont en grande partie des working



Graphique 3

Asile: demandes déposées et demandes acceptées
(1987–2000)

Source ODR

poor, parmi lesquels on trouve une proportion importante de migrantes. La pauvreté influe négativement sur le comportement en matière de santé: les personnes pauvres font souvent des économies dans le domaine de la santé.

- Les migrants des deux sexes sont significativement moins actifs que les indigènes pour ce qui est des activités physiques bénéfiques pour la santé. Les différences sont encore plus nettes pour les migrantes.
- Ces dernières années, le pourcentage de femmes parmi la population migrante a augmenté tant dans le domaine de l'immigration économique que de celle liée à l'asile. Un peu plus de 40% des demandeurs d'asile sont des femmes, mais la grande majorité des femmes migrantes proviennent des Etats membres de l'UE ou de l'AELE (voir OFS 2001: 69). Dans la population migrante, les conditions de séjour et les conditions de vie des femmes sont généralement moins bonnes que celles des hommes (voir aussi p. 19).

3.2 Données épidémiologiques

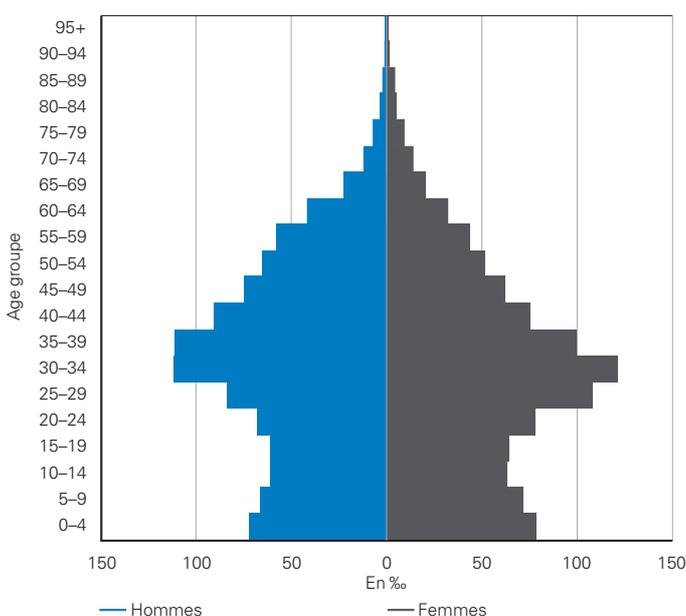
Les milieux spécialisés ne contestent plus guère qu'il existe des liens entre les inégalités sociales, d'une part, et la mortalité ou la morbidité, d'autre part. La situation relative à la santé des personnes migrantes est un peu plus complexe. Cette population présente des différences bien plus grandes dans ses conditions de vie et de socialisation que la population indigène. Ces différences s'expliquent par le fait que les personnes migrantes sont souvent exposées à des conditions défavorables qui peuvent revêtir plusieurs formes:

- Les personnes migrantes appartiennent dans leur majorité à des couches sociales peu élevées ou à des groupes professionnellement défavorisés, ce qui a des conséquences négatives sur leur santé. La ségrégation pratiquée à l'encontre des femmes sur le marché du travail fait que les migrantes se retrouvent souvent au bas de l'échelle pour ce qui est du revenu, des qualifications et de la situation professionnelle. En résultent des risques accrus pour leur santé, mais aussi une perception plus limitée de leurs propres intérêts dans ce domaine.
- L'insécurité induite par le statut de séjour avant tout entraîne un risque accru pour la santé chez les requérants d'asile et, parfois, chez les personnes au bénéfice d'un permis de séjour de durée limitée (danseuses de cabaret ayant obtenu un permis L p. ex.). Mais la dépendance des épouses étrangères de citoyens suisses du point de vue du statut de séjour

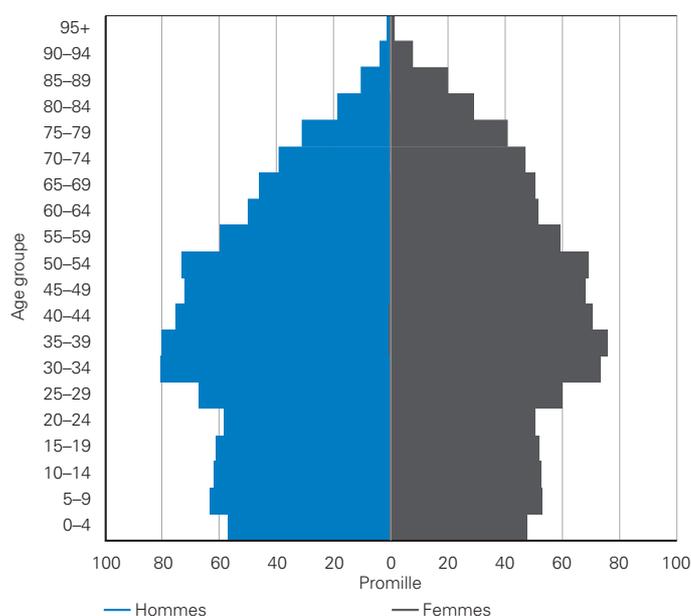
produit souvent des effets négatifs sur leur santé physique et psychique. Les migrantes sont surreprésentées dans les maisons d'accueil pour femmes.

- De cette insécurité induite par le statut de séjour sont plus particulièrement affectées les personnes séjournant illégalement qui sont en quête de travail et qui n'ont que des droits limités sur le plan social.
- Outre les conditions de vie des personnes migrantes, les contacts qu'elles ont avec les institutions sociales du pays d'accueil sont marqués par leur vision du monde et surtout par le degré de maîtrise de la langue (problèmes de communication, répartition des rôles, valeurs, religion). La manière dont les personnes migrantes sont perçues par leur environnement joue également un rôle (mise à l'écart, discrimination). Les migrantes travaillent souvent dans des branches du tertiaire peu considérées socialement. Cette situation influe négativement sur leur santé. C'est ainsi que l'état de santé des migrantes est nettement moins bon que celui des migrants.
- Enfin, les causes et les conséquences du processus migratoire (déracinement, traumatisme, fuite, souvenirs de tortures) peuvent également influencer notablement sur les conditions de vie et sur l'état de santé des personnes migrantes.

Tous ces aspects ne doivent pas nous faire oublier que les migrants possèdent également des ressources qui peuvent leur permettre de compenser certains désavantages (réseaux sociaux, état de santé plutôt bon des personnes qui émigrent).



Graphique 4a
Pyramide des âges de la population étrangère en Suisse (situation au 31 décembre 98)



Graphique 4b
Pyramide des âges de la population suisse (situation au 31 décembre 1998)

Tableau 1
Composition de la population
étrangère résidente de Suisse,
par nationalité (1995–1999)

Population résidente selon la nationalité	1995	1999	1999
Total	1'482'759	1'537'119	100%
Europe	1'324'608	1'345'142	88%
<i>UE-AELE</i>	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%
<i>Non UE-AELE</i>	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%
Afrique	38'785	49'400	3%
Amérique	40'119	48'574	3%
Amérique du Nord	16'637	18'482	1%
Amérique latine	23'482	30'092	2%
Asie	76'343	90'532	6%
Océanie	2'040	2'633	0%
Apatrides, d'origine inconnue	865	837	0%

Source: Office fédéral de la statistique

Tableau 2
Personnes relevant
du domaine de l'asile¹

Nationalité	1995	2000	2000
Total	75'609	71'957	100%
Europe	40'842	31'132	43%
<i>Pays de l'UE et de l'AELE</i>	11	8	0%
<i>Pays hors de l'UE et de l'AELE</i>	40'831	31'124	43%
Albanie	294	399	1%
Ex-Yougoslavie	34'825	26'644	37%
Roumanie	445	95	0%
Turquie	4'701	3'211	4%
Autres pays	566	775	1%
Afrique	10'592	15'297	21%
Ethiopie	601	1'289	2%
Algérie	544	870	1%
Angola	2'308	2'743	4%
Congo (Ex-Zaïre)	1'129	1'692	2%
Somalie	3'802	4'863	7%
Autres pays	2'208	3'840	5%
Amérique	500	412	1%
Asie	23'162	24'367	34%
Sri Lanka	18'349	15'742	22%
Irak	426	2'839	4%
Iran	852	1'051	1%
Liban	713	189	0%
Pakistan	721	551	1%
Autres pays	2'101	3'995	6%
Australie/Océanie	1	1	0%
Apatride, inconnue	512	748	1%

Source OFS

¹ Permis F et N

Mais il ne fait pas de doute que les risques pour la santé augmentent lorsque les facteurs «origine et niveau social différents», «barrière linguistique», «conditions de vie précaires» (sans parler d'éventuels traumatismes de guerre) se renforcent les uns les autres avec le temps. Les experts de la santé sont unanimes à affirmer que la population migrante est nettement plus exposée au risque de maladie.

3.2.1 L'épidémiologie en Suisse

Des enquêtes épidémiologiques lacunaires n'ont permis de confirmer qu'en partie les risques qu'encourt en Suisse la population migrante pour sa santé. Des études fragmentaires portant sur la consommation de drogue, sur la fréquence du VIH et du sida et sur certains groupes de migrants montrent cependant que les liens constatés dans des études européennes sont parfaitement transposables en Suisse.

