

Document de base sur la question
« migration et santé »
Avril 2007

Bülent Kaya
en coll. avec Denise Efionayi-Mäder

Développement de documents et
d'instruments pour la dimension
« migration » en matière de promotion
et de prévention de la santé

Mandant : Promotion Santé Suisse et Office fédéral de la santé publique,
Section « Egalité des chances »
Contrat no 52011

© 2007 SFM

SWISS FORUM FOR MIGRATION AND POPULATION STUDIES (SFM)
AT THE UNIVERSITY OF NEUCHÂTEL
RUE ST-HONORÉ 2 – CH-2000 NEUCHÂTEL
TEL. +41 (0)32 718 39 20 – FAX +41 (0)32 718 39 21
SECRETARIAT.SFM@UNINE.CH – WWW.MIGRATION-POPULATION.CH

Table des matières

Introduction	5
1 Migration : une réalité socio-démographique de la société suisse	6
1.1 Caractéristiques de la population migrante : une forte diversification	7
2 Migration et Santé : un rapport complexe	9
2.1 Etat de santé des migrant-e-s : un problème d'inégalités sociales de santé	10
2.2 Disparités sanitaires entre les groupes migrants	12
3 Promotion de la santé sensible à la réalité des migrant-e-s	14
3.1 Pourquoi est-il important d'adopter une perspective de réduction des inégalités de santé	14
3.2 Prise en compte de la dimension « migration » dans les projets	16
3.3 Exemple d'une pratique de projet sensible à la réalité des migrant-e-s	24
4 Conclusion	26
Références bibliographiques	28
Glossaire	31
Liste de liens et d'adresses utiles	36
Annexe	38

Introduction

La Suisse connaît depuis longtemps une diversité linguistique et culturelle, mais elle a été plus récemment soumise, comme le monde industrialisé en général, à de profondes mutations socioculturelles, qui se traduisent entre autres par une pluralisation des modes et styles de vie, des langues et des systèmes de valeurs. La migration*¹ participe de façon importante, mais non exclusive, à ce processus qui traverse toutes les sphères de la société et la pose devant des défis inédits.

Si dans la plupart des pays européens, on raisonne en termes de population migrante² ou allochtone (Pays-Bas), le discours anglo-saxon se réfère davantage aux « minorités ethniques » ou « raciales ». Dans ce sens, le phénomène migratoire peut se recouper avec une appartenance ethnique minoritaire, une catégorie raciale particulière et/ou une nationalité différente. Par ailleurs, il est parfois associé à des conditions socio-économiques difficiles dans lesquelles se trouvent certains groupes migrants. De ce fait, ces derniers sont très souvent considérés comme une catégorie sociale, voire socio-professionnelle, défavorisée dans la société d'accueil. Simultanément, des minorités non issues de la migration sont parfois confrontées à des difficultés similaires à celles des migrant-e-s (problème d'accès à un système de soins mal connu, difficultés linguistiques, par exemple). Le terme générique de « migrant-e », utilisé couramment dans ce document, doit être compris dans un sens large qui peut également se référer à d'autres situations minoritaires définies par l'ethnicité, la religion, la langue ou encore par la nationalité, etc.

Par ailleurs, en raison de la pluralisation croissante de la société, les institutions sanitaires sont souvent confrontées à des client-e-s d'origines très différentes, à une diversité de modes de vie et de systèmes de référence. Ceci nécessite que les institutions sanitaires devraient davantage s'ouvrir à la population de plus en plus diversifiée (à la population migrante, par exemple) et développer des structures transculturelles* afin de mieux répondre des besoins spécifiques des individus.

L'objectif du présent document est d'offrir un cadre de référence fournissant des informations et des outils aux personnes déposant une requête de fonds pour répondre aux questions-clés qui se posent dans le cadre de leur projet. Il

¹ Pour la définition des termes portant le signe *, voir le glossaire.

² Par analogie, la « population migrante » comprend toutes les personnes qui, indépendamment de leur nationalité, sont nées à l'étranger ainsi que leurs descendants.

cherche à sensibiliser les responsables de projets afin d'adapter le plus possible leurs efforts en matière de promotion de santé à la réalité des migrant-e-s. Il est évident que ce cadre de référence ne présente pas une solution *prêt-à-porter* et ne peut nullement remplacer l'imagination et l'initiative propre à la dynamique de chaque projet.

Le document comprend trois chapitres. Le premier place le phénomène migratoire dans le contexte suisse sous l'angle socio-démographique. Le second chapitre se penche sur le rapport entre migration et santé. Et finalement, le troisième chapitre propose une série de considérations liées à la migration qu'il faut prendre en compte dans la conceptualisation et la réalisation de projets en matière de promotion de santé. En annexe se trouve une série de tableaux contenant des informations concernant les besoins spécifiques de la population migrante abordés dans la littérature scientifique, la promotion et la prévention en matière de santé et les groupes-cible les plus défavorisés. Ces tableaux se basent sur l'analyse d'un certain nombre d'études scientifiques réalisées en Suisse abordant la question « migration et santé ».

Par ailleurs, par souci de lisibilité, nous préférons ne pas utiliser les références dans le texte mais les ajouter à la fin du document en fonction du thème abordé. Vous trouvez également une liste de liens et d'adresses utiles ainsi qu'un glossaire de définitions de certains termes utilisés en matière de migration et santé.

1 Migration : une réalité socio-démographique de la société suisse

Un rapide survol de l'histoire démographique de la Suisse depuis la fin du 19^{ème} siècle nous amène à constater que la migration y apparaît comme une composante majeure : même si l'accroissement de la population étrangère ne s'est pas effectué de manière linéaire, la Suisse est devenue un pays d'immigration à partir du début du 20^{ème} siècle. Selon les données de l'Office fédéral de la statistique pour l'année 2005, près d'un quart de la population (22,6%) est née à l'étranger. Avec ses enfants et petits-enfants, elle atteint même 2 millions de personnes. Les résident-e-s de nationalité étrangère représentaient alors 20,6 % de la population en Suisse. Ce taux situe la Suisse au troisième rang parmi les pays de l'Union européenne (UE-25), derrière le Luxembourg et le Lichtenstein.

1.1 Caractéristiques de la population migrante : une forte diversification

La population migrante* constitue un groupe de plus en plus hétérogène du point de vue de l'origine nationale, et des caractéristiques socio-professionnelles.

Diversification des origines...

Depuis deux décennies, on observe un accroissement de la population étrangère à un rythme ralenti, accompagné par une forte diversification des origines des migrant-e-s.

La plus grande partie de la population résidente étrangère* en Suisse en 2005 (58.5%, soit 883'9888 personnes) vient cependant de l'UE-25. Depuis l'entrée en vigueur de la libre circulation des personnes entre la Suisse et l'UE (2004), la proportion des migrant-e-s provenant de l'UE est en augmentation.

Le tableau suivant montre les principaux pays d'origine de la population migrante en Suisse.

Tableau 1 : Les principaux pays d'origine de la population résidente permanente étrangère 2005

Pays	Nombre	%
1. Italie	296 392	19.6%
2. Serbie-et-Monténégro	196 179	13.0%
3. Portugal	167 269	11.1%
4. Allemagne	157 580	10.4%
5. Turquie	75 448	5.0%
6. Espagne	71 376	4.7%

Source : Office fédéral des migrations

Catégorie hétérogène sur le plan socio-professionnel...

Les personnes issues de la migration sont représentées dans toutes les catégories sociales et professionnelles. Alors que par le passé la population active migrante se composait majoritairement de personnes peu qualifiées, la situation actuelle se caractérise plutôt par une polarisation croissante entre les personnes hautement qualifiées et peu qualifiées.

Leur situation en termes d'autorisation de séjour (requérant-e d'asile, permis de séjour, permis d'établissement, etc.) est aussi disparate que leurs motifs de migration (migration économique, regroupement familial, migration forcée, par exemple).

Diversité linguistique...

La migration a renforcé la diversité linguistique en Suisse. En l'espace de 40 ans, la part des langues non nationales utilisées comme langue principale est passée de 1.4% en 1960 à 9% en 2000. En d'autres termes, les langues de migration occupent une place de plus en plus importante dans le paysage linguistique suisse.

Cette diversité linguistique fait que les programmes d'intervention en matière de santé (promotion et prévention) doivent, pour mieux répondre aux besoins, tenir compte de différents modes de penser, d'argumenter, d'agir, inhérents aux différentes langues. L'usage des langues de migration peut contribuer au transfert de connaissances, intervenir dans la compréhension, la négociation et la résolution du problème ou dans les prises de décision. Ainsi, l'adaptation à cette diversité linguistique (information en langues de migration, recours à des interprètes*, etc.) apparaît comme un défi aussi pour la promotion de la santé et de prévention.

Tableau 2 : La part des langues non nationales les plus importantes (langues principales) en Suisse

Langues	Nombre	Pourcentage
1. Serbo-croate	103 350	1.4%
2. Albanais	94 350	1.3%
3. Portugais	89 527	1.2%
4. Espagnol	77 506	1.1%
5. Anglais	73 425	1.0%
6. Turc	44 523	0.6%

Source : Office fédéral de la statistique

Diversité religieuse...

Avec 4,3%, l'islam est devenu la troisième religion en Suisse après les catholiques (41,8%) et les protestants (35,3%) en 2000. Au-delà de ce constat numérique, cette évolution élargit naturellement les systèmes de valeurs et de croyances, les références religieuses et les codes de représentations dans notre société. A cela s'ajoutent des éléments inhérents à la diversité ethnique qui peut exister au sein d'une religion. Ainsi, on croirait que les musulmans, par exemple, constituent une unité, alors que ce groupe recouvre une variété de nationalités et d'ethnicités : 56,4% des musulmans en Suisse proviennent de l'ancienne Yougoslavie, 20,2% de la Turquie, 6% de l'Afrique (dont 3,4% des pays du Maghreb). Il ne faut pas oublier que l'appartenance religieuse est sujette à interprétation. De plus, les facteurs religieux peuvent parfois être considérés aussi bien comme des contributeurs que des obstacles à la santé et au bien-être.

Diversité de genre

Contrairement au passé, la migration des femmes – qu’il s’agisse du regroupement familial ou de trajectoires indépendantes – s’est développée à partir des années septante. La composition selon le sexe de la population résidante de nationalité étrangère confirme une certaine féminisation de la migration : l’écart entre le nombre des étrangers et celui des étrangères dans l’ensemble de la population étrangère en Suisse n’affiche que 8 points en faveur des hommes (54% d’hommes pour 46% de femmes, en 2004).

Par ailleurs, l’insertion des migrants hommes et femmes sur le marché du travail affiche une distinction entre les sexes. Les femmes sont concentrées plutôt dans le secteur des services (travaux ménagers, les soins infirmiers, la restauration et l’hôtellerie, etc.), alors que les hommes sont surreprésentés dans le domaine de l’industrie et de la construction.

De manière générale et dans une optique de genre, les flux migratoires peuvent révéler un caractère sexospécifique dans la mesure où les hommes et les femmes sont motivés par des raisons différentes dans leur décision d’émigrer. De plus, les expériences que vivent les hommes et femmes en tant que migrants et migrantes sont déterminées par le genre. La plupart des différences constatées tiennent aux rôles, aux comportements et aux relations que la société, tant dans le pays d’origine que dans le pays d’accueil, attribue à l’homme et à la femme ou attend de l’un et de l’autre.

Il est également important de souligner que les conditions spécifiques des femmes migrantes, les représentations symboliques, les discriminations liées au genre, contribuent potentiellement ou réellement à une marginalisation socio-économique de nombreuses femmes en situation de migration qui, de son côté, influe négativement sur leur santé. Mais il existe aussi des situations de déqualification professionnelle ou de perte de statut social qui touchent plus particulièrement les hommes migrants et affectent leur comportement ou état de santé.

