

sfm

SWISS FORUM FOR MIGRATION
AND POPULATION STUDIES

Dans le cadre du Programme national Migration et Santé de l'Office fédéral de la santé publique, les cantons de Fribourg, du Jura et de Neuchâtel ont décidé d'évaluer dans quelle mesure les offres générales de prévention et promotion de la santé permettent de toucher la population issue de la migration.

La politique adoptée dans les trois cantons fournit les bases pour développer les activités futures afin de mieux prendre en compte l'égalité des chances de la population migrante. La prise de conscience des acteurs et intervenants quant à la nécessité d'une ouverture transculturelle de l'offre est très variable. Quatre types de défis par rapport à l'accessibilité et l'acceptabilité de l'offre ont été identifiés : la langue reste pour certaines collectivités migrantes une barrière réelle, « la culture » joue finalement un rôle bien moins important que le discours médiatique courant ne pourrait le laisser attendre. En revanche, la situation socio-économique, la trajectoire migratoire ou le statut légal des personnes restent des enjeux à mieux prendre en considération, de même que la coopération interinstitutionnelle des professionnels.

Auteur.e.s

Michael Cordey, anthropologue, Marcia Gil, diplômée en soins infirmiers, Bülent Kaya, politologue et Marco Pecoraro, économiste sont collaborateurs scientifiques du SFM. Denise Efionayi-Mäder, sociologue, est directrice adjointe du SFM.

ISBN 10: 2-940370-53

ISBN 23 : 978-2-940379-53-8

sfm

SWISS FORUM FOR MIGRATION
AND POPULATION STUDIES

Besoins de promotion de la santé et de prévention pour la population issue de la migration à Fribourg, Neuchâtel et au Jura



Etudes du SFM 61

Michael Cordey
Marcia Gil
Denise Efionayi-Mäder
Bülent Kaya
Marco Pecoraro

unine
UNIVERSITÉ DE
NEUCHÂTEL

Michael Cordey
Marcia Gil
Denise Efionayi-Mäder
Bülent Kaya
Marco Pecoraro

**Analyse des besoins en matière de
promotion de la santé et de
prévention pour la population
issue de la migration.**

**Etat des lieux pour les cantons de
Fribourg, de Neuchâtel et du Jura**

Mandant : Office fédéral de la santé publique

© 2012 SFM

Photo de couverture : © Sonja Bächler

ISBN : 10 :2-940370-53

ISBN° : 23 :978-2-940379-53-8

Table des matières

Remerciements	5
Langage épïcène et terminologie	6
Résumé exécutif	8
Recommandations	13
Abréviations	17
1 Introduction	19
1.1 Situation initiale	19
1.2 Les objectifs de cet état des lieux	19
1.3 Plan du rapport et répartition des tâches	21
1.4 Démarche et méthodes utilisées	22
1.5 Grille d'analyse, défis rencontrés et limites	25
2 Besoins en matière d'égalité des chances pour la population migrante	29
2.1 Population résidante permanente étrangère dans les cantons de Fribourg, du Jura et de Neuchâtel	29
2.2 Synthèse des principales données et observations sociodémographiques	35
2.3 Aperçu de l'état de santé de la population migrante	36
2.4 Besoins spécifiques	45
3 Les programmes de PPS à l'épreuve de l'égalité de chances	49
3.1 Contexte national et cadre légal concernant les programmes de PPS	49
3.2 Contextes cantonaux et cadres légaux concernant les programmes de PPS	51
3.3 Les programmes d'alimentation et d'activité physique	54
3.4 Les programmes de prévention de la consommation excessive d'alcool	63
3.5 Les programmes de prévention du tabagisme et de la fumée passive	67
3.6 Les programmes de dépistage du cancer du sein	75
3.7 Les programmes de promotion de la santé psychique	82
4 Synthèse thématique des résultats	89
4.1 La langue pour mieux assurer l'accessibilité	89
4.2 Culture, médiation et moyens de communication	93
4.3 Rôle des déterminants sociaux de la santé	98
4.4 Coopérer, faire participer et mettre en réseaux	100
4.5 En guise de conclusion provisoire	104
5 Références bibliographiques	108
6 Annexes	112
6.1 Répartition des tâches et rédaction	112
6.2 Vue d'ensemble de la population résidante permanente étrangère par canton	113
6.3 Les Constitutions, lois (sur les étrangers, sur l'intégration et la santé) et ordonnances à l'épreuve de l'égalité des chances pour la population issue de la migration	123

6.4	Base légale pour la promotion de la santé et la prévention en regard de la prise en compte du principe de l'égalité des chances pour la population issue de la migration	129
6.5	Présentation comparative des plans cantonaux PPS	133
6.6	Présentation comparative des programmes d'alimentation et d'activité physique	135
6.7	Présentation comparative des programmes de prévention de la consommation excessive d'alcool	165
6.8	Présentation comparative des programmes de prévention du tabagisme et de la fumée passive	174
6.9	Le projet de programme de promotion de la santé psychique du canton de Neuchâtel	181
6.10	Guides d'entretien – spécialistes – migrants	185
6.11	Personnes interviewées pour les besoins de notre enquête	187

Remerciements

En premier lieu, nous aimerions remercier toutes les personnes issues de la migration qui nous ont accordé leur disponibilité dans le cadre d'un entretien individuel ou collectif (focus group). Ils ont fait preuve d'une remarquable ouverture en témoignant de leur parcours et parfois d'expériences très personnelles.

Nos remerciements vont également à tous les spécialistes (responsables cantonaux, responsables de projets, intervenants dans le domaine de la santé ou observateurs privilégiés issus de différents organismes) qui nous ont fourni de précieuses informations, rapporté des expériences ou indiqué des documents importants (cf. liste en annexe 0).

Enfin nos remerciements vont aux déléguées à la prévention et promotion de la santé des cantons de Fribourg, Neuchâtel et Jura, qui nous ont accompagnés tout au long de l'élaboration de cet état des lieux. Leur concours était non seulement précieux à plusieurs égards (interviews, contacts, documents, feedbacks), mais indispensable pour comprendre certains aspects du domaine en question.

Un grand merci finalement aux collègues du SFM pour une lecture attentive du chapitre 3 dans le cadre de notre contrôle de qualité interne ainsi qu'à Christelle Maire et Jehane Moussa pour la relecture du français.

Langage épïcène et terminologie

Afin de faciliter la lisibilité de ce rapport, nous avons presque systématiquement décidé d'utiliser la forme masculine et ce, bien que certaines appellations ou fonctions professionnelles se réfèrent aussi bien aux femmes qu'aux hommes. Nous prions les lecteurs et lectrices de garder à l'esprit qu'il s'agit d'une convention d'ordre pratique et que les femmes sont représentées et reconnues au même titre que les hommes sous ces appellations.

Migration mainstreaming et ouverture transculturelle

Nous entendons par ce terme « une stratégie à long terme comprenant l'ensemble des activités visant à amener les acteurs de la politique, de l'administration et de la société, dans le domaine de la santé, à inclure la dimension migratoire dans leur réflexion et dans leur action, tant au niveau de la planification, de la mise en œuvre et de l'évaluation des programmes, projets et mesures auxquels ils participent. » (Kaya et Efionayi 2008 : 5). Il s'apparente largement à l'« ouverture transculturelle » (Pfluger et al. 2009) dans la mesure où il vise à garantir l'égalité des chances en matière de santé pour la population migrante.

Migrants, population migrante ou population issue de la migration

Selon la définition de l'Office fédéral de la statistique, nous désignons la population issue de la migration comme l'ensemble des personnes résidant en Suisse ayant effectué une immigration ainsi que leurs descendants, indépendamment de leur nationalité et autorisation de résidence¹. Dans le présent rapport, cette expression est aussi synonyme de « population migrante ».

Multiplicateurs

Les multiplicateurs sont l'ensemble des acteurs capables de relayer de l'information, d'offrir des ressources, de soutenir des démarches, de susciter le changement en vue de promouvoir des comportements sains en matière de santé pour un *setting* (école, entreprises, etc.) et/ou un public-cible donné. Les multiplicateurs font partie intégrante des acteurs sur lesquelles s'appuient les stratégies de promotion de la santé et de prévention (PPS).

Dans le cas des stratégies de PPS implémentées dans le cadre scolaire, par exemple, nombreux sont les multiplicateurs pouvant influencer les comportements sanitaires des enfants. Les directeurs d'établissement, les professionnels de la santé scolaire, les professeurs, les responsables de cafétérias scolaires et les parents sont autant de multiplicateurs capables de promouvoir des bonnes pratiques et de prévenir les comportements à risques dans des domaines tels que l'alimentation, l'activité physique ou les toxicomanies.

Vulnérabilité (sociale)

Ce terme – également utilisé dans plusieurs documents cantonaux – désigne un risque accru pour certains groupes de la population, issus ou non de la migration, de vivre dans des conditions nuisibles pour la santé, d'adopter des comportements sanitaires « à risques » et de développer des maladies. Cette vulnérabilité peut résulter d'un processus

¹ <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/07/blank/dos/02.html>

d'exclusion professionnel, économique, relationnel ou administratif et met l'accent sur les dimensions structurelles qui limitent la capacité d'actions des individus et les empêche d'accéder aux ressources nécessaires pour faire face à de nombreux risques en matière de santé. La vulnérabilité s'appréhende en général comme une dualité complémentaire entre risques anticipés et résilience. La vulnérabilité sociale se distingue de la vulnérabilité physique, génétique ou psychologique.

Résumé exécutif

Le Programme national Migration et Santé a, entre autres, pour but de favoriser une prise en compte systématique des facteurs liés à la migration dans les programmes de prévention et promotion de la santé (PPS), lors de la planification, de la mise en œuvre et de l'évaluation des mesures. Cette démarche s'inscrit dans une visée plus générale destinée à établir l'égalité des chances d'accès en matière de santé² pour l'ensemble de la population.

Mandat et objectifs

Dans ce cadre, les cantons de Fribourg, du Jura et de Neuchâtel ont mandaté le Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population (SFM) de l'Université de Neuchâtel pour mener une étude afin d'évaluer dans quelle mesure les offres générales de PPS permettent de toucher la population issue de la migration. Cette recherche, soutenue par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), a eu lieu entre août 2011 et mai 2012 dans les trois cantons en question. Concrètement, il s'agissait de dresser un état des lieux des bases légales ou conceptuelles et des mesures promues en la matière. Les objectifs spécifiques de l'étude, inspirés de ceux proposés par OFSP, consistent à identifier les barrières que peut rencontrer la population migrante dans l'accès à l'offre et à générer des connaissances pour développer des programmes de PPS mieux adaptés à ses besoins. Après discussion avec les responsables cantonaux, cinq programmes ou domaines ont été retenus pour l'analyse :

- alimentation et activité physique (poids corporel sain) ;
- prévention de la consommation excessive d'alcool ;
- prévention du tabagisme ;
- dépistage du cancer du sein ;
- promotion de la santé mentale (notamment à Neuchâtel).

Le degré de formalisation de ces programmes, leurs bases légales et conceptuelles, leur avancement et le nombre de projets mis en œuvre diffèrent passablement d'un canton à l'autre, mais aussi selon les domaines retenus.

Méthodes et défis rencontrés

Dans une première étape, une analyse quantitative sommaire du profil sociodémographique de la population issue de la migration a été établie, dans chaque canton et confrontée aux résultats d'une brève revue de la littérature récente en Suisse concernant l'état et les comportements de santé de la population issue de la migration en Suisse. Ensuite, un inventaire des bases légales et de l'état des programmes ou actions a été dressé pour obtenir une vue d'ensemble des acteurs et mesures dans ce domaine (il est documenté de manière détaillée dans une série de tableaux se trouvant en annexe du rapport). Simultanément, 35 entretiens d'experts avec des responsables de la santé, des intervenants, chefs de projets et autres observateurs privilégiés ont été menés, de même que deux entretiens individuels et trois groupes de discussion avec des personnes issues de

² Nous utilisons également les termes « d'ouverture transculturelle » empruntés à Pfluger et al. (2009) ou de « *migration mainstreaming* » (Kaya et Efionayi-Mäder 2008) pour désigner ce processus, qui consiste à œuvrer en faveur de l'égalité des chances de la population migrante en la matière.

la migration, y compris des interprètes socioculturels ; plusieurs échanges avec les déléguées de PPS des trois cantons ont également eu lieu.

Toutes ces sources d'informations ont ensuite été triangulées et analysées en fonction d'une grille d'analyse établie sur la base de critères et d'instruments recommandés dans l'appel d'offre de l'OFSP ; ces critères s'attachent aux différentes étapes de la conception et jusqu'à l'évaluation des programmes ou projets.

Notre souci constant de nous intéresser, au-delà des déclarations d'intention, à la mise en œuvre des programmes s'est confronté à plusieurs défis liés, d'une part, au fait qu'à ce stade, peu d'efforts ont expressément été entrepris pour atteindre la population migrante. Par conséquent, peu d'intervenants avaient suffisamment d'expérience pour se prononcer en connaissance de cause sur les besoins, les obstacles et les ressources en matière d'ouverture transculturelle. D'autre part, peu de migrants étaient en mesure d'apprécier les programmes et projets de PPS, faute de connaissance ou de recul suffisant.

Enfin, des évaluations de besoins ou de projets ciblés, sur lesquels les chercheurs et leurs interlocuteurs auraient pu prendre appui font encore défaut. Par conséquent, l'approche délibérément large – cinq programmes à des phases d'avancement divers, avec nombre de projets – a, nécessairement, dû privilégier des éclairages exemplaires de lacunes ou difficultés rencontrées par les projets. Il convient de souligner que la sélection de ces projets n'ambitionne aucunement d'être systématique, exhaustive ou même de tenir lieu d'évaluations rapides. Ces exemples servent essentiellement à illustrer les défis récurrents dans la pratique de l'ouverture transculturelle de façon plus générale.

Population issue de la migration et (comportements de) santé

En l'absence de bases cantonales d'épidémiologie sociale, quelques indications générales concernant la population issue de la migration peuvent orienter certaines démarches de PPS. Si Neuchâtel a connu, dès les années 1970, une proportion importante de résidents étrangers en comparaison nationale et s'est rapprochée de la moyenne suisse en 2009 (24% resp. 22%), Fribourg a assisté à un développement inverse avec une augmentation considérable de sa population étrangère, à la fois en termes absolus et relatifs, même si le canton enregistre toujours un taux inférieur (18%) au niveau suisse, mais supérieur à celui du canton du Jura (12%).

Dans les trois cantons, plus des deux tiers de ces ressortissants viennent de l'Union européenne, avec le Portugal en tête pour Fribourg et Neuchâtel, tandis que la France, l'Italie et l'Espagne sont également des pays de provenance importants. Parmi les pays hors UE, le Kosovo, la Serbie, la Macédoine, la Turquie et la Bosnie et Herzégovine font partie des dix premières nationalités. Globalement les hommes sont plus nombreux, notamment parmi les Portugais et les ressortissants d'un pays tiers (non-UE). Les communes qui connaissent les plus forts taux de population étrangère sont Courtepin (37%), Fribourg (34%) et Romont (32%) ; Peseux (33%), Neuchâtel (32%) et La Chaux-de-Fonds (29%) ; Delémont (24%), Bassecourt (18%) et Courrendlin (17%).

Parmi les enfants nés en 2010 d'une mère mariée, 36% ont deux parents suisses à Neuchâtel, 48% à Fribourg et 54% dans le Jura³. La durée moyenne de résidence est

³ Parmi les 20% de mères non mariées la nationalité du père n'est pas connue, les autres ayant au moins un parent étranger.

généralement moins élevée pour les ressortissants non-communautaires que pour les citoyens de l'UE.

En extrapolant les données d'épidémiologie sociale, disponibles seulement au niveau suisse⁴ on peut, concernant quelques collectivités migrantes, évoquer les situations ou facteurs de risque suivants par rapport aux programmes retenus. Comparée à la population suisse, l'obésité et, dans une moindre mesure, le surpoids sont nettement plus fréquents parmi les collectivités portugaise, serbe, kosovare et turque, notamment chez les femmes. Ces mêmes collectivités pratiquent aussi plus rarement une activité physique et mangent moins de fruits et de légumes. Le taux de fumeurs quotidiens est significativement plus élevé parmi les collectivités serbes et turques, de même que parmi les hommes portugais et kosovars.

En revanche, les migrants de plusieurs origines nationales ont globalement tendance à boire moins d'alcool, ou à présenter des taux d'abstinence plus élevés que les résidents suisses, si ce n'est que la consommation modérée, mais journalière, est nettement plus fréquente chez les hommes portugais et italiens. Plusieurs spécialistes interviewés confirment cette tendance générale.

Les femmes kosovares, serbes, d'Europe de l'Est et de pays extra-européens participent dans l'ensemble moins au programme de dépistage de cancer du sein que les Suissesses.

Les troubles dépressifs et consultations psychothérapeutiques sont notamment plus fréquents chez les femmes portugaises, serbes et dans la collectivité turque (hommes et femmes). Une vulnérabilité particulière en termes de santé mentale, mais aussi en ce qui concerne des comportements addictifs est, finalement, documentée pour ce qui de la population du domaine de l'asile, qu'il s'agisse des Somaliens ou Sri Lankais interrogés dans le monitoring sur la santé des migrants ou pour d'autres nationalités, selon de nombreux témoignages récoltés au cours de l'étude.

L'égalité des chances : des principes à la pratique

En ce qui concerne le cadre légal et la conception des programmes ou actions, la politique adoptée dans les trois cantons fournit les bases pour développer des activités (futures) afin de mieux prendre en compte l'égalité des chances de la population migrante (cf. figures et tableau en annexe 6.2). Dans les programmes, cette dernière est considérée explicitement ou du moins de façon indirecte – par sa frange la plus vulnérable – comme une composante importante du public cible. En revanche, en ce qui concerne la concrétisation des dispositions – par une analyse de la situation, des stratégies et des moyens alloués – peu de démarches pratiques n'ont à ce jour été entreprises. Ceci est plus particulièrement vrai dans les cantons de Neuchâtel et du Jura qui considèrent la présente étude comme un état des lieux préalable et, en quelque sorte, un point de départ, compte tenu du fait que plusieurs programmes sont encore en cours d'élaboration.

Dans les cantons de Fribourg et Neuchâtel, il existe une série d'initiatives dans le domaine de l'intégration et de la santé – s'adressant soit essentiellement à la population issue de la migration, soit à certaines collectivités – qui constituent une source intéressante d'inspiration pour l'adaptation des programmes généraux. Même si ces projets n'ont pas fait l'objet de la présente étude, ils constituent de petits « laboratoires », sous forme de

⁴ Il s'agit essentiellement des informations provenant du dernier Monitoring de l'état de santé de la population migrante en Suisse, mené en 2010.

projets pilotes, susceptibles de produire de nouvelles connaissances dans un domaine où les recettes tout prêtes font notoirement défaut.

En ce qui concerne la prise de conscience des acteurs et intervenants engagés au sein des programmes ou externes concernant la nécessité d'une ouverture transculturelle de l'offre de PPS, elle est très variable. Certains interlocuteurs sont parfaitement bien informés et très sensibles à la problématique, d'autres plus sceptiques, considérant qu'un effort d'adaptation doit venir de la part des migrants plutôt que de l'offre. Bien qu'un climat de politique d'intégration, qui met l'accent sur la notion de « encourager et exiger » (*Fördern und Fordern*)⁵ peut être interprété comme allant à l'encontre des mesures préconisées – comme cela a été fréquemment évoqué –, la réticence de certains intervenants de terrain traduit davantage un manque de connaissances et de moyens pour entreprendre des démarches supplémentaires qu'un refus de principe d'une meilleure prise en compte de la population migrante. En revanche, la tension entre priorités des politiques migratoire et de santé est, selon nombre de témoignages, particulièrement saillante dans le domaine de l'asile.

Défis par rapport à l'accessibilité et l'acceptabilité de l'offre

Parmi les obstacles d'accès aux offres de PPS, nous avons identifié quatre types de défis principaux sur la base des entretiens avec les spécialistes et avec les migrants rencontrés. Tout d'abord, **la langue** reste pour certaines collectivités migrantes une barrière réelle, notamment quand il s'agit de primo-arrivants ou de personnes qui, pour d'autres raisons, n'ont pas eu l'occasion d'apprendre une langue nationale. Notamment dans les domaines où il s'agit de transmettre des informations factuelles, la mise à disposition et la distribution de traductions constituent un atout réel, même si ces démarches ne sont pas suffisantes. Actuellement cette démarche est loin d'être systématique, qu'il s'agisse de documents écrits, d'informations en ligne ou autres. Dans le même ordre d'idées, l'interprétariat communautaire est encore peu utilisé dans le domaine de la PPS. Les obstacles financiers et institutionnels semblent, dans les deux cas, plus déterminants que le manque de personnes qualifiées pour assurer ces traductions.

Liée à la dimension linguistique, « **la culture** » joue finalement un rôle bien moins important que le discours médiatique courant, soulignant « la différence culturelle » de certaines collectivités migrantes, ne pourrait le laisser attendre. S'il convient d'être attentif à certaines situations assez particulières, quand il s'agit, par exemple du rapport à la nudité ou à la consommation de certaines substances (tabou de l'alcool), aucun obstacle majeur n'a été identifié de manière générale. Il est, en revanche, probable que les campagnes médiatiques ne peuvent pas ignorer cette dimension subtile qui va à l'encontre du succès des campagnes simplement « traduites » (sans être adaptées) de l'allemand dans les autres langues nationales ; une problématique bien connue dans le canton bilingue de Fribourg. Certaines préférences socioculturelles par rapport aux moyens et aux canaux de communication ont également été relevées, par exemple, en termes d'approches individualistes versus plus collectives (c'est-à-dire ciblées essentiellement sur les individus directement concernés ou, au contraire, sur des familles élargies). Il s'est, par exemple, révélé utile de ne pas destiner l'information concernant le dépistage du cancer du

⁵ Ce principe directeur de la politique d'intégration, qui caractérise davantage l'approche nationale que cantonale, insistant sur l'apprentissage de la langue par les migrants et leur adaptation, est en réalité interprété de façon très différente (Wichmann et al. 2011).

sein qu'aux seules femmes de certaines collectivités migrantes, car leur partenaire et leurs enfants adultes jouent un rôle de multiplicateur important.

L'influence relevant de la culture codifiée par l'appartenance ethnique, nationale ou religieuse tend parfois à être confondue avec celle qui est davantage liée à la **situation socio-économique**, à la trajectoire migratoire ou au statut légal des personnes. S'il est vrai que la population migrante est très loin de former une entité homogène en termes de statut socio-économique, certaines positions du bas de l'échelle sociale et professionnelle sont presque exclusivement occupées par des migrants. Par conséquent, leurs conditions de vie se distinguent à bien des égards de celles de la « classe moyenne », dont sont issus la plupart des concepteurs de programmes de PPS, comme le résume de manière un peu schématique un responsable cantonal. Des personnes qui ont une activité professionnelle non sédentaire (construction, nettoyage, restauration) n'éprouvent pas forcément le besoin de faire du sport à midi ou en rentrant du travail. De nombreux exemples de situation ont été évoqués où les contraintes économiques et familiales empêchent les migrants à accorder à la PPS la place qu'elle mériterait dans leur vie quotidienne. Sans aller jusqu'à postuler que la malbouffe constitue pour les classes populaires « un domaine de liberté résiduel, où ils ont la possibilité d'exprimer leur refus à l'égard d'un surcroît de contraintes, par exemple celles imposées par les impératifs diététiques » (Régnier et Masullo 2009), il est particulièrement important d'être attentif à la dimension socio-économique du public-cible, comme le sont déjà certains projets destinés à des personnes défavorisées.

Pour relever ce défi, plusieurs interlocuteurs préconisent une **approche participative** qui est aussi régulièrement recommandée dans la littérature. A cet égard, plusieurs interprètes socioculturels du domaine de la santé se disent déçus que les responsables ne fassent pas appel à eux dès la conception des programmes et que leur contribution se limite, la plupart du temps, à la traduction ou à l'intervention en situation de crise. Faute de fonds disponibles, la collaboration avec ces personnes ou d'autres représentants des collectivités migrantes s'effectue de manière peu systématique et sur le registre du bénévolat. En ce qui concerne la **collaboration** avec d'autres domaines d'intervention et notamment avec celui de l'intégration, la plupart des responsables et intervenants interrogés estiment que l'entente entre les acteurs institutionnels est bonne, mais reconnaissent qu'en général, ils travaillent chacun de leur côté. Les actions menées en commun ne sont ainsi opérées que de manière très ponctuelle. Les causes avancées pour expliquer cette difficulté à collaborer dans la continuité concernent principalement le manque de moyens financiers et de temps. Ainsi, selon certains intervenants de PPS, ces entreprises communes dépendent bien souvent de quelques initiatives individuelles rarement formalisées.

Recommandations

L'appréciation des résultats de cette étude permet de dégager une série de propositions d'amélioration des dispositifs cantonaux de prévention et de promotion de la santé (PPS). La liste des recommandations suivantes est proposée sur la base d'un échange avec les responsables PPS des cantons de Fribourg, Jura et Neuchâtel. Elle est, en l'état, volontairement très générale et n'a pas pour ambition d'être exhaustive ou définitive. Pour être concrétisées ces recommandations, précédées par un bref rappel des principales observations, devront donc faire l'objet d'une discussion approfondie entre les acteurs concernés.

1. Epidémiologie sociale, statistiques socio-démographiques et outils de travail

Constatations : En-dehors des statistiques nationales d'épidémiologie sociale, très peu de données cantonales sont disponibles, ce qui constitue une lacune considérable pour agir au niveau local. Dans le domaine des statistiques sociodémographiques, différents efforts sont encore à réaliser, notamment en ce qui concerne l'absence de données relatives au niveau socio-économique des migrants. Les données disponibles – certes lacunaires – sont cependant encore peu utilisées dans les programmes et projets. Dans les rapports cantonaux (résultats cantonaux des Enquêtes suisses sur la santé) sur la santé, les facteurs migratoires ne sont, de plus, que peu, voire pas, pris en compte.

Seule une valorisation et une utilisation accrue des données disponibles permettra d'identifier les lacunes, de désigner les besoins des professionnels et de développer les bases statistiques en la matière, que cela soit au niveau de la Confédération (surtout pour l'épidémiologie sociale) ou des cantons (données démographiques, socio-économiques et, dans une moindre mesure, épidémiologiques).

Des formations et des séminaires organisés par (ou avec) la Confédération et/ou les cantons pourraient aborder ces questions, faire connaître les instruments et, le cas échéant, les faire évoluer sur la base de ces différents échanges.

2. Faciliter l'approche participative

Constatation : plusieurs professionnels de la santé ou du social interviewés recommandent d'impliquer des représentants issus de la migration dès la conception des projets, pour ainsi permettre que ces derniers tiennent (mieux) compte des conditions de vie, attitudes ou comportements des destinataires. Cette approche participative est également préconisée par la littérature spécialisée et les outils développés par l'OFSP. Plusieurs interprètes socioculturels rencontrés se montrent intéressés par une telle collaboration. Cependant, les témoignages récoltés concordent sur le constat qu'à l'heure actuelle, une implication de personnes ressources de la migration est assez exceptionnelle ou n'intervient qu'à un moment avancé des projets ou actions.

Concrètement, les délégués à l'intégration des cantons pourraient être intégrés dans les comités de pilotage de manière systématique, et cela dès la conception des programmes. Ils pourraient ainsi ensuite proposer des représentants à intégrer au cas par cas dans les différents projets, selon le thème de santé traité et le setting abordé ; ces personnes feraient ainsi office de « porte d'entrée ».

A ce sujet, la littérature recommande que les modalités de sélection et d'implication de ces personnes soient clarifiées et suffisamment transparentes (conditions, défraiements, etc.), pour éviter que cette démarche soit d'emblée vouée à l'échec (par un recours à des « migrants alibis »). Les interprètes socioculturels qui interviennent fréquemment ou ont

une formation dans le domaine de la santé constituent certainement, à cet égard, un réservoir de ressources à considérer.

3. Promouvoir davantage la PPS en collaboration avec l'école

Constatations : l'école est un lieu privilégié d'apprentissage d'attitudes et de comportements de santé pour les enfants et les adolescents. Il présente l'avantage de toucher la quasi-totalité de la jeune population issue de la migration. Bien qu'une série d'interventions soient déjà en cours dans les écoles, la coordination avec les programmes PPS n'est, à l'heure actuelle, pas optimale.

Les expériences faites dans le domaine de la santé dans le cadre des réseaux des écoles pourraient être mises à profit pour mieux collaborer entre professionnels de la santé – médecine scolaire, infirmières et médiateurs scolaire –, intervenants de PPS et le corps enseignant. Les initiatives ciblées sur les élèves doivent être complétées par des actions coordonnées en direction des parents.

4. Promouvoir davantage la PPS au sein des entreprises

Constations : de nombreux projets PPS ou campagnes médiatiques, axés sur la vie quotidienne ou le temps libre, sont bien adaptés à une population issue de la classe moyenne. Plusieurs spécialistes, intervenants et migrants interviewés sont de l'avis que le lieu de travail représenterait un setting privilégié pour la PPS, particulièrement dans le domaine du tabagisme et de la consommation excessive d'alcool. Il possède le double avantage de ne pas stigmatiser certaines collectivités et de viser tous les employés, indifféremment des rapports sociaux de genre, de couche sociale ou d'âge.

Il serait intéressant de développer davantage d'initiatives sur le lieu de travail et au sein des entreprises qui emploient un grand nombre de migrants. Si une étape considérable a été franchie avec l'interdiction de fumée dans la restauration, les chantiers, usines et autres PME font, selon nos interlocuteurs, encore peu l'objet de ce type d'initiatives qui requiert, évidemment, le concours des employeurs de ces établissements. Les outils développés par Promotion santé suisse dans ce setting pourraient constituer un point de départ intéressant à ce sujet.

5. Agir en amont : évaluations d'impact sur la santé

Constatation : la promotion de la santé passe de manière privilégiée par les déterminants sociaux de la santé, car l'effet des meilleurs programmes PPS est réduit à néant, quand les mesures préconisées se heurtent à des conditions de vie, de travail et de comportements contraires à l'épanouissement de la santé. Nombre d'exemples témoignent combien la population issue de la migration, dont une frange non-négligeable occupe le bas de l'échelle sociale et exerce des professions pénibles et peu favorables à la santé, est concernée par ce dilemme constant.

Il serait souhaitable de soumettre certaines politiques cantonales touchant ces aspects, mais également certains projets, à une évaluation d'impact sur la santé (EIS) ; visant la réduction des inégalités sociales de santé, cette pratique s'attache en priorité aux conséquences sanitaires pour les personnes les plus vulnérables. En outre, la démarche est bien adaptée au niveau cantonal (idéalement avec une base légale), fait généralement appel à une approche participative (du public-cible) et permet ainsi d'agir en amont dans le cadre de la prévention de nouveaux problèmes.

Une EIS du projet de loi d'interdiction de fumer dans les cafés-restaurants du canton de Genève, au début des années 2000, fournit exemple intéressant à ce sujet. Le seul

argument de santé publique accepté même par les opposants était celui de la protection de la fumée passive des employés de ces établissements (dont certainement une large majorité de migrants).