Les enquêtes suisses sur la santé de 1993 et de 1997, qui n'ont concerné que les personnes migrantes qui parlaient une des langues officielles, ont été analysées sous l'angle migratoire et ont donné les résultats suivants:

- La perception que les personnes migrantes ont de leur état de santé est moins bonne que celle des Suisses.
 - On constate d'après les résultats de l'enquête de 1993 que les personnes d'origine étrangère vont plus souvent voir un médecin pour des prestations généralistes, alors qu'elles recourent moins souvent à des spécialistes. Dans l'ensemble cependant, le recours à des prestations médicales n'est pas plus important dans la population migrante que dans la population suisse, alors qu'on pourrait s'attendre à une consommation plus grande de tels services de la part de la première. Selon l'enquête donc, la population migrante ne pèse pas davantage que la population suisse sur le système de santé.⁶
 - L'enquête de 1997 montre en outre que, par rapport à la population suisse, la population migrante consulte plutôt un médecin en cas de maladie ou d'accident qu'à des fins de prévention ou pour des conseils.
 - Dans l'ensemble, on constate au vu des résultats de l'enquête que la situation sanitaire est un peu moins bonne dans la population migrante, ce qui se traduit par une durée d'alitement pour cause de maladie légèrement plus longue.
- Les résultats d'autres études viennent compléter ceux de l'enquête suisse sur la santé.
- Les nombreuses données de la statistique dans ce domaine montrent que la mortalité périnatale est plus élevée dans les groupes qui ne séjournent en Suisse que depuis peu, et qu'une partie des femmes migrantes se soumet moins souvent à des consultations prénatales.
 - Pour mieux cerner la situation de certains groupes particuliers, il importe de faire une distinction entre les migrants en quête d'un travail et les requérants d'asile. Ces deux groupes sont confrontés en Suisse à des conditions de vie et de séjour totalement différentes et n'ont pas du tout la même histoire migratoire. L'une des caractéristiques essentielles des personnes qui partent à l'étranger en quête d'un emploi ou qui sont recrutées à cet effet est qu'elles présentent un état de santé meilleur que la moyenne (on parle ici de «healthy migrant effect»).
 - Pour apprécier au mieux la situation de ce groupe, il faut également tenir compte des risques et des maladies liés au fait que souvent, les personnes migrantes exercent en Suisse un travail astreignant sur le plan physique (travail très physique, travail de nuit ou en équipe). Les statistiques dont on dispose en Suisse et les études internationales réalisées à ce sujet dressent des constats similaires et font ressortir une fréquence nettement plus élevée d'accidents de travail et d'invalidité dans la population migrante.
 - De manière générale, les réfugiés contraints d'émigrer subissent de nombreux facteurs de stress, comme des déplacements forcés, la guerre ou des atteintes à leur intégrité. Ces expériences sont souvent à l'origine de trouble post-traumatiques qui peuvent atteindre différents degrés. De tels troubles affectent notamment les victimes de tortures. Les troubles psychiques (et parfois physiques) dont elles souffrent peuvent entraîner l'apparition de maladies aiguës ou de pathologies chroniques peu connues dans le pays d'accueil.
 - D'un point de vue somatique, des maladies telles que la malaria, l'hépatite B ou d'autres maladies parasitaires, ainsi

⁶ Ce constat ne peut être appliqué sans autre au domaine de l'asile, qui n'a pas été pris en compte dans l'étude en question. Il est probable que ce domaine comporte davantage de facteurs de risques, ce qui a des conséquences au niveau des coûts. Mais on ne dispose pas encore d'études à ce sujet.

que certaines maladies sexuellement transmissibles sont plus souvent diagnostiquées depuis quelque temps chez les nouveaux immigrants, notamment parmi les requérants d'asile et les réfugiés de pays extra-européens.

En conclusion, on peut retenir que les études épidémiologiques réalisées jusqu'ici sont trop limitées pour donner une vision suffisante de la situation sanitaire de la population migrante en Suisse. Encourager à combler cette lacune est donc l'un des objectifs de la présente stratégie. Autre point d'interrogation: les problèmes constatés résultent-ils plutôt de difficultés pour accéder au système de santé ou pour communiquer avec le personnel spécialisé, ou des pathologies induites par les mouvements migratoires mêmes sont-elles en cause? Il semble relativement clair que seules une combinaison entre des mesures adaptées aux groupes cibles et l'amélioration de l'accès aux services de santé permettront de relever les défis à venir.

3.3 La politique menée jusqu'ici par la Suisse dans le domaine «migration et santé»

La nécessité d'agir dans ce domaine a servi dès le début des années 90 d'impulsion pour promouvoir des mesures ciblées à l'intention de certains groupes de migrants. La question du coût de l'asile a elle aussi fait l'objet de plusieurs débats, qui ont entre autres débouché sur des initiatives aux échelons national et cantonal.

Dans les cantons, des instruments ont été développés afin de réduire les difficultés que les migrants éprouvent pour accéder au système de santé (points de contact, services d'interprétariat ou projets de réseaux). Des mesures spéciales ont été développées entre autres pour les personnes ressortissant au domaine de l'asile. Des mesures de prévention et de promotion de la santé ont en outre été développées à l'intention de la population migrante. Sur ce terrain, la plupart des cantons laissent agir des organismes privés et autofinancés; nous savons que 10 cantons ont développé une politique cantonale autonome dans ce domaine. Deux approches différentes 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 Zurich 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. 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, Schwyz et Soleure) et le recours à des mesures systématiques (Bâle et

Genève). Il est à relever que dans la plupart des cantons, ce sont des organisations privées, parfois soutenues par les pouvoirs publics, qui participent à la plupart des interventions dans le domaine de la santé des migrants. Il n'y a que dans les cantons de Genève, de Neuchâtel, de Bâle-Ville et de Bâle-Campagne que les autorités sont à l'origine des mesures appliquées.

Au niveau fédéral a été développé, entre autres, le «projet migration et Santé». 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 migrante. Partant de la prévention contre le sida, la cible du projet-pilote de l'époque a peu à peu été élargie à la prévention dans le domaine de la drogue et à d'autres thèmes liés à la promotion de la santé.

En 1996, un service migration a été créé au sein de la division Dépendances et sida de l'Office fédéral de la santé publique. Ce dernier a conclu par la suite un certain nombre de contrats de prestations avec différentes institutions. Ces institutions soutiennent avec des ressources limitées différentes initiatives en vue d'améliorer la santé de la population migrante (formation de relais multiplicateurs, soutien à des services de conseil aisément accessibles et peu bureaucratiques, recherche et adaptations dans les domaines services d'interprètes et migration et dépendances, formation continue pour les personnes travaillant dans la santé, mesures pour sensibiliser les services de santé standards, matériel de prévention et d'information à l'intention de la population migrante, activités de coordination régionale et mise sur pied de réseaux dans le domaine des migrations et de la santé).

Quelques-unes des mesures citées ont également bénéficié d'un soutien de la part de l'Office fédéral des réfugiés, dans le cadre de l'encouragement de l'intégration des réfugiés reconnus comme tels, mais ces efforts n'ont pas été coordonnés au niveau fédéral. Signalons que l'Office fédéral des réfugiés apporte depuis 1995 une contribution modeste au travail du Centre de thérapies pour victimes de tortures et qu'il continue de soutenir financièrement les projets d'intégration des réfugiés reconnus qui ont pour objectif la promotion de la santé, entre autres. En outre, cet office rembourse également les sommes versées par les cantons en faveur des réfugiés disposant d'une autorisation de séjour, dont le séjour a été autorisé dans le cadre d'un programme spécial du HCR destiné aux personnes invalides ou qui font partie d'un groupe spécial, autorisé à rester sur décision du Conseil fédéral ou du Département fédéral de justice et police, et dont les membres, qui requièrent une aide permanente, étaient déjà invalides ou malades au moment de leur entrée en Suisse.

L'Office fédéral des réfugiés rembourse aux cantons les frais de santé des requérants d'asile et des personnes admises à titre provisoire (primes d'assurance-maladie, traitements médicaux spéciaux et contributions aux frais d'hébergement dans des

institutions qui ne sont pas prises en charge par les sociétés d'assurance 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 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.

Signalons enfin l'entrée en vigueur, en automne 2000, de l'ordonnance sur l'intégration des étrangers (OIE), dans laquelle un des domaines bénéficiant d'un encouragement concerne la santé de la population étrangère.

4

Champs d'intervention

4.1 Introduction

La stratégie «migration et santé» suit une approche globale et se fonde sur le principe de l'égalité des chances. Cela implique une ouverture du système de santé telle que des personnes des deux sexes, d'origines diverses et de toutes les couches sociales puissent accéder à des prestations de santé adaptées. Les institutions devront concevoir à l'avenir leurs prestations pour l'ensemble de la population et dispenser celles-ci en conséquence. La présente stratégie vise à long terme un système de santé capable, avec ses institutions, d'entrer en matière sur les besoins d'une société que les migrations auront changée. A titre d'exemple, ce système devra pouvoir comprendre les besoins spécifiques des différents groupes de clients et encourager, dans le cadre de la formation (de base ou continue) du personnel médical, une approche professionnelle à l'égard des besoins d'une clientèle hétérogène, appartenant à une société multiculturelle. Un tel objectif ne pourra être rempli qu'au terme d'une longue phase de changements dans la formation du personnel médical.

Cinq champs d'intervention concrets ont été définis pour les années 2002 à 2006, sur la base de l'étude dont s'inspire le présent rapport. Ces cinq domaines sont prioritaires. Nous présentons brièvement ci-après les principaux champs d'intervention et évaluons les effets des mesures proposées. Nous énumérons à cet effet les différents éléments de la stratégie, qui ne permettront toutefois la réussite du programme que s'ils sont combinés et qu'ils interagissent entre eux.

4.2 Les champs d'intervention pour les années 2002 à 2006

Les expériences tirées de la pratique et les enseignements de la recherche sur lesquels nous nous sommes systématiquement fondés lors de l'élaboration de la présente stratégie (cf. annexe I) nous amènent à considérer les cinq champs d'intervention suivants, cités par ordre d'importance:

1. Formation et formation continue,
2. Information, prévention et promotion de la santé,
3. Soins de santé,

4. Offre de thérapies pour les réfugiés et les requérants d'asile traumatisés,
5. Recherche (bases, évaluation et monitoring).

Il est nécessaire d'intervenir à ces cinq échelons pour améliorer l'accès au système de santé et pour que des prestations spécifiques puissent être fournies. Les champs d'intervention cités comprennent des mesures qui visent les différents objectifs. Leur ordre correspond à celui des priorités définies pour leur application et leur financement.

1. Dans le domaine de la formation, trois éléments en particulier devraient favoriser l'égalité des chances et la fourniture de prestations adaptées.

■ Il s'agira de mettre sur pied une formation d'interprète officiellement reconnue dans le domaine médico-social. Une telle formation aura pour objectif d'améliorer la compréhension grâce aux services d'interprètes professionnels.⁷ Dans le domaine médical, mais également dans le domaine social, il s'agira de mettre sur pied une formation officiellement reconnue de la médiation interculturelle, dans le but d'améliorer l'information, la prévention et la promotion de la santé au sein de la population migrante, grâce à des médiateurs interculturels professionnels.