2 Migration et Santé : un rapport complexe

Traditionnellement, la relation que l’on établissait entre migration et santé portait sur le « bagage pathologique » des migrant-e-s reflétant l’état de santé de ces personnes. Cette approche était marquée par une série d’éléments négatifs traduisant la réalité sanitaire des migrant-e-s : maladies importées du contexte d’origine, principalement des maladies infectieuses, pathologies

d'adaptation dans la société d'accueil, troubles psychiques, etc. De plus, elle tendait à considérer l'état de santé des migrant-e-s sous l'angle des risques qu'il pouvait représenter pour la santé publique³.

Actuellement, il est reconnu qu'il est difficile *a priori* d'établir un rapport de causalité directe entre la migration et certaines pathologies définies. On ne peut pas ignorer non plus les effets parfois négatifs des conditions de vie et de travail dans le contexte d'accueil ainsi que celles du cadre administratif sur la santé des migrant-e-s⁴. De ce fait, être migrant-e n'est pas considéré en soi comme un facteur de risque sanitaire. Les travaux récents soulignent plutôt la *complexité* de ce rapport, résultant de la combinaison d'une grande variété d'éléments d'ordre génétique, social, économique, politique, administratif, et de facteurs liés aux styles de vie.

2.1 Etat de santé des migrant-e-s : un problème d'inégalités sociales de santé

Il est admis que les facteurs qui déterminent la santé ne sont pas à chercher dans le seul domaine de la santé au sens strict : les conditions environnementales, socio-économiques, les coutumes, voire même la politique dans son sens le plus large créent des conditions-cadres fondamentales pour la santé.

L'expérience migratoire, qui représente une des expériences les plus marquantes de la vie d'un individu et de sa famille, et le contexte migratoire déterminent les conditions socio-économiques des migrant-e-s et influent sur le niveau de santé de ces derniers. En effet, une partie de la population migrante se trouve plus fréquemment représentée dans les positions inférieures de la hiérarchie sociale et dans des postes de travail exposés à des risques professionnels, notamment à des accidents professionnels.

Par ailleurs, les migrant-e-s sont plus fréquemment sujets à des périodes de chômage lorsque la conjoncture économique est défavorable. En raison de leur rémunération peu adaptée aux conditions de vie, une partie considérable des migrant-e-s actifs est beaucoup plus touchée par le phénomène des *working poor* que le reste de la population. Parfois, le statut de séjour est la cause d'une situation précaire défavorable à la santé, en particulier à la santé psychique.

³ Contrairement à cette approche, certaines études considèrent le rapport entre migration et santé comme plutôt positif car les personnes les plus enclines à quitter leur pays sont en général celles dont la santé est bonne.

⁴ C'est ce que l'on qualifie dans la littérature scientifique de « *exhausted migrant effect* ».

Quant à l'état de santé et aux comportements sanitaires des migrant-e-s, quelques observations générales peuvent être faites, même si l'état des recherches reste très lacunaire en Suisse. Beaucoup de résultats sont très partiels, voire même contradictoires. C'est la raison pour laquelle l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et de l'Office fédéral des migrations (OFM) ont lancé en 2004 *le monitoring santé de la population migrante suisse* (ci-après GMM). Il montre que les migrant-e-s attribuent à leur état de santé de plus mauvaises valeurs en moyenne que la population suisse. Cette appréciation subjective, c'est-à-dire basée sur l'auto-estimation des migrant-e-s, est également confirmée par un certain nombre d'études effectuées précédemment en Suisse. Celles-ci relèvent que les communautés issues de la migration présentent en règle générale des niveaux de santé défavorables par rapport aux Suisses.

De manière générale, la santé des migrant-e-s se caractérise, entre autres, par :

- pathologies importées du pays d'origine, principalement des maladies infectieuses ;
- troubles psychosociaux liés aux causes ou conditions de la migration chez les requérant-e-s d'asile et les réfugié-e-s ;
- détérioration lente de la santé associée à une activité professionnelle parfois pénible et à des conditions de vie souvent précaires en Suisse ;
- santé reproductive parfois médiocre, grossesses à risques et proportion plus élevée de naissances prématurées ;
- surmortalité élevée, par rapport aux Suisses, pour quelques causes de décès, comme les cancers de l'estomac chez les personnes d'origine du Sud de l'Europe.

En ce qui concerne les **habitudes sanitaires** des migrant-e-s, les comportements à risque et l'accès aux services de soins constituent les enjeux principaux :

Comportements à risque : selon les résultats du GMM, divers groupes migrants montrent un comportement relativement plus risqué en ce qui concerne *la consommation de tabac, l'exercice physique et l'alimentation* ; certains groupes ont aussi une plus grande tendance à accuser un poids excédentaire. On remarque que, dans tous les groupes migrants, les hommes fument plus que les femmes et, à l'exception des personnes venant d'Autriche, de France et d'Allemagne, en particulier les migrantes font moins de sport que la population suisse. De même, certains groupes migrants montrent un taux beaucoup plus élevé de fumeurs, chez les personnes venant de Turquie par exemple, que la population suisse.

Dans ce contexte là, il convient de préciser l'importance de la diffusion et la réception d'informations en matière de santé. Selon la littérature scientifique, celle-ci est influencée par un certain nombre de facteurs tels que la *health literacy** (compétences sanitaires), le capital social, la situation socio-économique, etc. Les personnes ayant des compétences sanitaires limitées ont des difficultés à comprendre les informations écrites et orales des spécialistes du domaine de la santé, à suivre leurs recommandations ainsi qu'à se positionner de manière critique à l'égard des experts en matière de santé. De ce fait, les interventions en matière de promotion de santé et de prévention devraient tenir compte du rôle de la *health literacy* sur les comportements sanitaires des migrant-e-s.

Accès aux services de soins : la littérature scientifique admet que le recours aux services de soins et les comportements – protecteurs ou à risque – ne sont pas déterminés par le simple choix individuel, mais affectés par une série de facteurs qui touchent dans une moindre mesure la population autochtone. Les expériences de discrimination, les difficultés linguistiques, la diversité des concepts de santé et de maladie, le manque de connaissances et d'informations sur le système de santé et des institutions sanitaires en Suisse, par exemple, sont des facteurs négatifs qui engendrent une situation de sous-utilisation ou une utilisation inappropriée des services de soins par la population migrante.

Il résulte de ce qui précède que les projets et programmes d'intervention en matière de santé visant à réduire les inégalités* de santé devraient également prendre en compte la population migrante. Il est bien évident qu'au-delà du déficit sanitaire de certains groupes migrants, la perspective de promotion de la santé et de prévention doit aussi tenir compte du facteur de diversité en termes de modes de vie, codes de représentations, systèmes de valeurs, etc. qui caractérisent aussi la migration. En effet, ces aspects affectent les comportements de santé, la perception des messages préventifs et la possibilité d'atteindre les migrant-e-s ou les membres d'autres minorités.

2.2 Disparités sanitaires entre les groupes migrants

Les différences de santé sont parfois beaucoup plus importantes entre certains groupes migrants, voire même certains sous-groupes, que celle qui se profile entre la communauté migrante prise dans son ensemble et la population suisse.

Selon l'enquête du GGM, alors que 3% des Suisses estiment que leur état de santé est « mauvais » ou « très mauvais », ce taux s'élève à 5 % chez les Tamouls, 7% chez les Italiens, 9% chez les Portugais, 11% chez les migrants de l'ancienne Yougoslavie et 16% chez les migrants originaires de Turquie.

Si la nationalité semble être un facteur important dans l'explication de la disparité sanitaire entre de différents groupes migrants, il ne faut cependant pas

oublier l'existence d'autres facteurs influant sur la santé, à savoir l'âge, le genre, le motif de migration, le statut de séjour, etc.

Prenons le facteur de l'âge par exemple. 5% des Suisses, âgés entre 51 et 62 ans, considèrent leur état de santé comme « mauvais » ou « très mauvais ». Ce pourcentage s'élève à 14% pour les Italiens du même groupe d'âge, et entre 30 et 40% chez les migrants originaires de l'ancienne Yougoslavie, du Portugal et de Turquie. L'écart dû au genre varie d'une nationalité à l'autre. Ainsi, contrairement aux 83% des migrants italiens, 74% des migrantes italiennes estiment que leur état de santé est « bon » ou « très bon ». Cette différence en défaveur des femmes atteint 27 points chez les femmes originaires de Turquie et 15 points chez les femmes tamoules.

Par ailleurs, on peut déduire des résultats du GGM que l'état de santé est également influencé par le type de migration : les requérant-e-s d'asile se sentent en moins bonne santé que d'autres migrant-e-s de leur communauté issus de la migration économique.

D'autre part, il a été montré que, parmi les migrant-e-s se trouvant dans une situation marginale en raison de leur statut de séjour, en l'occurrence les personnes admises provisoirement et les migrant-e-s en situation irrégulière (sans-papiers), ceux et celles qui ont une activité professionnelle s'estiment en bonne santé par rapport à ceux qui ne travaillent pas. Cela met en évidence l'effet de ressources propres d'une personne sur son estimation subjective de l'état de santé.

Il n'est pas nécessaire de prolonger cette liste indiquant l'écart de santé entre différents sous-groupes migrants. Ce qui est essentiel à retenir ici, c'est l'existence d'*effets cumulatifs* de certains facteurs. En réalité, ces effets cumulatifs liés à la migration⁵ peuvent aboutir à une vulnérabilité accrue et un manque de ressources : si « être migrant-e » n'implique pas nécessairement d'avoir un état de santé « mauvais », le fait d'être une femme migrante, par exemple, avec un statut de séjour instable (permis F ou statut de requérante d'asile), sans emploi, avec des enfants en bas âge à charge, ne maîtrisant pas la langue du lieu de résidence, etc. constitue une réalité qui comporte des risques supplémentaires susceptibles de creuser l'écart de la disparité sanitaire existante.

⁵ Dans un contexte migratoire, les facteurs tels qu'un statut administratif précaire, des connaissances insuffisantes de la langue du lieu d'accueil, le manque de ressources sociales, la discrimination et la stigmatisation, le manque d'informations sur le système de santé, etc. constituent très souvent des facteurs qui peuvent engendrer des situations à risque pour les migrant-e-s.

En raison de leurs situations socio-économiques souvent difficiles, on a parfois tendance à situer tous les migrant-e-s dans une seule catégorie défavorisée. Comme nous avons mentionné, le fait d'appartenir à la population migrante ne signifie pas automatiquement être défavorisé-e. Il est donc important de tenir compte d'une catégorisation plus différenciée et non généralisée. Même si les variables de l'appartenance ethnique et du statut migratoire apparaissent comme les variables les plus importantes, il faudrait accorder plus d'attention aux sous-groupes de migrant-e-s potentiellement à haut risque.

La prise en considération de l'*effet cumulatif* des différentes situations à risque peut être très utile pour mieux déterminer le groupe le plus défavorisé au sein de la population migrante. Néanmoins, elle doit s'inscrire dans une perspective plus large permettant de tenir compte aussi d'autres facteurs - modes de vie, systèmes de valeurs etc., facteurs qui peuvent constituer autant de ressources que de risques.

3 Promotion de la santé sensible à la réalité des migrant-e-s

La question « migration et santé » (*cf.* chapitre 2) ne peut être comprise que si elle est située dans une logique globale d'inégalités de santé existantes dans notre société. Le phénomène migratoire est une des causes parmi d'autres, sans doute très importante, qui peut engendrer des inégalités de santé. C'est pourquoi les stratégies de plusieurs pays développés visant la réduction des inégalités de santé soulignent l'importance de la prise en compte adéquate de la dimension « migration » dans tous les efforts de promotion de santé et de prévention.