6. Formation continue des professionnels et intervenants

Constatation : si certains professionnels ou intervenants de la santé sont parfaitement conscients des enjeux liés à l'ouverture transculturelle de l'offre, d'autres admettent avoir très peu d'expériences et/ou de connaissances en la matière.

La Confédération a développé plusieurs instruments de travail pour soutenir l'ouverture transculturelle : le migration mainstreaming, le recours à l'interprétariat communautaire, etc. dans le domaine des soins, mais aussi dans le domaine de la PPS. Ces instruments restent mal connus et peu utilisés parmi les professionnels rencontrés (cf. chapitre 2).

La sensibilisation et l'information des professionnels et intervenants passe, de façon privilégiée, par la formation des responsables au sein de l'administration compétente et des intervenants internes ou externes aux programmes, car une ouverture transculturelle durable n'est envisageable qu'avec le soutien de la hiérarchie et le concours du « terrain » (*top-down et bottom-up*). La formation à la compétence transculturelle passe, sans évoquer le cadre institutionnel (base réglementaire, moyens, processus, etc.), par trois éléments incontournables : 1) attitudes (réflexivité, responsabilité), 2) informations et connaissances (facteurs socioculturels, situations migratoires) 3) compétences et pratiques (travailler efficacement avec des interprètes, approche participative, collaboration).

7. Conférences, discussions et débats

Constatation : plusieurs personnes interviewées, principalement des intervenants de terrain, s'attendaient à ce que l'étude apporte des « recettes » ou du moins des réponses à appliquer directement à leur pratique. Ces entretiens ont parfois donné lieu à des échanges fructueux qui ont débouché sur une prise de conscience, nécessaire, que de bonnes pratiques ne pourront être développées que sur la base d'une mise en commun des expertises des professionnels des différents domaines impliqués, des réflexions à mener, et, éventuellement, des adaptations institutionnelles et des autres mesures à prendre.

Trois blocs thématiques, qui ont fréquemment donné lieu à des malentendus et parfois à des controverses intéressantes, devraient être abordés de manière approfondie à la suite de ces formations ou à l'occasion de séminaires de travail :

- enjeux, contraintes et implications de la démarche du mainstreaming en général et signification de l'ouverture transculturelle pour assurer l'égalité des chances de la population migrante ;
- interactions entre questions migratoires, vulnérabilité et déterminants socio-économiques en vue de la réduction des inégalités sociales de la santé (modèle social de la santé) ;
- priorités et relations entre projets ou approches « universels » et projets ou démarches « spécifiques », apports, difficultés et risques à différents niveaux (conceptuels, institutionnels, pratiques).

En vue d'une meilleure orientation des professionnels de la santé, l'on pourrait envisager de rédiger des lignes directrices (chartes) et des argumentaires concernant ces questions en relation avec le travail de PPS dans les cantons (de manière générale ou pour certains programmes en particulier).

8. Procédures cantonales

Constatation : les appels d'offre des cantons et les formulaires pour la soumission des projets (d'intervention) prévoient des rubriques concernant les public-cibles particuliers, ce qui a tendance à susciter des projets spécifiquement dédiés aux migrants, plutôt que d'inciter à une ouverture de projets existants (Fribourg : référence aux priorités du plan d'actions).

Ces formulaires pourraient être adaptés pour assurer une meilleure prise en compte de la population migrante dans des programmes « universels ». Une proposition pourrait être, ici, de recourir à la *checklist* de quint-essenz permettant de prendre en compte la dimension migration dans les interventions.

9. Traduction de textes

Constatation : la traduction de la documentation des projets et des informations disponibles en ligne est encore plutôt l'exception que la règle.

Il est difficilement envisageable de prévoir des traductions systématiques de tous les documents, mais une procédure standard sera développée pour examiner de façon systématique l'opportunité d'une ou de plusieurs traductions vers les langues les plus importantes, ce qui suppose de mettre des ressources à disposition (par exemple dans le cadre des financements nationaux pour les programmes des cantons) et de prévoir les modalités de distribution adéquates. Le recours aux images pourrait aussi être une piste de travail. Enfin, le site www.migesplus.ch pourrait être plus valorisé.

Abréviations

AAP :	Alimentation et activité physique
CAFF :	Centre d'animation et de formation pour femmes migrantes
CDS :	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CNP :	Centre neuchâtelois de psychiatrie
COSM :	Service de la cohésion sociale et multiculturelle du canton de Neuchâtel
CPPS :	Commission de prévention et promotion de la santé (appartenant au GPRS)
DSAS :	Direction de la santé et des affaires sociales (Etat de Fribourg)
DSJ :	Direction de la sécurité et de la justice (Etat de Fribourg)
DSP :	Département de la santé, des affaires sociales et de la police
FDCS :	Fédération suisse des programmes de dépistage du cancer du sein
FPT :	Fonds de prévention du tabagisme
GMM :	Monitorage de l'état de santé de la population migrante en Suisse (I et II)
GRSP :	Groupement romand des services de santé publique
HEA :	<i>Health Education Authority</i> (Grande-Bretagne)
LEtr :	Loi fédérale sur les étrangers
MiM :	<i>Migration mainstreaming</i>
ODM :	Office fédéral des migrations
OCN :	Office de la circulation et de la navigation (Fribourg)
OFSP :	Office fédéral de santé publique
OFAS :	Office fédéral des assurances sociales
OFS :	Office fédéral de la statistique
OFSP0 :	Office fédéral du sport
OIE :	Ordonnance sur l'intégration des étrangers
OMS :	Organisation mondiale de la santé
PAC :	Programme d'action cantonal (poids corporel sain)
PCAA :	Plan cantonal d'action alcool
PNA :	Plan national alcool
PNAAP :	Programme national d'alimentation et d'activité physique
PNS :	Politique nationale suisse de la santé
PNT :	Programme national tabac
PPS :	Prévention et promotion de la santé
PSCH :	Promotion santé suisse
RECIF :	Rencontre; Echanges; Centre; Interculturel; Femmes
SSA :	Service de la santé public du canton du Jura
SECO :	Secrétariat d'Etat à l'économie
UE :	Union européenne

1 Introduction

1.1 Situation initiale

Le Programme national Migration et Santé a, entre autres, pour but de faire en sorte que les programmes de prévention et promotion de la santé (PPS) tiennent systématiquement compte lors de la planification, de la mise en œuvre et de l'évaluation des facteurs liés à la migration, de sorte qu'ils soient accessibles non seulement à la population autochtone mais aussi aux migrants, hommes et femmes, qui vivent en Suisse. Cette démarche s'inscrit dans une visée plus générale destinée à établir l'égalité des chances d'accès en matière de santé.

Si la migration ne constitue pas en soi un inconvénient en termes de santé, la littérature spécialisée a mis au jour une série de risques auxquels la population issue de la migration fait face. Ces risques peuvent, d'une part, être liés à des caractéristiques ou troubles « importés » du pays d'origine et, d'autre part, aux difficultés générées par la situation dans le pays d'accueil. Parmi ces dernières, qui sont d'ordre très divers, on peut citer le manque de soutien social, l'isolement, la perte de repères, le manque d'informations sur le système de santé, les lacunes dans les structures d'accueil, la non-reconnaissance de la personne, de ses compétences (déqualification professionnelle) et de ses valeurs, le racisme, l'adoption de comportements à risque liés à l'acculturation, etc. Certains groupes de la population migrante peuvent ainsi devenir l'objet d'un « stress migratoire » pouvant induire une inégalité des chances en matière de santé. Si nombre de migrants disposent toutefois de ressources particulières pour faire face à des situations difficiles, celles-ci ont été peu analysées dans le contexte suisse.

La population issue de la migration ne forme en aucun cas une entité homogène, mais il est démontré qu'une proportion plus importante – en regard de la population autochtone – est en situation de vulnérabilité sociale. Sans discuter cette notion de manière approfondie (voir par exemple Thomas 2010), nous la considérons comme caractéristique d'un processus qui peut déboucher sur une exclusion à la fois économique, professionnelle, relationnelle et sociale pouvant induire une fragilité physique et psychologique ; fragilité qui constitue aussi l'autre versant de la résilience observée chez certains individus. Des données comparativement défavorables concernant l'état de santé (subjectif), l'accès aux soins et à la prévention ont notamment été mis à jour pour les migrants du sud-est européen, de la Turquie, du Portugal et des nouvelles régions d'immigration (Efionayi-Mäder et Wyssmüller 2009 ; Gabadinho et al. 2007b). Les données les plus récentes à ce propos sont présentées dans le chapitre 2.3 de cet état des lieux. Enfin, et bien que cela ne soit pas l'objectif principal de la présente étude, une analyse globale des politiques de promotion de la santé et de réduction des inégalités en la matière ne doit pas perdre de vue les conséquences sanitaires de la précarité administrativo-légale qui touche notamment les requérants d'asile déboutés ou les personnes sans autorisations de séjour (Achermann et Chimienti 2006 ; Bolliger et Féraud 2011 ; Sanchez-Mazas 2011).

1.2 Les objectifs de cet état des lieux

Les cantons de Fribourg, Jura et Neuchâtel ont décidé d'entreprendre une démarche commune afin d'évaluer les besoins particuliers en matière de PPS pour la population migrante et, le cas échéant, de déterminer les mesures et les adaptations nécessaires de l'offre dans ce domaine. Notre objectif est ainsi de faire ressortir les obstacles que peuvent

rencontrer les promoteurs de projets de PPS pour toucher, faire participer, communiquer ou implémenter l'ouverture transculturelle de l'offre auprès de la population migrante.

Une démarche analytique comparative entre ces trois cantons devait permettre de faciliter le développement de synergies au niveau de l'analyse et, par la même occasion, de mettre à jour des éléments comparatifs susceptibles de fournir des informations supplémentaires concernant la mise en œuvre de mesures de PPS. En effet, si les trois cantons se distinguent à la fois par leur taille, par l'importance de leur population étrangère⁶ et par leurs structures institutionnelles (degré de décentralisation, organes, etc.), chacun d'eux soutient des programmes de promotion de la santé relativement similaires.

Les **objectifs spécifiques** retenus pour l'état des lieux s'inspirent de ceux proposés par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), soit:

- Les connaissances et la sensibilité nécessaires sont générées *dans le canton*, afin de permettre aux acteurs compétents d'appliquer les programmes de promotion de la santé et de prévention d'une manière mieux adaptée aux besoins des migrants.
- Un état des lieux des bases légales et conceptuelles, ainsi que des mesures adoptées pour promouvoir l'égalité des chances de la population issue de la migration est dressé.

Si la thématique de la migration est relevée comme importante et nécessaire dans nombre de textes de principe, il est souvent difficile pour les responsables des programmes et pour les intervenants de l'aborder concrètement. Ainsi, un état des lieux des bases conceptuelles et des actions menées constitue un point d'ancrage pour promouvoir l'ouverture transculturelle de l'offre existante et procéder aux adaptations qui pourraient se révéler nécessaires.

Après discussion avec les responsables de PPS des trois cantons, cinq thématiques ont été retenues pour la présente étude. Ces thématiques ont été choisies en tenant compte des plans d'action cantonaux en vigueur, de l'avancement des programmes en la matière et de leur importance particulière pour la population issue de la migration (Wyssmüller et al. 2009b)⁷. Cinq programmes cantonaux de PPS ont ainsi été retenus :

- alimentation et activité physique (poids corporel sain) ;
- prévention de la consommation excessive d'alcool ;
- prévention du tabagisme ;
- dépistage du cancer du sein ;
- promotion de la santé mentale (notamment à Neuchâtel).

Dans la mesure où les ressources à disposition ne permettent pas une étude approfondie de l'ensemble de ces programmes pour les trois cantons, nous avons opéré des choix pragmatiques en fonction de l'existence et de l'avancement des programmes : les interviews se sont limitées au canton de Neuchâtel pour la santé mentale, car c'est le seul canton qui est en train de mettre sur pied un programme consacré à cette thématique. Pour la prévention de la consommation d'alcool, Fribourg a été privilégié pour des raisons

⁶ La part des étrangers parmi la population résidente permanente en 2009 constitue 12% dans le canton du Jura, 16% à Fribourg (en constante augmentation) et 23% à Neuchâtel (source : OFS 2009).

⁷ Consulté le 15.03.12.

URL <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/index.html?lang=de>

analogues. D'autres actions qui ne s'inscrivent pas dans un programme cantonal ont également été considérées, mais il n'était pas possible d'en dresser un inventaire systématique dans le cadre de cet état des lieux. Enfin, nous avons le souci de procéder à un nombre *relativement* équilibré d'interviews par canton. Il a été estimé plus pertinent que la question de la promotion de la santé mentale soit davantage creusée dans le canton de Neuchâtel et que la thématique des addictions soit examinée de plus près dans les cantons de Fribourg et du Jura.

Si les projets destinés spécifiquement à la population migrante ou à certaines collectivités issues de la migration – par exemple, les requérants d'asile – ne devaient, en principe, pas faire l'objet de notre recherche, nous n'avons pas d'emblée écarté toutes les démarches spécifiques qui nous ont été rapportées dans la mesure où certains pouvaient avoir un intérêt particulier pour notre thématique. Comme d'autres équipes de recherche l'ont remarqué précédemment (Meystre-Agustoni et al. 2011), les interlocuteurs ont parfois tendance à privilégier une réflexion en faveur d'approches ou de structures spécifiques plutôt que d'aborder la question sous l'angle du *mainstreaming* dont les facettes et implications sont multiples et plus difficiles à cerner.

1.3 Plan du rapport et répartition des tâches

Le plan de notre rapport suit la structure proposée par l'OFSP à quelques petites modifications près. De plus, un chapitre supplémentaire – une synthèse analytique – y a été ajouté avant le chapitre comportant les recommandations. Le sous-chapitre suivant présente ainsi le plan de recherche et les méthodes (1.4). Celui-ci est suivi par une partie (1.5) décrivant la façon dont nous avons procédé pour l'analyse (grille d'analyse et critères d'appréciation). Ce sous-chapitre contient également une présentation des principaux défis rencontrés au cours de l'étude, ainsi que quelques précisions importantes concernant l'interprétation et les limites propres au présent rapport. Les lecteurs qui ne sont pas intéressés par ces aspects méthodologiques, qui permettent de mieux apprécier la portée et les limites des résultats, peuvent directement passer au chapitre 2.

La première partie du chapitre 2 est consacrée à la présentation de quelques caractéristiques socio-démographiques de la population issue de la migration détaillées pour chacun des trois cantons ; des données concernant l'état de santé et le niveau socio-économique de cette population ne sont malheureusement pas disponibles (2.1 à 2.2). Ces résultats sont ensuite confrontés aux données épidémiologiques disponibles au niveau suisse. Ces données concernent à la fois l'état de santé de certaines collectivités migrantes (2.3) et leurs besoins spécifiques en matière de PPS (2.4).

Le chapitre 3 part d'un état des lieux de l'offre en matière de PPS, en présentant des bases légales et institutionnelles au niveau suisse et dans les trois cantons analysés (3.2 et 3.2.4.). Les cinq programmes cantonaux de PPS retenus pour l'analyse sont ensuite examinés successivement (3.3 à 3.7). Ils dressent d'abord le cadre cantonal pour chaque programme, en abordant ensuite des projets ou activités choisis pour illustrer différents enjeux liés à leur ouverture transculturelle dans les différentes étapes d'élaboration.

Le chapitre 4 a pour objectif de synthétiser les résultats de l'étude par quatre champs thématiques qui se sont dégagés comme particulièrement importants durant l'analyse : il s'agit de la langue et des moyens de traduction ou d'interprétariat (4.1), de la culture et des moyens de communication (4.2), des déterminants socio-économiques de la santé (4.3) et des enjeux liés à la coopération entre acteurs et aux aspects institutionnels (4.4).

Quelques pistes de réflexion et d'appréciation des chercheurs suivent en guise de conclusion.

Nous n'aurions pas été en mesure de finaliser un rapport d'une telle ampleur sans la participation assidue des co-auteurs de cette enquête. Et puisque l'équipe était composée de nombreux auteurs, nous souhaitons exposer ici la contribution personnelle de chacun d'eux. La répartition précise des tâches de chaque auteur est décrite en annexe (6.1).

1.4 Démarche et méthodes utilisées

L'étude se présente à la fois comme un état des lieux des mesures prises et une analyse des besoins de l'offre de PPS à destination de la population migrante. Afin de permettre l'élaboration de recommandations transversales et utiles à une grande partie des acteurs de PPS, notre posture privilégie délibérément une approche généraliste visant à identifier des succès identifiés et des difficultés auxquels sont confrontés les programmes et projets.

Cinq programmes aux niveaux d'avancement divers – parfois à l'état de projet, d'autres fois déjà largement implémentés – ont été retenus. Toutefois, les projets ou initiatives élaborés en marge des programmes n'ont pas systématiquement été écartés dans la mesure où ils pouvaient présenter un intérêt particulier pour la thématique. Etant donné le grand nombre de projets et d'initiatives, inscrits ou non dans le cadre d'un programme et mis en œuvre sur l'ensemble des territoires cantonaux, il ne nous a été ni possible d'analyser chaque projet retenu sur une base systématique ni de prendre en compte exhaustivement tous les projets rencontrés lors de notre étude. Ainsi, les projets retenus et analysés doivent être considéré comme autant de cas exemplaires (et non représentatifs) permettant d'illustrer des enjeux concrets, des obstacles auxquels sont systématiquement confrontés les promoteurs de PPS dès lors qu'il s'agit de prendre en compte les facteurs migratoires, de toucher certaines parties de la population migrante ou d'améliorer les chances d'accès de cette population à l'offre de PPS.

Le **dispositif de recherche** s'appuie sur la combinaison de différentes méthodes telles que l'analyse statistique de la population issue de la migration pour chaque canton ; une analyse documentaire concernant la santé des migrants en Suisse, le cadre législatif dans lequel s'inscrivent les politiques cantonales de PPS, les documents stratégiques produits par les cantons et la documentation concernant les projets existants ; une série d'entretiens avec des responsables, des observateurs privilégiés, des intervenants et des migrants effectués soit sous la forme de face à face individuel soit sous la forme collective de focus group (groupes de discussion).

L'étude se subdivise ainsi en plusieurs volets principaux qui correspondent à autant de méthodes de recherche :

- Pour mieux cerner les besoins du public-cible et, le cas échéant, identifier les groupes (nationaux et linguistiques) prioritaires pour chaque programme⁸, une analyse quantitative sommaire du profil socio-démographique de la population issue de la migration a été établie. À défaut de disposer de données et de résultats cantonaux, cette analyse a été confrontée aux résultats d'une revue partielle de la littérature scientifique

⁸ En simplifiant, on établira dans un premier temps une matrice grossière permettant d'identifier ces groupes par cantons et par programme en fonction de leur importance numérique, leur situation et leur exposition particulière.

en Suisse concernant l'état (et les comportements) de santé de la population issue de la migration. Comme il ne s'agissait pas de procéder à une revue exhaustive de la littérature, nous nous sommes concentrés sur les résultats du dernier monitoring de l'état de santé des migrants mené en 2010 (GMM II). Quand des résultats cantonaux étaient disponibles, ils ont été pris en considération.

- Pour chacun des trois cantons, un tour d'horizon du cadre légal, institutionnel et conceptuel – national et cantonal – constitue une étape incontournable pour comprendre le contexte plus large dans lequel s'inscrivent les stratégies de PPS, les programmes à explorer et les projets implémentés sur le terrain. Nous avons également dressé un inventaire des plans et activités les plus importants liés aux programmes retenus pour l'analyse. Cet inventaire s'appuie sur une analyse de documents, de données électroniques (desk & web scan) ainsi que sur des données recueillies lors d'entretiens avec des responsables de PPS ou des intervenants actifs dans ce domaine.
- Afin de documenter les besoins des acteurs de PPS mais aussi d'évaluer dans quelle mesure ceux-ci sont sensibles et prennent en compte les facteurs migratoires dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de leurs stratégies, programmes et projets de PPS, nous avons mené une série d'entretiens avec des interlocuteurs privilégiés (acteurs impliqués dans les programmes, migrants ayant ou non participé à des projets de PPS, représentants des autorités, observateurs privilégiés, responsables et/ou intervenants directement impliqués dans la mise en œuvre de projets et/ou d'action de PPS, etc.). Ce volet comporte ainsi des éléments évaluatifs de l'offre existante et porte un intérêt particulier à la manière dont les mesures promues sont perçues par la population migrante. Les entretiens individuels de type centré (du point de vue thématique) et semi-directif ont été menés soit en face à face soit, exceptionnellement, par de brefs échanges téléphoniques.
- Les spécialistes consultés pouvaient très souvent à la fois être des responsables cantonaux dans le domaine de PPS, des intervenants (responsables de projets, travailleurs sociaux, etc.), des professionnels du domaine (médecins, infirmières, etc.) et/ou des observateurs privilégiés (interprètes socio-culturels⁹). Pour chaque interview, la grille d'entretien a été adaptée afin de collecter des informations détaillées et complètes relatives au dispositif, à la stratégie, au programme, aux projets en questions, aux besoins et aux obstacles (institutionnels et/ou relatif à l'implémentation) rencontrés par nos interlocuteurs dès lors qu'il s'agissait de prendre en compte les facteurs migratoires dans leur politique de PPS (guides d'entretiens de base cf. annexe 6.10). Les entretiens ont duré en moyenne environ une heure quinze. Ils ont été enregistrés et transcrits de façon synthétique en fonction de critères d'analyse que nous avons précédemment discutés et fixés. Ces entretiens ont été réalisés entre juin et décembre 2011.
- Trois focus groupes ont été menés pour creuser des questions récurrentes et soumettre les déclarations contradictoires relevées dans les interviews à une discussion approfondie. Deux groupes de discussion avaient pour objet un programme particulier (dépistage du cancer du sein et consommation excessive d'alcool). Lors de ces deux entretiens collectifs, du temps a également été consacré pour que les protagonistes

⁹ Nous avons repris ce terme courant dans le canton de Neuchâtel pour désigner les interprètes communautaires (www.inter-pret.ch).

puissent s'exprimer plus généralement et donner leur avis concernant les différentes activités de PPS dont ils ont entendu parler ou auxquelles ils ont participé. Enfin, un focus groupe qui réunissait des interprètes socioculturels nous a permis de questionner et de mettre à profit à la fois leur expérience migratoire respective et leur expérience en tant qu'observateur privilégiés engagés sur le terrain (hôpitaux, cabinets médicaux, affaires sociales, etc.) Ici encore, nous avons tenté de cerner certains des obstacles et des difficultés que ceux-ci ont pu rencontrer ou observer dès lors qu'il s'agissait d'accéder au système de santé.

Tableau 1 : Nombre et types d'entretiens par canton

	Autres	FR	JU	JU & NE	NE	total
Spécialistes et responsables		6	3	2	4	15
Interviews observateurs privilégiés (intervenants)	1 GE	4	3		5	13
Interviews de migrants			2			2
Focus groupes avec des migrants/interprètes		1 (5 pers.)			2 (12 pers.)	3
Rencontres avec les déléguées à la PSS	4					4
Séances (commission, journée prév., OFSP)	1 BE	1			1	3
TOTAL	6	12	8	2	12	40

Dans une dernière étape, les résultats issus des différentes sources ont été rassemblés, confrontés, analysés et discutés de manière approfondie. Ils forment la base empirique de ce rapport. Les différents axes d'analyses choisis devraient notamment permettre de fournir aux autorités compétentes des données empiriques utiles pour leur contexte cantonal respectifs et servir de base pour l'élaboration ou l'adaptation de stratégies, de concepts et de projets prenant mieux en compte les facteurs migratoires et ce, afin d'améliorer sensiblement la prise en compte et la participation des collectivités issues de la migration à l'offre de PPS.

Tableau 2 : Méthodes, démarches, questions et principaux indicateurs retenus

Questions abordées et indicateurs retenus	Méthodes/Démarches/Interlocuteurs
Analyse du profil de la population migrante dans les trois cantons et des connaissances principales concernant l'état et les comportements de santé de cette population - quels sont les groupes-cibles pour lesquels il faudrait développer des mesures en priorité ?	Analyse des statistiques officielles Analyse de la littérature secondaire Entretiens avec divers intervenants et/ou observateurs privilégiés
Cadre institutionnel, légal et conceptuel dans les trois cantons (et au niveau suisse) concernant l'égalité des chances en matière de santé et la prise en compte des facteurs migratoires - l'égalité des chances est-elle inscrite dans les différents niveaux analysés ?	Analyse de documents écrits électroniques (cadre législatif, plans, stratégies, programmes, projets, acteurs, etc.)
Quels sont les programmes ou les projets qui prennent en compte l'égalité de chances ? - quelles sont les raisons qui expliquent que les	Entretiens individuels avec : - acteurs impliqués dans les programmes

	programmes en cours, pourtant censés interpeller aussi la population migrante, n'atteignent pas, ou pas suffisamment, ce groupe-cible ? - quelles adaptations ou innovations faudrait-il envisager pour mieux atteindre la population migrante et s'assurer d'une participation égale de cette dernière aux activités ? - dans quelle mesure tiennent-ils compte de l' accessibilité ? - dans quelle mesure tiennent-ils compte de l' acceptabilité ?	- représentants des autorités - observateurs privilégiés - migrant-e-s Focus groupes avec des migrants et interprètes socio-culturels Analyse de la documentation concernant les stratégies cantonales, les programmes et les projets
Accessibilité	- Quels sont les obstacles liés à l'égalité des chances d'accès pour la population issue de la migration ? - Quels sont, au contraire, les facteurs qui permettent l'amélioration de l'accès et de la participation de cette population à l'offre de PPS ?	Analyse de documents électroniques et de sites Internet Analyse de la littérature secondaire
Acceptabilité	- Sous quelle forme l'ouverture transculturelle se traduit-elle ou non dans les programmes et les projets de PPS ? - Les facteurs migratoires (langue, traduction, interprète, statut, nationalité, culture, tradition, religion, etc.) sont-ils suffisamment pris en considération lors des différentes phases de conception des programmes et des projets de PPS ?	
	Comment fonctionne la coopération avec les acteurs professionnels impliqués dans le champ d'action « Migration et santé » ?	Entretiens avec les responsables et acteurs impliqués dans le champ d'action

Tandis que l'analyse engage essentiellement les auteurs du rapport, la formulation des **recommandations** qui découlent des résultats de la présente étude, a été élaborée en étroite collaboration et sous la responsabilité des déléguées à la PPS des trois cantons. Ces recommandations ont été élaborées à la suite d'une phase de discussion des résultats de notre enquête (groupe de réflexion), mais aussi en fonction de la faisabilité et des opportunités propres aux mesures pouvant être prises.

Tout au long de l'analyse, trois autres séances de discussion avec les déléguées à la promotion de la santé ont eu lieu pour préciser et réorienter la recherche en fonction des besoins et intérêts particuliers des mandants.

1.5 Grille d'analyse, défis rencontrés et limites

Pour analyser la sensibilité des programmes et projets de PPS à la question migratoire ainsi que leur degré d'ouverture transculturelle, nous nous sommes appuyé sur les **critères d'appréciation** mis à jour dans la littérature spécialisée (pour les instruments voir notamment Pfluger et al. 2009 ; Kaya et al. 2008 ; 2006). Les questions, critères d'évaluations, indicateurs et les réponses concernant, par exemple, les programmes AAP

des trois cantons figurent dans le *tableau 33* de l'annexe 6.6. Une grille analogue inspirée du système de qualité de PSCH¹⁰ a aussi été employée pour l'analyse des projets.

Ces instruments d'analyse distinguent les différentes étapes de conception et de mise en œuvre des programmes et projets que sont : la conceptualisation, la détermination des objectifs, le pilotage, la mise en œuvre et l'évaluation. Ces outils postulent, par exemple, l'importance de mentionner les migrants parmi les groupes-cibles dans les textes servant de base pour la conception des programmes et projets, de procéder à l'évaluation des besoins en matière de migration dans les domaines de PPS ou encore d'impliquer des personnes issues de la migration dès la phase de conceptualisation des projets. Pour ces approches, les critères d'accessibilité, d'acceptabilité et d'utilisation de l'offre sont considérés comme un préalable à l'égalité des chances en matière de santé (cf. Questions cadre portant sur l'ouverture transculturelle des offres et des projets chez Pfluger et al. 2009).

Tout au long de notre enquête, ces critères d'appréciation ont dû être précisés, reformulés et parfois adaptés selon les objectifs, le type de programme ou de projet analysé, leur degré d'avancement ou de mise en œuvre mais aussi selon la documentation disponible et le niveau d'information des responsables ou intervenants interrogés. Le cas échéant, nous avons également pris en compte les critères et remarques suggérés par nos interlocuteurs. Pour éviter de s'en tenir à des constatations d'ordre trop général et pour aller au-delà des principes postulés dans les programmes, nous avons choisi d'analyser de plus près certains projets ou interventions pour lesquels nous disposions de données plus détaillées et/ou de témoignages directs. Ainsi, la sélection des projets retenus pour une analyse plus fine dépend en premier lieu des matériaux dont nous disposions au moment de l'analyse. Comme mentionné précédemment, ces projets sont autant de cas exemplaires (et non représentatifs) permettant d'illustrer certaines des difficultés rencontrées par les acteurs pour prendre en compte les multiples facteurs migratoires dans leurs politiques de PPS. Lecteurs et lectrices ne seront ainsi pas surpris que les nombreux acteurs et projets implémentés sur l'ensemble des territoires cantonaux ne soient pas tous systématiquement mentionnés par la présente étude. En effet, dans la mesure où les cantons ne disposent pas systématiquement d'une vue d'ensemble de tous les projets menés dans le cadre ou non de programmes de PPS¹¹, atteindre l'exhaustivité en la matière aurait supposé mener une enquête systématique préalable pour établir un état des lieux exhaustif. Or, si une telle enquête nécessite des ressources que nous n'avons pas à disposition, elle dépasse aussi le cadre de notre mandat. Enfin, partant de l'idée qu'un projet peut être sensible à la dimension migratoire « en pratique » – lors de sa mise en œuvre sur le terrain – sans nécessairement s'en revendiquer formellement sur le papier, nous n'en avons exclu aucun *a priori*.

¹⁰ Quint-essenz.ch, *Checklist sur la prise en compte de la dimension migration*. Consulté le 15.04.12. URL : <http://quint-essenz.ch/fr/tools/1055>

¹¹ Cette difficulté à disposer d'une vue d'ensemble pour chaque programme analysé tient principalement du fait que seul les programmes AAP (et les programmes de dépistage du cancer du sein dont le nombre de projet est très inférieurs aux autres programmes analysés) ont atteint un degré de centralisation (de par l'existence et la mise en œuvre d'un programme cantonal également coordonné à l'échelle nationale) permettant aux acteurs PPS de disposer d'une vue d'ensemble quant aux actions menées sur leur territoire respectif.

Dans ce contexte, nous avons fait face à plusieurs **défis majeurs**. Premièrement, il s'est assez vite avéré impossible de dresser un inventaire exhaustif des projets qui aurait permis de repérer et de cibler de façon systématique ceux qui étaient les plus pertinents pour notre thématique¹². En d'autres termes, peu d'éléments répertoriés ou d'informations orales récoltés, nous permettaient d'identifier des spécialistes et des intervenants avec suffisamment d'expérience pour se prononcer en connaissance de cause sur les besoins, les obstacles et les ressources en matière d'ouverture transculturelle. Certains interlocuteurs nous ont conseillé de nous adresser directement à des responsables de structures du domaine de la migration ou d'explorer des projets spécifiquement dédiés aux migrants qui ne devaient, en principe, pas faire l'objet de notre évaluation ciblée sur l'offre générale. Le fait que nous ayons observé peu de « bonnes pratiques » ou d'initiatives évaluées en fonction de leur ouverture transculturelle est certainement lié au caractère encore émergent de la prise en compte de cette problématique dans les activités de PPS.