■ Il s'agira de mettre sur pied une offre de formation et de perfectionnement aux professions de la santé permettant des interventions différenciées selon le sexe et mieux adaptées à la situation des personnes migrantes. Ces formations s'adresseront aux médecins, au personnel soignant ainsi qu'au management des établissements proposant des services dans le domaine de la santé. On examinera en outre s'il est opportun d'introduire dans la formation de base aux professions de la santé une sensibilisation à ces questions, avec pour objectif d'améliorer la compréhension avec les personnes migrantes dans le domaine de la santé.

2. Dans le deuxième champ d'intervention, qui concerne l'information, la formation et la promotion de la santé, on abordera en premier lieu deux domaines qui visent une plus grande responsabilité individuelle, l'égalité des chances et la fourniture de prestations adaptées.

⁷ Le recours à des interprètes ne doit pas se faire au détriment d'autres mesures d'intégration, comme l'apprentissage d'une langue ou l'éveil d'un intérêt pour un tel apprentissage.

- Il s'agira de promouvoir auprès de la population migrante, dans le domaine de la santé, les initiatives qui mobilisent les ressources propres à cette population. Ces dernières devraient permettre d'améliorer de manière générale les effets des mesures préventives ainsi que le comportement en matière de santé. Objectif: promotion de la santé et empowerment.
 - Le deuxième domaine concerne les fournisseurs de prestations dans le secteur de la santé, qui doivent être encouragés à adapter leur offre à une clientèle hétérogène et à utiliser les offres de perfectionnement professionnel dans ce domaine. Objectif: favoriser la compréhension des responsables de la santé pour les questions propres à la population migrante, en fonction du sexe, en vue de l'application de mesures adaptées.
3. Trois ensembles de mesures sont envisagés au niveau des soins de santé. Ceux-ci visent l'égalité des chances et l'adéquation de l'offre aux besoins spécifiques de la population migrante.
- Il s'agira de promouvoir dans les agglomérations comptant une proportion importante de personnes migrantes vulnérables une offre de prestations facile d'accès. Objectif: éliminer les obstacles pour accéder au système de santé et mieux faire connaître les prestations à leurs destinataires potentiels.
 - On encouragera en outre des services de médiation et de coordination à mieux faire connaître les différentes offres et à améliorer la coordination entre les fournisseurs de prestations, d'une part, et entre ces derniers et la population migrante, d'autre part. Objectif: mieux faire connaître l'offre, améliorer la collaboration entre les fournisseurs de prestations, cibler l'offre.
 - Enfin, il s'agira de recourir davantage à des interprètes dans le domaine de la santé: Objectif: améliorer la communication entre les fournisseurs de prestations et les clients.
4. Dans le domaine des soins aux victimes de traumatismes, on relèvera en particulier deux éléments qui visent une fourniture de prestations adaptées et l'égalité des chances.
- L'offre destinée aux personnes ayant subi un traumatisme de guerre ou des tortures doit pouvoir répondre aux différentes situations et être adaptée à la demande. Il s'agira donc d'un côté de continuer à soutenir les prestations proposées dans ce domaine et à en évaluer régulièrement les effets. Objectif: améliorer l'offre existante essentiellement pour les personnes victimes de traumatismes qui sont susceptible de demeurer un temps relativement long en Suisse.
 - D'un autre côté, le nombre de prestations à bas seuil proposées aux requérants d'asile souffrant de traumatismes est

insuffisant (les enfants et les femmes sont ici particulièrement visés par une telle offre). Objectif: mise en place d'une offre décentralisée et aisément accessible à l'intention des personnes souffrant de traumatismes, en particulier de celles dont la durée de séjour n'est pas établie.

5. Au niveau de la recherche, trois domaines ne bénéficient pas d'une couverture suffisante. Pallier ces lacunes revient à remplir une condition préalable à la poursuite des autres tâches, puisque sans fondements ni accompagnement scientifiques, il ne serait pas possible d'appliquer des mesures permettant de fournir des prestations adaptées aux besoins et aux circonstances.
- Il s'agira de recourir ponctuellement à une recherche fondamentale axée sur les problèmes à résoudre (également ceux particuliers à l'un des sexes), ce qui permettra d'analyser des questions spécifiques dans une perspective à moyen terme. Objectif: proposer des aides scientifiquement fondées et permettant d'orienter les mesures en fonction des besoins.
 - Un monitoring de la santé de la population migrante permettra de recueillir des informations épidémiologiques qui serviront de point de départ à l'élaboration de mesures selon le groupe de migrants et le sexe. Objectif: identifier de nouvelles problématiques et développer des aides pour déterminer les priorités à venir.
 - L'application des mesures devra s'accompagner d'analyses régulières destinées à apprécier leur efficacité et leur efficacité. Objectif: mesurer l'efficacité et les effets, permettre des processus d'apprentissage dans le cadre des projets.

Les champs d'intervention énumérés sont représentés dans le tableau suivant. Les mesures seront évaluées en fonction des effets attendus à moyen terme (pour les années 2002 à 2006; cf. tableau 3). Efficacité et efficacité constituent ici les critères d'appréciation du groupe d'experts qui a accompagné l'élaboration de la présente stratégie. Les évaluations présentées ici partent du principe que les effets des mesures qui seront prises dans les différents champs d'intervention entraîneront à terme une meilleure utilisation des ressources. Le tableau doit permettre de mieux s'y retrouver et pourra servir de référence dans des analyses ultérieures.

A ce stade, il nous paraît important de souligner la chose suivante: la subdivision de la présente stratégie en différents champs d'intervention facilite la définition de mesures; il est toutefois essentiel d'en conserver une vue d'ensemble. En effet, les champs d'intervention et les mesures se complètent logiquement et sont indissociables l'un de l'autre. Cela signifie qu'une mesure sera d'autant plus efficace que les propositions avancées seront combinées et appliquées toutes ensemble.

Tableau 3
Champs d'intervention,
mesures et effets

	Effets sur la santé de la population migrante	Accroissement de l'efficacité du système de santé (utilisation des ressources optimisée)
1. Formation		
Formation et perfectionnement professionnel à l'interprétariat	++	+
Formation et perfectionnement professionnel à la médiation interculturelle	++	+
Offre de formation aux professions de la santé	+	+
2. Information, prévention, promotion de la santé		
Prévention et promotion de la santé au sein de la population migrante	+	+/-
Sensibilisation d'organisations prestataires de services dans le domaine de la santé	+	+
3. Soins de santé		
Mise en place de prestations facilement accessibles dans les agglomérations	++	+
Services de médiation et de coordination	+	++
Recours aux services d'interprètes	++	++
4. Thérapie pour les victimes de traumatismes dans le domaine de l'asile		
Différenciation de l'offre existante à l'intention des victimes de traumatismes	++	+/-
Mise en place de prestations facilement accessibles pour les victimes de traumatismes	++	+/-
5. Recherche		
Recherche fondamentale axée sur la résolution de problèmes	+/-	+/-
Évaluation de mesures	+	++
Monitoring de la santé au sein de la population migrante	+	+/-
	++ efficacité élevée attendue	
	+ efficacité améliorée attendue	
	-/+ évaluation impossible	

5

Points forts

Les cinq points forts «formation», «information, prévention et promotion de la santé», «soins de santé», «thérapie des victimes de traumatismes» et «recherche» sont examinés ici du point de vue des besoins à combler et des objectifs fixés.

Le présent chapitre décrit les cinq champs d'intervention à partir desquels sont déterminés les besoins concrets, ainsi que les intervenants dans les domaines en question. Les différents champs d'intervention concernent la population migrante de manière générale ainsi que des personnes qui vivent dans une situation sociale analogue; les fournisseurs de prestations dans le domaine de la santé constituent cependant un groupe cible important. Les processus d'apprentissage nécessaires ne s'adressent pas seulement à la population migrante, mais concernent l'ensemble de la population ainsi que de multiples institutions, appelées à participer et évoluer.

5.1 Formation

Analyse

Dans notre analyse, nous partons du constat que la communication entre la fourniture de prestations dans le domaine de la santé et une partie des patients d'origine migrante est de qualité insuffisante. Il est certes souhaitable que les immigrants apprennent la langue du pays d'accueil, il faut néanmoins admettre que, dans certaines situations, les interlocuteurs peuvent avoir besoin d'un intermédiaire pour se comprendre.

La communication est un processus qui intervient à différents niveaux. Dans le domaine de la santé, les barrières linguistiques peuvent affecter la qualité des soins médicaux et paramédicaux particulièrement au moment de l'anamnèse. Le risque existe que le diagnostic et les indications soient inadaptés, mais il n'est pas le seul. Même si la mesure adaptée est trouvée après de longues discussions, il n'en reste pas moins que la qualité des soins souffre du retard enregistré dans l'adoption des mesures en question. Par ailleurs, il est certes important que le diagnostic posé et que les mesures prises soient objectivement correctes, mais il faut aussi que le patient ait le sentiment d'avoir été bien compris par la personne traitante. Ce sentiment (également désigné par le terme de *compliance*) est essentiel si l'on veut que le patient reste fidèle à la thérapie. Il constitue donc un facteur important pour des soins de qualité. Le patient qui ne se sentira pas compris aura moins foi dans les mesures adoptées et pourra être tenté de s'adresser à un autre membre du corps médical. Non seulement tous ces éléments réduisent la qualité des soins, mais ils contribuent à accroître les coûts de l'ensemble du système de santé.

Réussir à comprendre l'autre pendant le traitement signifie plus que comprendre la langue qu'il parle. Cela équivaut souvent à détenir des informations sur le phénomène migratoire et à connaître les normes et les valeurs propres au pays d'origine du patient et à sa situation actuelle. En outre, il peut être important pour la qualité des échanges et du traitement de disposer d'informations sur les enseignements médicaux et les pratiques médicales dans le pays d'origine, ainsi que sur l'histoire de maladies

peu fréquentes en Suisse. Surtout, si l'on veut que la personne traitée et la personne traitante interagissent bien, il est important que cette dernière soit sensibilisée à la situation de la personne migrante et que sa capacité de réflexion dans ce domaine s'accroisse.