3.1 Pourquoi est-il important d'adopter une perspective de réduction des inégalités de santé

La réduction des écarts de santé entre divers groupes sociaux et l'amélioration de l'état de santé des groupes les plus défavorisés constituent les objectifs majeurs des stratégies en matière de santé, en général, et de promotion de la santé et de prévention, en particulier. Cet objectif se nourrit d'une série d'arguments de nature différente et englobe tous les groupes concernés par des inégalités de santé, quels qu'en soient les facteurs déterminants (genre, nationalité, âge, migration, situation socio-économique, etc.). Ces arguments servent à légitimer toutes les actions et mesures destinées à des groupes touchés par des inégalités de santé *évitable*s et *injustes*.

Arguments de nature normative

Argument basé sur l'équité : les écarts de santé sont éthiquement indésirables et inacceptables dans la mesure où ils sont à la fois *évitables et injustes*. Les inégalités de santé deviennent injustes si le mauvais état de santé est dû à des déterminants socio-économiques de la santé (inégalité des chances en matière d'éducation, d'emploi, d'accès au système de santé, par exemple). En effet, cet argument aborde la notion de *l'équité en santé*. Il considère la santé comme une ressource à partager et que l'égalité des ressources accordées à chacun est la meilleure des répartitions possibles pour établir une justice sociale.

*Principe d'égalité et de non discrimination** : En matière de santé, le principe d'égalité et de non discrimination* apparaît comme un moyen de concrétisation du principe d'équité en santé. En effet, la légitimation des actions dans les sociétés démocratiques et libérales se réfère très souvent au principe d'égalité et à celui de *non discrimination*, à la fois comme source philosophique et comme un instrument du principe de l'Etat de droit reconnu dans toutes les constitutions des pays démocratiques. En Suisse, l'article 8 de la Constitution fédérale est consacré au principe d'égalité et l'article 261bis du Code pénal interdit la discrimination.

Argument basé sur le principe des droits humains : le droit à la santé a été inscrit dans de nombreux traités internationaux et régionaux, juridiquement contraignants, relatifs aux droits de l'homme tel que la Constitution de l'OMS, et la *Déclaration universelle des droits de l'homme*, par exemple. Il convient de mentionner ici que la Charte d'Ottawa se réfère au principe de droit à la santé et précise l'importance de la concrétisation de celui-ci en matière de promotion de la santé.

De manière générale, le *droit à la santé* signifie que chacun peut bénéficier d'un mode d'existence qui lui permette d'avoir une vie saine, l'accès aux soins préventifs et aux traitements curatifs appropriés, si cela s'avère nécessaire. Ainsi, pour un individu, le droit à la santé est considéré comme faisant partie intégrante des autres droits, notamment le droit d'avoir un standard de vie et d'éducation convenables et de participer à la vie sociale.

Arguments de nature sociétale

Des inégalités de santé sont préjudiciables à tous les membres de la société. Le milieu scientifique constate qu'il y a un rapport entre la bonne santé des individus dans une société et la cohésion sociale et montre que les sociétés égalitaires et plus saines ont une cohésion sociale plus forte. En effet, cette dernière donne aux gens le sentiment de faire partie de la même collectivité et d'avoir les mêmes défis à relever.

Il est par ailleurs reconnu que la réduction des inéquités en santé contribue, par l'amélioration de l'état de santé des groupes défavorisés, à l'amélioration de la situation sanitaire moyenne de l'ensemble de la population, et par conséquent à la santé publique.

On pourrait donc s'attendre à ce que la réduction des écarts de santé ait un impact positif sur la cohésion sociale. Par ailleurs, pour une personne migrante, la santé est un élément décisif de son intégration. Logiquement, une personne en bonne santé a plus de ressources pour s'insérer dans la société que celle qui n'en a pas ou pas assez. Dans un contexte migratoire, on peut ainsi supposer que tout ce qui favorise la santé favorise aussi l'intégration sociale des personnes migrantes.

Arguments de nature économique

Il a été montré que les interventions visant l'amélioration de l'état de santé des groupes défavorisés conduisent à une réduction des dépenses publiques consacrées à la santé. D'autre part, un bon état de santé est aussi un facteur de production, ce qui est particulièrement vrai pour les travailleurs et les travailleuses des couches défavorisées. L'état physique de ces personnes constitue un instrument de travail et de développement économique indispensable, car il fait partie du capital social d'une société.

3.2 Prise en compte de la dimension « migration » dans les projets

Du contexte migratoire, de la situation socio-économique des migrant-e-s, de leur perception parfois différente de la santé, de leurs systèmes de valeurs et de référence peuvent découler des besoins spécifiques en matière de promotion de la santé. Pour cette raison, il est important de prendre en compte la dimension « migration » dans les projets visant la promotion de la santé. Nous allons illustrer cette démarche en la situant dans les différentes phases d'un projet et en nous servant d'expériences faites en matière de promotion de la santé et de prévention. Tirées des descriptions de projets et rapports d'évaluation, ou mentionnées dans les différents groupes de discussion abordant le thème « migration et santé », ces expériences sont parfois l'exemple d'actions positives ; reflètent d'autres fois un problème concret rencontré dans un projet, ou alors, font preuve d'un degré élevé de sensibilité à la dimension « migration ».

Phase de réflexion

La réduction des inégalités de santé, l'application du principe de l'égalité des chances* et de celui de non-discrimination en matière de promotion de santé sont des éléments *sine qua non* de la philosophie d'un projet qui tienne compte

de la dimension migratoire. Ces principes devraient guider la réflexion préalable au lancement de toute initiative susceptible de toucher parmi ses bénéficiaires des migrant-e-s. Selon les situations et expériences disponibles, on optera pour une approche permettant d'adapter le projet en question aux besoins de la population migrante ou alors, dans certains cas, pour un projet spécifiquement ciblé sur cette catégorie de bénéficiaires. L'exemple cité ci-dessous illustre les deux orientations à la fois, en se référant à une situation où les services offerts par une association ont été élargis (dans le sens d'une ouverture) par le lancement d'un projet spécifique pour les migrants.

Expérience 1: l'association « Ostschweizerischer Verein für das Kind ⁶ » (ci-après OVK) à St-Gall a décidé d'ouvrir ses services de conseil en matière de nutrition et de développement de l'enfant aux parents de la communauté migrante. Elle justifie cette ouverture en se référant à la Charte d'Ottawa qui préconise que les interventions en matière de promotion de la santé doivent offrir à tous les individus les mêmes ressources et possibilités (principe d'égalité). Un projet pilote (MigesBalù)⁷, destiné aux familles migrantes de différentes nationalités, a été mis en place afin de concrétiser cette idée.

Phase de conceptualisation

Examen de la situation initiale : S'il est important d'adopter une perspective d'analyse qui tienne compte des divers facteurs déterminant la diversité de la population bénéficiaire ainsi que les types d'interaction à prévoir, il n'est pas toujours aisé de rassembler les informations nécessaires à ce sujet dans la littérature ou dans les statistiques – sanitaires ou épidémiologiques – disponibles : souvent aucune ou très peu de données différenciées en fonction du statut migratoire ou de la durée de séjour sont disponibles et la nationalité est trop sommaire pour pouvoir cerner une problématique.

⁶ « Ostschweizerischer Verein für das Kind » est une association non lucrative et active dans la région de St-Gall et Rorschach. Elle conseille les parents enfants de 0-6 ans sur des thèmes tels que l'allaitement, la nutrition, l'éducation, etc. (www.ovk.ch).

⁷ Désigné par divers milieux comme l'une des *bonnes pratiques*, le MigesBalù est un projet qui a réussi de manière exemplaire à intégrer la dimension « migration » en matière de promotion de la santé (pour plus de détail, cf. www.ovk.ch/de/main.projekt.php).

Expérience 2: l'association OVK constate que les familles migrantes n'utilisent pas suffisamment ses services de conseil, alors que leurs enfants (0-6 ans) sont aussi concernés par les problèmes de nutrition et le manque d'activité physique. L'association OKV part de l'observation que, pour diverses raisons (travail de nuit, fatigue, difficultés linguistiques, sentiment de rejet dans la société d'accueil), les familles migrantes gardent très souvent leurs enfants à la maison tant qu'ils sont petits. De ce fait, les enfants bougent beaucoup moins que les enfants des familles autochtones et ont une consommation trop importante de télévision. La conséquence est que les enfants des familles migrantes sont exposés à un risque sanitaire.

Détermination des besoins : il se peut que les besoins identifiés pour le projet se présentent sous une forme différente ou particulière pour les migrant-e-s. Il faut donc procéder à la détermination de ces types de besoins spécifiques. L'identification de ces derniers peut se faire de deux manières. La première est une approche « objective » qui se réfère aux résultats des études scientifiques, pour autant que le sujet en question ait été étudié sous l'angle de la diversité* ou de la migration. La deuxième se veut plus « subjective » et se base sur les besoins exprimés (ou ressentis) par les institutions sanitaires, la communauté migrante, les professionnel-le-s de la santé, les expert-e-s, les personnes-clés, par exemple. Il est bien évident que ces deux approches ne s'excluent pas mutuellement et qu'une combinaison est souvent utile⁸.

Expérience 3 : un projet soumis à Radix en s'appuyant sur les récits des migrant-e-s en rapport avec le système de santé en Suisse constate que l'utilisation des services de soins par la population migrante est restreinte pour différentes raisons (p.ex. le fonctionnement différent des systèmes de santé dans le pays d'origine). Le projet identifie un besoin spécial des migrant-e-s qui est celui d'être informé-e-s sur le système de santé, son fonctionnement et des divers obstacles en amont de l'accès aux soins.

Identification des groupes-cible : il faut s'interroger sur le choix des groupes-cible en fonction du besoin identifié. Rappelons que les migrant-e-s constituent un groupe très hétérogène et qu'il est important de combiner les dimensions socio-économiques (formation, revenu, etc.), pouvant être déterminantes, avec l'origine, le genre, le statut migratoire, les connaissances linguistiques, etc. afin de déterminer les sous-groupes les plus défavorisés au sein de la communauté migrante. D'autre part, il faut tenir compte des *effets cumulatifs* de certains facteurs (*cf.* section 2.2). Cela veut dire qu'il est possible que les sous-groupes identifiés puissent avoir des besoins ou des ressources différents au sein d'un groupe perçu *a priori* comme une entité. A titre

⁸ Pour plus de détail concernant les notions « besoin objectif » et « besoin ressenti », *cf.* www.quint-essenz.ch/fr/resources/glossary.

d'exemple, on pourrait citer les migrant-e-s provenant d'Afrique subsaharienne, qu'on a parfois tendance à considérer comme un « groupe homogène », alors qu'il n'y guère que la couleur de la peau et certains stéréotypes dont ils peuvent faire l'objet, qui les rassemblent au-delà des différentes langues et modes de vie.

Expérience 4 : la démarche ci-dessous pour identifier le groupe-cible migrant montre combien il est important de procéder de manière différenciée et appropriée aux caractéristiques du sujet et au contexte de chaque projet. «...Nous avons voulu identifier le groupe migrant considéré comme 'groupe à risque*' élevé en matière de prévention du sida. Nous avons d'abord consulté la littérature et constaté que les migrant-e-s ayant un statut de séjour précaire et ceux en provenance de régions affichant un taux plus élevé d'infection par le VIH courent plus de risques au sein de la communauté migrante. En second lieu, pour mieux cibler les groupes les plus défavorisés, nous nous sommes adressés à des professionnels et experts du domaine. A la fin de ces deux démarches, nous avons intégré dans notre groupe-cible les « sexworkers » et les migrant-e-s en provenance d'Afrique subsaharienne ayant un statut précaire...» (une participante d'un groupe de discussion abordant le sujet « migration et santé »).