Dans un cas (*Education familiale* à Fribourg), c'est seulement lors de la discussion d'une version préliminaire du rapport que les chercheurs ont pris conscience de l'intérêt particulier du projet. Avec le recul, on peut conclure que sur la base d'un choix plus limité de programmes¹³, il aurait été envisageable de mener systématiquement des entretiens préliminaires pour chaque projet, permettant ensuite de décider dans quel cas il fallait poursuivre l'analyse. Cela aurait certainement permis une démarche plus systématique.

Si la plupart des spécialistes interviewés ont montré un intérêt marqué pour la thématique, nous avons également rencontré des personnes qui s'interrogeaient sur les possibilités concrètes de promouvoir une ouverture transculturelle en matière de PPS compte tenu de la limitation des ressources (temps, argent et ressources humaines). En d'autres termes, les interlocuteurs qui mettaient l'accent sur le « pourquoi » plutôt que sur le « comment » nous ont parfois mis dans la position délicate de devoir justifier notre démarche ou de fournir des réponses de principe d'ordre plus général et politique. Comme l'a explicité un médecin, la PPS opère dans des conditions-cadre et un climat politique allant parfois à l'encontre du principe d'égalité des chances postulée a priori par les politiques de PPS. La tension voire l'antagonisme entre politique migratoire et de santé est particulièrement saillante dans le domaine de l'asile, auquel les spécialistes et les interprètes socio-culturels ont fréquemment fait allusion. En effet, pour être résolues, les situations de précarité auxquelles les demandeurs d'asile ou requérants déboutés font face impliqueraient un engagement (économique) conséquent de la part du législateur (ce qui constitue déjà toujours un risque politique en soi), qui préfère concentrer les ressources sur des mesures d'intégration en faveur de la population résidente permanente.

Une autre difficulté que nous avons rencontrée est liée aux faits que **peu de migrants interrogés avaient connaissance des programmes** ou des projets de PPS à moins d'y avoir directement participé. Ainsi, relativement peu d'entretiens nous ont fourni des témoignages concrets et précis sur les obstacles que rencontrent la population migrante sur le terrain et sur les raisons du manque de participation à l'offre de PPS. La représentation selon laquelle certains migrants estiment que l'offre de PPS n'est « *pas pour elle* » a été

¹² Dresser un inventaire des projets, susceptibles d'entrer en ligne de compte, était particulièrement difficile dans les domaines dépourvus de programmes cantonaux (alcool et santé psychique).

¹³ Plusieurs cantons (ZG, BS) n'ont choisi que deux programmes ou des campagnes particulières pour l'évaluation de l'offre cantonale.

mentionnée par plusieurs observateurs privilégiés et par certains migrants sans pour autant que ceux-ci soient capables d'exprimer clairement ce que revêt une telle représentation. Des évaluations d'impacts ciblées sur des projets choisis aideraient certainement à mieux connaître les représentations et les raisons qui sous-tendent la motivation (ou au contraire le manque d'entrain) de certains migrants à profiter des projets de PPS. Dans le cadre des programmes étudiés, aucun de nos interlocuteurs ne nous a présenté de telles évaluations.

Le dernier défi est constitué par la **nature transversale de la problématique abordée** dans la mesure où l'ouverture transculturelle, qu'on peut également désigner par le terme *migration mainstreaming* (cf. chapitre 3), relève d'une conjonction de considérations, de démarches et de mesures d'ordres diverses (stratégique, opérationnel, technique) qui s'enchevêtrent sur différents niveaux (conceptuel, mise en œuvre, évaluation) et engageant de nombreuses actions (coopération, collaboration, coordination). Pour pousser l'analyse au-delà des principes évoqués dans les programmes et rendre compte de ces nombreux enchevêtrements, nous avons été amenés à illustrer notre propos par des exemples concrets qu'il s'agissait de décrire plus en détail sans qu'il ne soit pour autant possible d'entrer aussi en détail pour chacun des projets mentionnés par notre recherche.

Il convient de **préciser que ces éclairages exemplaires**, délibérément critiques, au caractère parfois anecdotique, n'ambitionnent en aucun cas de remplacer les évaluations de projets qui demanderaient un plan de recherche beaucoup plus complet supposant d'interviewer, entre autres, les participants, les responsables de projets et les intervenants. En revanche, ils permettent d'éclairer, exemple à l'appui, certains des défis et des opportunités propres à l'ouverture transculturelle des projets de PPS.

2 Besoins en matière d'égalité des chances pour la population migrante

Le présent chapitre se divise en deux parties. La première a pour objectif de décrire la composition sociodémographique de la population résidente étrangère pour les cantons de Fribourg, du Jura et de Neuchâtel. Il sera notamment question du profil et de l'évolution de la population issue de la migration en regard de variables telles que la nationalité, le genre, l'âge, le nombre d'année de résidence, l'état civil ou l'évolution des naissances. Un résumé synthétique de cette première partie – sous la forme de tableaux – figure au sous-chapitre 2.2.

La deuxième partie présente un aperçu de l'état de santé de la population migrante à partir des résultats obtenus lors le deuxième monitoring de l'état de santé de cette population (GMM II¹⁴) et ce, dans le but d'identifier quelques-uns des besoins en matière de prévention et de promotion de la santé (PPS) pour cette population. Un résumé synthétique de ces besoins se trouve au point 2.4.

2.1 Population résidente permanente étrangère dans les cantons de Fribourg, du Jura et de Neuchâtel

À la fin de l'année 2009, on comptait 48'357, 39'666 et 8'623 étrangers résidant de manière permanente¹⁵ respectivement dans les cantons de Fribourg, de Neuchâtel et du Jura (Annexe – *figure 2*). Parmi les cantons considérés, l'augmentation du nombre d'étrangers depuis 1970 est la plus élevée dans le canton de Fribourg, avec un taux de croissance de 241%. Même sur dix ans, la progression de la population étrangère du canton de Fribourg reste la plus considérable (taux de croissance entre 1999 et 2009 correspondant à environ 50%). Par rapport à l'ensemble de la population résidente permanente par canton, la part des étrangers représente respectivement 17.7%, 23.1% et 12.3% en 2009 (*figure 1* ci-dessous). Seules les proportions calculées pour le canton de Neuchâtel excèdent les proportions calculées au niveau national, quelles que soient les années.

Répartition de la population résidente permanente étrangère en Suisse par canton et par commune

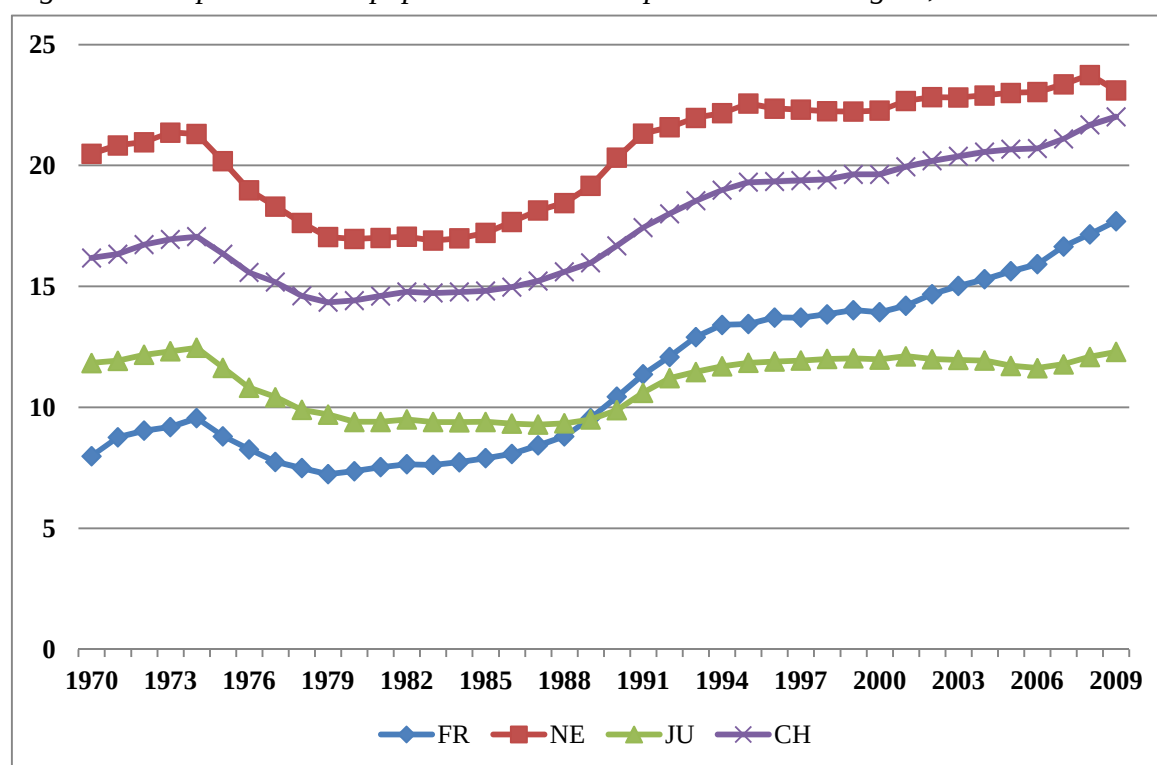
En triant les communes pour chaque canton considéré par ordre décroissant selon la taille du rapport entre population étrangère et ensemble de la population en 2009, on constate premièrement que les plus grandes communes (avec un effectif important d'étrangers) ne détiennent pas forcément la proportion la plus élevée d'étrangers. Dans le canton de Fribourg (Annexe – *figure 3*), la ville de Fribourg avec ces 34'084 habitants (dont 10'882 sont étrangers) se place à la troisième place, derrière les communes de Courtepin et

¹⁴ *Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (GMM) in der Schweiz*. Consulté le 06.01.2012. URL : <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/12533/12535/index.html?lang=fr>

¹⁵ La population résidente permanente comprend toutes les personnes de nationalité suisse domiciliées en Suisse et les personnes de nationalité étrangère au bénéfice d'une autorisation d'établissement ou d'une autorisation de séjour d'au moins douze mois, ainsi que les diplomates et les fonctionnaires internationaux et les membres de leurs familles. Ne sont pas comptées dans cette population les personnes séjournant moins de douze mois en Suisse, les requérants d'asile, les frontaliers ainsi que les touristes.

Romont. Cette logique s'applique aussi au canton de Neuchâtel où les villes de Neuchâtel et de La Chaux-de-Fonds sont respectivement en deuxième et troisième position (Annexe – figure 4). Le fait que la commune de Peseux occupe la première place peut paraître toutefois cohérent puisque cette commune se situe à côté de la ville de Neuchâtel ; dans ce cas, les étrangers présentent une probabilité élevée de se concentrer en zone périphérique. En ce qui concerne le canton du Jura (Annexe – figure 5), nous relevons que la capitale Delémont se trouve quand même en tête de peloton. On retrouve néanmoins deux communes périphériques dans le top 3 ; les communes de Bassecourt et Courrendlin, proches de Delémont, présentent ainsi des pourcentages supérieurs à celui calculé pour Porrentruy qui est la deuxième plus grande ville dans le canton.

Figure 1 : Proportion de la population résidente permanente étrangère, en %



Source : Statistique de l'état annuel de la population (ESPOP), stocks au 31.12.2009

Répartition de la population résidente permanente étrangère par canton selon le lieu de naissance, le genre et la nationalité

Comme le montre le *tableau 3* ci-dessous, les dix plus grandes communautés parmi la population résidente permanente étrangère en 2009 proviennent principalement de l'Union Européenne, quel que soit le canton. Ainsi, les Portugais représentent la première communauté dans les cantons de Fribourg et Neuchâtel (respectivement 33% et 29% de la population résidente permanente étrangère). Dans le canton du Jura, la communauté principale est italienne (22%), la communauté portugaise se trouvant au troisième rang (15%). Les ressortissants français constituent aussi une autre communauté importante,

puisque'elle est classée dans le top 3 parmi les cantons considérés (avec des proportions se situant entre 10% et 20%). Relevons, par ailleurs, que la première communauté ne provenant pas de l'Union Européenne se compose de Serbes et Monténégrins¹⁶ ; elle se positionne au troisième rang dans le canton de Fribourg (10%), alors qu'elle atteint le cinquième rang dans le canton de Neuchâtel et du Jura (respectivement 4% et 9%). La deuxième communauté non-européenne la plus importante est celle provenant de Turquie ; elle occupe le septième, sixième et huitième rang respectivement dans les cantons de Fribourg (3%), de Neuchâtel (2%) et du Jura (2%). Alors qu'entre 1999 et 2009, dans tous les cantons considérés, le taux de croissance de certaines nationalités tend à diminuer pour l'Italie et l'Espagne, d'autres voient leur taux progresser. C'est le cas des Portugais, des Français ou des Allemands. Ces tendances résultent en grande partie des accords de libre circulation des personnes entre la Suisse et l'Union Européenne, favorisant la mobilité interrégionale des ressortissants suisses et européens.

Portugais (+88%) suivi de près par les Allemands (+87%). On observe aussi des tendances à la hausse parmi les ressortissants du Portugal, de France ou d'Allemagne dans le canton de Neuchâtel, avec toutefois des taux de croissance plus modestes, se situant entre 20% et 25%. Dans ce même canton, on constate l'augmentation la plus forte parmi les Marocains ; en effet, leur nombre a augmenté de plus de 50%. Quant au canton du Jura, il a aussi vu les communautés originaires du Portugal, de France et d'Allemagne progresser respectivement à des taux de 71%, 13% et 5%.

Les chiffres calculés pour la population résidente permanente étrangère sans les diplomates et fonctionnaires internationaux¹⁷ en fonction du lieu de naissance et du genre confirment les tendances observées précédemment (Annexe – *tableaux 12 à 14*). En particulier, la majeure partie des étrangers résidant durablement en 2009 proviennent de l'Union Européenne des quinze ou d'un pays membre de l'Association européenne de libre-échange (UE15/AELE) avec une proportion d'au moins 60%, quels que soient le lieu de naissance, le genre et le canton. Par ailleurs, cette proportion atteint au moins 75% dans les cantons de Neuchâtel et du Jura, les femmes migrantes faisant exception puisqu'elles présentent des pourcentages inférieures (entre 60% et 70%). À noter que ces proportions étaient bien plus élevées en 1990, indiquant l'attrait de la Suisse parmi les migrants provenant d'un pays non membre de l'UE15/AELE au cours de ces dernières années. La diversification des flux migratoires étant de plus en plus marquée durant cette période, la population étrangère s'avère donc plus hétérogène que par le passé.

¹⁶ Dans les chapitres 2.1 et 2.2, les ressortissants de Serbie, du Monténégro ou du Kosovo sont réunis dans une même statistique à des fins de comparabilité historique. Suite à l'indépendance du Kosovo (2008), les ressortissants de cet Etat n'apparaissent que progressivement dans les statistiques officielles à partir du moment où ils opèrent leur changement de passeport et que celui-ci est enregistré.

¹⁷ Les données individuelles sur la population résidente permanente étrangère fournies par l'Office fédéral de la statistique ne permettent pas d'identifier le lieu de naissance des diplomates et fonctionnaires internationaux.

Tableau 3 : Les dix plus grandes communautés parmi la population résidente permanente étrangère par canton en 1999 et 2009

Nationalité	Année 1999			Année 2009			Evolution en %
	Rang	Effectifs	En %	Rang	Effectifs	En %	
Canton de Fribourg							
Portugal	1	8 512	25.9	1	15 988	33.1	87.8
France	4	2 716	8.3	2	5 277	10.9	94.3
Serbie-et-Monténégro*	2	4 085	12.4	3	5 044	10.4	23.5
Italie	3	3 743	11.4	4	3 629	7.5	-3.0
Allemagne	6	1 507	4.6	5	2 815	5.8	86.8
Espagne	5	2 243	6.8	6	1 835	3.8	-18.2
Turquie	7	1 501	4.6	7	1 641	3.4	9.3
Macédoine	8	1 325	4.0	8	1 324	2.7	-0.1
Pologne	26	147	0.4	9	547	1.1	272.1
Belgique	10	397	1.2	10	542	1.1	36.5
Tous les pays		32 856	100.0		48 357	100.0	47.2
Canton de Neuchâtel							
Portugal	2	9 269	25.2	1	11 480	28.9	23.9
Italie	1	9 982	27.1	2	7 794	19.6	-21.9
France	3	4 856	13.2	3	6 080	15.3	25.2
Espagne	4	2 922	7.9	4	2 118	5.3	-27.5
Serbie-et-Monténégro*	5	1 310	3.6	5	1 590	4.0	21.4
Turquie	6	919	2.5	6	857	2.2	-6.7
Allemagne	8	659	1.8	7	796	2.0	20.8
Bosnie et Herzégovine	7	819	2.2	8	712	1.8	-13.1
Maroc	11	299	0.8	9	457	1.2	52.8
Royaume-Uni	9	484	1.3	10	449	1.1	-7.2
Tous les pays		36 832	100.0		39 666	100.0	7.7
Canton du Jura							
Italie	1	2 171	26.2	1	1 917	22.2	-11.7
France	2	1 428	17.2	2	1 612	18.7	12.9
Portugal	5	773	9.3	3	1 324	15.4	71.3
Espagne	3	1 328	16.0	4	877	10.2	-34.0
Serbie-et-Monténégro*	4	823	9.9	5	735	8.5	-10.7
Allemagne	7	176	2.1	6	185	2.1	5.1
Belgique	10	111	1.3	7	159	1.8	43.2
Turquie	6	188	2.3	8	153	1.8	-18.6
Macédoine	9	118	1.4	9	106	1.2	-10.2
Cameroun	15	44	0.5	10	100	1.2	127.3
Tous les pays		8 280	100.0		8 623	100.0	4.1

Source : Statistique de la population résidente de nationalité étrangère (PETRA), stocks au 31.12. * y compris Kosovo.

Dans le canton de Fribourg, l'accroissement le plus notable concerne d'abord les Polonais (avec un taux de croissance entre 1999 et 2009 de +272%) puis les Français (+94%) et les

Evolution de la durée de résidence depuis la migration

L'information sur l'année d'arrivée en Suisse permet de mesurer le nombre d'années depuis la migration, représentant un moyen d'interpréter non seulement le temps d'acculturation dans le pays d'accueil mais aussi l'hétérogénéité des flux d'immigration. Les figures 6 à 8 en annexe, qui dépeignent l'évolution de la durée moyenne de résidence par groupe national et genre pour chaque canton considéré, montre premièrement qu'il existe un différentiel en termes de durée de résidence entre homme et femme. En moyenne, les femmes résident légèrement moins longtemps que les hommes pour une année donnée. Ceci implique que la migration féminine succède la migration masculine ; dès lors, ce résultat suggère qu'une part de la migration féminine résulte d'un processus de regroupement familial. Sans surprise, l'autre différentiel est observé entre ressortissants européens et non-européens¹⁸ : la durée moyenne de résidence est généralement moins élevée parmi ces derniers. En effet, la migration européenne vers la Suisse perdure de manière soutenue depuis le milieu du siècle passé, alors que la migration non-européenne s'est intensifiée qu'à la fin des années 1980. Notons que la progression du nombre moyen d'années depuis la migration est restée plus ou moins constante parmi les migrants non-européens mais qu'elle a diminué de plus en plus parmi les migrants européens aux alentours de l'an 2000. D'ailleurs, il est important de relever que les cantons de Neuchâtel et du Jura présentent des tendances fort semblables quant à la durée moyenne de résidence par groupe national. En revanche, on assiste à la convergence graduelle du nombre moyen d'années depuis la migration entre hommes européens et non-européens dans le canton de Fribourg. Ceci s'explique par le fait que, en moyenne, les migrants européens ne résident pas plus de 14 ans (tandis que l'inverse est constaté dans les cantons de Neuchâtel et du Jura). Ce troisième type de différentiel entre le canton de Fribourg et les autres cantons considérés semble indiquer une mobilité plus importante des européens en terre fribourgeoise.

Evolution de l'âge moyen parmi la population résidente permanente étrangère

Les figures 9 et 10 en annexe représentent l'évolution de l'âge moyen par groupe national, lieu de naissance et genre pour Fribourg, Neuchâtel et le Jura, respectivement. Logiquement, les migrants (étrangers nés à l'étranger) sont en moyenne plus âgés que les étrangers nés en Suisse et les étrangers non-européens sont en moyenne plus jeunes que les étrangers européens (quel que soit le lieu de naissance). Ce dernier cas de figure n'est pas surprenant puisque la migration non-européenne est successive à la migration européenne. À l'instar des figures précédentes, on constate à nouveau l'existence d'un différentiel entre migrants et migrantes ; l'écart d'âge moyen est toutefois moins important que celui du nombre moyen d'années depuis la migration. Ce différentiel est sans doute la conséquence d'une proportion importante de couples mariés parmi la population migrante (Annexe – tableau 15) où la conjointe est généralement plus jeune que le conjoint. Chez les étrangers nés en Suisse, un tel différentiel ne prévaut que parmi les ressortissants des pays membres de l'UE27/AELE. Ceci provient vraisemblablement du fait que les européennes de deuxième génération se naturalisent plus tôt. En effet, il est probable que les écarts selon le genre, parmi les jeunes, soient expliqués par les inconvénients engendrés par le service militaire chez les hommes (Pecoraro, à paraître). La quasi-

¹⁸ Dans la suite du texte, les ressortissants européens et non-européens désignent respectivement les ressortissants des pays membres ou non-membres de l'UE27/AELE.

inexistence d'écarts entre sexe parmi la deuxième génération d'origine non-européenne s'explique alors par une durée de résidence sûrement insuffisante pour prétendre à la naturalisation.

Répartition de la population résidente permanente étrangère par canton selon l'état civil, le groupe national, le lieu de naissance et le genre

Les *tableaux 15 à 17* en annexe montrent la répartition de la population résidente permanente étrangère selon l'état civil par groupe national, lieu de naissance et genre pour les cantons de Fribourg, Neuchâtel et du Jura, respectivement.

Depuis 1990, la proportion des célibataires résidents permanents européens nés à l'étranger a généralement augmenté (en particulier parmi les hommes), alors qu'elle a diminué parmi ceux nés en Suisse (quel que soit le genre). Cette évolution est caractéristique de la nouvelle migration en provenance des pays membres de l'Union européenne avec laquelle la Suisse est désormais liée par une série d'accords bilatéraux. On constate la tendance inverse parmi les migrants des pays non membres de l'UE27/AELE, la baisse enregistrée étant plus prononcée chez les femmes ; elle atteint plus de 30% dans le canton du Jura, contre environ 22% dans les cantons de Fribourg et Neuchâtel.

Conforme à la dynamique précitée, la proportion de mariés n'a cessé de diminuer parmi la population résidente permanente européenne née à l'étranger depuis 1990. Entre 56% (canton de Fribourg) et 63% (canton du Jura) des hommes migrants européens sont mariés en 2009, soit au moins 8% de moins qu'en 1990. Chez les femmes migrantes européennes, on compte aussi une diminution durant la même période, le pourcentage atteint en 2009 avoisinant 57% (quel que soit le canton). Parmi la population résidente permanente de pays tiers née à l'étranger, on note à nouveau la tendance contraire. En effet, leur proportion augmente d'au moins 2 points de 1990 à 2009 parmi les hommes, alors que la même proportion pour les femmes s'accroît entre 20 et 28%, ce qui confirme le caractère familial de la migration en provenance de pays tiers. De plus, la tendance à la hausse de la proportion d'étrangers mariés concerne plutôt les étrangers nés à l'étranger que ceux nés en Suisse, ces derniers étant quasiment tous célibataires (au moins 99%).

Ces différentes tendances reflètent clairement deux phénomènes. Le premier est relatif aux flux migratoires en provenance des pays membres de l'Union européenne dont la nature est principalement économique. Le second se réfère au caractère de plus en plus fréquemment familial des flux migratoires, suite en particulier aux orientations prises par les politiques migratoires depuis les années 1970, favorisant la migration de longue durée au détriment des migrations temporaires de travailleurs.

Naissances vivantes par canton selon l'état civil de la mère et la nationalité des parents

Le *tableau 18* en annexe présente le nombre de naissances vivantes selon l'état civil de la mère et la nationalité des parents par canton en 2000 et 2010, permettant ainsi d'identifier la progression en pourcent entre ces deux dates. À première vue, nous pouvons remarquer la tendance à la baisse pour les mères mariées de nationalité suisse avec un conjoint aussi suisse. Cette baisse est particulièrement forte dans les cantons de Neuchâtel et du Jura, avec un taux de croissance de -27% (contre -16% dans le canton de Fribourg). Dans ces mêmes cantons, on assiste en fait à une baisse générale des naissances parmi les femmes mariées, quel que soit la composition nationale du couple marié. Seul le canton de Fribourg fait exception, puisque le nombre de naissances parmi les couples mariés où les

deux conjoints ou l'un des conjoints sont étrangers augmentent de 3% et 30%, respectivement.

En ce qui concerne les naissances parmi les mères non-mariées, trois tendances différentes se dessinent en fonction du canton. Dans le canton de Fribourg, on relève les taux de croissance les plus importants, en particulier parmi les mères non-mariées de nationalité étrangère avec un taux de croissance entre 2000 et 2010 de +166% (contre +94% parmi les mères non-mariées de nationalité suisse). On observe aussi des taux positifs dans le canton de Neuchâtel, sauf que la progression est plus ou moins équivalente quelle que soit la nationalité de la mère non-mariée (entre 86% et 90%). Quant au canton du Jura, on note toujours des taux d'accroissement positifs bien qu'en dessous des valeurs dans les autres cantons considérés ; toutefois, l'augmentation des naissances est supérieure parmi les femmes non-mariées de nationalité suisse, avec un taux atteignant 91% (contre 41% parmi les mères non-mariées de nationalité étrangère).

En fin de compte, seul le canton de Fribourg présente un taux de croissance global positif entre 2000 et 2010 (soit 6%). Ce résultat découle de la progression positive parmi les couples mariés où les deux conjoints ou l'un des conjoints sont étrangers.

2.2 Synthèse des principales données et observations sociodémographiques

Tableau 4 : Résidents permanents par canton en 2009

Indicateurs	FR	JU	NE
Nombre de résidents étrangers	48'357	8'623	39'666
Pourcentage de résidents étrangers	17.7%	12.1%	23.1%

Tableau 5 : Les sept nationalités les plus importantes dans les cantons FRIJUNE en 2009

Pays/Région	FR	JU	NE	Total
Portugal	15'988	1'324	11'480	28'792
	33.1%	15.4%	28.9%	29.8%
Italie	3'629	1'917	7'794	13'340
	7.5%	22.2%	19.6%	13.8%
France	5'277	1'612	6'080	12'969
	10.9%	18.7%	15.3%	13.4%
Serbie-et- Monténégro (y.c. Kosovo)	5'044	735	1'590	7'369
	10.4%	8.5%	4%	7.6%
Allemagne	2'815	185	796	3'796
	5.8%	2.1%	2.0%	3.9%
Espagne	731	877	2'118	3'726
	95%	10.2%	5.3%	3.8%
Turquie	1641	153	857	2'651
	3.4%	1.8%	2.2%	2.7%

Tableau 6 : Principales observations concernant la population résidente permanente étrangère indépendamment des spécificités cantonales, en 2009

Indicateurs	Observation
Résidants UE et extra-UE	- Les plus grandes communautés proviennent principalement de l'Union Européenne.
Augmentation du nombre de résidents étrangers	- On constate une augmentation variable, selon les nationalités, du nombre de résidents permanents étrangers : 272% de Polonais (FR) ; 94% (FR) et 13% (JU) de Français; 88% (FR) et 71% (JU) de Portugais; 88% (FR) et 5% (JU) d'Allemands; enfin, entre 20% et 25% d'augmentation de la population étrangère dans le canton de Neuchâtel.
Durée de la résidence	- La durée moyenne de résidence est généralement moins élevée pour les ressortissants non-communautaires (non-UE) que pour les citoyens de l'UE). - En moyenne, les femmes résident légèrement moins longtemps que les hommes pour une année donnée. Ceci implique que la migration féminine succède la migration masculine ; dès lors, ce résultat suggère qu'une part de la migration féminine résulte d'un processus de regroupement familial.
Âge des résidents étrangers	- Les migrants (étrangers nés à l'étranger) sont en moyenne plus âgés que les étrangers nés en Suisse - Les étrangers non-européens sont en moyenne plus jeunes que les étrangers européens (quel que soit le lieu de naissance).
Etat civil des résidents étrangers	- Depuis 1990, la proportion des célibataires résidents permanents européens nés à l'étranger a généralement augmenté (en particulier parmi les hommes), alors qu'elle a diminué parmi ceux nés en Suisse (quel que soit le genre). - Parmi la population résidente permanente de pays extra-UE née à l'étranger, on note à nouveau la tendance contraire, ce qui confirme le caractère familial de la migration en provenance de pays tiers.
Résidents étrangers par commune	- Les plus grandes communes (les grands centres urbains) ne détiennent pas forcément la proportion la plus élevée d'étrangers.

Source : Statistique de la population résidente de nationalité étrangère (PETRA), stocks au 31.12.

2.3 Aperçu de l'état de santé de la population migrante

Dans le cadre du Programme national Migration et Santé (2008-2013), l'OFSP a effectué son deuxième monitoring de l'état de santé des populations issues de la migration¹⁹. Ce monitoring, soutenu et financé par la Confédération, s'inscrit dans une volonté de développer des connaissances épidémiologiques au sujet de cette population et de poursuivre ainsi l'objectif d'accorder la même chance pour tous en matière de santé. Ce sous-chapitre a pour principal dessein de synthétiser les résultats obtenus par le GMM II²⁰.

¹⁹ *Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (GMM) in der Schweiz*. Consulté le 06.01.2012. URL : <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/12533/12535/index.html?lang=fr>

²⁰ Dans la suite du présent rapport, si certains résultats sont présentés sans qu'il en soit mentionné la source, c'est que ceux-ci proviennent de l'étude GMM II.

Celui-ci constitue en effet l'étude épidémiologique nationale la plus importante et la plus récente sur l'état de santé de la population migrante en Suisse.

Cette partie est divisée en cinq sous-chapitres : 1) Le premier a pour objectif de présenter la composition de l'échantillon du GMM II en le comparant aux données démographiques des trois cantons qui ont initié cette étude (2.3.1). Ce sera l'occasion d'explicitier les limites analytiques que nous impose l'échantillon retenu pour le GMM II. 2) Le deuxième tente d'entreprendre, à partir de ce même GMM II, un rapide tour d'horizon de l'état de santé des populations suisses issues de la migration. 3) Le troisième présente l'utilisation et les connaissances du système de santé suisse dont dispose la population migrante. 4) Le quatrième approfondit plus en détail les comportements de santé relatifs aux programmes de prévention évalués dans le cadre de l'enquête FRIJUNE à savoir : Alimentation, activité physique et surpoids – Consommation et dépendance au tabac – Consommation et dépendance à l'alcool – Participation au dépistage du cancer du sein – Promotion de la santé psychique. 5) Le dernier sous-chapitre synthétise – sous la forme de tableaux – l'ensemble des besoins identifiés lors de notre recherche en matière de promotion de la santé et de prévention (PPS) pour la population issue de la migration.