La communication constitue également un élément central de la prévention et de la promotion de la santé. Il ne faut pas croire que les canaux habituels qui servent à transmettre des messages encourageant la santé ou qui font office de relais aux campagnes de prévention ont la même efficacité auprès de tous les groupes de population de Suisse. Une partie de la population migrante notamment ne peut être atteinte par le biais de ces canaux. Il faut donc rendre possibles des interventions spéciales en recourant à des médiateurs interculturels ou à des relais désignés parmi la population concernée («multiplicateurs»). Pour être en mesure de garantir à une population très diversifiée des soins équivalents à ceux dont bénéficie la population suisse, et pour permettre en parallèle la transmission d'informations dans le domaine de la santé, il faut pouvoir disposer des services d'interprètes et de médiateurs interculturels compétents, mais également pouvoir compter sur les connaissances et une certaine sensibilité des fournisseurs de prestations. La formation et le perfectionnement professionnel permettront l'acquisition des compétences nécessaires.

Champs d'intervention

Trois groupes de mesures sont importants à nos yeux. Premièrement, il s'agit d'étoffer les compétences des interprètes. Des offres de formation et de perfectionnement professionnel débouchant sur l'octroi d'un certificat reconnu sont nécessaires à cet effet. On pourra ainsi instaurer une véritable crédibilité, cohérence et continuité dans ce domaine délicat pour les interprètes. La Confédération s'engage donc pour une solution nationale et soutient l'introduction d'un système de certification uniforme. Ce faisant, il importe de partir de ce qui existe déjà et de promouvoir des offres de formation dans les différentes régions du pays. En ce qui concerne l'interprétariat, il semble souhaitable de favoriser aussi bien le développement de formations générales que celui de formations en partie axées sur la médecine.

Deuxièmement, dans le domaine de la médiation interculturelle, il faudra mettre sur pied des offres décentralisées de formation et de perfectionnement professionnel qui soient les mieux harmonisées possibles, voire qui soient standardisées, et dont le contenu traiterait, outre de l'activité de médiation, de questions organisationnelles et de la forme de l'engagement des relais multiplicateurs.

Les deux groupes de mesures doivent tenir compte de standards qualitatifs qui restent à définir au niveau national. La Confédération est en outre d'avis qu'en ce qui concerne les interprètes et les médiateurs interculturels, l'offre de formation

et de perfectionnement professionnel devra s'adresser avant tout à des personnes ayant un passé migratoire et encourager leur participation. L'accès à ces offres de formation devra donc être aménagé avec souplesse, par exemple par la reconnaissance de certificats scolaires et de diplômes professionnels étrangers ou par l'engagement des personnes intéressées par le biais d'entretiens d'évaluation (et de la reconnaissance d'expériences professionnelles et de formations professionnelles équivalentes).⁸

Troisièmement, il faudra que les fournisseurs de prestations apprennent à reconnaître l'importance des interprètes et des médiateurs interculturels et à profiter de l'offre à disposition. C'est pourquoi la Confédération soutient des offres de formation continue à l'intention des professionnels de la santé. Les associations spécialisées seront les initiatrices de la mise en place de telles formations. A moyen terme, il s'agira d'explorer différentes voies en vue d'intégrer des matières concernant les questions migratoires dès la formation de base, voire dans les offres de perfectionnement destinées aux professionnels de la santé.

Objectif

Le principal objectif à atteindre ces cinq prochaines années dans le domaine de la formation est, pour la Confédération, la mise en place d'une formation professionnelle et d'une formation continue ainsi que l'instauration d'une certification officielle pour les deux professions que représentent les interprètes et les médiateurs interculturels (dans le domaine médical et, si possible, dans le domaine social). En outre, des filières de perfectionnement consacrées au thème des migrations et de la santé devront être proposées régulièrement pour toutes les professions de la santé. Il s'agira de veiller à ce que de telles formations soient proposées dans les différentes parties du pays et que l'accès à celles-ci puisse se faire aisément, grâce à des procédures de reconnaissance souples.

Acteurs concernés par le financement et la mise en œuvre des mesures

Confédération, institutions en charge de la formation.

5.2 Information, prévention et promotion de la santé

Analyse

Les campagnes et les activités réalisées sur le plan national dans le domaine de la santé qui ont pour but l'information, la prévention et la promotion de la santé n'atteignent généralement pas autant la population migrante que la population suisse, bien qu'on tienne compte en principe aujourd'hui du caractère pluriculturel de la société suisse. Deux éléments en particulier pouvant représenter des risques pour la santé de la population migrante n'ont pas été suffisamment pris en compte jusqu'ici: les conditions de la migration et la situation sociale d'une part importante de la population migrante vivant en Suisse. Le premier élément – les conditions de la migration – concerne en premier lieu les requérants d'asile et les réfugiés, notamment pendant les premiers temps qui suivent leur arrivée. Le second élément – la situation sociale – concerne surtout les migrants en quête d'un travail et leurs descendants. A cela s'ajoute le fait que tant les conditions des migrations que la situation sociale de la population migrante présentent des particularités et comportent des risques différents selon le sexe. Les mesures touchant l'information, la prévention et la promotion de la santé doivent tenir compte de cette réalité complexe. Des problèmes existent dans différents domaines:

- Maladies infectieuses: pour une part importante de la population migrante, seules des informations préparées et communiquées spécialement à son intention sont utiles, en particulier dans le domaine des maladies sexuellement transmissibles (VIH et sida notamment).
- Sexualité, grossesse, accouchement, conseils concernant les nouveau-nés: il manque dans ce domaine, pour certains groupes de migrants, des mesures adéquates de prévention et de promotion de la santé.
- Sécurité sur le lieu de travail: les personnes migrantes travaillent souvent dans des professions où elles sont surreprésentées et où elles courent des risques particuliers. Une information appropriée et une sensibilisation à certains dangers et aux moyens de les éviter permettraient de réduire ces risques.

⁸ Bien entendu, la population suisse doit également pouvoir bénéficier de ces offres. Relevons ici le fait que différentes œuvres et associations d'entraide actives dans le domaine des migrations et de la santé demandent que l'on trouve une façon pour pouvoir reconnaître les diplômes étrangers (surtout les diplômes universitaires) dans le domaine de la santé. L'application de la présente stratégie demandera que l'on se penche sur la question.

- **Dépendances:** certains groupes de migrants et leurs descendants souffrent plus souvent que les Suisses de problèmes de dépendances (alcool, drogues illégales, médicaments).
- **Système de santé:** le manque de connaissances sur le fonctionnement du système de santé en Suisse empêche souvent les personnes migrantes d'utiliser de manière adéquate les prestations existantes (le fait de ne pas s'adresser au bon service dès le début peut retarder l'apport des soins et renchérir le coût de la santé).

Ces éléments mettent en évidence la nécessité de fournir des informations générales sur la santé et sur le système de santé à une partie de la population migrante ainsi que d'intervenir en sa faveur préventivement et en promouvant la santé. Dans ce but, il faut garder à l'esprit que c'est en prenant conscience de ses propres compétences et en assumant ses responsabilités qu'on contribue le mieux à surmonter des situations de crise. Il faut donc encourager les projets qui prennent en compte les compétences des migrants ou qui font de ces compétences leur pierre angulaire, de même que tous les projets qui prévoient au moins une large participation de la population migrante aux stades de leur élaboration et de leur application. Etant donné que la population migrante subit des fluctuations importantes, il faut que les projets qui ont cette population pour cible puissent se fonder sur ses réseaux à elle. L'intention première est donc de pouvoir atteindre des groupes, et non des individus, pour que les interventions puissent se faire en terrain connu, ce qui garantit que les moyens engagés sont utilisés à bon escient. En outre, des interventions aux niveaux du réseau et du groupe permettent de tenir compte de l'évolution dynamique de la population migrante, dont la composition change en permanence. Du côté des fournisseurs de prestations, il s'agira également d'encourager en premier lieu, par le biais de l'information, la sensibilisation aux effets particuliers induits par le phénomène de migration. L'hétérogénéité croissante de la société, due en partie aux migrations, exige de la part des fournisseurs de prestations qu'ils revoient et adaptent leur offre. Ces derniers doivent mieux tenir compte des groupes concernés et permettre aux gens de s'adresser à eux sans avoir à surmonter des obstacles bureaucratiques. L'ouverture de l'offre doit commencer au niveau structurel, raison pour laquelle les processus d'apprentissage doivent surtout intervenir au niveau du management des fournisseurs de prestations dans la santé.

Champs d'intervention: Au niveau méthodologique, il s'agira d'abord d'encourager des mesures pour combattre les problèmes à la source; ces mesures déploieront leurs effets dans les lieux de rencontre et au sein même des organisations de migrants (outreach work). La médiation interculturelle et le recours à des relais multiplicateurs sont indispensables à cet effet. C'est pourquoi la Confédération soutient des projets axés

sur la résolution des problèmes effectifs et qui tablent sur les compétences et les ressources de la population migrante. Il s'agit de différencier les thèmes et les groupes afin de tenir compte de la diversité de la population migrante. La priorité est accordée au domaine de l'asile en général, aux femmes de la nouvelle population migrante et aux jeunes. Pour que ces projets gagnent en notoriété et qu'ils puissent servir de modèles, la Confédération assume le rôle de promoteur des cas couronnés de succès (best practices). En second lieu, on informera et sensibilisera de manière ciblée et systématique les fournisseurs de prestations sur les questions migratoires dans le domaine de la santé.

Objectif

La Confédération se fixe comme objectif pour les cinq prochaines années d'encourager de manière systématique les interventions qui visent à améliorer l'information de la population migrante en ce qui concerne le système de santé, la prévention et l'encouragement de la santé. L'organisation optimale des mesures et des activités demande des outils et des démarches appropriées. La Confédération s'engage à présenter à un large public les projets ayant connu le succès et à encourager d'autres projets qui s'en inspireraient. Les principaux fournisseurs de prestations de Suisse devront par ailleurs être sensibilisés au thème des migrations et de la santé.

Acteurs concernés par le financement et la mise en œuvre des mesures

Confédération, cantons, ville, Fondation 19, prestataires de services de santé, SUVA.