Sur la base des observations faites lors de ces étapes, on peut encore une fois envisager soit des projets destinés exclusivement à l'attention des migrant-e-s, soit des projets s'adressant à un large public mixte. Dans ce dernier cas de figure, il est important de veiller à ce que la dimension « migration » soit aussi incluse dans différentes étapes des projets. Dans un domaine où il existe peu de connaissances et d'expériences, il est parfois judicieux de passer par une approche spécifique, c'est-à-dire ciblée sur le contexte migratoire, dans un premier temps (ou à titre exploratoire), quitte à décider par la suite s'il est pertinent d'intégrer les leçons, qui peuvent en être tirées, dans un setting « généraliste ».

Phase de la réalisation

Atteindre le groupe-cible : une fois identifié, le défi est d'atteindre le public-cible visé. Il faut tenir compte de la probabilité que les migrant-e-s faisant partie du groupe-cible du projet soient plus difficilement accessibles que les autochtones. Il est important de manière générale de tenir compte des différents systèmes de valeurs et de représentations du groupe-cible ou groupe bénéficiaire à toutes les étapes du développement d'un projet. Mais ces dimensions deviennent particulièrement importantes dans la phase de réalisation et notamment lors de la prise de contact, car les déterminants de l'interaction sociale sont particulièrement variables selon l'origine socio-culturelle.

De plus, il ne faut pas oublier le fait que les migrant-e-s sont très mobiles à l'intérieur de la Suisse, ne serait-ce que pour des raisons de liens sociaux. L'accessibilité d'un groupe migrant (sans-papiers, par exemple) peut être

particulièrement difficile en raison de leur situation de séjour irrégulière qui les oblige à rester publiquement « invisibles ».

Au delà de ces facteurs influant sur l'accessibilité des migrant-e-s, il convient aussi de penser à l'importance des settings et des réseaux sociaux, aux modalités de prise de contact, et au choix des intermédiaires, etc. Là aussi, il faut prendre en considération non seulement des facteurs socio-culturels et traditionnels, etc., mais aussi ceux qui concernent le rythme de la vie professionnelle des migrant-e-s (les horaires de travail, etc.) ainsi que la qualité des personnes intermédiaires (inspirant confiance auprès de la communauté, par exemple).

Il sera donc important tout d'abord d'entrer en contact avec le réseau migrant (personnes-clés, médiateurs culturels*, associations de migrant-e-s, etc.) qui peut non seulement créer un pont entre le projet et les personnes directement concernées mais aussi indiquer la « bonne marche à suivre » pour contacter le public-cible.

Expérience 5 : un projet en matière de prévention des dépendances veut intégrer les parents de jeunes albanais dans son public-cible et contacte une enseignante albanaise pour réaliser une petite enquête auprès des parents afin de mieux connaître leurs besoins et intérêts. Une soirée d'information sur les dépendances est organisée dans ce but mais, personne ne vient, car l'enseignante qui devait fonctionner comme personne-clé est perçue par la communauté albanaise comme une représentante de la « gauche » et une personne qui n'inspire pas confiance. Après l'échec de la soirée d'information, les responsables du projet décident de visiter les classes spéciales destinées aux enfants de migrant-e-s pour chercher un accès direct aux parents albanais. Il ressort de cette expérience qu'une personne-clé ne garantit pas le succès et qu'il faut être attentif dans la démarche pour trouver le « bon intermédiaire ».

Expérience 6 : le projet MigesBalù a appliqué une stratégie de communication différenciée et particulière pour atteindre les mères d'origine albanaise. En sachant que, dans le rapport traditionnel entre les sexes au sein de la communauté albanaise, c'est l'époux qui, dans son rôle de chef de famille, prend les décisions, le projet a décidé établir le premier contact avec les hommes à l'aide d'interprètes interculturels masculins pour les convaincre de l'utilisation des services du projet par leurs épouses⁹. De plus, le projet a été présenté dans différentes associations de migrant-e-s.

⁹ Il faut être attentif au risque de généralisation et de schématisation très grand qui existe à l'égard des communautés migrantes. Il ne faut sans doute pas généraliser cette manière d'entrer en contact ni à toutes les communautés migrantes ni à l'ensemble de la communauté albanaise. Il serait plus judicieux d'agir au cas par cas et de s'adapter à chaque contexte. En outre, il est aussi important d'établir un espace de dialogue privilégié avec les femmes migrantes.

Expérience 7 : « nous avons organisé une séance d'information adressée aux familles migrantes dans une salle d'école et elle n'a pas eu de succès du tout car la participation était très faible. Lorsque nous avons réorganisé la même séance dans la mosquée turque, nous étions surpris du nombre des participants... » (un participant d'un groupe de discussion sur le thème de participation en matière de migration et santé).

Participation et valorisation des ressources

Participation : la participation est un élément essentiel de l'approche de la promotion de la santé proposée par l'OMS. La participation comme terme et concept provient d'autres domaines mais est devenue un concept-clé dans la promotion de la santé.

De plus, la réalisation d'un projet est tributaire de sa philosophie de gestion. Si le projet s'adresse à la population migrante ou comprend les migrant-e-s dans son groupe-cible, il est essentiel de les intégrer dans la gestion du projet, tant au niveau de la direction que des collaborateurs et collaboratrices, dans l'identification des problèmes et des besoins, et dans l'exécution et l'évaluation des actions. D'une manière générale, la participation active des migrant-e-s est possible et souhaitable à toutes les étapes d'un projet, et plus particulièrement dans sa phase de mise en œuvre.

Expérience 8 : « dans notre projet, la participation des migrant-e-s est un acquis : nous avons une migrante qui assume la co-responsabilité du projet. Elle y a été impliquée dès le début. Nous travaillons systématiquement avec les interprètes et médiateurs interculturels ainsi qu'avec les associations de migrant-e-s dans la prise de contact avec notre public-cible. Dans la réalisation de certains modules de notre projet, les professionnel-le-s d'origine migrante interviennent régulièrement. Ils sont également impliqués dans nos services de conseil destinés aux groupes migrants » (un responsable de projet).

Quelques avantages de l'intégration des migrant-e-s dans les projets

- Elle augmente le soutien social du projet et l'acceptation de l'intervention auprès de la population migrante ;
- Elle permet de chercher une collaboration avec les migrant-e-s au lieu de les considérer comme seuls destinataires ;
- Elle crée la proximité avec le public-cible potentiel ;
- Elle influe positivement sur la motivation des participant-e-s migrant-e-s ;

Valorisation des ressources : il faut également s'intéresser à l'utilisation des ressources des migrant-e-s dans la mise en œuvre du projet. En effet, les migrant-e-s possèdent aussi du capital humain qu'ils ont acquis au cours de leurs parcours éducatifs et professionnels également dans le contexte

prémigratoire et des ressources informelles¹⁰ qu'ils ont construit dans leur vie (expériences migratoires, connaissances linguistiques de la langue d'origine, savoir-faire, etc.). L'utilisation de ces ressources peut être fort bénéfique tant pour les responsables des projets que pour les participant-e-s migrant-e-s eux-mêmes.

Les apports de la valorisation des ressources des migrant-e-s

- Elle renforce la capacité d'agir pour pouvoir maîtriser la santé et les facteurs qui la déterminent (empowerment*);
- Elle met à disposition des *ressources humaines* (connaissances transculturelles, compétences dans la langue d'origine, savoir-faire et expériences migratoires, etc.) ;
- Elle met à disposition les *ressources sociales* des migrant-e-s (réseaux communautaires, liens sociaux, etc.) qui renforcent la capacité d'améliorer leur situation sanitaire au delà de ce qui pourrait être possible par leurs seuls efforts individuels;
- Elle pourrait contribuer à réduire les coûts liés aux ressources humaines.

Méthodes et instruments de travail

Le succès d'un projet dépend aussi de sa méthode de mise en œuvre ou de diffusion de connaissances ainsi que des instruments de travail utilisés car ce sont eux qui permettent de mener à bien une action, une intervention.

¹⁰ De manière générale, on distingue les ressources formelles des ressources informelles. Si les premières se réfèrent à des ressources qui se présentent sous forme de compétence institutionnalisée et validée par un diplôme ou certificat (les titres scolaires, universitaires, professionnels, etc.), alors que des ressources informelles sont toutes les ressources non validées par un diplôme ou certificat qu'un individu possède, telles que le savoir-être, les expériences liées au vécu, le savoir-faire, les codes culturels et le système de valeurs et de croyance etc. Il est important de savoir qu'en Suisse, les diplômes de certains pays d'origine ne sont pas reconnus et, de ce fait, il faut aussi tenir compte du fait que certains migrants possèdent aussi des ressources formelles – parfois ignorées - qui peuvent être bénéfiques pour le projet.

Expérience 9: un projet qui voulait se servir de la technologie de communication moderne a produit un CD-ROM dans langue locale pour passer son message aux familles. Cette méthode n'a pas eu de succès auprès des familles issues de la migration. En effet, elle ne tient pas compte du fait que les connaissances linguistiques de la langue locale de certaines familles ne sont pas suffisantes pour comprendre l'information contenue dans le CD-ROM. De plus, le projet part de l'idée que l'usage des moyens de communication multimédia est aussi répandu chez les familles migrantes que chez les autochtones, ce qui n'est en réalité pas le cas. La faiblesse de cette méthode réside dans son approche globalisante qui ne tient pas compte des caractéristiques d'une partie de son public-cible, à savoir la communauté migrante. Le projet aurait dû produire des CD-ROM dans la langue maternelle des groupes migrants visés et développer d'autres outils ou utiliser d'autres canaux d'information pour passer l'information (associations, fêtes de mariage, soirées communautaires, etc.).

Expérience 10 : « tous les parents du groupe-cible dans les maternités de la région reçoivent des prospectus sur nos services de conseil dans leur langue maternelle. Nous avons aussi adapté les horaires d'ouverture de notre bureau de conseil aux besoins de parents migrants » (extrait du rapport d'évaluation du projet MigesBalù).

Quelques suggestions relatives à la méthode et aux instruments de travail

- La méthode et les instruments de travail (entretiens individuels, réunions avec les groupes-cible, méthode individualisée, ateliers thématiques, jeux de groupe, etc.) doivent tenir compte autant que possible de la forte variété des caractéristiques des participant-e-s migrant-e-s (niveau de formation, connaissances de langue, styles de vie etc.) ;
- S'il s'agit d'un groupe-cible mixte (population autochtone et migrante), il faut s'assurer que la méthode choisie soit aussi efficace pour les participant-e-s migrant-e-s ;
- Dans certains cas, il est peut-être nécessaire d'appliquer une méthode différente afin de mieux prendre en considération les spécificités des migrant-e-s ;
- Il faut que le matériel de travail (documentation, langue, voire images, etc.) soit adapté aux besoins des migrant-e-s ;
- Il faut veiller à ce que les instruments d'évaluation interne et externe tiennent compte des spécificités du groupe-cible migrant (besoins spécifiques, hétérogénéité en termes de systèmes de valeurs et de perception de la santé, etc.)

Il est bien évident que ces différentes phases font plus de sens si elles sont liées au processus de formulation des objectifs d'un projet. Le tableau ci-dessous met en parallèle ces étapes avec les objectifs qu'un projet doit se fixer s'il veut se montrer sensible à la réalité des migrant-e-s, réalité qui reflète leurs caractéristiques socio-économiques et « culturelles » en termes de diversité de modes de vie et de systèmes de valeurs.