2.3.1 La population issue de la migration et l'échantillon du GMM II

Le GMM II a concentré principalement son échantillon sur les communautés portugaise, turque, kosovare et serbe. La population portugaise est la plus importante dans les cantons de Fribourg (33.1%) et de Neuchâtel (28.9%) et celle-ci occupe la 3ème place dans le canton du Jura (15.4%) derrière les communautés italienne (22.2%) et française (18.7%). En ce qui concerne les personnes issues des pays extra-européens, le GMM II s'est focalisé sur les collectivités kosovare, serbe et turque qui représentent les populations les plus importantes tant sur le plan national²¹ que dans les cantons FRIJUNE. En effet, les ressortissants serbes et kosovars – réunis jusqu'en 2009 dans la catégorie statistique de « Serbie-et-Monténégro » – prennent la première place en représentant respectivement 10.4% de la population migrante dans le canton de Fribourg, 8.5% dans le canton du Jura et 4% dans le canton de Neuchâtel. La communauté turque occupe, quant-à-elle, la deuxième position dans tous les cantons FRIJUNE, représentant respectivement 3.4% (Fribourg), 1.8% (Jura) et 2.2% (Neuchâtel). Le choix des communautés étudiées par le GMM II s'avère donc particulièrement adapté et représentatif de la population migrante de ces trois cantons.

Les résultats du GMM II sont toutefois traversés par une limite intrinsèque à l'échantillon utilisé. En effet, le nombre de répondants étrangers (2214) reste très inférieur au nombre de répondants suisses (13'860) ce qui a pour conséquence – une fois ce petit nombre de répondants répartis dans des sous-groupes (nationalité, genre, etc.) – de réduire considérablement la valeur et la force explicative de certains résultats obtenus. Le nombre de répondants portugais est ainsi de 224 pour les femmes et de 226 pour les hommes. Lorsque l'on divise cet échantillon en différents sous-groupes plus petits – tels que les femmes âgées de 50-74 ans qui représentent le public-cible du programme de dépistage du cancer du sein par exemple – on obtient un nombre de répondants ne permettant pas d'obtenir des résultats statistiquement significatifs mais tout au plus, d'esquisser des

²¹OFS. Migration et intégration. Données détaillées. Population étrangère. Aperçu général URL: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/07/blank/data/01.html>

tendances grossières et d'ouvrir des pistes de recherche à approfondir. Ainsi, les répondantes turques, serbes et kosovares âgées entre 50-74 ans ont été respectivement 31, 30 et 27 à avoir répondu aux questions posées dans le cadre du GMM II.

2.3.2 Etat de santé général de la population migrante

L'une des questions à laquelle devait répondre le GMM II était de savoir dans quelle mesure l'état de santé de la population migrante différait de celui de la population suisse. Selon les résultats de cette étude, la population migrante ne semble pas réellement être plus touchée par des maladies telles que l'hypertension, l'arthrose ou l'ostéoporose. Si ces résultats peuvent permettre de conclure que l'état de santé physique des populations issues de la migration ne diffère pas radicalement de l'état de santé de la population suisse, l'auto-évaluation déclarée de l'état de santé des répondants et, plus généralement, les conditions de travail auxquelles sont soumis certaines parties de la population migrante ou la précarité résultant de leur statut de séjour permet de dresser une tout autre image de la situation.

Auto-évaluation de l'état de santé

De façon générale, et selon les résultats du GMM II, les répondants issus de la migration s'auto-évaluent moins souvent en « bonne » ou en « très bonne » santé que la population suisse. Cette constatation confirme les résultats de recherches nationales plus anciennes telles que l'étude approfondie des données du GMM I (Gabadinho et al. 2007a ; Pfluger et al. 2009) ou le travail de Efionayi-Mäder et Wyssmüller (2008). En effet, alors que 90.3% des hommes et 88.5% des femmes suisses se déclarent en « bonne » ou en « très bonne » santé, ils ne sont, par exemple, que 79.2% des hommes et 59.9% des femmes turques à avoir répondu positivement à cette question. On peut ajouter que, de façon générale, les femmes – et plus encore les femmes issues de la migration – s'auto-évaluent toujours en moins bonne santé que leurs compatriotes masculins.

Conditions de travail et risques pour la santé

Les données du GMM II dont nous disposons actuellement²² ne permettent pas de croiser la nationalité, le statut socio-économique et les secteurs dans lesquels travaillent les répondants. Si ces données n'ont pas encore fait l'objet d'une analyse approfondie, on sait cependant que – tant sur le plan cantonal que sur le plan national – large partie de la population migrante est composée de travailleurs au statut socio-économique et au niveau de formation relativement faible dont les emplois se situent dans des secteurs fortement dépendants de la conjoncture tels que la construction, l'hôtellerie ou la manutention (Efionayi-Mäder et Wyssmüller 2008). Selon une analyse approfondie du GMM I, cette situation touche moins les Français, les Allemands, les Autrichiens ou les Italiens que les Portugais, les ressortissants des Balkans ou les migrants extra-européens (Gabadinho et al. 2007a: 36). Comme le relèvent Haab et al., 51% des hommes et 71% des femmes issus de l'émigration turque appartiennent à une couche socio-économique défavorisée travaillant dans des « activités pénibles et peu qualifiées (avant tout dans le bâtiment et l'industrie) » ce qui, selon les spécialistes interrogés, n'est pas sans rapport avec les nombreux problèmes de l'appareil locomoteur que relèvent certains experts tels que les lumbagos,

²² Ces données sont disponibles sur demande mais, pour des questions de délais et de ressources, nous n'avons pas entrepris cette démarche.

l'arthrose ou les hernies discales (Haab et al. 2010: 78). De même, l'enquête menée auprès de la communauté portugaise en Suisse relève qu'une grande partie des ressortissants portugais travaillent dans des secteurs professionnels « à risque » et qu'en moyenne plus de 20% de ceux-ci (contre 13% des Suisses) ont recours à un traitement ambulatoire au cours de l'année (Fibbi et al. 2010: 74). Cette tendance semble confirmée par les résultats du GMM II, dans la mesure où les Portugais et les Turcs sont – indépendamment du genre – plus de 21% (contre environ 12% des Suisses) à avoir consulté un service d'urgence, une policlinique ou un hôpital.

De plus, selon une étude de Gubéran et Usel (2000) menée dans le canton de Genève, l'invalidité touche plus les classes socio-économiques inférieures et, à classe égale, les étrangers. Comme le relèvent l'étude de Burri Sharani et al. à propos de la population kosovare en Suisse, « en 2007, la population en provenance des pays de l'ancienne Yougoslavie établie en Suisse affichait le deuxième taux le plus élevé de nouvelles rentes AI » (2010: 70). Travaillant dans des secteurs d'activités pénibles et risqués, les populations kosovares sont effectivement confrontées à un taux d'accidents professionnels bien plus élevé que la population suisse (Wyssmüller et Efionayi-Mäder 2007).

Si les résultats du GMM II montrent que la population issue de la migration est proportionnellement en aussi bonne santé physique que la population suisse, il convient d'interroger la tendance selon laquelle les écarts de santé se creuseraient au fil du vieillissement de la population. Les ressortissants turcs vivant en Suisse semblent faire l'objet d'un vieillissement prématuré du corps qui augmente les risques pour la santé (physique et mentale) et constitue une source directe d'inégalité des chances en matière de santé (Haab et al. 2010 : 78). Des observations similaires ont été faites dans d'autres pays, sans qu'il ne soit toujours possible de distinguer les raisons qui peuvent être liées au contexte précédent la migration (par exemple, entrée précoce dans la vie active), aux conditions de travail dans le pays d'accueil ou aux conditions de vie en général (Guggisberg et al. 2009: 62). Quant à la migration relevant du domaine de l'asile, la situation se présente de manière un peu différente.

Demandeurs d'asile et précarité du séjour

Les conditions de santé des demandeurs d'asile ont été relativement bien investiguées, y compris en Suisse, mais les études disponibles restent fragmentaires ce qui s'explique facilement par la diversité de la population concernée et l'évolution rapide des conditions-cadres dans ce domaine. Du point de vue démographique, les personnes du domaine de l'asile forment un groupe de population jeune, à dominante masculine, même si durant la période de guerre dans les Balkans des familles avec des membres de plusieurs générations ont demandé protection en Suisse. Actuellement, beaucoup de demandeurs d'asile proviennent de pays plus éloignés. En comparaison aux réfugiés restés dans leur région d'origine, ceux-ci sont en relativement bonne santé mais ce, pour autant qu'ils n'aient pas fait l'expérience de traumatismes (guerres civiles, conflits politiques ou familiaux, torture, etc.) dans leur pays d'origine ou durant leur expérience migratoire. Des études consacrées aux syndromes du stress post-traumatique montrent effectivement que ce type d'épreuve est susceptible d'entraîner des séquelles à moyen ou long terme (Drozdek et al. 2003 ; Goguikian Ratcliff et Strasser 2009).

Si, lors de leur arrivée en Suisse, l'état de santé de la majorité des demandeurs d'asile est relativement bon, celui-ci se dégrade fréquemment par la suite en raison notamment des difficultés administratives, de la précarité induite par le statut de séjour ou de l'inactivité professionnelle (attente plus ou moins longue pour l'étude du dossier, réponse négative à

la demande d'asile, etc.). La plupart des études disponibles montrent que les demandeurs d'asile présentent un état de santé subjectif moins bon que les Suisses ou d'autres groupes étrangers (cf. GMM I). Le GMM II de 2010 ne retient que deux nationalités d'origine parmi les personnes issues du domaine de l'asile : le Sri Lanka et la Somalie. Si les résultats précédents (GMM I) se confirment pour les Sri Lankais, les Somaliens jugent leur état de santé comparativement aussi bon que la population suisse ce qui pourrait s'expliquer, entre autres, par la relative sécurité de leur séjour en Suisse, étant donné qu'ils ne peuvent actuellement pas être renvoyés dans leur pays.

D'une manière générale, la précarité et l'insécurité du séjour qui constituent des éléments reconnus comme déterminants de la santé ont, à moyen et long terme, des conséquences néfastes sur l'état et les comportements de santé. Cet état de fait est notamment démontré par des études consacrées aux requérants d'asile déboutés ou à ceux qui sont frappés de non-entrée en matière (Bolliger et Féraud 2010 ; Sanchez-Mazas 2011). Ces chercheurs font, entre autres, état d'un développement de comportements addictifs et de troubles mentaux qui peuvent aller jusqu'à des passages à l'acte (comportements violents, tentatives de suicide notamment). Par conséquent, les personnes relevant du domaine de l'asile ont tendance à consulter plus fréquemment un médecin et certains professionnels remarquent que les troubles psychiques sont parfois méconnus par les soignants, voire même assimilés à une simulation (Durieux-Paillard et Eytan 2007). Le GMM II ainsi que d'autres études ont également mis à jour que la communication avec le système de santé pose des problèmes particuliers et que les compétences sanitaires des demandeurs d'asile sont moindres que celles de la population résidente permanente.

Parmi les troubles plus fréquemment observés chez certaines collectivités arrivées par le biais de l'asile, on peut relever une mortalité néo-natale plus élevée et un poids moyen du bébé à la naissance plus faible, notamment chez les femmes africaines et sri lankaises (Bollini et Wanner 2006 ; Bollini et al. 2010). On peut également mentionner des cas de tuberculose frappant plus fréquemment les migrants sans autorisation de séjour (Achermann 2006 ; Bodenmann 2003 ; Rieder 2006). Si cette dernière catégorie de personnes, formée surtout de jeunes travailleuses et travailleurs, est souvent en bonne santé (*healthy migrant effect*), leur accès au système de soins est rendu plus difficile par le fait que beaucoup de sans-papiers ne sont pas assurés et ce principalement pour des raisons administratives et économiques (Efionayi-Mäder et al. 2010). À ce sujet, il est intéressant de mentionner que, dans le canton de Fribourg, l'accès effectif au subventionnement de l'assurance permet aux personnes concernées de s'assurer plus aisément, contrairement à ce qui est observé dans la plupart des cantons suisses (op. cit.).

Une pratique traditionnelle – mais indépendante de la religion – très répandue dans la Corne de l'Afrique (Somalie, Érythrée, Éthiopie) et également présente dans certaines régions d'Afrique de l'Ouest et du Moyen-Orient – concerne l'excision²³ des bébés et des jeunes filles. En fonction du type d'intervention, les résultats sanitaires peuvent être lourds de conséquences pour les femmes concernées. La question de savoir dans quelle mesure l'excision est également pratiquée en Suisse reste controversée (Eyer et Schweizer 2010: 82 ss), mais on s'accorde à souligner que la prévention passe surtout par une meilleure

²³ Le terme de *Female genital mutilation (FGM)*, fréquemment utilisé par l'OMS, est considéré comme stigmatisant par nombre de femmes directement concernées.

intégration des collectivités concernées et par la sensibilisation des professionnels (Birri 2010 ; SSGO 2005).

Les ressources spécifiques des personnes du domaine de l'asile sont mal connues mais comme pour d'autres collectivités migrantes, on peut noter que les femmes d'origine asiatique et africaine fument plus rarement et que le taux des personnes abstinentes est plus élevé que parmi la population résidente (cf. GMM I et II).

En revanche, les requérants d'asile et les titulaires d'une admission provisoire dépendant de l'aide sociale sont généralement soumis à des normes d'aide matérielle inférieures aux normes émises par la CSIAS²⁴. Le montant d'entretien octroyé rend difficile l'accès à un régime alimentaire optimal et diversifié, bien que des prestations circonstanciées le permettent parfois en fonction des situations individuelles.

Cependant, si les requérants d'asile sont affiliés à l'assurance-maladie et ont, en principe, accès à l'offre générale de PPS, ils bénéficient parfois de dispositifs spécifiques qui n'ont pas fait l'objet de la présente étude (étant axée sur l'offre générale). En effet, certains cantons ont pris conscience de la problématique particulière de l'asile et ont renforcé l'information ou la prise en charge des personnes concernées. (Efionayi-Mäder et al. 2010; Etlin et Perritaz 2004 ; Rieder 2006 ; Wolff et al.) 2005)

2.3.3 Utilisation du système de santé

La population migrante ne consulte pas de médecin plus fréquemment que la population suisse. Au contraire, les femmes kosovares ne sont que 46.2% – contre 85.6% des Suissesses – à déclarer avoir consulté un médecin lors des douze derniers mois. Si cette différence ne peut pas être généralisée à l'ensemble de la population migrante, les hommes serbes et les hommes kosovars ne sont respectivement que 54.9% et 53.1% (contre 72% des hommes suisses) à déclarer avoir consulté un médecin lors des douze mois précédant leur participation à cette enquête. Pour ce qui est des séjours à l'hôpital, les résultats du GMM II ne permettent pas d'établir de tendance claire puisque trop peu de résultats sont statistiquement significatifs.

En revanche, le GMM II observe que les Portugais (plus de 21%) et les Turcs (environ 23%) recourent – hommes et femmes confondus – plus régulièrement à un service d'urgence ou à la consultation d'une polyclinique que les Suisses (environ 12%).

Enfin, bien que les résultats du GMM II ne soient pas significatifs pour toutes les nationalités étudiées, les femmes serbes (1.3) et portugaises (1.5) pourraient avoir tendance à consulter légèrement plus souvent leur gynécologue que les Suissesses (1.1).

Connaissance générale en matière de santé

La connaissance peut constituer un moyen d'améliorer l'égalité des chances, dans la mesure où elle est une ressource permettant aux individus de réaliser pleinement leur potentiel de santé. Le GMM II ne disposant pas de données comparatives avec la

²⁴ Comme dans la plupart des cantons, l'aide sociale dispensée aux demandeurs d'asile et aux admis provisoires est abaissée d'environ 40 à 50% par rapport aux standards pratiqués pour la population résidente (Wichmann et al. 2011) (Wichmann et al. 2011 : 85-86). Plusieurs études montrent que, sur la durée, le risque de précarité des conditions de vie est réel (Kamm et al. 2003). La situation est encore plus critique pour les requérants d'asile déboutés qui ne bénéficient que de l'aide d'urgence.

population suisse, seules les collectivités migrantes peuvent ici faire l'objet d'une comparaison.

Entre environ 30% (Portugais) et 50% (Kosovars) de la population migrante connaît le numéro d'appel d'urgence (144) et entre 43.1% (femmes serbes) et 83.4% (femmes portugaises) savent que le VIH/Sida n'est pas une maladie curable. On note une différence significative de connaissance entre hommes et femmes puisque 63.4% des femmes contre 49% des hommes serbes et, inversement, 58.9% des hommes contre 43.1% des femmes kosovares savent que le VIH/Sida n'est pas une maladie curable.

Regard critique et choix du médecin

Le libre choix du médecin et les difficultés de compréhension avec celui-ci ne semblent, pour une majorité de personnes, pas poser de problèmes, mais les différences entre collectivités migrantes sont assez importantes puisque seuls 55% des femmes turques déclarent n'avoir aucun problème, alors que ce pourcentage s'élève à 88% dans d'autres groupes migrants²⁵. De nombreuses études nationales ont montré que les problèmes de communication et de compréhension restent des problèmes à traiter en priorité pour améliorer l'égalité des chances en matière de santé (Bischoff et Dahinden 2008 ; Bischoff et Steinauer 2007).

Le GMM II va plus loin dans l'analyse du rapport qu'entretient la population migrante avec le système de santé suisse en mesurant la capacité « réflexive » et « critique » dont dispose cette population face à l'autorité médicale que peut représenter le médecin. En effet, être critique et capable de mobiliser d'autres sources de connaissances pour évaluer son état de santé est une dimension importante de l'égalité des chances en matière de santé. Selon le GMM II, 50% à 70% des migrants déclarent se questionner sur les diagnostics posés par leurs médecins. Seule différence importante, les hommes serbes sont près de 40% à affirmer ne jamais les remettre en cause.

Remettre en cause un diagnostic n'est toutefois pas synonyme d'une investigation personnelle visant à récolter d'autres informations et points de vue que le seul avis de son médecin traitant. Face au diagnostic du médecin entre 60% et 70% de, la population migrante investiguent « souvent » ou « quelques fois » afin de disposer d'une information critique extérieure et ce, à l'exception des hommes portugais qui sont près de 50% à affirmer ne « jamais » ou « rarement » le faire.

2.3.4 Comportements sanitaires relatifs aux programmes évalués

L'enquête FRIJUNE a pour principal objectif d'évaluer les besoins cantonaux et la prise en compte de la migration des cinq programmes de PPS que sont les programmes d'alimentation et d'activité physique, de prévention du tabagisme, de prévention de l'alcoolisme, de dépistage du cancer du sein et de promotion de la santé psychique. Les comportementaux liés à l'alimentation, l'activité physique, le surpoids et la consommation d'alcool et de tabac peuvent constituer des facteurs de risque pour les maladies

²⁵ Les informations présentées ne précisent pas lesquels : « Auch die direkte Kommunikation mit dem Arzt bereitet der Mehrheit der Migrationsbevölkerung subjektiv eher wenig Schwierigkeiten: 55% bis 88% geben an, die eigenen Anliegen dem Arzt oft/immer verständlich machen zu können, und 56% bis 86% verstehen oft/immer die Informationen des Arztes. » (GMM II p. 53)

cardiovasculaires, les cancers, le diabète, ainsi que, dans certains cas, pour les troubles locomoteurs. Le tabagisme est surtout lié aux maladies pulmonaires.

Dans cette partie nous décrivons – toujours à partir des données du GMM II – l'état de santé des différentes collectivités migrantes prises en compte par cette étude en fonction des données disponibles pour l'analyse de chacun des programmes de prévention devant faire l'objet d'une analyse. Nous avons ainsi identifié et dégagé un ensemble de besoins spécifiques propres aux différentes catégories de la population migrante pour lesquelles nous disposons de données quantitatives récentes.

Surpoids, alimentation et activité physique

Surpoids – Si, pour le surpoids (BMI > 25), les résultats du GMM II ne sont pas statistiquement significatifs ($p > 0.1$) – à l'exception du cas des femmes turques qui sont 32.3% (contre 19.7% des Suissesses) à souffrir de surpoids, ceux-ci montrent que les populations issues de la migration ont une tendance plus marquée à l'obésité (BMI > 30). Bien que cette tendance soit également valable pour les hommes, ce constat est particulièrement marqué chez les femmes. En effet, les Suissesses sont 7.3% à souffrir d'obésité alors que 23.5% des Serbes, 18.3% des Turques, 14.1% des Kosovares et 13.2% des Portugaises affirment en souffrir. Ce constat est du reste confirmé par plusieurs études nationales révélant que ce sont les couches sociales défavorisées qui connaissent le plus fréquemment des problèmes de surpoids (Wyssmüller et al. 2009a).

Consommation de fruits et de légumes – Selon le GMM II, la population migrante a tendance à manger nettement moins de fruits et légumes que la population suisse. Ce constat est particulièrement marqué chez les populations turques et kosovares qui sont près de 30% à en manger moins de deux portions par jour contre moins de 10% pour la population suisse.

Activité physique – Toujours selon le GMM II, 20% à 40% de la population migrante affirme être inactive physiquement ce qui est nettement supérieur à la moyenne suisse qui se situe aux alentours de 10%. Les femmes migrantes semblent particulièrement plus touchées par ce manque d'activité physique. Cette différence est particulièrement marquée pour les femmes portugaises, serbes et turques qui sont respectivement 42.4%, 40.4% et 34.6% à affirmer ne pas pratiquer d'activité physique.

Consommation d'alcool et de tabac

Consommation de tabac – En dehors des demandeurs d'asile Sri Lankais qui ne sont que 13.7% à déclarer consommer du tabac quotidiennement contre 20.6% des Suisses – les populations issues de la migration ont une tendance plus marquée à la consommation de tabac. De fait, les hommes, qu'ils soient suisses ou migrants, sont nettement plus touchés par le tabagisme. En effet, alors que les femmes se situent entre 29.5% (Turques) et 37.1% (Serbes) contre 19.5% pour les Suissesses – les résultats du GMM II pour les Portugaises (23.7% ; $p = 0.22$) et les Kosovares (24.2% ; $p = 0.23$) n'étant pas significatifs – ; ce sont respectivement 55.2% des hommes turcs, 39.2% des Portugais, 37.5% des Serbes et 33.7% des Kosovars (contre 21% des hommes suisses) qui ont affirmé consommer quotidiennement du tabac. S'il se dessine une propension plus grande au tabagisme chez la plupart des collectivités migrantes étudiées, les résultats du GMM II montrent que cette tendance varie considérablement d'une collectivité à l'autre et selon le genre des répondants.

Consommation d'alcool – Dans l'ensemble, la population migrante analysée tend à boire significativement moins que la population suisse. Selon l'origine et le genre, les

collectivités migrantes sont entre 14% (hommes portugais) et 33% (hommes kosovars) de moins que les hommes suisses à avoir déclaré boire de l'alcool en moyenne une à deux fois par semaine. Enfin, ils sont nettement plus nombreux que les Suisses à affirmer s'abstenir de boire de l'alcool. Ce constat est particulièrement marqué chez les Turcs dont 75.4% des femmes et 51.1% des hommes affirment ne jamais consommer d'alcool. Lors de leur analyse complémentaire des données du GMM I, Gabadinho et al. (2007) ont cependant noté que les hommes italiens et portugais étaient respectivement 33% et 38% à déclarer consommer quotidiennement de l'alcool contre 19% des hommes suisses. Inversement, les ressortissants de l'ancienne Yougoslavie, de Turquie et du Sri Lanka – qu'ils soient demandeurs d'asile ou non – affirmaient consommer moins d'alcool que la population suisse. De manière générale, les hommes sont beaucoup plus touchés par la consommation d'alcool que les femmes. Ce constat est particulièrement marqué chez les ressortissants d'origine portugaise puisque 51.8% des femmes affirment ne jamais boire d'alcool contre 16.4% des hommes. Des biais de réponses ne peuvent, en revanche, pas être entièrement écartés, la consommation d'alcool étant parfois moins bien acceptée qu'en Suisse (par exemple chez les originaires du Sri Lanka).

Dépistage du cancer du sein et de la prostate

Dépistage du cancer du sein – Bien que les mesures de dépistage proposées servent à éviter les nombreuses complications induites par une prise en charge trop tardive de la maladie, la population migrante utilise proportionnellement moins les offres en matière de prévention et de dépistage. Ce constat est partagé par plusieurs autres travaux montrant que les migrants ont significativement moins recours aux offres de PPS (Bischoff et al. 2009 ; Wyssmüller et al. 2009a). Si les Portugaises (54.5%) participent sensiblement plus que les Suissesses (46.3%) au dépistage du cancer du sein, les Kosovares et les Serbes y ont beaucoup moins recours puisqu'elles ne sont respectivement que 28.6% et 35.7% à déclarer avoir participé au programme de dépistage du cancer du sein et à avoir effectué une mammographie. Ce constat mérite toutefois d'être relativisé dans la mesure où le trop petit nombre de répondantes composant la catégorie des femmes âgées de 50 à 74 ans ne permet pas d'inférer une corrélation claire et généralisable. Le rapport d'évaluation du programme de dépistage BEJUNE semble confirmer ce constat pour les femmes originaires d'Europe de l'Est et des Balkans, mais aussi pour les femmes issues de pays extra-européens (Bulliard et Levi 2011).

Dépistage du cancer de la prostate – Ce manque de participation de la population issue de la migration aux programmes de dépistage semble se confirmer chez les hommes. Alors que 64.7% des Suisses âgés de 50-74 ans affirment avoir effectué un dépistage du cancer de la prostate, seuls 48.6% des Portugais, 41.4% des Turcs, 35% des Serbes et 19.5% des Kosovars affirment avoir entrepris ce dépistage. Tout comme dans le cas du dépistage du cancer du sein, le petit nombre de répondants composant la catégorie des hommes âgés de 50 à 74 ans ne permet pas d'inférer une corrélation claire et généralisable.

Santé psychique et prévalence d'états dépressifs

Nous l'avons vu, certaines communautés migrantes s'estiment en moins bonne santé que la population suisse. Il semble, de plus, que celles-ci soient plus sujettes à la dépression et que les femmes soient plus touchées que les hommes. À ce propos, la collectivité turque semble significativement plus concernée par cette pathologie que les autres. En effet, 5.4% des femmes suisses contre 20.5% des femmes turques affirment être dépressives. De leur côté, les hommes turcs sont 15.2% à se dire dépressifs contre 3.3% des hommes suisses. Si

la population turque semble être la plus touchée par ce phénomène, les femmes serbes et portugaises sont respectivement 14.7% et 14.6% à s'être déclarées dépressives, ce qui reste largement supérieur à la moyenne suisse.

Ce constat général est en partie confirmé par le nombre des répondants affirmant avoir suivi une thérapie pour des problèmes psychiques pendant les douze mois qui ont précédé leur participation au GMM II. En effet, alors que les femmes suisses ont été 6.6% à suivre ou à avoir suivi une thérapie pour des problèmes psychiques, les femmes turques ont été 15.4%, les Portugaises 11.8% et les femmes serbes 12.9% (même si dans le cas de ces dernières la corrélation statistique est assez faible puisque $p = 0.08$) à suivre un tel traitement. Enfin, la tendance selon laquelle les femmes seraient une catégorie plus touchée que les hommes est confirmée et particulièrement marquée chez les ressortissants portugais (femmes 11.8% ; hommes 2.3%) et serbes (femmes 12.9% ; hommes 5.9%).

2.4 Besoins spécifiques

Les lecteurs trouveront ci-après un résumé synthétique non-exhaustif de l'ensemble des besoins spécifiques identifiés pour chacun des programmes, par communauté et par canton. Les tableaux ne listent que les résultats concernant la population issue de la migration qui se distinguent significativement de ceux de la population suisse.

Si les données concernant la population résidente permanente concordent avec l'enquête du GMM II (puisque tous deux datent de 2010), les limites méthodologiques que nous impose la seule étude récente sur l'état de santé de la population migrante en Suisse (GMM II) ne nous permettent pas de considérer les besoins spécifiques identifiés comme des vérités mais, tout au plus, comme des tendances devant faire l'objet de vérifications et d'analyses descriptives empiriques approfondies. De plus, une partie des besoins mentionnés sont basés sur des entretiens et non sur des enquêtes statistiques (indiqués en « gris clair » dans les tableaux ci-dessous). Ceux-ci doivent ainsi également faire l'objet de vérifications empiriques approfondies. Enfin, ce « catalogue » des besoins ne prétend en aucun cas à l'exhaustivité puisqu'il se fonde sur les données suisses qui restent limitées en la matière.

Tableau 7 : Aspects spécifiques en matière d'obésité, d'alimentation et d'activité physique en 2010²⁶

Nationalité	Genre	FR	JU	NE	Besoins spécifiques identifiés
Portugal	F	7536 ²⁷	584	5232	13.2% souffrent d' obésité (contre 7.3% des Suissesses) 42.4% affirment ne pas pratiquer d' activité physique régulièrement (contre 12.7% des Suissesses)
	M	9273	771	6104	14.5% souffrent d' obésité (contre 8.7% des Suisses) 30% des Portugais affirment ne pas pratiquer d' activité physique régulièrement (contre 10.7% des Suisses)
Serbie (cf. note 16)	F	1425	131	458	23.5% souffrent d' obésité (contre 7.3% des Suissesses) 40.4% affirment ne pas pratiquer d' activité physique régulièrement (contre 12.7% des Suissesses)
	M	1629	133	522	21.2% souffrent d' obésité (contre 8.7% des Suisses) 26.6% affirment ne pas pratiquer d' activité physique régulièrement (contre 10.7% des Suisses)
Kosovo (cf. note 16)	F	1030	227	317	14.1% souffrent d' obésité (contre 7.3% des Suissesses) 27.8% affirment ne pas pratiquer d' activité physique régulièrement (contre 12.7% des Suissesses) 33.5% affirment manger moins de deux portions de fruits et légumes par jour (contre 3.9% des Suissesses)
	M	1124	245	347	21.6% affirment ne pas pratiquer d' activité physique régulièrement (contre 10.7% des Suisses) 29.8% affirment manger moins de deux portions de fruits et légumes par jour (contre 9.8% des Suisses)
Turquie	F	731	72	354	18.3% souffrent d' obésité (contre 7.3% des Suissesses) 34.6% affirment ne pas pratiquer d' activité physique régulièrement (contre 12.7% des Suissesses) 26.5% affirment manger moins de deux portions de fruits et légumes par jour (contre 3.9% des Suissesses)
	M	957	95	500	30.5% affirment ne pas pratiquer d' activité physique régulièrement (contre 10.7% des Suisses) 21.8% affirment manger moins de deux portions de fruits et légumes par jour (contre 9.8% des Suisses)
Somalie et Erythrée	F	198	25	177	Selon les témoignages recueillis tant auprès d'experts, d'observateurs privilégié que de migrants ; les femmes somaliennes et érythréennes ne pratiquent quasiment aucune activité physique et un nombre considérable d'enfants souffre d' obésité ²⁸

Légende : Population résidente permanente selon la nationalité et le canton de résidence. Genre (M = masculin ; F = féminin ; - = pas de genre en particulier) ; FR (nb. de résidents dans le canton de Fribourg) ; JU (nb. de résidents dans le canton du Jura) ; NE (nb. de résidents dans le canton de Neuchâtel).