5.3 Soins de santé

Analyse

De nombreuses personnes d'origine migrante ont l'impression d'avoir à surmonter de véritables écueils pour accéder aux prestations du système de santé. Des services généralistes faciles d'accès devraient donc être mis en place pour cette partie de la population. Ces services proposeraient une aide non bureaucratique (traitements et soins, médiation ciblée). Cela permettrait d'assurer des soins de santé efficaces et donc de faire des économies. Une telle offre aboutirait à un système de santé assurant un accès facile non seulement aux personnes migrantes, mais à toutes les personnes qui éprouvent une grande gêne à s'adresser aux services de santé. Cela signifie qu'une plus grande ouverture du système de santé vis-à-vis de la population migrante produirait des effets bénéfiques non seulement sur la santé de la population migrante, mais sur celle de l'ensemble de la population, grâce à une approche tenant mieux compte de la

situation et du contexte. Des groupes de médecins, des hôpitaux ou des réseaux de santé par exemple pourraient proposer des services faciles d'accès.

Différentes voies sont envisageables⁹ et les évaluations permettraient d'identifier les meilleures pratiques.

La mise en réseau des fournisseurs de prestations dans le domaine médical et, si possible, dans le domaine médico-social doit en outre permettre une plus grande efficacité dans l'utilisation de l'offre. Il doit être possible d'accéder rapidement et facilement aux informations concernant l'offre existante.

Enfin, il s'agit de ne pas seulement former les interprètes, mais également de les amener à pratiquer. Comme nous l'avons vu au chapitre 5.1, les difficultés de compréhension nuisent beaucoup à la relation entre fournisseurs de prestations et clients dans le domaine de la santé, alors que l'échange entre les uns et les autres est déterminant pour le processus curatif. Un recours systématique à des interprètes professionnels a donc non seulement des effets positifs sur le traitement, qui peut être prodigué de manière mieux ciblée et plus efficace, il accroît de manière générale l'efficacité des mesures adoptées.

Champs d'intervention

Pour pouvoir relever les défis dans ce domaine, il faut promouvoir des offres auxquelles on puisse accéder facilement et sans trop de formalités. On commencera par les grandes agglomérations, qui disposent déjà en partie de telles offres ou qui sont en train d'en mettre sur pied. La Confédération favorise la mise en place de ces offres, qui devraient de préférence s'insérer dans les structures sanitaires déjà existantes dans différentes villes; elle encourage par ailleurs les cantons et les villes à faciliter l'accès aux prestations proposées, enfin, elle collabore avec les assureurs-maladie à un modèle simplifié de financement de ces offres. Sont également encouragées la mise sur pied et l'exploitation de services de médiation et de coordination capables d'informer rapidement et sans formalisme des offres existant dans le domaine médical et, si possible, dans le domaine social. Ces services de médiation et de coordination doivent être accessibles aussi bien aux personnes migrantes qu'aux autres milieux intéressés. L'activité de coordination doit également permettre de déceler les offres redondantes et les lacunes, que la mise en réseau et la répartition des tâches entre les fournisseurs de prestations permettront d'éliminer. Enfin, des services d'inter-

prètes devraient être mis sur pied dans toutes les régions de Suisse, et l'engagement d'interprètes spécialistes du système de santé devrait être simplifié. Auparavant, il faudra encore résoudre la question de la rétribution des services d'interprètes professionnels.

Objectif

Au niveau des soins de santé, la Confédération se fixe comme objectif d'encourager la mise en place dans les agglomérations d'offres aisément accessibles, notamment dans le cadre des institutions du système de santé déjà existantes. Ces services doivent fournir une aide non bureaucratique pour les problèmes touchant la santé. Enfin, dans toutes les régions comme au niveau national, des services de médiation et de coordination devront être mis en place dans le domaine médical et, si possible, dans le domaine social. Ces institutions proposeront entre autres les services d'interprètes dans les différentes régions; la question de la rémunération de ces services doit encore être réglée. Le système de santé dans son ensemble devrait s'ouvrir à ces services.

Acteurs concernés par le financement et la mise en œuvre des mesures

Confédération, cantons, villes, assurances-maladie.

5.4 Prestations thérapeutiques pour requérants d'asile et réfugiés traumatisés

Analyse

Certains tableaux cliniques typiques d'une partie de la population migrante demandent des connaissances thérapeutiques très pointues. Les «nouveaux migrants» présentent pour certains des tableaux cliniques étroitement liés aux causes de l'émigration, qui varient selon le groupe de migrants et le sexe. Les troubles les plus frappants sont le résultat de tortures et de traumatismes de guerre. Mais l'épisode migratoire lui-même peut être traumatisant (pendant le voyage du pays de départ au pays de destination). Si de tels tableaux cliniques sont relativement peu fréquents parmi la population migrante, ils sont surtout le fait de requérants d'asile et de réfugiés. Pour ce qui est des traumatismes éventuellement subis, il importera d'accorder une

⁹ On pourrait imaginer la mise sur pied de services ouverts dans des polycliniques ou le recours à des «médecins de rue» ou à des unités mobiles qui soigneraient aussi les personnes séjournant illégalement.

attention particulière au groupe des femmes et des enfants, en raison de leur plus grande vulnérabilité. Dans ce domaine, des lacunes dans les soins peuvent avoir de graves conséquences financières lorsque les traumatismes deviennent chroniques.

Champs d'intervention

En Suisse, il n'existe que de rares traitements spéciaux à l'intention des migrants victimes de traumatismes; les requérants d'asile n'y ont pratiquement pas accès, tandis que les réfugiés n'y ont qu'un accès limité. Il faut donc examiner l'offre existante et l'étendre de manière différenciée, en tenant compte d'aspects particuliers (relatif à l'appartenance ethnique ou au sexe). Il s'agira notamment d'étudier des possibilités pour décentraliser l'offre.

Alors que l'application de propositions visant à améliorer la situation est possible dans le cas des réfugiés reconnus, l'extension de l'offre aux requérants d'asile est plus difficile. Le problème réside dans la phase d'examen de la demande d'asile, qu'il est difficile de concilier avec une intervention thérapeutique systématique. Il faudra donc trouver des solutions «souples» qui viendront compléter les prestations hautement spécialisées actuellement proposées et qui seront surtout destinées aux requérants d'asile. Les enfants, les adolescents et les femmes feront l'objet d'une attention particulière.

Objectif

La Confédération se fixe comme objectif de mettre sur pied une offre thérapeutique décentralisée et différenciée à laquelle les migrants traumatisés puissent accéder rapidement. Elle encouragera notamment des solutions provisoires et à court terme. Par ailleurs, on examinera la possibilité de soutenir dans certains pays d'origine, dans le cadre des programmes d'aide au retour, la réalisation de projets sur mesure destinés à traiter les traumatismes.

Acteurs concernés par le financement et la mise en œuvre des mesures

Confédération, cantons, assurances-maladie.

5.5 Recherche

Analyse

Bien que l'intérêt de la recherche pour les migrations et la santé se soit renforcé ces dernières années, nos connaissances dans ce domaine comportent toujours d'importantes lacunes. Parmi les thèmes qui n'ont pas été étudiés, on trouve la santé au travail, les causes de la mortalité périnatale plus élevée et des complica-

tions à l'accouchement plus fréquentes dans la population migrante, la situation des femmes issues des populations de la nouvelle migration et des personnes migrantes atteignant un âge avancé, le risque accru de contamination par le VIH, les comportements à risque chez les adolescents et les raisons qui expliquent certains schémas de comportements vis-à-vis des stupéfiants. Les choses évoluant rapidement dans ce domaine, les compétences des chercheurs sont mises à rude épreuve, ceux-ci étant confrontés en permanence à de nouvelles problématiques, qu'ils doivent analyser sans tarder. De son côté, la politique doit fonder ses décisions sur des faits pour pouvoir fixer des priorités et être en mesure d'examiner l'efficacité des mesures adoptées. Un dialogue constant est nécessaire entre les politiques et les scientifiques, dialogue qui doit permettre de définir des priorités pour que la recherche aboutisse à des résultats concrets.

Champs d'intervention

La Confédération s'engage à encourager la recherche sur le thème des migrations et de la santé en Suisse. On recourra ponctuellement à une recherche fondamentale pragmatique pour permettre l'analyse de questions spécifiques dans une perspective à moyen terme. Cette recherche pourra porter sur l'un des sexes en particulier, et traiter par exemple de la double discrimination dont sont victimes les migrantes. Des évaluations aideront à juger de l'efficacité et de l'efficacités des principales mesures définies dans la présente stratégie. Il sera ainsi possible d'identifier les modèles ayant fait leurs preuves (best practices). Un monitoring de la population migrante livrera en outre des informations épidémiologiques, qui serviront de base à l'élaboration de mesures. Le cas échéant, les données des assurances-maladie fourniront également des informations importantes. Ce monitoring pourra être réalisé dans le cadre de l'observation générale de la situation dans le domaine de la santé en Suisse. L'intégration, dans les études ordinaires (enquête sur la santé ou statistiques des hôpitaux p. ex.), de questions liées aux phénomènes migratoires et différenciées selon le sexe pourra se faire sans grande difficulté. Mais il faudra développer de nouveaux «instruments» différenciés selon la nationalité et le sexe si l'on veut mieux connaître la situation de la population migrante en Suisse. En feront partie des instruments permettant d'étudier la perception subjective de l'état de santé et le recours aux services médicaux p. ex.

Objectif

Ces cinq prochaines années, le développement de mesures dans le domaine «migration et santé» devra pouvoir se baser de manière systématique sur une recherche fondamentale axée

sur les problèmes à résoudre ainsi que sur l'évaluation des mesures adoptées. Dans ce but, l'accent sera mis sur l'instauration d'un système d'observation de la santé et des comportements de la population migrante en matière de santé.

[Acteurs concernés par le financement et la mise en œuvre des mesures](#)

Confédération, instituts de recherche.

6

Mise en œuvre de la stratégie et compétences

La stratégie envisagée dans le domaine « migration et santé » mobilise des institutions, des partenaires et des ressources de diverse nature.

Un groupe de projet est donc mis sur pied au niveau fédéral.

Ce groupe est chargé de coordonner les projets et les ressources et d'accompagner la mise en œuvre de la stratégie.

Il se penchera aussi sur la possibilité d'associer à l'avenir des acteurs régionaux ou cantonaux ainsi que de mettre sur pied des plateformes de coordination.