Tableau 3 : Mise en parallèle des différentes phases avec les objectifs du projet

Phases	Objectifs
Phase de réflexion	<ul style="list-style-type: none"> • Contribuer à la réduction des inégalités de santé liées au contexte migratoire ; • Tendre vers l'égalité des chances entre les populations migrantes et la population autochtone.
Phase de conceptualisation	<ul style="list-style-type: none"> • Tenir compte du fait que les migrant-e-s sont touchés par un certain nombre d'inégalités que l'on peut réduire (<i>situation initiale</i>) ; • Considérer que différentes catégories de migrant-e-s pourraient avoir des besoins spécifiques (en matière d'accès aux programmes de promotion de la santé, par exemple) (<i>détermination du besoin</i>) ; • Veiller à ce que les groupes migrants les plus défavorisés soient inclus dans les groupes-cible du projet et que le facteur d'<i>effets cumulatifs</i> soit pris en considération dans la détermination des groupes-cible (<i>identification du groupe-cible</i>).
Phase de réalisation	<ul style="list-style-type: none"> • Considérer l'importance du réseau migrant pour s'approcher des migrant-e-s (<i>atteindre le groupe-cible</i>) ;
Participation et valorisation des ressources	<ul style="list-style-type: none"> • Veiller à ce que les migrant-e-s participent de manière appropriée à toutes les phases du projet ; • Tenir compte des ressources des migrant-e-s (humaines / sociales) dont l'utilisation peut être un atout pour le succès du projet.
Méthode et instruments de travail	<ul style="list-style-type: none"> • Veiller à ce que la méthode et les instruments de travail tiennent compte de la réalité des migrant-e-s et répondent à leurs besoins.

3.3 Exemple d'une pratique de projet sensible à la réalité des migrant-e-s

La prise en compte de la dimension « migration » nécessite une démarche systématique pour être à même de relever les défis qu'elle pose aux projets. Nous formulons ci-dessous, sous la forme de questions, quelques défis qui pourraient vous permettre de rendre votre projet sensible à la réalité des migrant-e-s. Ce faisant, nous suivons la démarche que nous avons utilisée dans la section précédente, à savoir aborder un projet dans ses différentes phases et dimensions correspondantes. Il est évident qu'il s'agit ici de questions générales et non de solutions *prêtes-à-porter* pour tous les projets. Il est donc important de tenir compte de la réalité propre à chaque projet et des problèmes spécifiques qu'elle soulève.

Tableau 4: Questions-test pour la prise en compte de la réalité des migrant-e-s

Phases	Défis
Phase de réflexion	<ul style="list-style-type: none"> • En quoi votre projet contribue-t-il à réduire les inégalités de santé liées au contexte migratoire ? • Quels sont les éléments qui indiquent que la philosophie de votre projet s'inscrit dans une perspective d'égalité des chances pour les migrant-e-s en matière de promotion de santé ?
Phase de conceptualisation	
<i>Examen de la situation initiale et du besoin objectif</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les indications sur les différences sanitaires entre la population migrante et celle de référence (population suisse, par exemple)? • Quels sont les motifs de ces différences sanitaires ? Sont-ils exclusivement dus au contexte migratoire (problème d'accès au système de santé, par exemple) ou y a-t-il aussi d'autres facteurs (facteurs biologiques par exemple)? • Les résultats des études abordant des inégalités liées au contexte migratoire ont-ils été pris en considération?
<i>Détermination du besoin subjectif</i>	<ul style="list-style-type: none"> • En quoi le besoin subjectif du groupe migrant se distingue-t-il de celui de la population suisse? • Si vous avez opté pour une approche dite « subjective » dans la détermination des besoins, avez-vous tenu compte du point de vue des personnes-clé, des médiateurs/trices culturels, des représentant-e-s des communautés migrantes et des professionnel-le-s en matière de santé ? • Comment avez-vous pris en considération le fait que les différentes catégories de migrant-e-s pourraient avoir des besoins spécifiques ?
<i>Identification du groupe-cible</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les caractéristiques qui expliquent la spécificité des besoins des migrant-e-s ? • Le groupe-cible de votre projet représente-t-il celui qui est le plus défavorisé au sein de la population migrante ? • Quels sont les indicateurs auxquels se réfère votre projet pour identifier le groupe-cible le plus défavorisé ? • Votre groupe cible est-il concerné par les <i>effets cumulatifs</i> de certains facteurs sur la santé (genre, statut migratoire, connaissance linguistique, par exemple) ?
Phase de réalisation	
<i>Accès au groupe-cible</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Est-ce que le groupe-cible migrant peut être considéré comme un groupe <i>difficilement accessible</i> ? • Avez-vous pris contact avec le réseau migrant pour atteindre le groupe-cible ?
Participation et valorisation des ressources	<p><i>Participation :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Quelle importance accordez-vous à la participation des migrant-e-s dans la gestion et la mise en œuvre du projet ? • Quelles sont les modalités de participation ? Quels sont

- les critères de sélection ?
- Les conditions d'engagement et de travail des médiateurs (rémunération, etc.) respectent-elles l'égalité de traitement par rapport au personnel du projet ?
 - La participation est-elle prévue pour toutes les phases du projet ? Si ce n'est pas le cas, les raisons d'exclusion sont-elles acceptables et valables ?
- Valorisation des ressources :*
- Quelles sont les ressources des migrant-e-s que vous répertoriez dans votre projet ? (collaborateurs/trices - participant-e-s) ?
 - De quelle manière votre projet envisage-t-il de les valoriser ?
 - Avez-vous pris en considération les inconvénients liés à l'utilisation des ressources des migrant-e-s (problèmes liés à qualité des ressources, charge de travail supplémentaire pour les collaborateurs/trices migrant-e-s en cas d'utilisation imprévue, etc.)
- Méthode et instruments de travail**
- Est-ce que les besoins des migrant-e-s nécessitent une méthode différente ?
 - De quelle manière les méthodes choisies pour l'ensemble du groupe-cible prennent-elles en considération les spécificités des migrant-e-s ?
 - Le budget prévoit-il des frais de traductions des documents, des interprètes interculturels, etc. ?
 - Le matériel de travail et d'information est-il adapté aux besoins des migrant-e-s ?
 - Vos instruments d'évaluation tiennent-ils compte des spécificités des migrant-e-s ?
 - Les méthodes utilisées se sont-elles avérées aussi efficaces pour le groupe-cible migrant ?
-

4 Conclusion

En nous basant sur des résultats et constats scientifiques, nous avons argumenté l'importance de la prise en compte de la dimension « migration » dans les interventions en matière de promotion de la santé et décrit quelques démarches et pistes pratiques à suivre par les projets d'intervention, sans prétendre être exhaustifs. Il est donc important d'être créatif et flexible dans la mise en œuvre de ces conseils et de les adapter aux caractéristiques spécifiques de chaque contexte.

De manière générale, nous avons montré que, dans le contexte migratoire, trois types de facteurs influent sur la santé des populations migrantes : facteurs socio-économiques, « culture »* en termes de système de références et de valeurs, et, expérience migratoire. Si, en raison des conditions de vie et de travail difficiles, une partie de la population migrante constitue une couche

sociale défavorisée, la population migrante se caractérise par une très grande diversité linguistique et une forte pluralité en termes de modes de vie, de systèmes de références et valeurs, mais aussi de perceptions de santé et de bien-être. Quant à l'expérience migratoire (motifs de migration, fuite, difficultés d'intégration, incertitude face à l'avenir, expériences d'exil, etc.), elle marque de manière considérable la vie des migrant-e-s et de leur famille, en particulier celle des requérant-e-s d'asile et de réfugié-e-s.

Il est bien évident que ces facteurs ne constituent pas l'exclusivité et que d'autres facteurs influent aussi sur la santé des migrant-e-s, à savoir l'âge, le genre, etc. La perspective de promotion de la santé doit donc considérer l'ensemble de ces facteurs comme complémentaires dans toutes ses démarches.

Pour finir, il y a lieu de préciser l'importance de l'ouverture des institutions, des organismes, des associations voire même des projets à la population migrante. La satisfaction des besoins spécifiques de cette dernière en matière de promotion de la santé et de prévention nécessite un travail d'adaptation institutionnelle, des méthodes et des perceptions au contexte changeant et variant des individus. C'est avec une telle démarche que les efforts consentis par les acteurs du domaine de la promotion de la santé et de la prévention pourraient atteindre et mieux prendre en charge la diversité de leur public qu'il soit issu de la migration ou non.

Références bibliographiques

Migration et intégration

Bovay, Claude (2005). *Le paysage religieux en Suisse*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.

Lüdi, Georges et Iwar Werlen (2005). *Le paysage linguistique en Suisse*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.

Mahnig, Hans (éd.) (2005). *Histoire de la politique de migration, d'asile et d'intégration en Suisse depuis 1948*. Zürich: Seismo.

Office fédéral de la statistique (OFS) (2005). *La population étrangère en Suisse*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.

Office fédéral des migrations (ODM) (2006). *Statistique des étrangers et de l'asile*. Bern : Office fédéral des migrations.

Wicker, Hans-Rudolf, Rosita Fibbi et Werner Haug (éd.) (2003). *Les migrations et la Suisse : résultats du Programme national de recherche "Migrations et relations interculturelles"*. Zurich: Seismo.

Migration et Santé

Achermann, Christin et Chimienti Milena, en collaboration avec Fabienne Stants (2006). *Migration, Prekarität und Gesundheit*. Neuchâtel: SFM.

Efionayi-Mäder D et Chimienti M (2003). „Migration und Gesundheit: eine sozialpolitische Orientierung“. *Sozialalmanach* 5: 155-172.

Gentilini, M., G. Brücker et M. de Montvalon (1986). *La santé des migrants*. Paris: La Documentation française.

Kaya, Bülent, Martina Kamm et Alexis Gabadinho (2007). *Ressources du personnel migrant : quelle importance dans le domaine de la santé?* Neuchâtel: SFM.

Loutan L (2001). “The health of migrants and refugees”. In: *Principles and practice of travel medicine*— ed by Zuckerman JN and Chichester J W 467-475.

Office fédéral de la santé publique (OFSP) (2001). *Migration et santé. Stratégie de la Confédération pour les années 2002 à 2006*. Berne : Office fédéral de la santé publique.

Office fédéral de la santé publique (OFSP) (2006). *Recherche Migration et santé. Recueil d'articles sur la recherche actuelle dans le domaine "Migration et santé"*. Bern : Office fédéral de la santé publique

(<http://www.bag.admin.ch/suchen/index.html?keywords=Sammelband&lang=fr>).

Weiss, Regula (2003). *Macht Migration krank? : eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten*. Zürich: Seismo.

Santé des migrant-e-s

Alexis Gabadinho, Wanner Philippe et Janine Dahinden (2007). *La santé des populations migrantes en Suisse : une analyse des données du GMM*. Neuchâtel: Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population.

Bouchardy, Christine, Philippe Wanner et Luc Raymond (2001). La mortalité des étrangers en 1989-92. Neuchâtel: OFS.

Bundesamt für Statistik (2000). *Schweizerische Gesundheitsbefragung. Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz 1997*. Neuenburg: Bundesamt für Statistik.

Gubéran, Etienne et Massimo Usel (2000). *Mortalité prématurée et invalidité selon la profession et la classe sociale à Genève ; suivi de, Ecart de mortalité entre classes sociales dans les pays développés*. Genève: Office cantonal de l'inspection et des relations du travail, OCIRT.

Loutan, Louis et Claire-Lise Chaignat (1994). "Afflux de réfugiés en Suisse : quels problèmes de santé ?" *Revue suisse de médecine militaire et de catastrophes*, 71(4): 105-109.