²⁶ Dans le tableau ne figurent que les différences statistiquement significatives par rapport aux groupes de références suisses (hommes ou femmes).

²⁷ OFS, 2010. *STAT-TAB: la banque de données statistiques interactive*. Consulté le 09.01.12. URL : <http://www.pxweb.bfs.admin.ch/Dialog/statfile.asp?lang=2&prod=01>

²⁸ (Eyer et Schweizer 2010)

Tableau 8 : Besoins spécifiques en matière de tabagisme en 2010

Nationalité	Genre	FR	JU	NE	Besoins spécifiques identifiés
Portugal	M	9273	771	6104	39.2% affirment consommer du tabac quotidiennement (contre 21.7% des Suisses)
Serbie	F	1425	131	458	37.1% affirment consommer du tabac quotidiennement (contre 19.5% des Suissesses)
	M	1629	133	522	37.5% affirment consommer du tabac quotidiennement (contre 21.7% des Suisses)
Kosovo	M	1124	245	347	33.7% affirment consommer du tabac quotidiennement (contre 21.7% des Suisses)
Turquie	F	731	72	354	29.5% affirment consommer du tabac quotidiennement (contre 19.5% des Suissesses)
	M	957	95	500	55.2% affirment consommer du tabac quotidiennement (contre 21.7% des Suisses)

Légende : Population résidente permanente selon la nationalité et le canton de résidence. Genre (M = masculin ; F = féminin ; - = pas de genre en particulier) ; FR (nb. de résidents dans le canton de Fribourg) ; JU (nb. de résidents dans le canton du Jura) ; NE (nb. de résidents dans le canton de Neuchâtel).

Tableau 9 : Besoins spécifiques en matière de consommation d'alcool en 2010

Nationalité	Genre	FR	JU	NE	Besoins spécifiques identifiés
Portugal	F	7536	584	5232	Les femmes portugaises ont tendance à consommer une importante quantité d'alcool au moins une fois par mois ²⁹
	M	9273	771	6104	17% affirment consommer de l'alcool au moins deux fois par jour (contre 3% des Suisses) 38% affirment consommer de l'alcool au moins une fois par jour (contre 19% des Suisses) ³⁰ 10% affirment consommer une grande quantité d'alcool au moins une fois par mois (contre 19% des Suisses) ³¹
Italie	M	2225	1121	4420	33% affirment consommer de l'alcool au moins une fois par jour (contre 19% des Suisses) ³²
Sri Lanka	M	254	49	128	L'abus d'alcool est un trouble fréquemment invoqué par les spécialistes en relation avec les migrants tamouls ³³
Somalie	M	162	22	118	Différents professionnels de la santé font état d'une consommation excessive d'alcool ³⁴

Légende : Population résidente permanente selon la nationalité et le canton de résidence. Genre (M = masculin ; F = féminin ; - = pas de genre en particulier) ; FR (nb. de résidents dans le canton de Fribourg) ; JU (nb. de résidents dans le canton du Jura) ; NE (nb. de résidents dans le canton de Neuchâtel).

²⁹ (Fibbi et al. 2010)

³⁰ (Gabadinho et al. 2007a)

³¹ (Gabadinho et al. 2007a)

³² (Gabadinho et al. 2007a)

³³ (Moret et al. 2007)

³⁴ (Eyer et Schweizer 2010)

Tableau 10 : Besoins spécifiques en matière de dépistage du cancer du sein en 2010

Nationalité	Genre	FR	JU	NE	Besoins spécifiques identifiés
Serbie	F	1425	131	458	35.7% affirment avoir participé au programme de dépistage (contre 46.3% des Suissesses)
Kosovo	F	1030	227	317	28.6% affirment avoir participé au programme de dépistage (contre 46.3% des Suissesses)
Europe de l'est	F	4585	662	1905	34.8% affirment avoir participé au programme de dépistage (contre 46.3% des Suissesses) ³⁵
Amérique	F	1118	174	748	34.4% affirment avoir participé au programme de dépistage (contre 46.3% des Suissesses) ³⁶
Afrique	F	1574	318	1626	38.5% affirment avoir participé au programme de dépistage (contre 46.3% des Suissesses) ³⁷
Asie/Océanie	F	2065	267	1306	38.3% affirment avoir participé au programme de dépistage (contre 46.3% des Suissesses) ³⁸

Légende : Population résidente permanente selon la nationalité et le canton de résidence. Genre (M = masculin ; F = féminin ; - = pas de genre en particulier) ; FR (nb. de résidents dans le canton de Fribourg) ; JU (nb. de résidents dans le canton du Jura) ; NE (nb. de résidents dans le canton de Neuchâtel).

Tableau 11 : Besoins spécifiques en matière de santé psychique en 2010

Nationalité	Genre	FR	JU	NE	Besoins spécifiques identifiés
Portugal	F	7536	584	5232	14.6% s'affirment dépressives (contre 5.4% des Suissesses) 11.8% affirment avoir suivi une psychothérapie (contre 6.6% des Suissesses)
Serbie	F	1425	131	458	14.7% s'affirment dépressives (contre 5.4% des Suissesses) 12.9% affirment avoir suivi une psychothérapie (contre 6.6% des Suissesses)
Turquie	F	731	72	354	20.5% s'affirment dépressives (contre 5.4% des Suissesses) 15.4% affirment avoir suivi une psychothérapie (contre 6.6% des Suissesses)
	M	957	95	500	15.2% s'affirment dépressifs (contre 3.3% des Suisses)
Somalie (demandeurs d'asile)	-	2	1	6	12.4% s'affirment dépressifs (contre 4.4% des Suisses)
Sri Lanka (demandeurs d'asile)	-	65	16	33	34.6% s'affirment dépressifs (contre 4.4% des Suisses)

Légende : Population résidente permanente selon la nationalité et le canton de résidence. Genre (M = masculin ; F = féminin ; - = pas de genre en particulier) ; FR (nb. de résidents dans le canton de Fribourg) ; JU (nb. de résidents dans le canton du Jura) ; NE (nb. de résidents dans le canton de Neuchâtel).

³⁵ (Bulliard et Levi 2011)

³⁶ op. cit.

³⁷ op. cit.

³⁸ op. cit.

3 Les programmes de PPS à l'épreuve de l'égalité de chances

La suite de ce rapport a été rédigée de la manière suivante : dans un premier temps, nous mettrons en perspective le contexte national et le cadre légal dans lequel se déploient les politiques de PPS en regard de l'égalité des chances de santé pour la population migrante (3.1). Dans un deuxième temps, nous décrirons succinctement les différentes bases légales (Constitution, loi sur la santé et l'intégration des étrangers) qu'ont adoptées les cantons de Fribourg, du Jura et de Neuchâtel et présenterons synthétiquement les différents plans cantonaux de PPS qui forment la « base stratégique » des actions cantonales menées en la matière (3.2). Nous examinerons ensuite plus en détail les programmes cantonaux d'alimentation et d'activité physique (3.3), de prévention de la consommation excessive de d'alcool (3.4), de prévention du tabagisme (3.5), de dépistage du cancer du sein (3.6) et de promotion de la santé psychique (3.7).

Pour chacun de ces programmes, nous avons défini une structure analytique en deux temps. Le premier décrit le contexte général dans lequel s'inscrit chacun des programmes ou projets de PPS. Nous commencerons ainsi par décrire le contexte national dans lequel s'inscrivent les programmes de PPS (existence d'un programme nationale ou de lois fédérales par exemple). Le deuxième analyse ces mêmes programmes en regard de l'égalité des chances de santé pour la population migrante. Nous glisserons alors plus précisément vers l'analyse des offres cantonales qu'il s'agira tour à tour de mettre à l'épreuve de l'égalité des chances de santé.

Comme nous l'avons mentionné précédemment, la mise à l'épreuve de ces mesures cantonales n'a pas pour objectif d'énumérer de façon exhaustive le degré d'ouverture transculturelle de tous les projets implémentés mais de dégager, à partir de l'analyse de cas exemplaires, quelques-uns des enjeux et des obstacles que rencontrent les acteurs de PPS pour atteindre la population migrante et améliorer la participation de celle-ci à l'offre de PPS.

3.1 Contexte national et cadre légal concernant les programmes de PPS

La promotion de la santé et la prévention font aujourd'hui partie intégrante du système suisse de santé. Que l'on pense aux campagnes de vaccination, aux programmes de dépistage, aux campagnes de prévention du tabagisme et de l'alcoolisme ou aux nombreuses actions menées auprès des jeunes, toutes ces actions ont pour objectif de diminuer les risques d'accidents de santé et de maladie de l'ensemble de la population. Pour que ces campagnes soient pleinement efficaces, elles doivent toucher toute la population résidant sur territoire helvétique. Or, au-delà de l'efficacité et du postulat de principe se pose la question de l'égalité des chances pour tous en matière de santé. De fait, les campagnes de prévention s'adressent le plus souvent à toute la population ou du moins, à une catégorie très générale de celle-ci (les adultes, les enfants ou les + de 50 ans par exemple). Or – et nous l'avons brièvement mentionné dans le chapitre précédent – pour des raisons liées notamment aux conditions de travail, une partie de la population issue de la migration fait face à des inégalités en matière de santé. Si les conditions de travail sont

une source possible d'inégalités – et plus précisément d'iniquité (*inequity*)³⁹ dans la mesure où elles sont évitables – l'accessibilité⁴⁰ et de l'acceptabilité⁴¹ des offres de PPS pour la population migrante en est également une source importante. Rappelons brièvement ici que le concept d'égalité des chances, tel que le relèvent Kaya et Efionayi-Mäder (2006: 18), se réfère à au moins trois objectifs : l'accessibilité, l'utilisation des soins de santé (qui comprend l'acceptabilité)⁴² et la qualité proposées à tous les groupes de la population⁴³. Afin de fournir une base conceptuelle permettant de prévenir pour une part la reproduction des inégalités propres au système suisse de santé, ces mêmes auteurs ont développé, sur mandat de l'OFSP, le concept stratégique de *migration mainstreaming* (MiM).

« Le MiM est une stratégie à long terme comprenant l'ensemble des activités visant à amener les acteurs de la politique, de l'administration et de la société, dans le domaine de la santé, à inclure la dimension migratoire dans leur réflexion et dans leur action, tant au niveau de la planification, de la mise en œuvre et de l'évaluation des programmes et mesures auxquels ils participent » (Kaya et Efionayi-Mäder 2008: 5). En effet, « si l'on souhaite que le principe d'égalité des chances devant la santé devienne une réalité effective, et cela à titre durable, pour la population migrante, il doit être envisagé dans une perspective large, structurelle, et embrasser le plus grand nombre d'acteurs possible » (op. cit.) et ce, y compris les acteurs de la population migrante elle-même (Pfluger et al. 2009: 63).

La présente étude, financée par l'OFSP et initiée par les cantons de Fribourg, Jura et Neuchâtel est un exemple concret du déploiement du MiM dans les différentes strates politiques suisses. Au niveau fédéral, la stratégie « Migration et santé 2008 à 2013 »⁴⁴ pousse dans le sens d'une opérationnalisation croissante du MiM et intègre des objectifs propre à l'égalité des chances en matière de santé pour la population migrante. Il s'agit notamment de rendre accessible et acceptable les offres de PPS, de sensibiliser les acteurs du domaine de la santé à la question de la migration, de solliciter davantage les interprètes socioculturels ou encore de développer et de partager des bases de connaissance sur cette population afin de mieux prendre en compte ses besoins. Au niveau fédéral, les principaux textes de loi que nous avons consultés font explicitement mention de l'égalité des

³⁹ « L'équité est l'absence de différences évitables ou remédiables entre différents groupes de personnes, qu'ils soient définis selon des critères sociaux, économiques, démographiques ou géographiques. L'absence d'équité en matière de santé va donc au-delà des simples inégalités relatives aux déterminants de la santé ». OMS – Système de santé. Équité. Consulté le 10.03.2012. URL : <http://www.who.int/healthsystems/topics/equity/fr/index.html>

⁴⁰ « L'égalité d'accès aux soins disponibles pour des besoins équivalents: ce principe implique que chacun ait un droit égal d'utiliser les services disponibles, que ces derniers soient facilement accessibles, et que tous les autres obstacles (financiers, administratifs et culturels, etc.) en amont de l'accès soient supprimés » (Kaya et Efionayi-Mäder 2006: 18).

⁴¹ Par acceptabilité nous entendons tous les facteurs pouvant rendre un projet de prévention convenable ou admissible auprès d'un public-cible. Ces facteurs peuvent être structurels, économiques, linguistiques, culturels, traditionnels, religieux, etc. L'acceptabilité, à l'inverse de l'accessibilité, est fondée à partir du point de vue, des connaissances et de l'opinion du public-cible (bottom-up) et non à partir de modèles théoriques (top-down).

⁴² « L'égalité d'utilisation des soins pour des besoins équivalents : ce critère vise à parvenir à une même utilisation des services pour des besoins équivalents dans le cas où celle-ci serait limitée en raison des conditions sociales ou économiques défavorables » (Kaya et Efionayi-Mäder 2006: 18).

⁴³ « L'égalité de la qualité des soins : ce principe, quant à lui, suppose que chacun doive être traité en fonction de ses besoins et non pas de sa position sociale » (Kaya et Efionayi-Mäder 2006: 18).

⁴⁴ *Migration et sante. Résumé de la stratégie fédérale phase II (2008 à 2013)*. Consulté le 06.02.2012. URL : <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/07688/index.html?lang=fr>

chances⁴⁵. De plus, la loi fédérale sur les étrangers (LEtr) et l'ordonnance sur l'intégration des étrangers (OIE) garantissent et encouragent explicitement l'égalité des chances en matière de santé pour la population migrante. Le projet de loi fédérale sur la prévention et la promotion de la santé – approuvée le 30 septembre 2009 par le Conseil fédéral – ne mentionne pas explicitement la population migrante mais intègre cependant l'objectif de réduire les inégalités de santé. En annexe se trouve une description plus détaillée du contenu des textes consultés pour les besoins de cette enquête (*tableaux 20 à 29*).

3.2 Contextes cantonaux et cadres légaux concernant les programmes de PPS

Du point de vue des Constitutions cantonales (*tableau 20*), le canton du Jura fait mention explicite à l'égalité des chances. Si la Constitution du canton de Neuchâtel rappelle que nul ne doit subir de discrimination, la Constitution fribourgeoise précise que le canton et les communes se doivent d'observer une attention toute particulière aux personnes vulnérables.

3.2.1 Bases légales cantonales en matière d'intégration

Le canton de Fribourg a inscrit l'égalité des chances en matière de santé dans son Plan d'action d'intégration 2008-2011 (*tableau 22*). Celui-ci exprime clairement le souhait de considérer les besoins spécifiques de la population migrante afin d'encourager et de garantir une égalité des chances en matière de santé. De plus, la loi fribourgeoise sur l'intégration des migrants et des migrantes fait mention explicite de l'égalité des chances pour la population migrante. De son côté, le canton du Jura possède une ordonnance sur l'intégration des étrangers mais celle-ci ne mentionne pas explicitement l'égalité des chances ou la réduction des inégalités de santé. Enfin, la loi sur l'intégration des étrangers du canton de Neuchâtel inscrit – comme dans le cas de sa Constitution – l'égalité de droit pour la population étrangère.

3.2.2 Partage des compétences entre la Confédération et les cantons

Avant d'entrer plus avant dans la comparaison des plans d'actions cantonaux et de leurs programmes respectifs, nous souhaitons brièvement rappeler le cadre légal dans lequel se déploient les politiques suisses de PPS. En premier lieu, il faut observer que si la Constitution fédérale s'engage à protéger la santé de la population « dans les limites de ses compétences » (*tableau 25*) – limite qu'impose la souveraineté cantonale – celle-ci ne définit aucun partage des tâches en matière de PPS. Pour combler ce « vide » juridique, un projet de loi fédérale sur la prévention et la promotion de la santé a été adopté le 30 septembre 2009 par le Conseil fédéral dans le but d'harmoniser les programmes et les objectifs mais aussi de clarifier les tâches fédérales et cantonales. Pour l'heure, ce projet est encore en discussion au Parlement.

Bien que les cantons soient en principe souverains en matière de prévention, il convient d'observer que, dans la réalité, les compétences sont partagées et, par ailleurs, qu'un processus de coordination est à l'œuvre tant sur le plan régional (romand notamment) que

⁴⁵ C'est le cas des Art. 2, Al. 3 de la Constitution fédérale, de l'Art. 53, Al. 2 de la loi fédérale sur les étrangers et de l'Art 2, Al. 1 de l'ordonnance sur l'intégration des étrangers.

sur les plans intercantonal et national. En effet, si le projet de loi fédérale sur la prévention et la promotion de la santé témoigne formellement de ce processus global, des acteurs tels que Promotion santé suisse (PSCH) ou le Fonds de prévention du tabagisme (FPT), pour ne citer que ceux-ci, rendent celui-ci opératoire dans des domaines spécifiques tels que les programmes cantonaux d'alimentation et d'activité physique (PSCH) ou de la prévention du tabagisme (FPT). Ainsi, bien que la mise en œuvre des plans cantonaux de PPS restent l'apanage quasi exclusif des cantons, la dynamique instaurée par PSCH – et notamment l'octroi de financements – tend, dans une certaine mesure, à proposer un cadre de référence commun aux différents programmes cantonaux de PPS. Nous le verrons, ceci est particulièrement le cas des programmes d'alimentation et d'activité physique qui sont financés à hauteur maximum de 50% par PSCH. Si cette dynamique produit des exigences administratives que les cantons doivent respecter pour obtenir des financements de la part des acteurs institués sur la scène nationale (PSCH, OFSP, etc.), celle-ci permet également le partage de connaissance en matière de prévention et la création de réseaux intercantonaux en la matière⁴⁶.

Bien que notre étude se concentre en priorité sur les scènes cantonales, il nous paraît utile de rappeler ici que les acteurs nationaux – tel que PSCH – participent significativement, par leur politique de financement, à la prise en compte ou non des facteurs migratoires, de l'égalité des chances et de la réduction des inégalités de santé. En définissant les cahiers des charges que doivent remplir les programmes cantonaux, ceux-ci participent de la définition des priorités cantonales et des objectifs en matière de prévention. Or, il apparaît, par exemple, que PSCH utilise peu d'outils pour inciter à la prise en compte des facteurs migratoires lors des demandes de financement.

3.2.3 Les cadres légaux cantonaux en matière de politique de PPS

À l'échelle cantonale, Neuchâtel et Fribourg ont inscrit explicitement la promotion de la santé et la prévention dans leur Constitution (*tableau 25*). De son côté, la Constitution jurassienne fait mention du fait que « l'état et les communes veillent à l'hygiène et à la santé publique ».

Au niveau des lois cantonales sur la santé (*tableau 29*), les cantons de Fribourg et Neuchâtel ont inscrit explicitement la promotion de la santé et la prévention comme tâche de l'Etat. Si, par cette loi, le canton de Fribourg délègue cette responsabilité à son service de la santé publique (SSP) – service chargé d'élaborer le « Plan cantonal de promotion de la santé et de prévention » et de définir les besoins et les mesures en la matière – les cantons du Jura et de Neuchâtel ont inscrit respectivement dans la « Loi sanitaire » et la « Loi de santé » l'obligation cantonale d'informer, de surveiller, de soutenir, de financer et d'évaluer les actions menées en matière de prévention. Par conséquent, les trois cantons disposent de bases légales dans lesquelles figure la tâche de garantir la promotion de la santé et la prévention sur leur territoire respectif.

Pour ce qui est des lois cantonales sur la santé, aucune ne fait mention explicite de l'égalité des chances pour la population migrante ou de la réduction des inégalités en matière de santé. Si le canton de Fribourg fait mention explicite du public-cible particulier

⁴⁶ Cette présente étude en est un exemple concret puisqu'elle a été initiée par les cantons FRIJUNE et, notamment, dans le cadre de la Commission de prévention et promotion de la santé (CPPS) du Groupement romand des services de santé publique (GRSP).

que sont les personnes vulnérables, les cantons du Jura et de Neuchâtel rappellent les principes généraux de respects de la liberté, de la dignité et de l'intégrité des personnes face à la santé et ce, quel que soit le genre, l'âge ou l'origine.

Les bases légales cantonales consultées pour les besoins de cette étude varient dans leur manière de prendre en compte la réduction des inégalités de santé pour la population migrante. S'il existe des références explicites à l'égalité des chances, à la réduction des inégalités de santé ou à certains public-cibles tels que les migrants ou les personnes vulnérables, la majorité des textes vont dans le sens d'un traitement égal – mais pas forcément équitable – de toute la population résidant sur le territoire helvétique.

3.2.4 Les plans cantonaux de PPS : objectifs, priorité, public-cible et égalité des chances

Les plans cantonaux de PPS sont la base stratégique que se donnent les cantons en matière de politique de PPS. De ce fait, ces plans sont le cadre de référence à partir duquel les cantons développent leurs actions en la matière. Précisons que dans la suite de ce travail, l'expression « Plan cantonal » – ou plus simplement parfois « Plan » – se réfère : pour le canton de Fribourg au « Plan cantonal de promotion de la santé et de prévention 2007-2011 » ainsi qu'au « **Plan d'action de promotion de la santé et de prévention 2011-2015** » qui lui fait directement suite ; pour le canton du Jura au « **Programme pluriannuel de prévention et de promotion de la santé du canton du Jura** » ; pour le canton de Neuchâtel au « **Plan directeur du Conseil d'Etat neuchâtelois** ». En annexe se trouve un descriptif comparatif plus détaillé de ces plans cantonaux (*tableau 30*).

De manière générale, ces plans cantonaux ont pour objectifs d'établir les lignes directrices, les orientations générales ainsi que les priorités cantonales en matière de PPS. En effet, l'objectif est de définir les grandes lignes stratégiques que doit suivre la politique cantonale de PPS sans en détailler les moyens de mise en œuvre qui, le cas échéant, sont directement inscrit dans des programmes cantonaux de PPS spécifiques.

De fait, tous ces plans cantonaux mentionnent soit l'égalité des chances en matière de santé et la prise en compte de la population migrante (FR), soit la réduction des inégalités de santé et la problématique migratoire (JU), soit la diminution des inégalités de santé et la prise en compte des groupes vulnérables (NE). Par conséquent, chacun des cantons mentionne explicitement une dimension propre à l'égalité des chances. Le canton de Fribourg insiste sur le fait qu'il faille favoriser l'accessibilité des actions de prévention, le canton du Jura souligne que ces actions doivent être acceptables pour la population et le canton de Neuchâtel met l'accent sur les concepts d'égalité et d'équité. Ainsi, en regard des plans de PPS, les autorités cantonales sont sensibles à la réduction des inégalités de santé et à l'égalité des chances pour la population migrante.

S'il existe une sensibilité à cette problématique, les plans cantonaux de Neuchâtel et du Jura ne mettent pas en perspective cette problématique pour les différentes thématiques abordées. Le « Plan d'action 2011-2015 » du canton de Fribourg contient par exemple une partie intitulée « Migrant/es » qui propose une réflexion sur les questions de « migration et santé » et notamment, sur les déterminants qui « permettent d'expliquer pourquoi la population migrante n'a pas les mêmes chances devant la santé ». Par conséquent, on y trouve une brève description concernant les besoins de cette population, une réflexion sur

les déterminants des inégalités de santé⁴⁷ ainsi que quelques objectifs et indicateurs pour la mise en œuvre de mesures visant à réduire celles-ci.

Pour terminer, nous avons observé que l'ensemble des plans cantonaux analysés ont pour objectifs prioritaires communs de renforcer les acquis en matière de prévention ; de favoriser la coopération et la coordination des divers acteurs afin de créer des réseaux d'intercompétences multisectorielles; de développer et de promouvoir des actions notamment en matière d'alimentation et d'activité physique, de dépendance (alcool et tabac), de dépistage du cancer du sein et de santé psychique.

Pour diriger les programmes de PPS, les cantons ont mis sur pied des structures légèrement différentes les unes des autres. Dans les cantons de Fribourg et de Neuchâtel, ces programmes dépendent du service cantonal de la santé publique et sont portés par les déléguées cantonales à la promotion de la santé et la prévention. Le canton du Jura a, quant à lui, choisi une autre voie en déléguant les tâches de direction, de gestion, de coordination et de pilotage de l'ensemble des programmes de prévention et promotion de la santé à la Fondation O2 ; cette fondation reçoit, depuis janvier 2009, un mandat de prestation de la santé publique dans ce sens.

3.3 Les programmes d'alimentation et d'activité physique

3.3.1 Présentation des programmes et contexte de mise en œuvre

Les programmes cantonaux d'alimentation et d'activité physique (AAP) – aussi intitulé programmes pour un poids corporel sain⁴⁸ – sont en partie coordonnés et soutenus financièrement par Promotion santé suisse dans de vingt-deux des vingt-six cantons suisses. Les cantons de Fribourg, du Jura et de Neuchâtel ont tous trois mis sur pied des programmes s'inscrivant dans ce cadre. Dans les cantons de Neuchâtel et du Jura, la deuxième phase des « secondes vagues » de programmes AAP 2012-2015 vient d'entrer en vigueur tandis que le canton de Fribourg est actuellement dans la troisième année de son premier cycle 2010-2013. Dans une large mesure, ces programmes partagent des objectifs prioritaires communs tels que :

- Promouvoir un cadre de vie favorisant une alimentation équilibrée et une activité physique régulière ;
- prévenir en priorité le surpoids et l'obésité chez les enfants en bas âge ;
- informer en vue d'améliorer la sensibilisation des enfants et des multiplicateurs (professionnel de l'éducation, de la santé et parents) sur les bienfaits d'une alimentation équilibrée et de la pratique d'une activité physique régulière ;
- améliorer la prise en compte de l'environnement général dans lequel évoluent les enfants afin d'étendre le champ d'activité de PPS à un maximum de settings (écoles, crèches, garderies, famille/parents de jour, cabinets médicaux, etc.).

⁴⁷ Ces déterminants sont répartis en trois catégories : 1) Conditions matérielles et psychosociales ; 2) Comportements sanitaires et 3) Organisation du système de santé.

⁴⁸ Les cantons du Jura et de Neuchâtel ont nommé leur programme respectif «Alimentation et activité physique » tandis que le canton de Fribourg s'est aligné sur l'intitulé de Promotion santé suisse (PSCH) « Poids corporel sain ». Dans la suite de ce travail, nous retiendrons l'abréviation AAP pour faire appel à l'ensemble de ces programmes.

Si le canton de Fribourg fait explicitement référence à la promotion d'un cadre de vie « plus sain » pour favoriser une alimentation équilibrée et une activité physique régulière, le public-cible des programmes AAP des cantons FRIJUNE vise prioritairement – et presque exclusivement – les enfants en bas âge et en âge d'être scolarisés. Un résumé comparatif plus détaillé de ces programmes se trouve en annexe (*tableau 31*).

Les programmes AAP sont composés d'un grand nombre d'activités destinées à la fois au public-cible (les enfants) et aux divers multiplicateurs (parents et professionnels de l'éducation et de la santé entre autres) qui les entourent. Ces activités sont distribuées sur l'ensemble des territoires cantonaux, s'ancrent dans une pluralité de lieux et mobilisent une multitude d'acteurs plus ou moins souvent en contact direct avec le public-cible. Sans souhaiter établir une liste exhaustive des lieux et des acteurs que visent ces programmes ont peut notamment citer les écoles, les structures d'accueil de la petite enfance (les crèches notamment) mais aussi les enseignants, éducateurs, animateurs et parents de jours. On peut encore mentionner les services de soins et les professionnels de santé que sont les pédiatres, infirmiers scolaires, sages-femmes, diététiciens ou puéricultrices. À cette liste de multiplicateurs il faut encore ajouter les différents services d'alimentation (les cafétérias scolaires et les réfectoires de crèches par exemple), les autorités cantonales sans oublier bien sûr : les parents. Ainsi, le catalogue d'activités prévues par ces programmes vise clairement à sensibiliser, à mobiliser et à intervenir de façon transversale et multisectorielle auprès d'un maximum d'acteurs pouvant encourager les bonnes pratiques en matière d'alimentation et d'activité physique des enfants mais aussi des multiplicateurs eux-mêmes. En annexe figure un catalogue non exhaustif des actions cantonales menées dans le cadre des programmes AAP (*tableau 32*).

Etant donné le caractère fortement distribué⁴⁹ des projets inscrits dans ces programmes, leur mise en œuvre nécessite un effort tout particulier de coopération et de coordination entre les différents acteurs impliqués. C'est pourquoi tous les cantons ont pour objectif prioritaire de solidifier, d'améliorer et parfois de constituer de nouveaux réseaux d'échange permettant d'atteindre les objectifs fixés par leur programme. Tout au long de notre étude, nous avons constaté que les projets visant à prendre en compte les besoins de la population migrante étaient tout particulièrement touchés par cette problématique. En effet, les réseaux cantonaux « migration et santé » ne sont aujourd'hui qu'au stade initial de leur développement et la coopération entre les acteurs concernés par cette problématique reste encore à renforcer.

⁴⁹ Nous empruntons ici l'adjectif « distribué » (« sparse » en anglais) aux neurosciences lesquelles stipulent – selon un relatif consensus – que l'intelligence est « distribuée » autrement dit, que le cerveau n'est pas un organe organisateur d'intelligence mais que celle-ci est le produit complexe d'action neuronale isolée et pas toujours solidement coordonnées. L'intelligence, selon ce paradigme, est le produit d'une auto-organisation, c'est-à-dire d'une organisation ne nécessitant pas forcément d'organisateur central. Par analogie, on pourrait dire d'un système politique qu'il est fortement distribué – on dira de celui-ci qu'il est « déconcentré » (système politique suisse) – c'est à dire qu'il se compose d'une multiplicité d'action relativement autonome et pas toujours organisée « fédéralement » et/ou « cantonalement » sous la forme d'un programme stricte et centralisé par exemple.

3.3.2 Analyse en regard de l'égalité des chances pour la population migrante

Jusqu'à présent, les programmes AAP tenaient principalement compte des facteurs migratoires par le biais des projets spécifiquement dédiés à la population migrante⁵⁰. Toutefois, ceux-ci intègrent aussi un objectif explicite de mise en œuvre des recommandations de la présente étude.

Dans la première phase de ces programmes, l'accent a surtout été mis sur l'élaboration de projets universels ouverts à toute la population sans que cette ouverture ne soit questionnée en regard de d'éventuels besoins particuliers pour certaines parties de celle-ci comme par exemple les migrants ou les personnes vulnérables. Lors de nos entretiens avec les différents intervenants de PPS et spécialistes de la santé, nous avons constaté que ceux-ci montraient une sensibilité à la question de la migration mais que les connaissances en la matière étaient encore peu développées. Pour l'heure, peu de mesures particulières ont encore été prises pour pallier ce manque. Il sera intéressant de voir dans quelle mesure la deuxième phase de ces programmes concrétisera cette sensibilité. On sait par exemple aujourd'hui que les enfants et les adultes issus de la migration ont une propension plus grande au surpoids et à l'obésité (cf. page 43).