Analyse et champs d'intervention

La présente stratégie a été développée conjointement par l'Office fédéral de la santé publique, par l'Office fédéral des réfugiés, par l'Office fédéral des étrangers et par la Commission fédérale des étrangers. Cette collaboration, dirigée par l'Office fédéral de la santé publique, sera poursuivie et étendue à d'autres acteurs pendant la mise en œuvre de la stratégie. Sur le plan fédéral, un groupe de projet interinstitutionnel est donc mis sur pied. Ce groupe de projet, placé sous l'égide de l'Office fédéral de la santé publique, aura pour tâche de coordonner l'élaboration et la réalisation de projets. Il a été proposé qu'outre les services fédéraux (Office fédéral de la santé publique, Office fédéral des réfugiés, Office fédéral des étrangers, Office fédéral des assurances sociales, Commission fédérale des étrangers, Commission fédérale contre le racisme), les cantons et les villes puissent également déléguer un représentant dans ce groupe. La population migrante (ancienne et nouvelle générations) pourrait par exemple être représentée par deux membres de la Commission fédérale des étrangers. Les assurances-maladie, la Fondation pour la promotion de la santé (Fondation 19) et l'organisation suisse d'aide aux réfugiés (OSAR) devraient dans la mesure du possible être associées à ce groupe de projet. Un accompagnement scientifique du groupe est prévu, qui devrait servir de cadre de réflexion.

Il va de soi que les différents acteurs devront collaborer étroitement à l'avenir, vu la dimension interinstitutionnelle du domaine «migration et santé». Les mesures proposées pour mettre en œuvre la stratégie doivent être coordonnées entre les différents acteurs. Le financement de son application devra lui aussi être assuré par plusieurs partenaires. Le coût total est toutefois difficile à évaluer pour l'heure. Il faudra probablement recourir également aux contributions de tiers (cantons, villes, institutions privées), ce qui irait dans le sens d'un ancrage des mesures aux niveaux cantonal et communal. Le tableau 4 renseigne sur les différents acteurs et sur leur rôle en fonction des priorités fixées. Le groupe de projet devra aussi se demander s'il serait bon d'encourager la mise en place de centres de coordination analogues aux niveaux régional et cantonal. Leur tâche consisterait à assurer la mise en œuvre de la stratégie dans les régions et l'identification précoce de nouveaux problèmes. En principe, la Confédération ne devrait pas être elle-même actrice, c'est-à-dire agir sur le plan opérationnel; elle devrait confier la mise en œuvre concrète des mesures à des partenaires tiers ayant une bonne connaissance du terrain et des problèmes.

Objectif

La Confédération se fixe comme objectif principal de concentrer les forces des acteurs du domaine médical et, si possible, du domaine social, dans le cadre de projets communs, par l'harmonisation réciproque de stratégies et de projets. Pour réaliser cet objectif dans le domaine des migrations et de la santé, elle se

fixe comme objectif subsidiaire, au niveau organisationnel, l'institution d'une plate-forme de décision et de réalisation (le groupe de projet). Le groupe de projet doit garantir la cohérence de la présente stratégie et poursuivre les principaux objectifs. Dans une société en constante évolution, ce groupe aura à initier ces cinq prochaines années des adaptations d'ordre organisationnel, afin de rendre possible la mise en œuvre de la stratégie. Mais il devra aussi trouver et soutenir des partenaires aux niveaux régional et cantonal notamment qui poursuivent et appliquent de manière décentralisée des objectifs analogues dans le domaine des migrations et de la santé. On développera en outre des modèles durables de financement des activités dans le domaine «migration et santé», et notamment dans celui des services d'interprètes. La Confédération considère que son rôle est de promouvoir et de coordonner l'ensemble des activités, mais n'entend appliquer aucune mesure directement.

6.1 Financement

A l'heure actuelle, il existe cinq niveaux de financement 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 de l'Office fédéral des réfugiés et de l'Office fédéral de la santé publique dans le cadre des contrôles sanitaires aux frontières.
- L'Office fédéral de la santé publique a accordé 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).
- L'Office fédéral des réfugiés dispose également de montants pour l'intégration des réfugiés reconnus, conformément à la loi sur l'asile. Ces montants bénéficient en partie à des projets dans le domaine de la santé; il servent également à soutenir des institutions destinées à aider les personnes victimes de traumatismes.

Les acteurs actuels dans ce domaine continueront de financer la mise en œuvre de la présente stratégie. Au niveau fédéral, le premier concerné est l'Office fédéral des réfugiés, qui soutient déjà des projets d'intégration spécifiques et qui prend en charge le financement de l'assurance de base des requérants d'asile (loi sur l'asile). L'Office fédéral de la santé publique s'engage lui

aussi depuis des années dans le domaine « migration et santé » (crédit de la Confédération destiné à la prévention). Aujourd'hui, l'Office fédéral des étrangers est également un partenaire possible pour le financement de projets concrets (article de la loi sur les étrangers concernant l'intégration), à condition que ceux-ci entrent dans le cadre des programmes prioritaires définis par le DFJP. Outre ces acteurs de l'Etat, les cantons, les œuvres d'entraide, la Fondation 19 (loi sur l'assurance-maladie) ainsi que d'autres associations de la population migrante devraient s'engager financièrement dans ce domaine.

Ces acteurs continueront de jouer un rôle déterminant dans la mise en œuvre de la stratégie. Au niveau du financement, il s'agira de favoriser le renforcement progressif d'une « communauté de ressources »¹⁰ qui continuera à fournir les ressources financières et qui veillera à les renforcer en permanence au cours des cinq prochaines années. Les ressources existantes devraient être complétées par les moyens financiers suivants:

- Les dépenses pour le domaine des migrations fixées dans le cadre du crédit de l'OFSP en faveur de la prévention devraient être augmentées et passer de 1,47 million de francs aujourd'hui à 3,45 millions en 2003, puis croître progressivement jusqu'à atteindre environ 5 millions de francs en 2006.
- Selon l'art. 44 de l'ordonnance 2 sur l'asile, l'ODR peut verser à des institutions des montants destinés au traitement de personnes traumatisées, pour autant que celles-ci soient reconnues comme fournisseurs de prestations au termes de la LAMa. L'ODR examine la possibilité de verser, outre les 500'000 francs par année prévus jusqu'ici pour soutenir les institutions destinées aux réfugiés reconnus, d'autres montants qui serviraient à traiter des personnes traumatisées ressortissant au domaine de l'asile. Ni la nature, ni le montant de ces ressources supplémentaires n'ont été fixés pour l'heure, étant donné qu'un concept global est actuellement en voie d'élaboration sur l'aide à apporter aux personnes traumatisées ressortissant au domaine de l'asile.
- En principe, la santé constitue également un domaine d'encouragement au sens de l'art. 16 de l'ordonnance sur l'intégration des étrangers. Conformément aux buts fixés, l'article sur l'intégration de la LSEE ne permet de soutenir des projets dans le domaine de la santé que dans la mesure où ceux-ci sont directement liés aux priorités (points forts) définies.

La Confédération appuiera cette communauté de ressources et participera dans une large mesure au financement de la mise en œuvre de la stratégie. La participation directe de la Confédération à cette mise en œuvre est estimée à près de 7 millions de francs au total pour 2006. Toutefois, elle ne sera possible que si tous les acteurs déterminants contribuent à l'amélioration de la situation. Les cantons et les villes notamment seront invités à participer financièrement, tout comme les œuvres d'entraide et les assureurs-maladie (pour les champs d'intervention qui les concernent directement). Il est probable que les assureurs-maladie ne s'engageront que lorsque aura été trouvée une solution satisfaisante au problème du risque accru qu'assument les sociétés d'assurance pour les requérants d'asile.

6.2 Questions en suspens

Certaines questions concernant le financement et les possibilités de participation au financement dans le futur (p. ex. par d'autres Etats, via leurs ambassades) restent à résoudre. Mais des points d'interrogation subsistent également dans d'autres domaines. Ainsi, pour que la mise en œuvre de la présente stratégie soit un succès, il faudra que les acteurs déterminants dans ce domaine soient disposés à s'ouvrir à un monde à la diversité croissante. De ce point de vue, les associations de migrants constituent des acteurs potentiels, autant que les organisations qui fournissent des prestations de santé, qu'il faudra amener à adhérer à la présente stratégie. Le groupe de projet devra donc s'attacher à convaincre les différents acteurs. Car la réussite de la stratégie dépendra en fin de compte de l'engagement de toutes les parties concernées.

¹⁰ On entend par ce terme l'utilisation autonome de ressources par les différents acteurs afin de mettre en œuvre des intentions et des mesures communes.

Tableau 4
Tâches et acteurs

Champ d'intervention	Acteurs déterminants
Domaine de formation	
Filières de formation et de formation continue pour interprètes	Confédération et institutions en charge de la formation
Filières de formation et de formation continue pour médiateurs interculturels	Confédération et institutions en charge de la formation
Offre de formation continue pour les professionnels de la santé	Confédération et institutions en charge de la formation
Information, prévention, promotion de la santé	
Prévention et promotion de la santé dans la population migrante	Confédération, organisation dans le domaine de la migration
Sensibilisation des organisations fournissant des prestations de santé	Confédération et organisations dans le domaine de la prévention
Soins de santé	
Services de médiation et de coordination	Confédération et cantons, organisations privées
Création d'offres faciles d'accès dans les agglomérations	Confédération, cantons et villes, fournisseurs privés de prestations, assureurs-maladie
Recours à des services d'interprètes	Confédération, cantons, villes, fournisseurs privés de prestations
Offres thérapeutiques pour victimes de traumatismes	
Différenciation et décentralisation de l'offre existante pour victimes de traumatismes	Confédération et fournisseurs de prestations spécialisés, assureurs-maladie
Offres faciles d'accès pour victimes de traumatismes	Confédération et fournisseurs de prestations spécialisés, assureurs-maladie
Recherche	
Recherche fondamentale axée sur la résolution des problèmes	Confédération
Evaluation de mesures	Confédération
Monitoring de la santé dans la population migrante	Confédération