Rommel, Alexander, Caren Weilandt et Josef Eckert (2006). *Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung*. Bonn: WIAD (Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands).

Tonnerre, Claude, Alexander N. Bischoff et Louis Loutan (1997). "Interprétariat en milieu médical : enquête dans les services de médecine interne en Suisse." *Journal suisse de médecine*, 127(Suppl. 88): 44.

Wanner, Philippe, Bouchardy Christine et Raymond Luc (1998). "Comportement des étrangers résidant en Suisse en matière d'alimentation, de consommation d'alcool et de tabac et de prévention". *Démos* (2) : 3-20.

Inégalités sociales et santé

Bisig, Brigitte et Felix Gutzwiller (éd.) (2004). *Gesundheitswesen Schweiz: Gibt es Unter- oder Überversorgung? - Band 1: Gesamtübersicht Die Bedeutung von Sozialschicht, Wohnregion, Nationalität, Geschlecht und Versicherungsstatus*. Zürich/Chur: Verlag Rüegger.

Guilley, Edith (2005). *Longévité et santé. In: Ages et générations. La vie après 50 ans en Suisse*. Neuchâtel : Office fédéral de la statistique, 55-71.

Kickbusch, Ilona (2006). *Die Gesundheitsgesellschaft. Megatrends und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft*. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.

Künzler, Gabriela et Carlo Knöpfel (2002). *Les pauvres vivent moins longtemps: couche sociale, mortalité et politique de l'âge de la retraite en Suisse*. Lucerne : Caritas Lucerne.

Lehmann, Philippe, Catherine Mamboury et Christoph E Minder (1990). "Health and social inequities in Switzerland." *Social science and medicine*, 31(3): 369-386.

Schopper, Doris (2002). *Les inégalités sociales de santé : du constat à l'action*. Genève : Direction générale de la santé, République et canton de Genève.

Vranjes, Nenad, Brigitte E Bisig et Felix Gutzwiller (1996). *Gesundheit der Ausländer in der Schweiz*. Liebefeld: Facheinheit Sucht und Aids, Bundesamt für Gesundheit.

Egalité des chances en matière de santé

Kaya, Bülent, en collaboration avec Denise Efionayi (2005). *Egalité des chances en matière de santé : State of the Art*. Neuchâtel: SFM.

Organisation mondiale de la santé (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Organisation mondiale de la santé. Bureau régional de l'Europe. (<http://www.euro.who.int>)

Saladin, Peter (éd.) (2006). *Diversité et égalité des chances. Les fondements d'une action efficace dans le microcosme des institutions de santé*. Berne : OFSP, en collaboration avec H+ Les Hôpitaux de Suisse. Gratuit, commande par E-mail à: martina.zweiacker@hplus.ch ou télécharger :

<http://www.bag.admin.ch/shop/00038/00209/index.html?lang=fr>

Whitehead, Margaret (1991). *Concept et principes de l'égalité des chances en matière de santé*. Copenhague: Organisation mondiale de la santé. Bureau régional de l'Europe.

Glossaire

Compétence transculturelle

« La compétence transculturelle est la capacité d'une part à identifier des modes de vie et conceptions individuels dans des situations particulières et dans des contextes différents et d'autre part à les comprendre et à réagir de façon adaptée à ces situations » (Saladin 2006 : 26).

Culture

La culture est l'ensemble des dispositions acquises par les individus au cours de leur vie leur donnant la faculté de créer des concepts intersubjectifs et d'agir de manière sensée. La culture est donc un processus ouvert qui doit être analysé et non un état.

Différents genres de permis de séjour

Le site [www.bfm.admin.ch /Thèmes/Etrangers/Séjour/Genres de permis de séjour](http://www.bfm.admin.ch/Thèmes/Etrangers/Séjour/Genres%20de%20permis%20de%20séjour) donne une liste des différents types de permis ainsi que leurs caractéristiques.

Discrimination

Résultat d'actes volontaires ou involontaires qui aboutissent à des inégalités entre groupes sociaux telles que certains d'entre eux se trouvent rejetés. Elle peut être le résultat de l'intolérance et du racisme.

Diversité

« On entend par diversité les différences personnelles et sociétales générées notamment en raison de l'origine, du sexe, de la langue, des aptitudes, de l'âge, des modes de vie et de la situation sociale, et qui ont un impact sur le développement de l'individu dans la société. La gestion de la diversité vise un comportement positif envers ces différences, aux fins d'obtenir une action utile à la société et à l'entreprise, à ses usagers et à ses effectifs » (Saladin 2006).

Egalité des chances

« L'égalité des chances en matière de santé implique, dans l'absolu, de donner à chacun une chance équitable de réaliser pleinement son potentiel de santé et, en termes plus concrets, de veiller à ce que nul ne soit défavorisé, par d'autres facteurs que ceux rigoureusement inévitables, dans la réalisation de ce potentiel » (Whitehead 1991).

L'utilisation du concept d'égalité des chances recoupe largement celle d'« équité en santé », un terme très répandu dans le monde anglo-saxon et qui trouve son équivalence terminologique en français.

En anglais et de manière analogue en français, on distingue l'*égalité* (antonyme de l'inégalité) de l'*équité* (antonyme de l'inéquité). En matière de santé, l'inéquité se réfère aux inégalités de santé considérées « injustes et évitables », ce qui relève du domaine du moral et de l'éthique (*cf.* équité en santé).

En suisse, c'est plutôt le terme de l'égalité des chances qui est utilisé couramment.

Empowerment

Renforcement de la capacité des êtres humains à agir de leur propre chef, à avoir un meilleur contrôle de leurs décisions et actions, ainsi qu'à déterminer leurs propres conditions de vie d'une manière propice à la santé (Quint-essenz.ch.)

Équité en santé

Équité sous-entend justice. Seuls les besoins des personnes, et aucun autre facteur, guident la distribution des services, des bénéfices, etc. Implique qu'idéalement chacun devrait avoir l'opportunité d'atteindre son plein potentiel de santé. De manière plus pragmatique, personne ne devrait être désavantagé pour la réalisation de ce potentiel, si cela peut être évité. Les politiques d'équité sont donc soucieuses de créer des opportunités égales pour la santé et de réduire les écarts de santé au niveau le plus bas possible (<http://www.bdsp.tm.fr/Glossaire/Default.asp>).

Etranger

Celui qui n'a pas la nationalité du pays où il réside. Terme juridique pour désigner la différence entre les nationaux et les non nationaux. Tout ressortissant-e étranger qui possède également la citoyenneté suisse (double citoyenneté) est recensé dans les statistiques comme Suisse ou Suissesse. En revanche, les apatrides et les personnes dont la citoyenneté n'a pu être établie sont considérés comme étrangères ou étrangers.

Groupe à risque

Ensemble de personnes exposées à des facteurs de risque connus, en raison de leur condition biologique, sociale ou économique, de leurs comportements ou de leur environnement, et qui sont plus prédisposées à certains événements, comme la survenue d'une maladie, que le reste de la population (<http://www.bdsp.tm.fr/Glossaire/Default.asp>).

Health Literacy

De manière générale, Health Literacy est décrit comme « les compétences sociales et culturelles, basées sur les connaissances scientifiques pour un mode de vie sain ».

Health Literacy se comprend aussi comme une capacité de prendre des décisions dans différents domaines de la vie quotidienne qui peuvent influencer

positivement sur la santé. Elle implique aussi la capacité de trouver des informations en matière de santé, de les comprendre et les utiliser dans la pratique de manière appropriée (http://www.gesundheitsfoerderung.ch/de/about/news/news_detail.asp?offset=15&id=197, et Kickbusch 2006)

Inégalités de santé

Terme utilisé généralement dans quelques pays pour indiquer des différences systématiques, évitables et importantes dans le domaine de la santé. Comme le terme est ambigu, puisqu'il peut être utilisé pour désigner une certaine injustice ou pour décrire des différences dans un sens descriptif purement mathématique et statistique, l'OMS a décidé d'employer le terme « inéquité » au lieu d' « inégalité » dans la version européenne de « La santé pour tous ». Les différences de statuts socio-économiques, d'opportunités, etc. entre deux ou plusieurs personnes ou groupes dans une société, le lieu de vie c'est-à-dire la communauté d'appartenance, et la maladie elle-même, tout peut être cause d'inégalité (<http://www.bdsp.tm.fr/Glossaire/Default.asp>).

Intégration

L'intégration vise à instaurer l'égalité des chances pour l'accès aux ressources sociales et économiques, et à favoriser la compréhension mutuelle entre les citoyen-ne-s suisses et les ressortissant-e-s étrangers. Il s'agit en particulier de faciliter la coexistence sur la base de valeurs et de comportements communs, de renseigner les personnes d'origine étrangère sur le fonctionnement de nos institutions, sur les prescriptions légales et les conditions de vie, ainsi que de créer des conditions générales susceptibles d'améliorer l'égalité des chances et la participation à la vie sociale (Office fédéral des migrations)

Inéquité en santé

Différences dans le domaine de la santé qui sont inacceptables et potentiellement évitables, mais, de plus qui sont considérées comme inéquitables et injustes. Le terme a donc une dimension morale et éthique (<http://www.bdsp.tm.fr/Glossaire/Default.asp>).

Interprète

Les interprètes sont des professionnel-le-s ayant une parfaite maîtrise de leur langue principale ainsi que d'une ou de plusieurs langues étrangères. Ils maîtrisent les techniques utilisées en interprétation pour restituer oralement le message de la langue de départ dans la langue d'arrivée (www.inter-pret.ch).

Interprète communautaire

Les interprètes communautaires sont des spécialistes de l'interprétariat en situation de triologue qui permettent, au moyen de la traduction orale, la compréhension mutuelle entre interlocuteurs d'origines linguistiques

différentes. Ils/elles interprètent en prenant en compte le contexte socioculturel des interlocuteurs (www.inter-pret.ch).

Médiatrice et médiateur culturels

Les médiateurs et médiatrices culturels informent les migrantes et les migrants ainsi que les professionnel-le-s des services publics, en des termes qui leur sont compréhensibles, des différences culturelles, des règles de fonctionnement particulières des systèmes politique et social suisses et des façons différentes de se comporter. En les informant, les médiateurs jettent des ponts entre la population migrante et les établissements d'éducation ou de conseil, et contribuent ainsi à la compréhension entre le médecin et son/sa patient-e, entre l'avocat-e et son/sa mandant-e, entre l'enseignant-e et les parents (Saladin 2006).

Migrant-e

Individu né à l'étranger qui migre d'un pays à un autre

Migration

Par migration on entend le passage, par des individus ou des groupes, de frontières administratives, politiques ou géographiques, pour s'installer temporairement ou définitivement dans un autre lieu que celui d'origine (Organisation internationale pour les migrations).

Population migrante, population issue de la migration

Ces notions englobent toutes les personnes nées à l'étranger ainsi que les enfants dont un des parents au moins né à l'étranger.

Population résidente étrangère

Tous les ressortissant-e-s étrangers qui résident en Suisse durant au moins une année et qui sont au bénéfice d'une autorisation suivante :

- Établissement
- Séjour
- Séjour de courte durée lorsque le séjour est égal ou supérieure à 12 mois

Ne sont pas compris dans la population résidente permanente étrangère les personnes relevant du domaine de l'asile et les diplomates, les fonctionnaires internationaux ainsi que leur famille (Office fédéral des migrations).

Racisme

Le racisme est une idéologie qui réduit les hommes à leur nationalité, à leur appartenance ethnique, à leur religion, sur la base de caractères réels ou fictifs de nature culturelle ou physique, et, qui considère les «autres» comme moralement et intellectuellement inférieurs (Commission fédérale contre le racisme).