Bien que les objectifs des programmes AAP se concrétisent par un certain nombre de projets, tous ne seront pas analysés dans le cadre de cette étude. En effet, comme nous l'avons explicité dans la partie méthodologique de l'introduction (1.4 et 1.5), nous nous sommes concentrés sur un nombre restreint de projets nous permettant de problématiser et d'illustrer certains aspects que peut recouvrir l'inégalité des chances en matière de PPS pour la population migrante. Ces exemples ne peuvent toutefois pas être généralisés et doivent être considérés comme autant de cas permettant de rendre visible certaines dimensions de l'inégalité des chances en matière de santé pour la population migrante. Il s'agit dès lors de mener une réflexion constructive sur les obstacles que peuvent rencontrer les responsables de programmes et de projet pour concrétiser l'ouverture transculturelle de l'offre de PPS.

Les projets destinés aux plus jeunes : traduction et barrière linguistique

Il faut préciser que presque tous les projets mentionnés dans ces programmes ont pour public-cible les enfants et adolescents (0-16 ans)⁵¹ et sont mis en œuvre dans le cadre de l'école obligatoire et des structures d'accueil extra-familiales (crèche, garderie, etc.). Selon un intervenant du domaine de la santé scolaire, il serait peu efficace – voire discriminatoire – d'envisager des interventions spécifiquement dédiées aux enfants issus de la migration puisque la plupart de ceux-ci parlent la langue locale et ont accès aux actions de prévention menées dans les écoles. De plus, les cantons éviteraient les démarches ponctuelles et préféreraient par exemple les réseaux d'école en santé pour leur approche environnementale et intégrative (approche en termes de *setting*). C'est pourquoi les responsables auraient également renoncé à entreprendre des interventions particulières en milieu scolaire, y compris pour ce qui est de la minorité de classes d'accueil allophones des cantons FRIJUNE.

⁵⁰ Parmi les quelques projets plus spécifiquement dédiés à la population migrante, on peut mentionner : *Bien manger à petits prix* (FRIJUNE) et *Réseau de mères de contact* (NE).

⁵¹ Pour plus de précisions voir *tableaux 31 et 32* en annexe.

Nous avons constaté que si certains rares projets bénéficient de traductions en langues étrangères⁵², la plupart des informations en lien avec la promotion de l'AAP – tout comme l'ensemble des échanges parents-écoles – se font dans les langues nationales suisses. Les parents ne parlant pas au moins une langue nationale ne peuvent par conséquent pas disposer de l'information et servir de multiplicateurs pour encourager la participation de leurs enfants à des projets tels que le *Sport scolaire facultatif* (FR ; JU ; NE) ; *Ça me dit sport* (JU) ; *Concours d'hiver* (JU) ; *À vélo à l'école* (JU) ; *Pédibus* (FR ; JU) ou *À pied c'est mieux* (NE) ; projets visant à favoriser entre autres la pratique régulière de l'activité physique.

Les réponses de nos répondants quand à ce manque d'accessibilité à l'information pour la population migrante adulte (allophone) ont été assez diverses. Alors que certains identifient un manque de temps ou de moyens – notamment pour la mise sur pied systématique de traductions – d'autres questionnent plus fondamentalement la nécessité d'entreprendre de telles actions sans connaître les besoins particuliers de la population migrante.

En outre, certains intervenants externes aux programmes (tels que des médecins ou des intervenant en santé scolaire par exemple) ont mentionné le fait que, faute d'autres moyens à disposition, les enfants sont parfois amenés à devenir des référents capables d'expliquer certains projets aux parents en traduisant par exemple les informations délivrées par écrit. En effet, selon plusieurs répondants confrontés à la réalité du terrain, il peut arriver que les rôles théoriques définis par les programmes AAP s'inversent et voient les enfants devenir les multiplicateurs (traducteurs/interprètes) par lesquels les parents accèdent aux informations diffusées dans le cadre de ces programmes. Dans ces cas, le risque est que l'exception devienne la règle pratique par laquelle l'école – mais potentiellement aussi d'autres structures plus spécifiquement dédiées à la santé – peut entrer en contact et communiquer avec les parents.

Si le recours aux enfants pour traduire ou expliquer des activités aux parents peut procéder d'un réflexe pratique « en cas d'urgence », il peut avoir des effets négatifs non-désirés sur les enfants devant porter des responsabilités qui dépassent largement leurs compétences. Le fait est que dans les langues nationales, les parents peuvent jouir d'informations écrites qui ne présupposent en aucun cas le recours à des traducteurs. Sachant que les relations entre parents migrants et professionnels du milieu scolaire ne sont pas toujours optimales, il convient en effet d'être particulièrement prudent et « réflexif » (Domenig 2007) dans ce domaine⁵³.

Le projet *AmStramGrammes* (JU), qui offre un suivi aux familles dont un enfant souffre de surpoids ou d'obésité, se compose de différents ateliers devant être suivis en famille (au moins un adulte et un enfant). Il s'agit, par exemple, de proposer des séances d'activité physique, des conseils diététiques et des discussions en groupe (accompagnement psycho-

⁵² Le projet *Petits déjeuners de toutes les couleurs* ainsi que le *Message aux parents* de Pro Juventute sont tous deux traduits en sept langues étrangères.

⁵³ Une attitude réflexive (ou auto-réflexive), c'est-à-dire critique sur ses propres pratiques professionnelles est largement perçue comme un préalable de la compétence transculturelle, elle vise à prendre conscience de ses propres représentations, cadres de références leurs limites. Il s'agit d'une démarche indispensable dans le domaine de la recherche en sciences sociales (Bourdieu, Giddens, etc.). En ce qui concerne les pratiques dans le domaine de la santé, cette notion a notamment été développée par Domenig (2007) et par Van Keuk et al. (2011).

social). La campagne de promotion de ce projet – qui s’effectue notamment par l’envoi postal d’une brochure d’information – ne bénéficie pas d’informations traduites en langues étrangères ce qui peut représenter un frein non négligeable à l’accessibilité de ce réseau de soutien pour la population migrante.

Des intervenants en matière de PPS soulignent au moins trois raisons pour lesquelles ces informations n’ont pas encore fait l’objet de traduction. Premièrement, pour des raisons de ressources (temps, argent et capital humain). Deuxièmement, parce que les responsables ne sont pas sûrs qu’il s’agisse là d’un besoin réel pour la population issue de la migration. En effet, selon plusieurs intervenants, il est rare que des personnes ou des représentants allophones demandent de leur propre chef de telles traductions. Troisièmement, si certains documents tels que des brochures de prévention sont parfois traduits en plusieurs langues étrangères, les responsables de projet interrogés ne disposent que très rarement des réseaux de distribution qui leur permettraient d’atteindre directement certaines parties de la population migrante. Dans le cadre du projet *Petits déjeuners de toutes les couleurs* (NE) par exemple, les brochures à disposition – traduites en sept langues – sont en priorité prévues pour les parents des élèves qui bénéficient de cette action dans le cadre scolaire et aucun réseau de distribution spécifique n’a pour l’instant été prévu afin de toucher la population migrante. Les responsables de projet craignent ainsi que ces brochures soient produites – engendrant ainsi des frais supplémentaire (temps, argent et capital humain) – sans pour autant que celles-ci puissent faire l’objet d’une diffusion qui permettrait un retour significatif sur investissement. Enfin, quatrièmement, parce que dans le cas de certains projet tel qu’*AmStramGrammes* (JU) par exemple, les responsables comptent essentiellement sur un large réseau de médecins pédiatres et d’infirmières scolaires pour relayer le projet et informer les familles de l’existence de ce moyen d’action contre le surpoids et l’obésité.

Les adultes et la promotion de l’activité physique

Si les enfants constituent la cible principale des programmes AAP, les cantons disposent d’un catalogue « hors programme » de mesures certes moins étendu destinées directement aux adultes et aux personnes de plus de 50 ans. Bien que ce public-cible constitue une catégorie en pleine expansion puisque l’on sait que la Suisse compte de plus en plus de personnes âgées d’origine migrante et que tout un pan de cette population vieillit prématurément en raison des conditions de travail parfois difficiles auxquelles elle est confrontée (cf. page 38), nous n’avons pas épluché le catalogue des actions ciblant cette catégorie de personnes. Le développement de recherches permettant d’approfondir les connaissances en la matière pourrait notamment contribuer à sensibiliser les politiques aux dimensions migratoires de cette problématique.

Les projets que sont *Midi-actif* (JU) et *Midi-Tonus* (NE) sont quant à eux, inclus aux programmes cantonaux AAP et ont pour objectifs de promouvoir l’activité physique des adultes (dès 16 ans). Ces projets ne s’étant pas donné comme objectif de toucher en priorité un public-cible particulier (migrants, personnes vulnérables, précarisées, en surpoids ou inactives) mais de promouvoir l’activité physique durant la pause de midi et d’« encourager les participant-e-s à découvrir de nouvelles disciplines »⁵⁴, aucune information relative à ces projets n’a été traduite dans une langue étrangère. En outre, les

⁵⁴ *Midi actif* - Les pauses sportives. Consulté le 30.01.2012. URL: <http://www.jura.ch/DFCS/OCS/Midi-actif/Midi-actif-Les-pauses-sportives.html>

deux participants que nous avons pu interroger nous ont appris qu'à leur connaissance, aucune personne ne parlant pas ou mal le français n'avait participé aux cours qu'ils avaient suivis dans le cadre du projet *Midi-actif*⁵⁵ (JU).

L'un des répondants ayant participé au projet *Midi-actif* nous a également confié qu'il pratiquait régulièrement une activité physique et qu'il était un sportif « averti ». Son choix de participer à *Midi-actif* a ainsi été motivé par l'attractivité des prix – qui, s'ils restent abordables par rapport aux prix du marché peuvent néanmoins représenter une somme relativement conséquente pour les personnes défavorisées⁵⁶ – et par une volonté de découvrir de nouvelles activités sportives. Notre interlocuteur, qui a eu connaissance de ce projet en travaillant pour la commune de Delémont, a précisé qu'il avait vu peu de nouveaux participants s'inscrire au fil des semestres. Selon les témoignages de deux participantes au projet *Midi-actif* et d'un observateur privilégié, il semble que celui-ci profite plutôt à un réseau relativement restreint de participants ayant connaissance de l'existence de ce projet. S'il s'agit là d'une hypothèse devant faire l'objet d'une vérification empirique, rappelons toutefois qu'à l'origine, ce projet n'a pas été pensé par et pour des personnes migrantes mais, comme le rappelle un expert en matière de prévention, « pour des travailleurs qui ont peu de temps et qui veulent mettre à profit leur pause de midi pour découvrir une nouvelle discipline ». Reste que ce projet pose concrètement la question de l'ouverture transculturelle de l'offre de PPS en matière d'AAP et des difficultés que peuvent rencontrer les acteurs de PPS pour toucher certaines parties de la population migrante.

Des projets universels intégrant des aspects spécifiques en faveur de la population migrante

Les programmes ont prévu un certain nombre de modules spécifiquement dédiés à la population migrante et aux personnes vulnérables dans les projets. C'est le cas du projet *Bien manger à petits prix* (FR ; JU ; NE) mis en œuvre par la Fédération romande des consommateurs. Celui-ci dispense des cours spécifiquement dédiés à une population disposant de peu de moyens financiers. Selon le témoignage d'un intervenant de terrain, ce projet profite actuellement plus à la population générale qu'au public-cible initialement prévu par le projet. Conscients du problème, les responsables jurassiens et neuchâtelois mettent sur pied un réseau – constitué entre autres par CARITAS, le CAFF⁵⁷ (JU) et divers organismes d'entraide (NE) – capable de drainer plus spécifiquement ce public-cible en organisant par exemple, de nouveaux cours spécialement conçu pour cette population.

Les *Ateliers du goût enfants* (FR) sont des projets permettant de promouvoir – de façon ponctuelle – une alimentation équilibrée auprès de la population migrante. Ce projet s'est donné pour mission d'organiser des ateliers sur la diversité du goût en s'appuyant sur la structure d'accueil et le réseau de proximité tel qu'*Espacefemmes*⁵⁸ à Fribourg.

⁵⁵ Ce projet propose une large palette des cours (32 cours) de sport à un prix très avantageux (60 CHF pour 12 séances équivalant à un semestre).

⁵⁶ La somme de 60 CHF devant être payée en une seule fois.

⁵⁷ CAFF - Centre d'animation et de formation pour femmes migrantes. Consulté le 09.02.2012.
URL : <http://www.caff-ju.ch/>

⁵⁸ Espacefemmes – Portrait. « *espacefemmes est un lieu d'échange, de conseils, d'information et de formation pour les femmes suisses et immigrées dans un esprit de soutien mutuel par le biais d'activités*

Dans ce contexte il est intéressant de mentionner l'association Education familiale⁵⁹ qui propose accompagnement et soutien aux familles et personnes en charge de jeunes enfants (0-7 ans). Dans ce cadre, une initiative soutenue notamment par le canton, l'ODM et PSCH propose des rencontres aux mères migrantes « en vue d'apprendre ensemble le français, dans une approche d'éveil aux langues et aux cultures ». En permettant d'acquérir des connaissances sur les institutions suisses, l'association a notamment un rôle d'intégration et d'éducation à la citoyenneté. Selon une responsable, près de la moitié de des personnes (environ 45%) fréquentant l'association est d'origine migrante. Au-delà de ces activités spécifiques, l'approche plus universelle de l'association est également intéressante dans le sens où elle cible en particulier des familles issues de couches sociales plutôt défavorisées.

Le projet pilote *Réseau de mères de contact* (NE) – initié par le COSM et porté par la Croix-Rouge neuchâteloise – s'est donné pour mission de former des « mères de contact » disposées à entrer en contact avec la population migrante et à se rendre auprès des femmes ayant un enfant en bas âge (0-4 ans) dans le but d'établir des liens, de construire un réseau de proximité et de faire circuler des informations de prévention au sein de cette population. Si ce projet, bien qu'inscrit dans le programme AAP de Neuchâtel, se donne pour priorité de lutter contre la pratique de l'excision, il a pour objectif plus général de répondre aux besoins et aux demandes des femmes issues de la migration en matière de promotion de la santé, de droit et de devoir des patients ou en matière de fonctionnement (assurance notamment) du système suisse de santé. C'est pourquoi cette initiative, qui touche une très large palette de questions liées à la santé, tend à privilégier la création d'un réseau de proximité capable d'atteindre « porte par porte » une part significative de la population issue de la migration.

Coopération entre intervenants et développement des programmes

Tenter de mettre sur pied les réseaux que nécessite le projet *Réseau de mères de contact* implique un niveau élevé de coopération et de coordination entre les nombreux acteurs cantonaux déjà institués. En effet, la coopération entre les acteurs est fondamentale pour assurer la constitution de réseaux solides et transversaux capables de traiter en commun les défis liés à l'accessibilité des programmes de PPS pour la population issue de la migration.

À l'inverse, une mauvaise coopération entre les acteurs peut aboutir à un éparpillement des offres, des ressources, des compétences et des connaissances. Ce projet illustre ainsi la phase dans laquelle se trouvent aujourd'hui les acteurs cantonaux désireux de prendre en compte la question migratoire dans leurs programmes respectifs à savoir la construction initiale de réseaux de compétences capables de problématiser la question, de drainer des fonds et de porter des projets en s'appuyant à la fois sur des acteurs institutionnels et sur des réseaux de proximités solidement ancrés sur le terrain.

organisées ou spontanées ». Consulté le 12.03.2012. URL : http://www.espacefemmes.org/index.php?option=com_content&view=article&id=45&Itemid=5

⁵⁹ Education familiale – Cours de français. Consulté le 12.03.2012. URL : <http://www.educationfamiliale.ch/fr/activites-cours-de-francais.html>

Le MiM et les programmes cantonaux AAP : une analyse systématique

Les programmes font office de garants de la prise en compte des facteurs migratoires par les développeurs des projets AAP puisque ce sont eux qui définissent les objectifs stratégiques concrets – chiffrés ou non –, ainsi que le cahier des charges que doivent remplir les projets et/ou les partenaires qui y sont affiliés. En ce sens, ils orientent les responsables de projet, permettent d’attribuer les financements et d’auto-évaluer les projets. Les programmes représentent ainsi le « cadre stratégique » que tout projet inscrit en son sein tend à respecter. Afin d’évaluer le niveau de prise en compte de la question migratoire et la sensibilité à l’égalité des chances (autrement dit le MiM) de chacun des programmes cantonaux AAP des cantons FRIJUNE, nous avons décidé d’effectuer une analyse systématique de ce qu’ils contiennent « en substance ». Pour ce faire, nous avons analysé le contenu de ces programmes en regard de chacune des étapes qui les traversent et les constituent. Il est ainsi question de savoir dans quelle mesure les phases de conceptualisation, de détermination des objectifs, de pilotage, de mise en œuvre et d’évaluation tiennent compte de l’égalité des chances en matière de santé et des besoins spécifiques de la population migrante. Une analyse détaillée (cf. 1.5) de chacun de ces programmes se trouve en annexe (*tableaux 33 à 35*).

1. Phase de conceptualisation – De manière générale, les programmes cantonaux AAP ne thématisent pas explicitement la question de l’égalité des chances en matière de santé ou les effets de la condition migratoire sur la santé. Ils mentionnent en revanche une sensibilité explicite à l’égard d’éventuels besoins particuliers pour la population migrante sans toutefois identifier explicitement ces besoins.

Si tous les programmes mentionnent que cette population est un public-cible devant faire l’objet d’une attention particulière, aucun « représentant » issue de cette population et aucune « personnes de référence » n’est pour l’instant impliqué dans la phase de conceptualisation. En effet, les enjeux migratoires sont aujourd’hui représentés par deux experts du domaine de l’intégration dans le canton de Fribourg ; par deux membres de la Commission d’intégration du canton du Jura ; et par deux représentants du COSM dans le canton de Neuchâtel. Comme l’ont souligné plusieurs interprètes socioculturels interrogés, il est rare que des personnes migrantes soient amenées à participer lors de la phase de conceptualisation des projets.

Les programmes cantonaux du Jura et de Neuchâtel prévoient un module spécifiquement dédié à la mise en œuvre des recommandations de la présente étude dans les différents projets. Il s’agit par-là de prévoir un budget permettant d’allouer des ressources au développement futur de mesures destinées à améliorer la prise en compte des besoins de la population migrante et ce, dès la phase de conceptualisation des programmes. Dans son budget pour la prévention et la promotion de la santé, le canton de Fribourg a également prévu un montant destiné à l’organisation d’un atelier cantonal dans lequel sera discuté les résultats de la présente étude.

2. Détermination des objectifs – Les objectifs des programmes ne se réfèrent pas au concept de l’égalité des chances en matière de santé et la lutte contre les inégalités est absente du langage de ces programmes. Les programmes AAP du canton du Jura et de Neuchâtel ont cependant pour objectif d’atteindre les groupes défavorisés et la population migrante. Si aucun indicateur chiffré n’est mentionné pour définir des objectifs quantifiables et mesurer l’impact de ces programmes sur l’état de santé de cette population, les cantons du Jura et de Neuchâtel souhaitent atteindre une « augmentation de 20% du nombre de projets modulaires prenant en compte l’égalité des chances ». Cet objectif ne précise toutefois pas encore les mesures devant être prises pour diminuer les

entraves à l'égalité des chances ni la manière dont elles seront évaluées. Les responsables étant dans l'attente des résultats de la présente étude, il est pour l'heure difficile d'évaluer dans quelle mesure cet objectif pourra être atteint. De son côté, le Canton de Fribourg se réfère à l'objectif migration de son plan cantonal de promotion de la santé et de prévention et précise les objectifs, mesures et partenaires

3. Phase de pilotage – Dans le canton de Fribourg, la phase de pilotage du programme intègre la participation d'un groupe d'experts en étroite collaboration avec le délégué à l'intégration et le coordinateur des questions relatives à l'asile. Par ailleurs, le pilotage de la stratégie cantonale de promotion de la santé et de prévention se fait en lien avec la commission cantonale du même nom qui comprend le délégué à l'intégration. De leur côté, les cantons de Neuchâtel et du Jura prévoient respectivement la participation d'une personne du domaine de l'intégration dans le comité de pilotage du programme ; comité dont le rôle est de participer au suivi général des programmes et de garantir la coordination/collaboration entre les départements concernés. Par conséquent, la phase de pilotage intègre peu ou pas la population migrante en tant que telle.

4. Mise en œuvre – De manière générale, les programmes prévoient explicitement d'inclure la population migrante à l'ensemble des projets devant être mis en œuvre. Toutefois, notre étude ne permet pas d'évaluer dans quelle mesure la population migrante est intégrée lors de la mise en œuvre de projets les concernant ou non au premier chef.

De plus, les programmes ne font aucune référence explicite aux obstacles ou aux contraintes auxquels ils sont confrontés pour atteindre certaines la population issue de la migration.

À l'exception de quelques projets (ou parties de projet) spécifiquement dédiés à cette population, la tendance des programmes AAP est à l'adaptation, à l'ouverture et à l'universalisation de l'accès à l'offre de PPS. Ainsi, cette population est moins considérée comme un public-cible nécessitant une prise en compte particulière que comme une population devant avoir universellement accès à ces programmes.

Dans le but de mettre en œuvre certaines des recommandations de la présente étude, les cantons de Neuchâtel et du Jura ont prévu un modeste budget permettant une meilleure sensibilité des programmes et projets AAP à la question migratoire. Le futur nouveau programme fribourgeois AAP disposera de cette même mesure. Prévoir un budget dès la phase de conceptualisation des projets peut en effet permettre d'éviter que, lors de la mise en œuvre, les acteurs ne soient pas en mesure de disposer de documents traduits ou d'interprètes par exemple. Les interprètes socioculturels nous ont ainsi confié que, faute de moyens disponibles, ils étaient régulièrement amenés à entreprendre des travaux bénévoles auprès de personnes en situation d'urgence.

5. Evaluation – L'évaluation des programmes AAP se fait selon un concept commun mis à disposition par PSCH. Il s'agit essentiellement d'une auto-évaluation portant sur les processus. En effet, les cantons disposent de peu de moyens et d'outils pour évaluer en profondeur l'impact de leurs projets sur l'état de santé des différents publics-cibles. Ils disposent par exemple pas de données désagrégées pour la population migrante et rare sont les évaluations qui distinguent l'opinion de la population migrante quant à l'accessibilité, à l'acceptabilité ou à l'utilité des projets mis en œuvre. De plus, nous savons que PSCH n'impose pas d'évaluation en rapport avec la migration et que la prise en compte de ces facteurs n'influence pas significativement l'octroi ou non de financement pour les cantons. Or étant donné que PSCH finance jusqu'à hauteur de 50%

ces programmes, celui-ci se trouve en position privilégiée pour rendre plus contraignant ses demandes de financement mais aussi pour allouer plus de ressources en la matière.

Nous pensons que la phase d'évaluation est cruciale puisqu'elle permet d'établir des données, de produire de la connaissance (sur les facteurs en lien avec la migration par exemple) et un retour réflexif sur les actions de PPS que mènent les programmes.

En guise de conclusion, nous souhaitons relever que, loin d'être insensibles à la question de la migration, les acteurs interrogés sur le terrain affichent la volonté de mieux prendre en compte les facteurs limitant l'accès et l'acceptabilité de leurs projets à la population issue de la migration. Les nombreuses réflexions dont nous ont fait part les répondants ayant accepté de participer à notre enquête témoignent de l'intérêt croissant (des programmes AAP notamment) pour cette problématique. Bien que modestes, les mesures ayant déjà été prises en la matière ne peuvent que servir d'exemples et de points de départ pour des réflexions futures devant aboutir au développement de projets plus ambitieux et mieux soutenus par les cantons et la Confédération. Des projets tels que *Réseau de mères de contact* (NE) et *Education familiale* (FR) nous semblent aller dans cette direction en affichant une ambition renouvelée ainsi que des approches novatrices. Ces projets font en effet le pari d'une prévention « de terrain » constituée à la fois sur un réseau de proximité et sur la coopération des nombreux acteurs et institutions cantonales formellement instituées.

3.4 Les programmes de prévention de la consommation excessive d'alcool

3.4.1 Présentation des programmes et contexte de mise en œuvre

Le « Programme National Alcool 2008–2012 »⁶⁰ (PNA) a été adopté le 18 juin 2008 par le Conseil fédéral. Selon un responsable cantonal en matière de prévention de la consommation excessive d'alcool, son budget correspond à environ deux millions de francs. Celui-ci est nettement inférieur au budget dont dispose le programme national de prévention du tabagisme et se traduit notamment par des moyens de mise en œuvre beaucoup plus modestes. Ce programme a été élaboré par l'Office fédéral de la santé publique en collaboration avec la Commission fédérale pour les problèmes liés à l'alcool, la Régie fédérale des alcools, la Conférence des Directeurs cantonaux de la Santé (CDS) et d'autres acteurs importants de la politique suisse en matière d'alcool. Le PNA a pour objectif de diminuer la consommation problématique d'alcool et ses conséquences négatives pour les proches et pour la société. Les actions prioritaires portent sur la jeunesse, la violence, le sport et les accidents. Si la mise en œuvre du PNA est de la compétence des cantons, la Confédération s'est donnée pour rôle de favoriser la coordination entre les différents acteurs cantonaux.

Le PNA est fondé sur la vision suivante : « Celles et ceux qui boivent de l'alcool le font de façon à ne nuire ni à eux-mêmes ni aux autres »⁶¹. Celui-ci est composé de sept objectifs

⁶⁰ OFSP. Programme National Alcool 2008–2012 (PNA). Consulté le 16.02.2012. URL : <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00039/00596/index.html?lang=fr>

⁶¹ OFSP. Alcool. Consulté le 16.02.2012. URL : <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00039/index.html?lang=fr>

principaux qui se complètent et se renforcent mutuellement. Ces objectifs sont les suivants :

- « La société ainsi que les milieux politiques et économiques sont sensibilisés à la vulnérabilité particulière des enfants et des adolescents et soutiennent les mesures adéquates de protection de la jeunesse » ;
- « La consommation problématique d'alcool (ivresse ponctuelle, consommation chronique ou consommation inadaptée à la situation) est en diminution » ;
- « Le nombre de personnes dépendantes de l'alcool a diminué » ;
- « Les conséquences négatives de la consommation d'alcool sur les proches et l'entourage ont considérablement diminué » ;
- « Les conséquences négatives de la consommation d'alcool sur la vie sociale et sur l'économie ont diminué » ;
- « Les acteurs publics et privés du domaine de l'alcool coordonnent leurs activités et contribuent ensemble à une mise en œuvre réussie du Programme national alcool » ;
- « La population connaît les effets négatifs de la consommation d'alcool et soutient les mesures appropriées prises pour les réduire ». ⁶²

Selon le PNA, des mesures spécifiques doivent être définies et réalisées pour chacun de ces objectifs. Afin d'obtenir un impact préventif suffisant et durable, la prévention comportementale (information et sensibilisation des acteurs et de la population) et la prévention structurelle (tels que les mesures législatives) doivent également être prises en considération.

Au niveau cantonal, la prévention est en grande partie financée par l'impôt sur l'alcool. En effet, 10% du prix des spiritueux sont distribués aux cantons pour lutter contre les dépendances. Ceci représente un montant annuel d'environ 30 millions à partager entre les cantons.

Dans le canton de **Fribourg**, le Conseil d'Etat a approuvé le « Plan cantonal de promotion de la santé et prévention 2007-2011 » en mai 2007. Ce Plan cantonal, qui a été prolongé jusqu'en 2016, établit des priorités thématiques – telles que l'alimentation et l'activité physique ou la santé psychique par exemple – pour lesquelles le canton souhaite renforcer son action. Les activités non prioritaires concernant les dépendances pourront continuer à être soutenues pour autant qu'elles s'inscrivent dans le cadre de programmes nationaux et qu'elles soient implémentées de manière cohérente et coordonnée au niveau cantonal.

En 2009, la Direction de la santé et des affaires sociales (DSAS) a ainsi décidé d'élaborer un plan cantonal d'action alcool (PCAA) visant à mettre en œuvre les lignes directrices du Programme national alcool tout en tenant compte des spécificités du canton de Fribourg. En annexe (*tableau 36*) se trouve une présentation comparative des programmes cantonaux alcool ainsi qu'une liste non exhaustive des projets implémentés par canton (*tableau 37*).

La première partie du Plan cantonal d'action alcool du canton de Fribourg – son Concept – doit encore être approuvée par le Conseil d'Etat et sera ultérieurement concrétisée par un Plan de mesures. Le Concept du PCAA détermine la vision et les objectifs que le canton

⁶² OFSP. Objectifs principaux du PNA. Consulté le 16.02.2012. URL : <http://www.bag.admin.ch/themen/drugen/00039/00596/10425/index.html?lang=fr>

de Fribourg s'engage à atteindre d'ici 2017 concernant la diminution des problèmes liés à la consommation d'alcool. Le Plan de mesures comprendra un inventaire des activités existantes, ainsi que des propositions d'amélioration à mettre en œuvre afin d'atteindre les objectifs retenus. Le Plan de mesures et sa planification seront aussi validés par le Conseil d'Etat sur proposition de la DSAS.

Dans le canton du **Jura**, le Programme pluriannuel a fixé des priorités en matière de prévention et promotion de la santé. La lutte contre les dépendances en fait partie et ce, au même titre que l'alimentation et l'activité physique, la coordination, l'information à la population et la lutte contre les accidents de la circulation par exemple. Le domaine des dépendances concerne notamment la consommation excessive d'alcool et le tabagisme. En matière d'alcool, l'objectif est de « réduire les consommations excessives » par le biais de plusieurs stratégies et projets. S'il n'existe pas spécifiquement de Programme cantonal alcool aligné avec le PNA, des objectifs généraux en matière de prévention de la consommation excessive d'alcool ainsi que des activités – telles que le programme *Soif de...*⁶³ développé par la Fondation O2 – ont été élaborés en la matière. La Fondation Dépendances a également la mission de gérer cette thématique et de mettre en place des actions de prévention.

Dans le canton de **Neuchâtel**, le Plan directeur du Conseil d'Etat s'articule autour de principes généraux tels que maintenir les acquis, favoriser la collaboration et la responsabilité multisectorielle ou développer des programmes prioritaires notamment dans le but de « réduire les dommages causés par l'alcoolisme, la toxicomanie, le tabagisme ». Dans ce canton, la prévention en matière d'alcool est déléguée à la Fondation Neuchâtel Addiction. Un bilan des activités et des recommandations devraient suivre l'état des lieux rédigé par la Commission cantonale des addictions. Pour l'heure, le canton ne dispose pas de Programme cantonal de prévention de la consommation excessive d'alcool.

3.4.2 Analyse en regard de l'égalité des chances pour la population migrante

Face à l'absence de programmes cantonaux de prévention de la consommation excessive d'alcool dans les cantons FRIJUNE et étant donné le nombre important d'activités identifiées et distribuées sur l'ensemble de ces territoires cantonaux (*tableau 37*), nous nous limiterons ici à une analyse très générale de la situation. En effet, suite aux différents entretiens menés sur le terrain, les données dont nous disposons au moment de la rédaction de ce rapport ne nous permettent pas d'entrer plus en détail dans l'analyse des divers projets actuellement mis en œuvre. Pour ce faire, il aurait fallu prendre contact avec un grand nombre d'acteurs dans ces cantons et multiplier ainsi le nombre d'entretiens à effectuer. Les considérations générales auxquelles nous avons dû nous limiter ont toutefois l'avantage de soulever des enjeux propres à l'ensemble des projets de PPS désirant améliorer la prise en compte de la population issue de la migration. Les multiples projets menés dans les cantons et les nombreux organismes actifs en matière de prévention de la consommation excessive d'alcool ne seront donc pas surpris de ne pas apparaître dans ces lignes. Il s'agit d'ailleurs, du seul domaine analysé pour lequel certains

⁶³ Fondation O2. Campagne de prévention alcool "Soif de..." 2004-2007. Consulté le 16.02.2012. URL : <http://www.fondationo2.ch/fr/Programmes-et-projets/Soif-de-prevention-alcool-2004-2007-/Campagne-de-prevention-alcool-Soif-de-2004-2007.html>

interlocuteurs décèlent une problématique tendanciellement moindre dans la population migrante par rapport à l'autochtone.