Bases légales	Mise en œuvre	Financement possible
Crédit OFSP pour la prévention, article LSEE sur l'intégration, loi sur l'asile, crédit pour contrôles sanitaires aux frontières	Instituts de formation	Confédération et écolages
Crédit OFSP pour la prévention, article LSEE sur l'intégration, loi sur l'asile, crédit pour contrôles sanitaires aux frontières	Instituts de formation	Confédération et écolages
Crédit OFSP pour la prévention	Instituts de formation	Confédération: seed-money A long terme: responsables des institutions de formation
Crédit OFSP pour la prévention, LAMal (art. 19), crédit pour contrôles sanitaires aux frontières	Associations dans le domaine de la migration	Confédération, Fondation 19, SUVA, seco, syndicats, cantons
Crédit pour la prévention, article LSEE sur l'intégration	Organisations des domaines de la prévention et de la promotion de la santé	Confédération
Crédit OFSP pour la prévention	Cantons et organisations privées	Confédération: seed-money Cantons et initiatives autofinancées
Législations sur la santé des cantons et des villes, LAMal, loi fédérale sur la compétence en matière d'assistance des personnes dans le besoin (LAS)	Cantons et villes, fournisseurs privés de prestations	Confédération, cantons et villes; fournisseurs privés de prestations, assureurs-maladie
Article LSEE sur l'intégration, loi sur l'asile, législations sur la santé des cantons et des villes	Confédération, cantons, villes, fournisseurs privés de prestations	Confédération, cantons, villes, fournisseurs privés de prestations
Loi sur l'asile, LAMal	Fournisseurs de prestations spécialisées et standards dans le domaine psychiatrique	Confédération et cantons, fournisseurs privés de prestations
Loi sur l'asile, LAMal	Fournisseurs spécialisés de prestations	Confédération et cantons, fournisseurs privés de prestations
Programmes de recherche, crédit pour la prévention	Instituts de recherche	Confédération
Crédit pour la prévention, article LSEE sur l'intégration, loi sur l'asile	Instituts de recherche	Confédération
Crédit pour la prévention, article LSEE sur l'intégration, loi sur l'asile	Instituts de recherche, observatoire de la santé	Confédération

7

Défis à venir

La santé de la population migrante de Suisse évolue constamment. Mais cette question semble plutôt gagner en complexité que se simplifier. L'adaptabilité de la présente stratégie nous paraît donc indispensable pour l'avenir, aussi bien sur le plan thématique qu'au niveau organisationnel. Il faudra donc harmoniser constamment les mesures décidées avec les données épidémiologiques existantes sur la santé de la population migrante. Des mesures devront être prises au niveau du futur observatoire de la santé et de l'élaboration de bases en matière de politique de santé (objectif que la Confédération s'est fixé) pour développer un monitoring de la santé spécifique à la population migrante. Les résultats de ce monitoring devraient bénéficier au développement et à la mise en œuvre de la stratégie, afin que les objectifs puissent être harmonisés assez tôt avec les nouvelles tendances et que les mesures prises puissent être adaptées à l'évolution de la société.

7.1 Evaluation de la réalisation des objectifs

L'orientation stratégique de la Confédération dans le domaine «migration et santé» devrait conserver sa validité pendant les cinq prochaines années. La phase de mise en œuvre sera accompagnée d'une évaluation de la réalisation des objectifs ainsi que des difficultés et des obstacles apparus pendant cette phase. Cette évaluation devrait fournir des données pour une révision de la stratégie avant même que ces cinq années se soient écoulées. Une analyse des coûts sera notamment réalisée pour confronter les effets globaux de la stratégie et les dépenses que celle-ci aura entraînées pour le système de santé. Le tableau suivant (tableau 5) résume encore une fois les champs d'intervention et définit les buts visés.

Tableau 5
Champs d'intervention
et buts visés

Champs d'intervention	Buts visés
Domaine de formation	
Filières de formation et de formation continue pour interprètes	Il existe en Suisse des filières professionnelles de formation et de formation continue des interprètes dans le domaine de la santé.
Filières de formation et de formation continue pour médiateurs interculturels	Il existe en Suisse des filières professionnelles de formation et de formation continue ainsi qu'une certification reconnue dans le domaine de la médiation interculturelle.
Offre de formation continue pour les professionnels de la santé	Tous les professionnels de la santé suivent régulièrement des cours de formation et/ou de formation continue dans le domaine «migration et santé».
Information, prévention, promotion de la santé	
Prévention et promotion de la santé dans la population migrante	On procède à des interventions préventives ciblées et systématiques dans les différents groupes de la population migrante.
Sensibilisation des organisations fournissant des prestations	Les principaux fournisseurs de prestations en Suisse ont été sensibilisés au thème «migration et santé».
Soins de santé	
Création d'offres faciles d'accès dans les agglomérations	Il existe dans toutes les grandes agglomérations des services de santé proposant de manière non bureaucratique une aide pour résoudre les problèmes de santé et fournissant des services ciblés.
Services de médiation et de coordination	Il existe dans toutes les régions de Suisse des services de médiation dans le domaine médical et, si possible, dans le domaine social.
Recours à des services d'interprètes	Des services d'interprètes professionnels sont proposés dans toutes les régions de Suisse. Les fournisseurs de prestations dans le domaine de la santé recourent à ces services, et le financement de ces derniers est réglé.
Offres thérapeutiques pour victimes de traumatismes	
Différenciation de l'offre existante pour victimes de traumatismes	Les personnes traumatisées susceptibles de séjourner relativement longtemps en Suisse ont accès assez rapidement à une offre de prestations ciblées et décentralisées.
Offres faciles d'accès pour victimes de traumatismes	Des prestations d'assistance et des traitements sont prévus notamment pour les personnes traumatisées qui ne savent pas combien de temps elles pourront séjourner en Suisse.
Recherche	
Recherche fondamentale axée sur la résolution des problèmes	La Confédération soutient des projets de recherche dans le domaine «migration et santé».
Évaluation de mesures	La stratégie «migration et santé» et ses principales mesures font l'objet d'évaluations.
Monitoring de la santé dans la population migrante	Il existe en Suisse un monitoring de la santé de la population migrante.



Annexe I

Remarque méthodologique sur l'élaboration de bases à la stratégie
«migration et santé» au niveau fédéral

C'est le Forum suisse pour l'étude des migrations qui a été chargé d'élaborer les bases à la stratégie de la Confédération dans le domaine «migration et santé».¹¹ L'une des questions essentielles abordées était de savoir comment faire pour qu'un consensus se dégage autour d'une future stratégie au sein de la société. Dans ce contexte, une approche méthodologique fondée sur une étude Delphi est apparue très utile: une telle étude permet d'obtenir à tout le moins un consensus sectoriel (c'est-à-dire qu'elle favorise l'adhésion à une stratégie d'une majorité des acteurs concernés).

L'analyse Delphi développée dans les années 60 prévoit une démarche évolutive en plusieurs étapes. En recourant à un sondage représentatif auprès des populations qui nous intéressent, nous ne pouvons dresser qu'un bilan purement numérique de l'état de santé, tandis que le procédé Delphi permet l'évaluation de la situation empirique par des experts. A l'aide de ces interprétations, les différents acteurs sont amenés dans une deuxième étape à se présenter mutuellement la situation telle qu'elle leur apparaît. Différents objectifs peuvent être formulés à cette occasion: on peut essayer d'établir des prévisions, on peut mettre au jour les conflits politiques potentiels, ou on peut se mettre en quête d'un consensus. Lorsque c'est le dernier objectif qui est poursuivi, on parle de «décision Delphi». C'est cette voie qui a été suivie explicitement dans le cas présent.

Voici la démarche qui a été suivie: dans une première phase, nous avons contacté un nombre relativement important (plus de 300) d'acteurs collectifs ayant un rôle à jouer dans les champs d'intervention et dans le domaine politique à étudier. Ces acteurs ont été invités à s'exprimer (à l'aide d'un questionnaire structuré) sur des problèmes et sur des solutions à ces problèmes. Dans une deuxième phase, les résultats ont été regroupés et les acteurs interpellés lors de la première étape ont été priés de prendre position sur les résultats. Ils devaient par exemple commenter l'importance des résultats, pondérer les actions prioritaires éventuelles, etc.

Lors de la première étape, 145 des acteurs contactés ont répondu, contre 102 qui ont rempli le questionnaire la deuxième fois. Le tableau 6 présente les principales catégories de répondants.

Des discussions visant l'établissement d'un consensus ont été menées dans une troisième phase, pour qu'une partie représentative des milieux interrogés puissent s'accorder sur une stratégie possible. Lors de cette étape, les acteurs ont été confrontés

à une stratégie potentielle qui concernait certains domaines et qui servait de base de discussion. Ces discussions ont été menées sous la forme d'entretiens de groupes («focus group») qui se sont étendus sur six rencontres.¹² Au total, quelque 70 experts et expertes ont pris part aux groupes focus.

Le processus a été suivi par un groupe de pilotage et par un groupe d'accompagnement scientifique. Le groupe de pilotage, qui représentait les acteurs déterminants dans le domaine «migration et santé», s'est rencontré à six reprises. Il s'est prononcé sur le contenu des résultats intermédiaires et a appuyé l'équipe des chercheurs dans l'interprétation des résultats. Le groupe d'accompagnement scientifique a été sollicité essentiellement pour des questions méthodologiques. Il a en outre veillé à la cohérence des bases scientifiques élaborées au long de ce processus avec la littérature scientifique¹³.

¹¹ Experts et expertes ayant participé à l'élaboration du document: Sandro Cattacin, Milena Chimienti, Denise Efonayi-Mäder, Martin Niederberger, Stefano Losa.

¹² Un «focus group» se compose de membres qui ont des intérêts semblables et qui présentent en partie des caractéristiques analogues. Il comprend entre 6 et 10 personnes. Concrètement, un «focus group» est incité à s'engager dans une discussion dans le but d'approfondir un thème. L'animateur oriente la discussion en fonction d'un protocole et s'efforce de confronter de manière systématique les opinions et les arguments de tous les participants sur certains points déterminés. De tels groupes peuvent être appelés à se réunir à différentes reprises pour discuter de l'un ou l'autre élément spécifique.

¹³ Le rapport scientifique de l'étude est disponible en français à l'adresse www.unine.ch/fsm.