Relais multiplicateurs

Le terme de « Relais multiplicateurs » désigne des personnes auxquelles les médiateurs interculturels professionnels font appel pour transmettre des informations à des groupes ou des milieux auxquelles les relais multiplicateurs accèdent facilement (OFSP, Stratégie « Migration et santé » 2002-2006).

Liste de liens et d'adresses utiles

Commission fédérale des Étrangers CFE

eka-cfe@bfm.admin.ch

www.eka-cfe.ch

Contact Netz

info@contactmail.ch

www.contactnetz.ch

Croix-Rouge Suisse

www.redcross.ch

Dictionnaire des termes courants en milieu hospitalier, Hôpital cantonal de Saint-Gall, Département Pflege

Commande sous : www.pflegedienst-kssg.ch

Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population

Institut auprès de l'Université de Neuchâtel

secretariat.sfm@unine.ch

www.migration-population.ch

Forum pour l'intégration des migrantes et des migrants

info@fimm.ch

www.fimm.ch

Guide de santé pour la Suisse

Nouveau : deuxième édition révisée !

Commande sous : <http://www.migesplus.ch/publikationen-fr.php?thema=26&pub=6>

H+ Les Hôpitaux de Suisse

Secrétariat central

geschaeftsstelle@hplus.ch

www.hplus.ch

Ihre Rechte bei der Ärztin, beim Arzt und im Spital

Editeur : Volkswirtschafts- und Sanitätsdirektion, Canton Bâle-Campagne

Commande sous : www.migesplus.ch

Info maternité

Editeur : Travail.Suisse

Commande sous : www.migesplus.ch

International Centre for Migration and Health, Genève

www.icmh.ch

INTERPRET

Association suisse pour l'interprétariat communautaire et la médiation culturelle

www.inter-pret.ch

Je vais à l'hôpital !

Editeur : Association suisse L'enfant et l'hôpital

Commande sous : www.migesplus.ch

Manuel « Diversité et égalité des chances » (Saladin 2006)

<http://www.bag.admin.ch/shop/00038/00209/index.html?lang=fr>

Office fédéral des migrations ODM

info@bfm.admin.ch

www.bfm.admin.ch

Office fédéral de la santé publique OFSP

Section d' Egalité des chances

info@bag.admin.ch

www.bag.admin.ch

Plate-forme d'information sur la santé à l'intention des migrants

www.migesplus.ch

Promotion Santé Suisse et Quint-essenz

<http://www.promotionsante.ch>

<http://www.quint-essenz.ch>

Radix

Promotion de la santé

info-zh@radix.ch

www.radix.ch

Société pour les minorités en Suisse

infogms@gra.ch

www.gms-minderheiten.ch

Vidéo « Trialog » sur l'interprétariat communautaire en milieu hospitalier (avec une brochure)

Editeur : Interpret. Association suisse pour l'interprétariat communautaire et la médiation culturelle

Commande sous : www.inter-pret.ch

Annexe

Se basant sur une revue sélective de la littérature scientifique consacrée au thème « migration et santé », les tableaux suivants présentent des informations et recommandations quant aux besoins spécifiques de la population migrante et aux groupes cible en matière de promotion de la santé et de prévention. Pour les lecteurs désirant approfondir leurs connaissances sur l'un ou l'autre thème présenté, les références utilisées sont listées à la suite des tableaux.

Tab. 1: Angepasste Präventions-/Gesundheitsförderungsinterventionen in Bezug auf bestimmte Gesundheitsstörungen bzw. Risikoverhaltensweisen

HIV/Aids (vgl. (BAG) 2004 ; vgl. Achermann et al. 2005 ; Chimienti 2005 ; Dubois-Arber et al. 2001)	
Zielgruppen	Empfohlene Massnahmen
<ul style="list-style-type: none"> • Personen mit prekärem Aufenthaltsstatus, speziell HIV-Risikogruppen wie Sexworkers oder MigrantInnen aus Subsahara-Afrika bzw. aus anderen Regionen mit erhöhter HIV-Prävalenz • Risikogruppen wie Sexworkers oder MigrantInnen aus Subsahara-Afrika bzw. aus anderen Regionen mit erhöhter HIV-Prävalenz ungeachtet ihres Aufenthaltsstatus 	<ul style="list-style-type: none"> • Angepasste Präventionsinformationen über Kanäle verbreiten, die an die Lebensstile und Treffpunkte der betroffenen Personen angepasst sind • Der Austausch unter Personen in ähnlichen Situationen sollte in vertrauensvoller Umgebung ermöglicht werden • Menschen, die zuwandern und/oder Asyl suchen, müssen umfassend über HIV informiert und mit den Schutzmöglichkeiten und dem medizinischen Angebot vertraut gemacht werden • Community-basierte Voluntary Counselling and Testing – Programme werden als effektiver eingeschätzt als top-down – Programme
Tuberkulose (vgl. BAG 2003a ; vgl. BAG 2003b ; Loutan 2001a ; Manzano et Suter 2002 ; Zellweger 2003)	
Zielgruppen	Empfohlene Massnahmen
<ul style="list-style-type: none"> • Alle Einreisenden des Asylbereichs, insbesondere Kinder • Illegal Eingereiste • Risikogruppen aus Ländern mit erhöhter TB-Prävalenz 	<ul style="list-style-type: none"> • Fortführung des angeordneten TB-Screenings von Personen des Asylbereichs ist sinnvoll • Sensibilisierung des in der Grundversorgung tätigen Gesundheitspersonals • Überwachung von Kindern ab dem Zeitpunkt ihrer Einreise • U.U. Anordnung präventiver Chemotherapie

Krankheiten, denen durch Impfung vorgebeugt werden kann

(vgl. Genton et al. 2003 ; Manzano et Suter 2002)

Zielgruppen	Empfohlene Massnahmen
<ul style="list-style-type: none">• Personen mit prekärem Aufenthaltsstatus, insbesondere Kinder	<ul style="list-style-type: none">• Bisherige Praxis weiterführen (Impfungen in den Erstaufnahmezentren, später vom zuständigen Personal in den Kantonen durchgeführt)• Kinder: Bei fehlender Dokumentation sollten nicht systematisch alle Impfungen durchgeführt, sondern zuvor mittels Blutprobe kontrolliert werden, ob schon Immunität vorhanden

Krebs (Gebärmutter/Brust bzw. Prostata)

(vgl. Rommel et al. 2006)

Zielgruppen	Empfohlene Massnahmen
<ul style="list-style-type: none">• Tamilinnen und Frauen des Asylbereichs• Männer aus dem ehemaligen Jugoslawien und aus Sri Lanka	<ul style="list-style-type: none">• Die geringen Vorsorgequoten (Gebärmutterhalsabstrich/Brustuntersuchung bzw. Prostatauntersuchung) legen in Bezug auf diese Gruppen einen besonderen Bedarf an Informations- und Aufklärungsarbeit nahe

Gewalterfahrungen

(vgl. Verwey 2002)

Zielgruppen	Empfohlene Massnahmen
<ul style="list-style-type: none">• Gewaltflüchtlinge	<ul style="list-style-type: none">• Erfolgversprechende Projekte wie das Angebot 'Gesundheitswerkstätten' für bosnische Kriegsflüchtlinge weiterverfolgen

Psychische Gesundheit

(vgl. Achermann et al. 2005)

Zielgruppen	Empfohlene Massnahmen
<ul style="list-style-type: none">• Personen mit prekärem Aufenthaltsstatus	<ul style="list-style-type: none">• Angepasste Präventionsinformationen über Kanäle verbreiten, die an die Lebensstile und Treffpunkte der betroffenen Personen angepasst sind

FGM

(vgl. Hohlfeld et al. 2005 ; Thierfelder 2003 ; UNICEF 2002)

Zielgruppen	Empfohlene Massnahmen
<ul style="list-style-type: none">• MigrantInnen-Gemeinschaften aus Ländern, wo FGM traditionell praktiziert wird (insbesondere MigrantInnen aus Äthiopien, Eritrea,	<ul style="list-style-type: none">• Gesundheitspersonal befähigen, Präventionsaufgaben wahrzunehmen: FGM in der Ausbildung von GynäkologInnen und Hebammen thematisieren• Netzbildung und Erfahrungsaustausch sollte gefördert werden, sowohl zwischen betroffenen

Somalia)	<p>Migrantinnen wie auch unter dem Gesundheitspersonal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Auf grosse (Universitäts-/Kantons-) Kliniken fokussierte Massnahmen können den grössten Teil der Betroffenen erreichen • Zielgruppenspezifische Informations- und Ausbildungsarbeit • Aufklärungsarbeit in Gemeinschaften aus Ländern, in denen Mädchenbeschneidung traditionell praktiziert wird • Verstärkte Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure
----------	---

Sexuelle und reproduktive Gesundheit

(vgl. Achermann et al. 2005 ; Bollini et Wanner 2005 ; Bongaarts et Greenhalgh 1985 ; Lüthi 2002 ; Wanner et al. 2002 ; Wolff et al. 2005)

<i>Zielgruppen</i>	<i>Empfohlene Massnahmen</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Migrantinnen mit prekärem Aufenthaltsstatus • Türkinnen • Migrantinnen herkunfts-spezifisch 	<ul style="list-style-type: none"> • Für illegal anwesende Migrantinnen Möglichkeiten der Verhütungsberatung, der Vornahme der Röteln-Impfung sowie der Gebärmutterhalskrebs-Abklärung schaffen • Information via bevorzugte Kontaktwege/-orte der Migrantinnen in einer dem Kenntnisstand der Frauen angepassten Art und Weise (in Bezug auf Frauen türkischer Herkunft eher mündlich und visuell, praktische Anleitung in Gruppen) • Information insbesondere zu Verhütung und zu den Abläufen im schweizerischen Gesundheitswesen • Aufbau/Weiterführung von auf bestimmte Gruppen von Migrantinnen ausgerichteten Angeboten der Geburtsvorbereitung und Säuglingspflege

Nikotinkonsum

(vgl. Bodenmann 2003)

<i>Zielgruppen</i>	<i>Empfohlene Massnahmen</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Herkunftsspezifische Zielgruppen 	<ul style="list-style-type: none"> • Beratung und Prävention, die auf Migrationserfahrung, Gegebenheiten im Herkunftsland und im Aufnahmeland sowie auf Sprachkompetenzen des zu Beratenden/der Risikogruppe Rücksicht nimmt

Ernährungsverhalten

(vgl. Kruseman et al. 2005)

Zielgruppen	Empfohlene Massnahmen
<ul style="list-style-type: none">• Afrikanische MigrantInnen	<ul style="list-style-type: none">• Interventionen, um die MigrantInnen mit den lokalen Nahrungsangeboten besser vertraut zu machen

Risikoverhalten allgemein

(vgl. Bodenmann et al. 2005)

Zielgruppen	Empfohlene Massnahmen
<ul style="list-style-type: none">• Herkunftsspezifische Zielgruppen	<ul style="list-style-type: none">• Im Rahmen jeglicher Ausbildung im Präventionsbereich sollte das Verständnis der Einschätzung und Wahrnehmung von Gesundheitsrisiken durch autochthone und Migrationsbevölkerung vermittelt werden; zudem sollten die Auszubildenden mit Instrumenten vertraut gemacht werden, welche eine verbesserte Kommunikation der Risiken ermöglichen

Tab. 2 : Allgemein gesundheitsfördernde/präventive Interventionen in Bezug auf bestimmte MigrantInnengruppen