Prise en compte des facteurs migratoires et mise à disposition d'informations traduites

Si les jeunes sont le public-cible prioritaire du PNA 2008-2012, la population migrante n'y est pas directement évoquée. Lors de la soumission d'un projet à l'OFSP, la dimension migratoire est néanmoins un critère de qualité visant à tenir compte de l'égalité des chances pour cette population. Travailler des pistes spécifiques (adaptées à des habitudes, des comportements ou à un setting) pourrait s'avérer d'autant plus intéressant que les GMM I et II relèvent que certaines collectivités migrantes présentent une consommation d'alcool significativement plus élevée que celle des Suisses (cf. page 43). Plusieurs interlocuteurs nous ont fait part que « l'alcool est un problème souvent présent sur les chantiers de construction en bâtiment et des routes ».

La difficulté de prendre concrètement en compte la dimension migratoire se reflète notamment par le peu d'informations traduites en langues étrangères. Nous avons ainsi trouvé deux brochures traduites réalisées par Addiction suisse (anciennement ISPA). À l'avenir, faute de fonds disponibles, cet Institut ne produira toutefois plus de brochures traduites en langues étrangères.

Au niveau national, la plateforme *migesplus.ch*⁶⁴ – dont l'objectif est « d'assurer aux migrants vivant en Suisse l'égalité d'accès à l'information sur la santé » – propose bon nombre de brochures d'information traduites. De plus, la plateforme elle-même vient d'être traduite⁶⁵ dans les six langues étrangères que sont l'anglais, l'espagnol, le portugais, le turc, l'albanais et le « bosniaque/croate/serbe ». Si Internet peut ainsi constituer un support complémentaire pour permettre à la population migrante d'accéder à l'information dans leur langue respective, il ne faut pas oublier que celui-ci peut aussi constituer un obstacle pour les personnes ne maîtrisant pas cet outil ou n'y ayant pas accès.

La mise à disposition d'informations traduites – online ou sous tout autre format – fait partie des priorités revendiquées par divers intervenants et responsables de programmes interrogés. Toutefois, plusieurs migrants ont exprimé le fait qu'en raison d'une activité professionnelle souvent éprouvante, ils n'ont ni le temps ni la motivation de rechercher de l'information ou d'assister à des activités de PPS. À ce sujet, plusieurs interprètes socioculturels ont insisté sur le fait que la mise à disposition d'informations traduites devrait être accompagnée d'un travail de proximité effectué au sein même des collectivités issues de la migration. Selon eux, l'information circule mieux lorsqu'elle est véhiculée par des représentants ayant une certaine crédibilité au sein de leur communauté. Toujours selon eux, il serait ainsi plus efficient et moins discriminant (en regard d'actions spécifiquement dédiées à certaines parties de la population migrante ou collectivité) d'imaginer des actions de communication « intégrées » dans le cadre du travail, des activités associatives ou des espaces communautaires, par exemple. Enfin, pour garantir une participation maximale aux actions de PPS, ceux-ci conseillent également d'éviter de mener des activités de PPS pendant les heures de repos et de loisirs. À ce propos, un médecin actif dans le domaine de la promotion de la santé psychique tend à privilégier ce

⁶⁴ Migesplus. Publications. Consulté le 16.02.12. URL : <http://www.migesplus.ch/index.php?id=genuss&L=1>

⁶⁵ La traduction est en ligne depuis le 20.02.2012.

type d'approche. Selon lui, il serait ainsi plus adapté d'intégrer la promotion de la santé et de la prévention au sein même des activités communautaires :

« Quand on organise quelque chose pour les migrants, on essaye toujours aussi d'intégrer un aspect de promotion de la santé et prévention. Le cadre est plus motivant puisque les gens se réunissent pour faire quelque chose et ne considèrent pas uniquement les problèmes, les soucis. Dans ce contexte-là, on pourrait parler d'activité physique, d'une meilleure nutrition, etc. ».

Finalement, plusieurs interprètes socioculturels considèrent que des projets axés autour d'un problème spécifique (alcoolisme et tabagisme par exemple) ne parviennent pas ou peu à mobiliser des franges spécifiques de cette population et ce pour au moins deux raisons : stigmatisation du groupe dans l'espace public d'une part et mise à nu de soi au sein même de son groupe d'autre part.

3.5 Les programmes de prévention du tabagisme et de la fumée passive

3.5.1 Présentation des programmes et contexte de mise en oeuvre

L'OFSP a élaboré un Programme national tabac 2008-2012 (PNT) faisant suite au programme national 2001-2008. Celui-ci définit la nouvelle stratégie nationale de lutte contre la consommation excessive de tabac. L'objectif principal du Plan adopté par le Conseil fédéral en 2008 est « de réduire le nombre des cas de maladie et des décès dû au tabagisme »⁶⁶. Afin d'atteindre cet objectif, le programme a fixé des objectifs chiffrés. La proportion de fumeurs dans la population résidente en Suisse doit ainsi diminuer de 20% pour passer de 29% (en 2007) à environ 23%. La proportion de fumeurs parmi les 14-19 ans doit diminuer de 20% pour passer de 24% (en 2007) à moins de 20%. La proportion de personnes qui sont exposées à la fumée des autres (tabagisme passif) pendant sept heures ou plus par semaine doit diminuer de 80% pour passer de 27% (en 2006) à environ 5%⁶⁶.

Du point de vue stratégique, le PNT envisage des actions dans quatre domaines : 1) information et sensibilisation ; 2) Réglementation du marché ; 3) Prévention comportementale ; et 4) Coordination et collaboration. Il s'agit notamment de mettre en œuvre des actions telles que l'augmentation de l'impôt sur le tabac ; d'implémenter des réglementations protégeant la population contre le tabagisme passif ; de soutenir les fumeurs souhaitant arrêter de fumer ou encore de mettre en œuvre une politique permettant d'encourager les cantons, les communes et les divers acteurs engagés dans la lutte contre le tabagisme à collaborer efficacement pour mettre en œuvre les mesures recommandées par le PNT.

⁶⁶ OFSP. Programme national tabac 2008–2012. Consulté le 15.02.2012. URL : <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00041/00613/index.html?lang=fr>

Le PNT divise les tâches en matière de prévention de la consommation excessive de tabac comme suit :

« Alors que les prescriptions concernant les produits, l'imposition du tabac, la protection du travail, l'organisation de campagnes nationales et la coordination de la prévention du tabagisme relèvent de la compétence de la Confédération, les cantons assument des tâches essentielles dans la prévention comportementale et structurelle. Des organisations non gouvernementales (ONG), des associations spécialisées et des acteurs privés jouent également un rôle très actif dans la prévention du tabagisme, le traitement des dépendances (conseil et thérapie), la recherche, les relations publiques ou encore les interventions politiques »⁶⁷.

Aujourd'hui, la Loi fédérale sur la protection contre le tabagisme passif ⁶⁸ du 3 octobre 2008 protège la plupart des usagers de l'espace public⁶⁹ ainsi que les employés sur leur lieu de travail. Les cantons sont dès lors dans l'obligation d'exécuter les prescriptions du droit fédéral ou de légiférer en matière de fumée passive. Par conséquent, ceux-ci peuvent soit adopter leur propre législation (pour autant qu'elle soit au moins aussi restrictive que la Loi fédérale) soit appliquer directement la Loi fédérale en accompagnant les nombreux acteurs de la société civile dans la mise en œuvre de celle-ci.

Les mesures légales en vigueur dans les cantons FRIJUNE

Afin de réaliser pleinement les objectifs du PNT, différents cantons se sont d'ores et déjà dotés d'une base légale restrictive en matière de ventes de tabac aux mineurs et de publicité. Ainsi, le canton de Jura applique la Loi fédérale et une motion demandant une réglementation de la vente de cigarettes aux moins de 18 ans a été acceptée par le Parlement en mars 2010. En janvier 2012, une modification de la loi sanitaire a été proposée en ce sens et est actuellement en discussion à la commission parlementaire de la santé. Les cantons de Fribourg et de Neuchâtel disposent d'un règlement stipulant que la fumée est interdite dans les établissements publics, mais que des fumoirs « sans service » sont autorisés – ce qui n'est pas stipulé dans la Loi fédérale. Le canton de Fribourg s'est doté d'un règlement interdisant la vente de cigarettes aux moins de 16 ans. Si aucun des cantons FRIJUNE ne dispose actuellement d'une réglementation interdisant la publicité pour le tabac dans l'espace public, le canton de Neuchâtel a déposé une motion parlementaire demandant une réglementation plus restrictive en la matière. La réponse à cette motion attend la finalisation de la Loi fédérale sur l'alcool qui contient aussi des dispositions à ce sujet. Un descriptif complet de l'état de ces législations au niveau suisse se trouve en annexe (tableau 39).

Si l'application des différentes législations réglementant la vente et la consommation de tabac représentent une part des actions menées par les cantons FRIJUNE, ceux-ci se sont également donné pour tâche de mettre en œuvre une palette d'autres actions en matière de prévention du tabagisme.

⁶⁷ OFSP, 2008. « Programme national tabac 2008 – 2012 ». Version complète. Consulté le 15.02.2012. URL : <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00041/00613/index.html?lang=fr>

⁶⁸ « Loi fédérale sur la protection contre le tabagisme passif ». Consulté le 16.02.2012. URL : <http://www.admin.ch/ch/f/ff/2008/7483.pdf>

⁶⁹ Parmi ces espaces sont mentionnés : a. les bâtiments de l'administration publique; b. les hôpitaux et les autres établissements de soins; c. les garderies, les maisons de retraite et les établissements assimilés; d. les établissements d'exécution des peines et des mesures; e. les établissements d'enseignement; f. les musées, les théâtres et les cinémas; g. les installations de sport; h. les établissements d'hôtellerie et de restauration; i. les bâtiments et les véhicules des transports publics; j. les commerces et les centres commerciaux.

État d'avancement des programmes et des plans d'action cantonaux

Au niveau national, il faut encore mentionner l'existence du Fonds de prévention du tabagisme⁷⁰ (FPT). Celui-ci est financé par une redevance de 2,6 centimes par paquet de cigarettes vendu. Cette redevance représente un revenu total d'environ 14.5 millions de francs⁷¹. Ce Fonds a pour but de soutenir les programmes et projets cantonaux menés en matière de prévention du tabagisme. Dans ce cadre, les cantons du Jura et de Neuchâtel élaborent actuellement un plan cantonal de prévention du tabagisme pouvant être soumis au Fonds en vue d'une demande de financement. Le programme de prévention du tabagisme du canton de Fribourg est quant à lui déjà financé en partie par ce Fonds. Un descriptif détaillé de l'état d'avancement de ces différents « programmes » pour chacun des cantons FRIJUNE se trouve en annexe (*tableau 38*).

Bien qu'étant le seul canton étudié à disposer formellement⁷² d'un programme cantonal de prévention en la matière, le canton de **Fribourg** – par son « Plan d'action de promotion de la santé et de prévention 2011-2015 » – ne considère pas le tabagisme comme un domaine prioritaire. En effet, le « Plan cantonal de prévention et promotion de la santé 2007-2011 » qui précède établit que, pour les dépendances, il s'agit de ne pas développer de nouvelles actions mais d'améliorer la coordination entre les actions existantes dans le cadre du programme cantonal. Le programme fribourgeois mène ses actions selon quatre axes : 1) Information, sensibilisation et coordination ; 2) Promotion d'une vie sans tabac auprès des jeunes ; 3) Accompagnement de la mise en œuvre des mesures réglementaire contre la fumée passive ; 4) Prestations pour l'aide à l'arrêt. Les domaines d'actions et les indicateurs chiffrés mentionnés par ce programme sont ainsi compatibles avec les objectifs fixés par le PNT⁷³. Ceci permet au programme fribourgeois de disposer d'un solide soutien financier de la part du FPT (1'180'000 francs soit 48% de son budget). Le programme s'adresse à toute la population. Certaines mesures ciblent en priorité les jeunes, les fumeurs, les groupes vulnérables (en termes de prévalence du tabagisme, dont peuvent faire partie des collectivités migrantes) ainsi que les multiplicateurs (dans les établissements scolaires, entreprises, les professionnels de la santé). Les mesures envisagées sont ainsi menées dans des settings tels que les établissements scolaires ou les entreprises. Le programme souhaite plus largement sensibiliser les divers multiplicateurs que sont les décideurs politiques, les chefs d'établissement scolaires, les enseignants, les directeurs des ressources humaines et les professionnels de la santé à la question du

⁷⁰ « Le fonds est financé par une redevance de 0,13 centime versée par cigarette vendue en Suisse et géré par un service spécialisé de l'OFSP ». OFSP, 2008. « Programme national tabac 2008 – 2012 ». Version complète. Consulté le 15.02.2012. URL : <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00041/00613/index.html?lang=fr>

⁷¹ OFSP. Un fonds pour une prévention durable du tabagisme. Consulté le 16.02.2012. URL: http://www.bag.admin.ch/tabak_praevention/00878/index.html?lang=fr

⁷² Par « formel » nous entendons un programme soumis et validé par le PNT et le FPT. En effet, les cantons de Neuchâtel et du Jura, bien qu'étant en train de développer leur programme cantonal respectif, mènent depuis longtemps des actions de prévention contre le tabagisme.

⁷³ Ses objectifs sont notamment : 1) La proportion de fumeurs dans la population résidente en Suisse diminue de 20% et passe de 29% (en 2007) à environ 23% ; 2) La proportion de fumeurs parmi les 14-19 ans diminue de 20% et passe de 24% (en 2007) à moins de 20% ; 3) La proportion de personnes qui sont exposées à la fumée des autres (tabagisme passif) pendant sept heures ou plus par semaine diminue de 80% et passe de 27% (en 2006) à environ 5%.

tabagisme. Ainsi, de nombreux acteurs répartis sur tout le territoire fribourgeois sont mobilisés pour participer à une prévention active et multi-située.

Dans le but de mettre en œuvre ce programme et de coordonner ce grand nombre d'acteurs, les autorités fribourgeoise ont mandaté le CIPRET Fribourg⁷⁴. En plus d'être responsable de programme, celui-ci mène des campagnes d'information et de sensibilisation spécifiquement destinées aux adolescents, aux adultes et aux entreprises. Enfin, le centre possède une base documentaire mise à disposition des écoles, des entreprises et des restaurateurs.

La Ligue pulmonaire fribourgeoise⁷⁵ assure quant à elle – sur mandat de l'Etat de Fribourg – le suivi ambulatoire des thérapies respiratoires sur tout le territoire cantonal. La Ligue pulmonaire (suisse)⁷⁶ est relayée dans les cantons FRIJUNE par des Ligues pulmonaires cantonales. Si les ligues pulmonaires cantonales sont principalement chargées d'effectuer le suivi ambulatoire et de mener des actions de prévention « localisée », la Ligue pulmonaire suisse tente de mettre sur pied et de coordonner des projets nationaux⁷⁷ que chacun des cantons et libre ou non de reprendre, d'adapter et d'implémenter. Selon un responsable de la Ligue, la majorité des projets nationaux mis en œuvre actuellement en Suisse romande restent concentrée sur le bassin lémanique. En effet, pour des raisons de ressources, les cantons ne reprennent pas automatiquement les projets de la Ligue pour les implémenter sur leur territoire respectif. Fribourg propose notamment deux projets nationaux que sont *Apprentissage sans tabac*⁷⁸ et *Entreprise sans fumée*⁷⁹. Par le biais des différentes ligues cantonales, la Ligue pulmonaire suisse fournit des **conseils de soutien permettant la mise en œuvre de** méthodes de désaccoutumance au tabac ; un cours intitulé « Comment se libérer du tabac ? » ; la mise sur pied de groupes de parole, d'écoute et d'entraide dédiés, entre autres, à celles et ceux qui souhaitent arrêter de fumer ; et une permanence téléphonique *PneumoTél* qui permet notamment d'obtenir des conseils pour

⁷⁴ CIPRET Fribourg. Consulté le 16.02.2012. URL : <http://www.cipretfribourg.ch/>

⁷⁵ Ligue pulmonaire fribourgeoise. Consulté le 16.02.2012. URL : <http://www.liguepulmonaire.ch/fr/freiburg/startseite.html>.

⁷⁶ Ligue pulmonaire. Consulté le 16.02.2012. URL : <http://www.liguepulmonaire.ch>

⁷⁷ La Ligue pulmonaire a lancé les quatre projets nationaux suivants : 1) Première année d'apprentissage sans fumée ; 2) Feelreal ; 3) Apprentissage sans tabac ; et 4) Entreprise sans fumer. Consulté le 16.02.2012. URL : <http://www.liguepulmonaire.ch/fr/themes-principaux/fumee-et-tabac/projets.html>

⁷⁸ Selon le site Internet du projet Apprentissage sans tabac : « Le projet s'adresse aux apprentis dans les entreprises et les écoles professionnelles. Un système attractif de récompenses motive et soutient les jeunes dans leurs efforts pour ne pas commencer à fumer ou pour cesser de fumer au travail et pendant les loisirs, de la première à la quatrième année d'apprentissage. Les participants s'engagent à renoncer pendant une année d'apprentissage à toute consommation de tabac (cigarettes, cannabis, narguilé, tabac à priser, snus, etc.). Des tests CO permettent de vérifier que l'engagement a bien été tenu. Les apprentis et apprenties peuvent profiter d'une consultation gratuite sur le tabagisme ». Consulté le 16.02.2012. URL : <http://www.liguepulmonaire.ch/fr/themes-principaux/fumee-et-tabac/projets/apprentissage-sans-fumee.html>

⁷⁹ Selon le site Internet du projet Entreprise sans fumée : « Le projet propose aux entreprises des stratégies et des mesures se rapportant à la fumée, aux moyens d'arrêter de fumer et au tabagisme passif. Ceci comprend la réunion d'information „Let's talk about smoking“, des entraînements de groupe pour arrêter de fumer, une offre de consultation à propos des règlements sur la fumée, et des aides à la communication interne. En outre, Entreprise sans fumée entretient un répertoire d'idées pour des manifestations d'entreprises sur mesure en faveur de la santé, et met à disposition des brochures, des prospectus et du matériel divers ». Consulté le 16.02.2012. URL : <http://www.liguepulmonaire.ch/fr/themes-principaux/fumee-et-tabac/projets/entreprise-sans-fumee.html>

arrêter de fumer. Enfin, celle-ci dispose de brochures d'information dont une catégorie est spécifiquement dédiée au tabagisme.

Le canton du **Jura** – par le biais de son Plan cantonal de PPS 2003 – estime que la lutte contre le tabagisme est l'un des domaines prioritaires pour lequel il s'agit de développer des mesures de prévention. Cependant, celui-ci ne dispose pas actuellement de programme cantonal. La Fondation O2 a le mandat de le réaliser et de le soumettre courant 2012 et ce, en vue de soumettre une demande de co-financement au FPT. Si les priorités de ce programme restent à définir, le « Programme pluriannuel de prévention et promotion de la santé » vise entre autres à informer et soutenir les personnes désireuses d'arrêter de fumer et à mettre en place des mesures visant à la protection contre la fumée passive. Sans plan cantonal de prévention du tabagisme, le canton compte en partie sur la Ligue pulmonaire jurassienne⁸⁰ pour implémenter certaines mesures ainsi que sur la Ligue jurassienne contre le cancer qui propose notamment une « aide aux personnes atteintes de cancer et à leur entourage »⁸¹ ; une permanence téléphonique *InfoCancer* ; des actions de sensibilisations (tenue de stands et mise sur pied d'atelier) ainsi que des dépistages de cancer gratuits organisés de façon ponctuelle. Certaines actions sont également menées par la Fondation Dépendances (*cool and clean* par exemple).

Le programme « *Soif de...démarches participatives* » de la Fondation O2 touche aussi cette thématique à travers plusieurs projets (pièces de théâtre « *On va faire un tabac* » par exemple). L'ensemble de ces actions ont été menées en priorité auprès des écoles et des fêtes de jeunesse c'est-à-dire auprès des jeunes. Pour la Fondation O2, il s'agit également d'effectuer un travail de coordination entre les nombreux acteurs et les multiples actions menées dans le canton. Elle souhaite aujourd'hui « consolider ces actions en les regroupant au sein d'un seul programme cantonal »⁸².

Le Plan cantonal du canton de **Neuchâtel** stipule quant à lui que les autorités doivent prendre des mesures prioritaires et initier des projets visant à réduire les dommages causés par l'alcoolisme, la toxicomanie et le tabagisme. Pour réaliser cet objectif, le canton a mandaté la Ligue pulmonaire neuchâteloise⁸³ qui gère notamment le centre *Vivre sans fumer*. Celui-ci dispose de trois axes d'activités : 1) Prévention, information, et sensibilisation ; 2) Protection contre la fumée passive et 3) Coaching, conseil et aide pour arrêter de consommer du tabac. Le centre mène ainsi un ensemble d'activités aussi divers que la mise en place de la campagne cantonale d'affichage ; l'implémentation de projets de prévention auprès des écoles ; des formations de sensibilisation pour adultes ; de l'accompagnement permettant de promouvoir la mise en œuvre de la réglementation contre la fumée passive ; du soutien de projets sportifs ou culturels « sans fumée » ; la mise à disposition de documentation et d'outils pédagogiques pour les divers acteurs cantonaux ; ainsi que des consultations tabacologiques et des suivis prenant la forme de coaching qui permettent à ceux qui le souhaitent d'obtenir une aide pour stopper leur consommation de tabac. Dans le but de coordonner l'ensemble des actions cantonales

⁸⁰ Ligue pulmonaire jurassienne. Consulté le 16.02.2012. URL : <http://www.liguepulmonaire.ch/fr/jura/page-daccueil.html>

⁸¹ Ligue jurassienne contre le cancer. Consulté le 16.02.2012. URL : <http://www.liguecancer-ju.ch>

⁸² Fondation O2. Prévention du tabagisme. Consulté le 16.02.2012. URL : <http://www.fondationo2.ch/fr/Programmes-et-projets/Prevention-du-tabagisme/Prevention-du-tabagisme.html>

⁸³ Ligue pulmonaire neuchâteloise. Consulté le 16.02.2012. URL : <http://www.liguepulmonaire.ch/fr/neuchatel/page-daccueil.html>

menées en la matière, le centre Vivre sans fumer développe, sur mandat du Service de la santé publique, un programme cantonal compatible avec les objectifs du PNT. Celui-ci sera prochainement soumis au FPT et ce, afin de disposer d'une mesure de co-financement. Enfin, comme dans les autres cantons, certaines actions sont menées en collaboration avec la Ligue neuchâteloise contre le cancer⁸⁴.

3.5.2 Analyse en regard de l'égalité des chances pour la population migrante

Au niveau national, le PNT ne fait ni mention de l'égalité des chances pour la population migrante ni mention de la réduction des inégalités de santé. Il n'évoque pas non plus de groupes prioritaires particulièrement touchés par le tabagisme. En revanche, il considère les jeunes comme un public-cible prioritaire qu'il convient de protéger du tabagisme et de la fumée passive.

Si le PNT n'évoque pas directement la population migrante, le guide pour le développement de programmes⁸⁵ de prévention du tabagisme mis à disposition des cantons souhaitant obtenir une subvention du FPT contient un indicateur prenant en compte cette population. Les cantons désireux d'obtenir l'octroi d'un financement du Fonds se doivent ainsi de décrire et d'expliquer dans quelle mesure et pour quels projets leur programme respectif tient compte de cette population. De plus, la grille des critères de qualité⁸⁶ mise à disposition des cantons contient elle aussi un indicateur intégrant la dimension de l'égalité des chances (*tableau 40*). Si ces critères de qualité ne constituent pas une condition nécessaire pour l'obtention d'un financement, précisons toutefois qu'il s'agit du seul programme national disposant d'un outil d'évaluation capable de mettre les programmes cantonaux à l'épreuve de l'égalité des chances. En effet, comme le rappelle un intervenant en matière de prévention du tabagisme, « ces critères de qualité imposent nécessairement une réflexion et une meilleure prise en considération de l'égalité des chances dans notre programme de prévention ». Pour terminer, la demande de financement⁸⁷ devant être soumise au FPT contient également un point d'évaluation demandant aux cantons de préciser dans quelle mesure leur programme tient compte de l'égalité des chances pour la population migrante (*tableau 41*).

Au niveau des plans cantonaux de PPS, la prévention du tabagisme fait partie des priorités pour les cantons du **Jura et de Neuchâtel**. Si des programmes cantonaux sont en cours de conception pour ces deux cantons, les objectifs poursuivis par le canton de Neuchâtel sont formalisés dans le contrat qui lie la Ligue pulmonaire au centre Vivre sans fumer qu'elle a pour mission de gérer sur mandat de l'État de Neuchâtel. Enfin, bien que la population migrante (JU) et la population vulnérable (NE) fassent partie du public-cible général des plans cantonaux respectifs de ces deux cantons, aucune mention spécifique ne précise pour

⁸⁴ Ligue neuchâteloise contre le cancer. Consulté le 16.02.2012. URL : <http://www.liguecancer-ne.ch/fr/prevention/>

⁸⁵ OFSP – FPT. « Financement des programmes cantonaux de prévention du tabagisme. Guide pour le développement de programmes ». Consulté le 16.02.2012. URL : http://www.bag.admin.ch/tabak_praevention/index.html?lang=fr

⁸⁶ OFSP – FPT. « Critères de qualité pour l'évaluation de projets de prévention du tabagisme ». Consulté le 16.02.2012. URL: http://www.bag.admin.ch/tabak_praevention/10066/index.html?lang=fr

⁸⁷ OFSP – FPT. « Demande de financement d'un projet de prévention ». Consulté le 16.02.2012. URL: http://www.bag.admin.ch/tabak_praevention/10066/index.html?lang=fr

l'heure dans quelle mesure ces populations sont prioritaires ou nécessitent des actions spécifiques en matière de prévention du tabagisme. Or, selon le GMMII, on sait que certaines collectivités migrantes – et plus particulièrement les hommes – ont une propension plus élevée à consommer régulièrement du tabac que la population suisse (cf. 2.3.4, page 43).

Du côté des responsables du centre **neuchâtelois** Vivre sans fumer, on attendait les résultats du rapport épidémiologique cantonal de l'Obsan (2011)⁸⁸ sur le tabac. En effet, selon un responsable, le futur programme cantonal de prévention du tabagisme devrait faire la part belle aux migrants et aux personnes vulnérables. Ce rapport, qui doit servir de base de connaissance pour le développement de ce futur programme cantonal, n'a toutefois pas effectué d'analyse concernant la consommation de tabac de la population migrante. En effet, les effectifs de cette population étaient trop bas pour pouvoir en tirer des conclusions significatives. Le canton ne dispose donc d'aucune donnée statistique spécifiquement cantonale concernant la consommation de tabac de cette population.

De son côté, le canton de **Fribourg** a formalisé cette problématique dans son « Plan d'action 2012-2015 ».

« [En effet, ce Plan stipule que, du point de vue du] comportement sanitaire : par rapport à la population suisse, les personnes migrantes ont tendance à adopter plus souvent des comportements pouvant affecter leur santé (consommation de tabac, mauvaise alimentation, manque d'activité physique). Elles sont moins bien informées sur le système de santé et recourent moins souvent aux offres de prévention et de promotion de la santé (examen de dépistage du cancer p. ex.) ».

Lors de l'élaboration de son Plan d'action, le canton de Fribourg a ainsi intégré et problématisé la question de l'accès de la population migrante à ces programmes de PPS. En matière de prévention du tabagisme, le canton propose un Jalon (N°4) spécifiquement dédié à la mise en œuvre d'une « prévention du tabagisme centrée sur la migration ». Ce document propose notamment une réflexion sur la problématique de la consommation excessive de tabac par la population migrante, sur l'hétérogénéité des individus qui composent en réalité la catégorie dite de « migrants » ainsi que sur les moyens d'atteindre plus particulièrement certaines parties de cette population. Par le biais de données épidémiologiques, ce jalon identifie également certains public-cibles prioritaires, propose des champs d'intervention spécifiques et mène une réflexion sur la nécessité de combiner ouverture transculturelle et approche spécifique.

Analyse de quelques-uns des projets menés dans les cantons FRIJUNE

Quatre **projets intercantonaux** de prévention du tabagisme sont aujourd'hui mis à disposition des cantons par la Ligue pulmonaire suisse. Fribourg participe à deux de ces projets à savoir : *Apprentissage sans tabac* et *Entreprise sans fumée*. Dans l'ensemble, ces deux projets n'évoquent pas l'égalité des chances pour la population migrante et n'ont pas pris de dispositions spécifiques pour réduire les inégalités de santé en la matière. Il convient toutefois mentionner que la ligne *Stop-tabac* – qui permet aux jeunes d'obtenir des conseils pour arrêter de fumer dans le cadre du projet *Apprentissage sans tabac* – met à disposition un service d'information disponible en cinq langues étrangères (albanais, espagnol, portugais, serbo-croate-bosniaque et turc). Cette mesure permet ainsi d'améliorer sensiblement l'accessibilité d'une partie du projet *Apprentissage sans tabac*

⁸⁸ Obsan, 2011. « Epidémiologie du tabac dans le canton de Neuchâtel ». Consulté le 15.02.2012. URL : <http://www.ne.ch/neat/site/jsp/rubrique/rubrique.jsp?StyleType=bleu&CatId=13359>

aux personnes allophones. Le projet *Entreprise sans fumée* se propose quant à lui d'intervenir sur demande dans les entreprises souhaitant obtenir un soutien pour la mise en œuvre de mesures de prévention du tabagisme. Si cette approche par le monde du travail paraît intéressante, un rapide détour sur la page d'accueil du site Internet du projet⁸⁹ (tableau 42) ainsi que sur les références que mentionnent celui-ci⁹⁰ nous indique que ce projet touche surtout les entreprises actives dans le secteur tertiaire (mais non pas l'hôtellerie-restauration) ; entreprises dans lesquelles la population migrante est sensiblement sous-représentée. Le rapport Obsan 43 sur la santé dans canton de Fribourg mentionne en effet que les étrangers sont plus régulièrement exposés à la fumée passive sur le lieu de travail (19.4% contre 14.6%) et que le tabagisme touche plus les ouvriers (environ 33% de fumeurs) – et on sait que la population migrante est surreprésentée dans le secteur ouvrier – que les employés de bureau (environ 23%) (Obsan 2010: 66-68).