Tableau 6
Principaux participants
à la deuxième étape de Delphi

Principaux participants	Nombre	%
Hôpitaux/médecins	22	21,6
Œuvres d'entraide	15	14,7
Associations de migrants	7	6,9
Confédération	10	9,8
Cantons	15	14,7
Autres	33	32,4
Total	102	100,0



Annexe II

Dispositions légales déterminantes

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, 1er 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, 2e alinéa, la Confédération verse aux cantons la moitié du forfait prévu au 1er 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, 3e 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, 2e 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 fournis-

seurs 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. 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 con-

cernées, 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. 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:

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

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.

Bibliographie et textes complémentaires

Bases

- Piguët, Etienne et Philippe Wanner (2000). Naturalisierungen in der Schweiz. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- Cattacin, Sandro, Denise Efonayi und Philippe Wanner (2001). Etat social et migration. Neuchâtel: Forum suisse pour l'étude des migrations.
- OFS, Office fédéral de la statistique (1998). Migration und ausländische Bevölkerung in der Schweiz. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- OFS, Office fédéral de la statistique (1999). La population étrangère en Suisse, 1998.
- OFS, Office fédéral de la statistique (2000). La population étrangère en Suisse, 1999.
- OFS, Office fédéral de la statistique (2001). La population étrangère en Suisse, 2000.
- Charte d'Ottawa (1986)
- Leu, Robert, Stefan Burri et Tom Priester (1997). Lebensqualität und Armut in der Schweiz. Berne: P. Haupt.
- Coulon, Augustin de et Yves Flückiger (1994). Intégration de la main d'œuvre étrangère sur le marché du travail suisse: une analyse des données ESPA 1993. [Genève]: Université de Genève, Faculté de sciences économiques et sociales.
- Kälin, Walter (2000). Grundrechte im Kulturkonflikt: Freiheit und Gleichheit in der Einwanderungsgesellschaft. Zurich: NZZ-Verlag.

Politique migratoire et politique d'intégration en Suisse

- Mahnig, Hans (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.
- Niederberger, Josef Martin (1982). «Die politisch-administrative Regelung von Einwanderung und Aufenthalt von Ausländern in der Schweiz: Strukturen, Prozesse, Wirkungen», in Hoffmann-Nowotny, Hans-Joachim und Karl-Otto Hondrich (Hg.), *Ausländer in der Bundesrepublik Deutschland und in der Schweiz: Segregation und Integration: eine vergleichende Untersuchung*. Frankfurt M.: Campus, pp. 11–123.
- Haug, Werner (1995). *La Suisse: Terre d'immigration, société multiculturelle. Eléments pour une politique de migration*. Berne: Office fédéral de la statistique.
- CFE (2000). *Integrationsbericht*, Berne: OCFIM

Migration et santé: bases

- Abel, Th. (1999). *Gesundheitsrelevante Lebensstile: Zur Verbindung von handlungs- und strukturtheoretischen*

Aspekten in der modernen Ungleichheitsforschung. In: Maeder, Ch. et al. (Hrsg.). *Gesundheit, Medizin und Gesellschaft. Beiträge zur Soziologie der Gesundheit*. Zurich: Seismo, 43–61.

- David, M., Borde, Th. & Kentenich, H. (Hrsg.) (1999). *Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibungen und Zukunftsmodelle*. Frankfurt a. Main: Mabuse, 2. Aufl.
- Weiss, Regula (2002). *Gesundheit und Migration. Psychosoziale Aspekte*. Zurich: Seismo.
- Bischoff, Alexander N. (1997). *Migration and health in Switzerland*. Genève: Unité de médecine des voyages et des migrations, Hôpitaux universitaires de Genève.
- Vranjes, Nenad, Brigitte E. Bisig et Felix Gutzwiller (1996). *Gesundheit der Ausländer in der Schweiz*. Liebefeld: Unité principale dépendances et Sida, Office fédéral de la santé publique.

Précarité et difficultés sociales de la population migrante en Suisse

- Tabin, Jean-Pierre (1999). *Les paradoxes de l'intégration*. Lausanne: EESP.
- Lamprecht, M. & Stamm, H. (1999). *Individualisiertes Gesundheitshandeln und soziale Lage*. In: Maeder, Ch. et al. (Hrsg.). *Gesundheit, Medizin und Gesellschaft. Beiträge zur Soziologie der Gesundheit*. Zurich: Seismo, 62–85.
- Efionayi, Denise (1999). *Sozialhilfe für Asylsuchende im europäischen Vergleich*. Neuchâtel: Swiss Forum for Migration Studies (SFM/FSM).
- f – Frauenfragen (1999/2): *Schwerpunkt Migration*. Commission fédérale pour les questions féminines. Berne.

Interprétariat communautaire et médiation culturelle dans le système de santé

- Weiss, Regula und Rahel Stuker (1998). *Interprétariat et médiation culturelle dans le système de soins: rapport de base*. Neuchâtel: Forum suisse pour l'étude des migrations.
- Bischoff, Alexander et Louis Loutan (2000). *A mots ouverts: guide de l'entretien médical bilingue à l'usage des soignants et des interprètes*. Berne et Genève: OFSP et HUG.

Thérapie et traumatismes

- Wicker, Hans-Rudolf (1993). *Die Sprache extremer Gewalt: Studie zur Situation von gefolterten Flüchtlingen in der Schweiz und zur Therapie von Folterfolgen*. Berne: Institut de l'éthnologie.
- Weiss, Regula (1994). *Thérapie mit gefolterten Flüchtlingen: Schwierigkeiten und Chancen*. Zurich.
- Moser, C., Nyfeler, D. & Verwey, M. (Hrsg.) (2001). *Traumatisierung von Flüchtlingen und Asylsuchenden*. Zurich: Seismo.

Thèmes particuliers

- Domenig, D. (2001). *Migration, Drogen, transkulturelle Kompetenz*. Berne: Huber.
- Domenig, D. (Hrsg.) (2001). *Professionelle transkulturelle Pflege. Praxishandbuch für Pflegendende und Hebammen*. Berne: Huber.
- Henley, A. & Schott, J. (1999). *Culture, Religion and Patient Care in Multi-ethnic Society. Handbook for professionals*. Londres: Age Concern.
- Haour-Knipe, Mary et Richard Rector (1996) (Hg.). *Crossing borders: migration, ethnicity and AIDS*. Londres: Taylor & Francis.
- David, M., Borde, Th. & Kentenich, H. (Hrsg.) (2000). *Migration – Frauen – Gesundheit. Perspektiven im europäischen Kontext*. Frankfurt a. Main: Mabuse.
- Bureau fédéral de l'égalité entre femmes et hommes/Office fédéral de la santé publique (Ed.) (1997). *Genre et santé après 40 ans. La santé des femmes et des hommes dans la seconde partie de la vie*. Berne: Huber.
- Salis Gross, C., Blöchliger, C., Moser, C. & Zuppinger, B. (1997). *Die Arzt-Patienten-Interaktion in der hausärztlichen Betreuung von Asylsuchenden und Flüchtlingen. Rapport final*, Institut tropical Suisse (ITS) Bâle.

Glossaire

Assimilation de la population migrante

La notion d'assimilation, qui date des années 60, est utilisée dans une approche ethnocentrique. Elle désigne le rapprochement des comportements et des valeurs de la population migrante au modèle de la population indigène.

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 et des prestataires de services dans le domaine médico-social. Les hôpitaux, les médecins, les conseillers en nutrition, les psychologues en sont autant d'exemples.

Interprétariat communautaire dans le domaine médico-social

Les personnes en question exercent leur activité à titre professionnel et selon des standards reconnus; elles permettent à des personnes de langue différente de communiquer dans le domaine médico-social. L'interprétariat communautaire s'effectue dans une situation face-à-face. L'activité de l'interprète consiste à reproduire un énoncé de la langue de départ dans la langue d'arrivée.

Approche globale de la santé

Cette approche, qui a été proposée par l'Organisation mondiale de la santé (Charte d'Ottawa), sert dans la plupart des pays à orienter la politique en matière de santé. Elle englobe le bien-être physique, psychique et sociale de chaque individu, qui doit pouvoir ainsi accéder à une plus grande autonomie d'action.

Intégration de la population migrante

L'intégration décrit le cheminement vers une société où la population migrante bénéficie des mêmes opportunités de participer à la vie sociale, à la vie politique et à la vie économique. L'objectif est ici de créer une communauté de personnes qui se caractérise par le respect dans la différence.

Médiation interculturelle dans le domaine médico-social

Ce terme désigne une activité fondée sur des standards professionnels et qui englobe la médiation entre des univers du vécu et des formes de vie différents dans le contexte de la migration. La médiation interculturelle tient compte des intérêts des différents systèmes (groupes, individus ou institutions). La médiation interculturelle permet des rencontres, sert à transmettre des informations et à sensibiliser les uns aux préoccupations des autres. Le médiateur interculturel travaille beaucoup avec des réseaux sociaux. La médiation interculturelle est un travail

de proximité; la personne qui l'exerce s'appuie souvent sur des relais multiplicateurs. De tels relais se composent de personnes issues d'un groupe donné de population ou présentant un profil particulier, qui transmettent des informations au groupe visé. La médiation interculturelle n'a pas pour mission de résoudre des conflits.

Population migrante

Le terme de «population migrante» s'applique dans ce texte aux personnes venues de l'étranger pour s'établir en Suisse ou qui sont d'origine migrante de par leurs liens familiaux (descendants de migrants). Ce terme n'exclut pas les Suisses expatriés qui rentrent au pays ni leurs descendants.

D'origine migrante

Ce terme désigne ici les descendants de migrants. Dans ce cas également, la nationalité n'a guère d'importance; le terme se veut plutôt révélateur d'une situation de vie.

Relais multiplicateur

Le terme de «relais multiplicateur» désigne des personnes qui sont engagées par des médiateurs interculturels professionnels pour transmettre des informations aux membres d'un groupe ou à des personnes présentant des caractéristiques communes auxquelles elles peuvent accéder de manière facilitée.

Une version abrégée de cette brochure existe dans 13 langues.

Il est possible de consulter cette version abrégée sur le site

www.bag.admin.ch

Versions

albanais
arabe
allemand
anglais
français
italien
croate
portugais
russe
serbe
espagnol
tamoul
turc