Allgemeine Gesundheitsförderungs-/Präventionsmassnahmen

(vgl. Aspasia 2002 ; Bahnan Buechi et Sieber 2004 ; Hunkeler et Müller 2004 ; Keel 2001 ; Loncarevic et Selva 2001 ; Lüthi 2002)

Zielgruppen	Empfohlene Massnahmen
<ul style="list-style-type: none">• Personen mit prekarem Aufenthaltsstatus, insbesondere Frauen und Sexworkers• Türkinnen• MigrantInnen am Arbeitsplatz	<ul style="list-style-type: none">• Für Frauen und Sexworkers mit prekarem Aufenthaltsstatus Beratungsstellen schaffen, wo sie zu HIV und anderen Krankheiten informiert werden bzw. ihre Kenntnisse reaktivieren können• Verschiedene Integrationsmassnahmen; Möglichkeiten schaffen, damit sich Frauen mit prekarem Aufenthaltsstatus ein Solidaritätsnetz aufbauen können, z.B. indem in Durchgangszentren ein Bezugspersonensystem aufgebaut wird• Bezüglich Frauen türkischer Herkunft: Information über Gesundheit und Gesundheitsförderung allgemein sowie über das schweizerische Gesundheitssystem, über Möglichkeiten und Grenzen einer Selbstbehandlung via bevorzugte Kontaktwege/-orte der Migrantinnen verbreiten, und dies in einer dem Kenntnisstand der Frauen angepassten Art und Weise (eher mündlich und visuell, praktische

- Anleitung in Gruppen)
- Informations- und Präventionsprogramme auf spezifische Arbeitssituationen und Sprachkenntnisse der ArbeiterInnen zuschneiden
- Grundsensibilisierung mittels Aus- und Weiterbildung: Kurse für Gesundheitspersonal, 'Gesundheitswegweiser' und Gesundheitskurse für MigrantInnen

Tab. 3 : Bedürfnisse bestimmter Zielgruppen

Niederschwellige Angebote zur medizinischen Versorgung

(Achermann et al. 2005 ; Bahnan Büechi et Sieber 2004 ; Bärtschi et Lutz 2003 ; Loutan 2001a ; Médecins sans frontières (MSF) 2002) Asylsuchende: (Etlin et Perritaz 2004 ; Loutan 2001b ; Médecins sans frontières (MSF) 2002 ; Schäublin et al. 2003)

Zielgruppen	Erkenntnisse/Empfehlungen
<ul style="list-style-type: none"> • Personen mit prekärem Aufenthaltstatus 	<ul style="list-style-type: none"> • Frauen haben spezifische Bedürfnisse • Nachfrage nach bestehenden angepassten Versorgungsleistungen übersteigt das Angebot (eruiert für Genf) • Anregungen seitens der NutzerInnen zur Verbesserung der bestehenden Angebote • Bedürfnis nach Klarheit bezüglich der Frage der Kostenübernahme

Betreuung von Migrantinnen während der peri- und postnatalen Phase

(Bongaarts et Greenhalgh 1985)

Zielgruppen	Erkenntnisse/Empfehlungen
<ul style="list-style-type: none"> • Migrantinnen während der peri- und postnatalen Phase 	<ul style="list-style-type: none"> • Angepasste Informationen zu Verhütungsfragen • Mehr/angepasste Information zu den Abläufen im schweizerischen Gesundheitssystem • Adäquatere medizinischer Versorgung • Mehr Respekt, verbesserte Wahrung der Intimsphäre; psychosoziale Bedürfnisse

Betreuung älterer MigrantInnen

(Hungerbühler 2004)

Zielgruppen	Erkenntnisse/Empfehlungen
<ul style="list-style-type: none"> • Ältere Migrantinnen 	<ul style="list-style-type: none"> • U.U. spezifische Bedürfnisse hinsichtlich der Betreuung in Alterseinrichtungen • Angepasste Informationen zu Spitex-Dienstleistungen • U.U. Zusicherung einer rituell korrekten Bestattung

Références utilisées dans les tableaux

- (BAG), Bundesamt für Gesundheit (2004). *Strategie Migration und Gesundheit: Analyse von MigrantInnennetzwerken. Entwurf Schlussbericht. Studie durchgeführt von INFRAS.* . Bern: Unveröffentlichtes internes Arbeitspapier.
- Achermann, Christin, Milena Chimienti et Fabienne Stants (2005). *Migration, Prekarität und Gesundheit. Ressourcen und Risiken von vorläufig Aufgenommenen und Sans-Papiers in Genf und Zürich.* Neuchâtel: SFM.
- Aspasie (2002). *Aspasie, 20 ans : rapport d'activités 2001.* Genève: Aspasie.
- BAG (2003a). *Handbuch Tuberkulose.* Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- BAG (2003b). *Technische Weisung betreffend grenzsanitarische Untersuchungen und Massnahmen bei Personen des Asylbereiches.* Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- Bahnan Büechi, Rania et Christine Sieber (2004). "Frauen Sans-Papiers : Recht auf Gesundheit", dans Departement Migration, Schweizerisches Rotes Kreuz (SRK) (éd.), *Migration - eine Herausforderung für Gesundheit und Gesundheitswesen.* Zürich: Seismo, p. 139-149.
- Bärtschi, Franziska et Monica Lutz (2003). "[...] sie nehmen Risiko auf sich und hoffen, dass nichts passiert." : *illegalisierte Migrantinnen und ihre Zugänge zu medizinischen Angeboten : theoretische und empirische Betrachtungen.* Bern: [s.n.].
- Bodenmann, Patrick (2003). "La migration est-elle un facteur de risque du tabagisme ?" *Médecine et Hygiène*, (2452): 1870-1873.
- Bodenmann, Patrick et al. (2005). *Perception du risque pour la santé liée à la consommation excessive d'alcool, au tabagisme et aux comportements sexuels à risque chez les migrants et les autochtones: nécessité d'une prévention différente?* Lausanne: Policlinique médicale universitaire.
- Bollini, Paola et Philippe Wanner (2005). *Santé reproductive des collectivités migrantes. Disparités de risques et possibilités d'intervention:* forMed/SFM.
- Bongaarts, John et Susan Greenhalgh (1985). "An Alternative to the One-Child Policy in China." *Population and Development Review*, 11(4): 585-617.
- Chimienti, Milena (2005). "Inclusion - exclusion : le VIH/sida face à d'autres maladies chroniques : (...)", dans *Solidarité et droits sociaux : réflexions partant de la question du VIH/sida Sandro Cattacin... [et al.] (Hg.). - Zürich : Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik SGGP, cop. 2005. - P. 51-134.*
- Dubois-Arber, Françoise et al. (2001). "HIV/AIDS-Prävention in der Schweiz : Bilanz und Ausblick." *Schweizerisches Medizin-Forum*, (24): 621-625.

- Etlin, Melchior et Monique Perritaz (2004). "Centres de santé pour les requérants d'asile", dans Département Migration, Schweizerisches Rotes Kreuz (SRK) (éd.), *Migration - eine Herausforderung für Gesundheit und Gesundheitswesen*. Zürich: Seismo, p. 150-156.
- Genton, Blaise, Valérie D'Acremont et Daniel Desgrandchamps (2003). "Vaccination chez les migrants." *Médecine et Hygiène*, (2455): 2045-2048.
- Hohlfeld, Patrick, Clara Thierfelder et Fabienne Jäger (2005). "Patientinnen mit genitaler Beschneidung : schweizerische Empfehlungen für Ärztinnen und Ärzte, Hebammen und Pflegefachkräfte." *Schweizerische Ärztezeitung*, 86(16): 951-960.
- Hungerbühler, Hildegard (2004). "Altern in der Migration : Folgen der Lebens- und Arbeitsbiographie", dans Département Migration, Schweizerisches Rotes Kreuz (SRK) (éd.), *Migration - eine Herausforderung für Gesundheit und Gesundheitswesen*. Zürich: Seismo, p. 221-242.
- Hunkeler, Brigitte et Eva Müller (2004). *Aufenthaltsstatus und Gesundheit. Eine ressourcenorientierte qualitative Untersuchung zur Unsicherheit des Aufenthaltsstatus im Zusammenhang mit der psychosozialen Gesundheit bei Migrantinnen in der Stadt Zürich*. Psychologisches Institut, Sozial- und Gesundheitspsychologie. Zürich: Universität Zürich.
- Keel, P. (2001). "Low Back Pain and Foreign Workers: Does Culture Play an Important Role?" dans Yilmaz, A. Tarik, Mitchell G. Weiss et Anita Riecher-Rössler (éd.), *Cultural Psychiatry: Euro-International Perspectives*. Basel Karger.
- Kruseman, Maaïke et al. (2005). "Post-migration dietary changes among African refugees in Geneva: a rapid assessment study to inform nutritional interventions." *Sozial- und Präventivmedizin = Médecine sociale et préventive*, (3 UR - <http://www.springerlink.com/app/home/contribution.asp?wasp=158583983c1743f39ce75f2a90796a5a&referrer=parent&backto=issue,7,13;journal,1,20;linkingpublicationresults,1:109374,1>): 161-165.
- Loncarevic, Maja et Gabriella Selva (2001). *Vom interkulturellen Zusammenleben im Spital : ein Pilotprojekt des Schweizerischen Roten Kreuzes und des Kinderspitals Zürich*. Bern: Schweizerisches Rotes Kreuz, Département Migration.
- Loutan, Louis (2001a). "The health of migrants and refugees", dans *Principles and practice of travel medicine ed. by Jane N. Zuckerman*. - Chichester : J. Wiley, 2001. - P. 467-475.
- Loutan, Louis (éd.) (2001b). *Policlinique de médecine : autoportraits : patients - soignants - citoyens, les chemins de la santé*. [Genève]: HUG, Hôpitaux universitaires de Genève.

- Lüthi, Silvia (2002). *Wie sehen türkische Frauen das schweizerische Gesundheitssystem ?* [S.l.]: [s.n.].
- Manzano, S. et S. Suter (2002). "La santé des enfants requérants d'asile à Genève." *Médecine et Hygiène*, (2379): 360-362.
- Médecins sans frontières (MSF) (2002). *Accès aux soins des personnes en marge du système de santé : Genève-Lausanne*. Genève: Médecins sans frontières.
- Rommel, Alexander, Caren Weilandt et Josef Eckert (2006). *Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung*. Bonn: WIAD (Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands).
- Schäublin, Rodolphe, Alain Pécoud et Patrick Bodenmann (2003). "Prise en charge médico-sanitaire des requérants d'asile dans le canton de Vaud." *Médecine et Hygiène*, (2455): 2016-2018, 2021-2022.
- Thierfelder, Clara (2003). *Female genital mutilation and the Swiss health care system*. Basel: Schweizerisches Tropeninstitut.
- UNICEF (2002). *Trafficking in human beings in Southeastern Europe : current situation and responses to trafficking in human beings (...)*. Belgrade [etc.]: UNICEF, Area Office for the Balkans [etc.].
- Verwey, Martine (2002). "'...das ist keine Gesundheit!'" : psychosozial orientierte Gesundheitswerkstätten mit traumatisierten Flüchtlingen." *Bulletin Medicus Mundi Schweiz*, (86).
- Wanner, Philippe et al. (2002). *Familien und Migration : Beiträge zur Lage der Migrationsfamilien und Empfehlungen der Eidgenössischen Koordinationskommission für Familienfragen*. Bern: BBL, Vertrieb Publikationen.
- Wolff, Hans et al. (2005). "Health care and illegality : a survey of undocumented pregnant immigrants in Geneva." *Social science and medicine*, 60: 2149-2154.
- Zellweger, Jean-Pierre (2003). "Tuberkulose bei Immigranten: Erkennung und Behandlung." *Schweizerisches Medizin-Forum*, (24 11): 556-558.