Du point de vue de l'**accès aux informations**, nous avons constaté que peu de documents, de brochures et de sites Internet sont traduits dans d'autres langues que les langues nationales. Le site *stop-tabac.ch*⁹¹ existe par exemple en espagnol et en portugais. Pour combler ce manque, la plateforme d'information *migesplus.ch* – dont le site Internet vient d'être traduit en plusieurs langues étrangères – propose une série de brochures concernant la prévention du tabagisme qui elles aussi sont traduites en diverses langues étrangères. Si cette plateforme constitue un outil complémentaire permettant de diffuser des informations de prévention à l'ensemble de la population migrante, il faut toutefois garder à l'esprit qu'Internet peut constituer un obstacle technologique important pour certaines parties de la population.

Il convient également de mentionner les démarches entreprises par le CIPRET pour mettre sur pied un projet pour la population migrante afin d'identifier des besoins spécifiques de celle-ci dans le canton de Fribourg et un autre projet adressé à la communauté portugaise en 2012- 2013.

Selon certains responsables en matière de prévention du tabagisme des cantons de Neuchâtel et de Fribourg, les **campagnes d'affichages** menées par leur service sont assez peu adaptées à la population migrante et ce, qu'il s'agisse de la composition de l'affiche (photo/mise en scène) ou du message véhiculé. Ces mêmes responsables nous ont ainsi confiés que leurs actions ne touchaient que très partiellement cette population tout comme la population vulnérable et/ou précarisée. Selon eux, le manque de moyens est la raison principale de cette difficulté dans la mesure où mettre en œuvre une politique de prévention pleinement capable d'atteindre ces populations implique « de sortir du bureau, d'aller sur le terrain, dans les entreprises et autres lieux que fréquente cette population afin de prendre contact directement avec les personnes concernées ». Allouer plus de ressources – économiques et humaines – semble donc nécessaire si les cantons et la Confédération souhaitent développer des réseaux de connaissance et d'intercompétence régionaux capables de travailler à même le terrain en collaboration avec les acteurs impliqués c'est-à-dire les institutions, les entreprises, les associations et l'ensemble des acteurs avec lesquels la population migrante peut avoir un contact ordinaire régulier. Par

⁸⁹ Sur la page d'accueil, les illustrations ne font allusion qu'à des entreprises dont les actions sont principalement orientées dans l'économie de service.

⁹⁰ Nous ne citerons ici que Nestlé, Swisscom, HSBC Private Bank, Nespresso Avenches, Groupe Mutuel, SUVA, Helsana Lausanne ou encore Ringier Romandie.

⁹¹ Stop-tabac.ch. Consulté le 20.03.2012. URL : <http://www.stop-tabac.ch/fra/>

ailleurs, certains interlocuteurs évoquent la réticence d'allouer des ressources conséquentes pour des groupes-cibles restreints, étant donné que la population migrante reste relativement limitée dans le canton de Fribourg.

3.6 Les programmes de dépistage du cancer du sein

3.6.1 Présentation des programmes et contexte de mise en œuvre

La Fédération suisse des programmes de dépistage du cancer du sein (FDCS)⁹² a vu le jour en 2008 sous l'impulsion de la Conférence Latine des Affaires Sanitaires et Sociales. Si seuls les six cantons romands avaient entrepris de mettre sur pied un programme cantonal de dépistage jusqu'en 2009, cette Fédération regroupe aujourd'hui dix cantons suisses. Parmi les adhérents comptent : les trois cantons FRIJUNE que sont Fribourg, Jura et Neuchâtel ; les trois autres cantons romands que sont Genève, Vaud et Valais ; ainsi que les trois cantons alémaniques que sont St-Gall (depuis 2010), Thurgovie (depuis 2011) et les Grisons (depuis 2011).

La collaboration entre les cantons du Jura, de Neuchâtel et les trois districts appartenant au Jura bernois remonte à 2001. Celle-ci a entre autres abouti à la création du Centre de dépistage du cancer du sein BEJUNE⁹³. Dans le canton du Jura, ce centre est opérationnel depuis 2005. En 2007, ses activités se sont étendues au canton de Neuchâtel et depuis 2009, celui-ci intègre également la région du Jura bernois. De son côté, le Centre fribourgeois de dépistage du cancer du sein de la Ligue fribourgeoise contre le cancer⁹⁴ a été inauguré en 2004, année qui marque également le démarrage concret du programme de dépistage fribourgeois.

Ces deux programmes partagent le même but à savoir de promouvoir, d'implémenter et de gérer la mise en œuvre du dépistage systématique du cancer du sein auprès des femmes âgées de 50 à 69 ans. Par l'envoi d'un courrier personnalisé, celles-ci sont invitées à effectuer une mammographie biennale. Le courrier se compose de cinq documents : 1) Une lettre d'information personnalisée ; 2) Un coupon réponse ; 3) Une brochure d'information ; 4) Un questionnaire de santé destiné aux techniciens en radiologie médicale et aux radiologues chargés d'effectuer l'examen ; 5) Une liste des établissements agréés par les cantons dans lesquels les femmes désirant participer au dépistage peuvent librement aller effectuer une analyse. À la suite de l'examen – et contrairement à un examen standard qui permet au patient de disposer directement des résultats – un courrier contenant les résultats est envoyé par poste à la participante dans un délai de huit à dix jours. D'un point de vue quantitatif, les programmes de dépistage des cantons BEJUNE et

⁹² La Fédération regroupe les membres actifs suivants : le Centre de dépistage du cancer du sein BEJUNE (Jura bernois – Jura - Neuchâtel) ; le Centre fribourgeois de dépistage du cancer du sein de la Ligue fribourgeoise contre le cancer ; la Fondation genevoise pour le dépistage du cancer du sein donna – Brustkrebs-Früherkennung für Frauen ab 50, St. Gallen ; Thurgauer Programmzentrum für Brustkrebsfrüherkennung ; le Centre valaisan de dépistage du cancer du sein de Promotion Santé Valais ; la Fondation vaudoise pour le dépistage du cancer du sein.

⁹³ BEJUNE – Présentation – Historique. Consulté le 09.02.2012. URL : <http://www.brust-screening.ch/fr/berne-jura-neuchatel/presentation>

⁹⁴ Fribourg – Présentation – Historique. Consulté le 09.02.2012. URL : <http://www.brust-screening.ch/fr/fribourg/presentation>

du canton de Fribourg concernant respectivement 32'500 et 28'000 femmes éligibles au total.

En plus des courriers adressés directement aux femmes éligibles, ces programmes mènent diverses actions d'informations et de sensibilisation sur cette problématique. Les rapports d'activités annuels de ces deux programmes ⁹⁵ et ⁹⁶ font état, pour l'année 2010, de la mise sur pied d'un stand d'information, de la tenue de conférences et de la publication d'un certain nombre d'articles de presse. Hormis l'envoi de courriers personnalisés pour chacune des femmes éligibles de ces cantons, une action de communication a été la distribution d'un dépliant d'information tout ménage envoyé à 127'000 exemplaires dans les cantons du Jura (en 2009) et de Neuchâtel (en 2010). Cette action ponctuelle unique n'est pas reconduite, mais d'autres interventions (articles, exposition, tout ménage, actions sportives, mailing, etc.) sont ou ont été menées. Les Ligues communiquent également avec tous les médecins traitants (gynécologues et médecins généralistes) qui sont des relais de 1ère importance vers les femmes concernées.

3.6.2 Analyse des programmes en regard de l'égalité des chances pour la population migrante

La FDSC s'est donnée pour mission :

« de promouvoir le dépistage du cancer du sein en Suisse, ainsi que de coordonner et gérer les activités communes aux différents programmes cantonaux de dépistage du cancer du sein, afin de garantir l'égalité d'accès à une mammographie de dépistage de grande qualité »⁹⁷.

Celle-ci inscrit ainsi au moins deux dimensions propres à l'égalité des chances (l'accessibilité et la qualité) dans la définition de ses objectifs. Son rapport d'activité annuel réitère également une volonté de fournir un « dépistage de qualité, efficient et accessible à toutes »⁹⁸.

—La FDSC a, dans ce but réalisé une brochure d'information avec le soutien de l'OFSP et de *migesplus* (3.4.2). Le nouveau programme de dépistage du canton de Thurgovie, tout comme ceux des cantons BEJUNE et de Fribourg utilisent cette brochure auprès de toutes les femmes potentiellement éligibles dans ces cantons. Selon un responsable du programme BEJUNE, cette brochure a, au départ, été spécifiquement conçue pour les femmes migrantes. Or, la qualité atteinte par ce nouvel outil de communication a poussé les responsables du programme à adopter cette brochure pour mener leur campagne de prévention auprès de toute la population. Toujours selon ce même spécialiste, produire une seule brochure permet aussi d'éviter de stigmatiser la population migrante. Les brochures d'information, disponibles depuis mai 2012 en neuf langues sur les sites des programmes ont été diffusées auprès des cabinets médicaux et Centres de radiologie et la mention de leur existence a été intégrée dans le courrier envoyé aux femmes (<http://www.depistage-sein.ch>).

⁹⁵ « Rapport d'activité annuel 2010 » (BEJUNE). Consulté le 09.02.2012. URL : <http://www.brust-screening.ch/fr/berne-jura-neuchatel/documentation>

⁹⁶ « Rapport d'activité annuel 2010 » (Fribourg). Consulté le 09.02.2012. URL : <http://www.brust-screening.ch/fr/fribourg/documentation>

⁹⁷ Présentation de la Fédération. Consulté le 09.02.2012. URL : <http://www.brust-screening.ch/fr/la-federation>

⁹⁸ « Rapport d'activité annuel 2010 » (FDSC). Consulté le 09.02.2012. URL : <http://www.brust-screening.ch/fr/la-federation/documentation>

Les invitations personnalisées – ainsi que les dépliants diffusés par courrier tout ménage – ne sont quant à eux disponibles qu’en français et allemand.

Monitoring et prise en compte des facteurs migratoires

Tout comme les programmes AAP, les programmes de dépistage du cancer du sein sont soumis à un effort de coordination et de standardisation. Le développement d’un outil statistique permettant de mener des monitorages sur un plan quasi-national devrait permettre à la fois de développer et de partager les connaissances produites par l’évaluation des programmes cantonaux de dépistage mais aussi d’identifier des besoins propres à la population migrante par exemple. Pour les cantons de Neuchâtel et du Jura, les évaluateurs du programme BEJUNE disposent en effet de données jusqu’en 2011 sur la nationalité des femmes à inviter uniquement pour le canton de Neuchâtel. Les données pour le Jura bernois existent pour 2012. Comme nous l’avons mentionné précédemment (cf. page 44), l’évaluation de ce programme BEJUNE (Bulliard et Levi 2011) a montré que les femmes de l’est et des Balkans – et plus généralement les femmes issues de pays extra-européens – participent sensiblement moins que les Suissesses au programme de prévention du cancer du sein.

Si le rapport d’activité annuel 2010 de la FDGS ne précise pas la nécessité de disposer de données désagrégées pour la population migrante, un responsable du programme BEJUNE nous a informé que le logiciel d’évaluation à disposition des évaluateurs des programmes de dépistage a prévu la possibilité de renseigner un champ « nationalité » et « état civil ». Cependant, tous les programmes ne disposent pas de ces renseignements. En effet, la décision de mettre à disposition ce type de données relève du préposé au contrôle des habitants et/ou des outils du contrôle des habitants. Le logiciel de gestion, géré par la FDGS, est commun à tous les programmes en Suisse. Il dispose d’un module spécifique permettant de procéder de manière anonyme à l’évaluation épidémiologique des programmes de dépistage. De plus, la FDGS prévoit des évaluations individuelles pour chaque programme, ainsi qu’un monitoring national de l’ensemble des résultats obtenus par ces évaluations.

Les démarches entreprises par le programme BEJUNE marque ainsi un premier pas vers la construction d’un outil d’évaluation permettant d’évaluer la participation de la population migrante à ce type de programme. Dès lors, disposer de données épidémiologiques ventilées par nationalité – et pourquoi pas par langue et par catégorie socio-économique – peut permettre d’identifier des besoins spécifiques et de mesurer l’impact des campagnes d’informations sur différentes catégories de la population⁹⁹.

Les programmes de dépistage, du fait que leur fonctionnement, impliquent également la nécessité de disposer des adresses permettant l’envoi d’une invitation personnalisée à toutes les femmes éligibles dans les cantons. De ce fait, ceux-ci occupent potentiellement une position privilégiée en matière de diffusion d’information relative à leurs activités. En effet, en plus de la possibilité d’effectuer des monitorages, ces données pourraient permettre d’effectuer des envois postaux combinant à la fois des documents traduits dans les langues nationales locales et des documents traduits en fonction de la langue que présuppose la nationalité des femmes élues par le programme. L’idéal serait évidemment

⁹⁹ Il faut tenir compte de l’existence d’un conflit d’intérêts entre l’exigence stricte de protection de donnée et l’utilisation des variables à des fins de recherche.

de disposer à la fois de la nationalité et de la langue parlée par chacun des individus résidants sur le territoire helvétique afin de pouvoir les atteindre dans leur(s) langue(s) de préférence.

Dans les cantons FRIJUNE, pour des raisons de protection de la vie privée, les autorités cantonales ne transmettent généralement pas les données communales concernant la nationalité aux responsables des programmes de PPS. Au contraire du rapport d'évaluation fribourgeois¹⁰⁰, l'évaluation du programme BEJUNE dispose donc de données désagrégées anonymisées pour la population migrante. Selon un responsable de programme interrogé à ce sujet, ces données ont notamment permis d'engager un processus de réflexion sur l'accessibilité des femmes migrantes au programme :

« Je pense qu'offrir une information qui soit compréhensible et permette une égalité des chances d'accès à toutes les femmes et ce, indifféremment de la nationalité, devient enfin un sujet de préoccupation. Or, lorsque nous avons mis le programme sur pied, nous n'avons pas pensé d'emblée à la manière dont nous allions approcher les femmes migrantes. C'est suite à l'évaluation de notre programme qu'il m'a été donné la mission de toucher celles-ci afin qu'elles participent plus au programme de dépistage ».

Loin de constituer une simple base de connaissance, les évaluations intégrant des données concernant l'origine et la migration permettent d'engager des réflexions en faveur d'une prise en compte croissante de ces facteurs dans les politiques de PPS. En effet, la phase d'évaluation permet de faire suite à une phase de « re-conceptualisation » (au moins partielle) de l'approche et une « ré-adaptation » des mesures proposées par le programme.

De la nécessité de mieux informer

Si prendre en compte certains facteurs tels que la barrière linguistique s'avère nécessaire pour améliorer l'accessibilité des programmes de dépistage à la population issue de la migration, bon nombre d'autres obstacles entravent également la participation de certaines parties de cette population aux programmes de dépistage du cancer du sein. Ainsi, selon les propos d'un spécialiste :

« l'un des freins possible pour les femmes migrantes est la méconnaissance du programme ainsi que les coûts de participation. Or, dans le canton du Jura, celui-ci est gratuit. Le coût ne devrait donc pas être un frein à condition qu'elles en soient informées ».

Depuis 2010, le Département fédéral de l'intérieur a en effet décidé que l'assurance obligatoire devait prendre en charge les coûts des examens de dépistage à condition que ceux-ci soient effectués dans le cadre d'un programme¹⁰¹. Aujourd'hui, les mammographies effectuées dans le cadre des programmes cantonaux sont ainsi remboursées « hors franchise »¹⁰² par l'assurance obligatoire à l'exception de la quote-part de 10% (soit 18.50 CHF) qui sont à la charge de la participante. Dans le canton du Jura, cette somme est prise en charge par des collectivités publiques.

Selon les migrantes interrogées mais aussi plusieurs interprètes socioculturels, une partie de la population migrante est relativement peu informée du fonctionnement institutionnel

¹⁰⁰ « Rapport évaluation 3ème vague » (Fribourg). Consulté le 09.02.2012. URL : <http://www.brust-screening.ch/fr/fribourg/documentation>

¹⁰¹ http://www.parlament.ch/f/suche/pages/geschaeft.aspx?gesch_id=20105176

¹⁰² « Hors franchise » c'est-à-dire que la participante n'a pas besoin d'avoir atteint sa franchise pour bénéficier du remboursement d'une mammographie effectuée dans le cadre d'un programme de dépistage.

des programmes de dépistage. Bien informer cette population sur les coûts qu'occasionne l'examen ainsi que sur ses droits en matière d'assurance maladie est donc primordial si l'on souhaite augmenter les chances de participations de cette catégorie de la population au programme de dépistage du cancer du sein.

Dans ce domaine, tel qu'en témoigne un responsable de programme à ce sujet, il semble que les hommes puissent aussi jouer un rôle de multiplicateur important que les programmes de dépistage pourraient mieux prendre en compte. En effet :

« Ce qui est ressorti de notre évaluation, c'est que c'est principalement les femmes non-européennes et les femmes de l'Europe de l'Est et des Balkans qui participent le moins au programme de dépistage. Ainsi, nous avons été contactés par une association d'Anatolie du Jura pour donner une séance d'information à ce sujet. J'avais été surprise de voir que sur la quinzaine de participants, il n'y avait beaucoup plus d'hommes que de femmes ».

Bien que notre étude ne fournisse pas de preuves concrètes supplémentaires en la matière, cet exemple montre que les hommes peuvent aussi constituer d'importants multiplicateurs dans le sens où ceux-ci peuvent aussi jouer le rôle de relai auprès des femmes ; relai qui peut ou non (selon les contextes) participer à favoriser la participation de certaines femmes aux programmes de dépistage du cancer du sein.

En effet, si le public-cible des programmes de prévention du cancer du sein est exclusivement féminin, il est important que celles-ci ne soient pas les seules visées par les campagnes d'information. Car plus l'entourage prend connaissance de la nécessité d'une détection précoce et plus il y a de chances que chaque femme ait un accès privilégié à l'information concernant ces programmes.

Participation insuffisante ?

Les directeurs du programme BEJUNE ont également mis sur pied une séance d'information spécifiquement dédiée à la population migrante. Malheureusement, selon un responsable du programme :

« L'expérience d'avoir voulu rassembler toutes les communautés pour une séance d'information n'a eu aucun succès puisque seulement trois femmes se sont déplacées pour cette séance ».

Si notre étude n'est pas en mesure d'expliquer cette difficulté à mobiliser la population migrante autour de cette thématique, relevée également par la littérature spécialisée (Duverger et al. 2007), ce cas ne fait pas figure d'exception dans les mesures de PPS. Cet exemple est intéressant dans la mesure où il peut servir à questionner la façon dont sont pensées les actions spécifiques destinées à la population issue de la migration. Dès lors, il s'agirait d'encourager la constitution de groupes de réflexion et d'appeler les développeurs de programmes à recourir systématiquement à l'**évaluation** de leur projet ; évaluation dans lesquelles on peut imaginer prendre en compte l'opinion des participants – mais aussi et surtout l'opinion de celles et ceux qui ont sciemment décidé de ne pas participer – et ce, afin d'étudier et de comprendre par quels canaux (setting, réseaux) peuvent s'opérer des échanges constructifs avec les collectivités dont on sait qu'elles participent moins que d'autres. Ainsi, on pourrait également examiner – comme le suggèrent certaines personnes consultées – si une moindre participation ne s'inscrit pas dans un accès au système de santé et aux offres de prévention qui est généralement plus difficile, simplement du fait du non degré d'urgence de ces questions en regard des autres problématiques plus urgentes qui doivent être assumées.

Rapport au corps et à la nudité : un obstacle à la participation ?

Si nous n'avons pas pu approfondir la question du rapport au corps et de la nudité, nous pouvons affirmer qu'aucune des femmes migrantes interviewées n'a estimé que la nudité ait représenté un obstacle à leur participation au programme de dépistage. De leur côté, les divers spécialistes interrogés ont estimé que le fait de devoir se dévêtir pour une mammographie pouvait être un obstacle significatif pour certaines collectivités migrantes ; fait que nous n'avons pas pu vérifier concrètement dans le cadre de notre étude. Toutefois, lors de l'élaboration de la nouvelle brochure de promotion des programmes de dépistage réalisée par la FDCS, les responsables des programmes de dépistage ont précisé qu'il était possible de demander que ce soit une technicienne qui effectue l'examen.

Suivi médical, « culture sanitaire » et participation au dépistage : une question de priorité ?

Les migrantes que nous avons interrogées nous ont toutes trois révélé qu'elles avaient effectué un examen sur les conseils de leur gynécologue. Etre affiliées à un réseau de soins gynécologiques a donc participé de leur décision d'effectuer un dépistage. L'une d'entre elles l'a exprimé de la manière suivante :

« À cinquante ans, j'ai reçu une lettre à domicile m'invitant à effectuer un dépistage préventif. Je n'y suis pas tout de suite allée et j'ai même reçu un rappel. C'est seulement lors de mon contrôle gynécologique annuel que mon médecin m'a vivement conseillé d'effectuer l'examen. Il m'a finalement convaincue et je suis allée faire une mammographie ».

On notera ici toute l'importance du suivi gynécologique par lequel cette femme a finalement décidé de prendre part au dépistage du cancer du sein. Si toutes nos interlocutrices disposent de connaissances en matière de prévention du cancer du sein, l'une d'entre elles a précisé qu'au Portugal *« elle avait l'habitude, comme beaucoup d'autres femmes »* de consulter un gynécologue depuis le plus jeune âge. Cette habitude, propre à la « culture sanitaire » de son pays d'origine, explique peut-être en partie la tendance selon laquelle les Portugaises participeraient plus aux programmes de dépistages que les Suissesses ou les autres communautés migrantes (GMM II).

Si les migrantes que nous avons interrogées avaient connaissance de l'importance d'effectuer un dépistage du cancer du sein, celles-ci ont parfois tardé avant d'effectuer leur première mammographie. En effet, lorsque les nombreux problèmes quotidiens s'accumulent, s'occuper de soi peut devenir difficile. Comme l'a exprimé concrètement l'une d'entre elles :

« Ma famille était grande et mon mari était malade donc je n'avais pas le temps d'effectuer une mammographie car j'étais déjà très occupée. J'ai toujours donné la priorité à ma famille ainsi, il m'était très difficile de m'occuper de moi ».

Ces propos illustrent que le manque d'« empressement préventif » est le fruit d'un contexte social spécifique et notamment de contraintes matérielles, familiales et professionnelles particulières. Pour nos interlocutrices – qui vivent dans des conditions de vie relativement difficiles (souci financier, travail éprouvant, mari malade, etc.) – la prévention n'est pas une priorité du moins tant que celles-ci sont en bonne santé. Des études concernant les demandeurs d'asile et les sans-papiers – en situation d'autant plus précaire – confirment cette tendance (Achermann et Chimienti 2006). Cependant, les données permettant de comprendre les stratégies sanitaires des couches sociales défavorisées restent encore lacunaires. Le développement de connaissances à ce sujet permettraient de mieux comprendre les choix opérés par ces individus, de leur offrir un

soutien social capable de les ré-affilier au système de santé et de pouvoir effectuer un travail de proximité (*outreach work*).

Améliorer la participation par la constitution de réseaux de proximité ?

Si les migrantes que nous avons rencontrées dans le cadre de l'analyse du dépistage du cancer du sein étaient toutes affiliées – ne serait-ce que par la consultation régulière d'un gynécologue – au système de santé, il existe cependant tout un pan de la population migrante qui ne dispose pas des connaissances et des réseaux sociaux nécessaires pour y accéder. Isolés, ne parlant parfois pas l'une des langues nationales, certains migrants sont susceptible de ne connaître ni leurs droits ni l'existence de mesures de PPS.

Cette désaffiliation au système de santé a été mentionnée à plusieurs reprises lors du focus group mené avec les interprètes socioculturels. Dans le but de toucher ce public-cible souvent difficile à identifier, le programme BEJUNE a par exemple approché l'association neuchâteloise RECIF¹⁰³ pour y effectuer deux ateliers sur la thématique du dépistage du cancer du sein¹⁰⁴. Dans le canton du Jura, les dirigeants du programme BEJUNE prévoient de rencontrer prochainement le CAFF qui vient d'emménager dans le même immeuble. Comme l'explique l'un des responsables de ce programme :

« C'est vrai que quand j'ai appris que le CAFF venait dans l'immeuble, je me suis dit que ça pourrait faire un lien plus direct et qu'on pourrait renforcer la collaboration. Il faut renforcer la collaboration entre les acteurs et ce, afin d'avoir une meilleure connaissance des femmes migrantes et de pouvoir ainsi les atteindre ».

Tel que nous l'avons explicité à propos du projet *Réseau de mères de contact* (cf. point 3.3.2), créer un réseau de proximité en s'appuyant, dans le cas des programmes de dépistage, sur une structure d'accueil déjà existante est un moyen privilégié pour établir des réseaux et entrer en contact de la population migrante. Il s'agit aussi de promouvoir la coopération entre des acteurs qui rencontrent certainement les mêmes difficultés à identifier et à atteindre certaines parties de la population migrante. Comme le résume un responsable du programme BEJUNE :

« Je pense que, dans le canton du Jura, il y a une bonne entente entre les acteurs. On travaillerait volontiers avec d'autres acteurs et notamment avec la Fondation O2 ou avec RECIF (du canton de Neuchâtel), mais en fait, on est un peu cloisonné dans nos programmes et on ne profite pas de l'expérience des autres pour mettre sur pied un réseau réellement capable d'approcher les femmes migrantes. Pourtant, on a sans doute les mêmes problématiques ».

Enfin, certains intervenants ont tenu à préciser que des moyens conséquents sont nécessaires pour améliorer la prise en compte des populations précarisées dont une part significative est issue de la migration. En effet, il tient aux autorités compétentes d'allouer les ressources nécessaires à la création de réseaux solidement ancrés sur le terrain qui permettent à la fois d'identifier et d'atteindre ce type de population.

¹⁰³ RECIF – Rencontre; Echanges; Centre; Interculturel; Femmes. Consulté le 09.02.2012. URL : <http://www.recifne.ch/introduction.php>

¹⁰⁴ *Rapport d'activité annuel 2010* (BEJUNE). Consulté le 09.02.2012. URL : <http://www.brust-screening.ch/fr/berne-jura-neuchatel/documentation>

3.7 Les programmes de promotion de la santé psychique

3.7.1 Présentation et contexte de mise en œuvre

Parmi les nombreuses définitions de la santé psychique¹⁰⁵ figure celle de l'OMS : celle-ci souligne que la santé psychique « est davantage que l'absence de troubles ou de handicaps mentaux »¹⁰⁶. En effet, pour l'OMS, la santé psychique « est un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté »¹⁰⁷. On peut compléter ici cette définition par celle que reprend l'Obsan dans son rapport intitulé « La santé psychique en Suisse ».

« La santé psychique comporte plusieurs dimensions, parmi lesquelles on peut citer le bien-être personnel, la joie de vivre, l'estime de soi, l'aptitude à établir des relations avec les autres, l'aptitude à gérer le quotidien, à accomplir un travail et à participer à la vie sociale. Être psychologiquement en bonne santé, c'est aussi être conscient de sa valeur et de sa dignité personnelle, tout en respectant la valeur et la dignité d'autrui (Health Education Authority 1999 in Obsan 2007, 8)¹⁰⁸.

La santé psychique peut, dès lors, être considérée comme :

« un équilibre entre les contraintes externes et internes qui s'exercent sur l'individu et les ressources externes et internes dont il dispose pour y faire face. Elle requiert une adaptation constante et active à des réalités objectives et subjectives qui évoluent sans cesse. La santé psychique peut être envisagée comme le résultat d'interactions complexes entre des facteurs biologiques, psychologiques, socioéconomiques, socioculturels et institutionnels. Elle n'est pas un état qui résulterait des dispositions personnelles et des comportements du sujet, mais un processus dynamique influencé à la fois par des paramètres individuels et par des facteurs exogènes » (OMS 2001 in Obsan 2007, 8).

La stratégie nationale en matière de santé psychique est nourrie par cette approche et repose sur le fait que « des études nationales et internationales montrent que chaque année approximativement 20% à 25% de la population suisse souffrent de troubles psychiques »¹⁰⁹. C'est pourquoi la Confédération, en accord avec les cantons, a défini que l'amélioration de la santé psychique était à la fois une priorité politique de santé publique et une priorité économique. En 2004, l'OFSP a publié un rapport intitulé « Projet pour une stratégie nationale visant à protéger, promouvoir, maintenir et rétablir la santé psychique de la population en Suisse »¹¹⁰. Cette stratégie a été approuvée par plusieurs offices

¹⁰⁵ C'est sur la base de Ricka et Gurtner (2004) que nous avons opté pour le terme de santé « psychique » plutôt que pour celui de « santé mentale ». En effet, cette enquête a montré que si le terme de « santé psychique » était à la fois plus « compréhensible » aux yeux de la population interrogée et associé à une connotation plus neutre et positive ; le terme de « santé mentale » portait, quant à lui, à confusion en recouvrant à la fois les aspects intellectuels, cognitifs (déficience mentale) et psychiques.

¹⁰⁶ OMS, 2010. « La santé mentale : renforcer notre action ». Aide-mémoire N°220. Consulté le 21.02.12. URL : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/>

¹⁰⁷ Ibid.

¹⁰⁸ HEA (1999) « *Community Action for Mental Health* », in Schuler, Daniela, Rüesch, Peter et Weiss, Carine (2007), Obsan – Document de travail 24 : « *La santé psychique en Suisse* ».

¹⁰⁹ OFSP. Santé psychique. Les données et les faits. Consulté le 21.02.2012. URL : <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00683/01916/index.html?lang=fr>

¹¹⁰ OFSP, 2004. « Projet pour une stratégie nationale visant à protéger, promouvoir, maintenir et rétablir la santé psychique de la population en Suisse ». Consulté le 21.02.2012. URL : <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00683/01916/index.html?lang=fr>

fédéraux, par divers services cantonaux de la santé publique ainsi que par certaines organisations privées. Celle-ci définit bon nombre d'objectifs dont notamment :

- Améliorer la bonne santé psychique de la population en Suisse ;
- faciliter l'accès à des traitements adéquats ;
- améliorer la participation des personnes concernées et de leurs proches ;
- réduire la chronicité des troubles psychiques et diminuer le nombre de personnes devant être mises au bénéfice d'une rente AI ;
- diminuer le nombre de suicides ;
- accroître la satisfaction des patients et réduire la fréquence du burnout (épuisement) chez les professionnels ;
- accroître l'attractivité du travail avec les personnes malades psychiques.

On peut également observer que la population migrante fait partie intégrante des objectifs définis par cette stratégie. Celle-ci souhaite ainsi étendre l'offre¹¹¹, en améliorer l'accès¹¹², développer certaines mesures spécifiques¹¹³ mais aussi combler le manque « de programmes intensifs d'intégration de la population migrante [...] »¹¹⁴.

En 2005, lors de la séance de dialogue entre l'OFSP et la CDS, il a été décidé que la santé psychique resterait un thème national prioritaire et que des mesures seraient prises pour suivre les développements actuels dans ce domaine. Ainsi, le « Projet pour une stratégie nationale visant à protéger, promouvoir, maintenir et rétablir la santé psychique de la population en Suisse » constitue le cadre de référence pour les cantons et les institutions privées désireuses d'élaborer de mesures d'intervention dans le domaine de la promotion de la santé psychique.

Si l'OFSP souhaite inscrire durablement le thème de la santé psychique dans l'agenda politique de la santé publique, celui-ci n'offre pas de possibilité de financement à des projets ou à des programmes de promotion de la santé psychique. Dans la mesure où le développement d'actions conjointes permet la mise en commun des coûts, des ressources et des compétences, l'OFSP entend toutefois apporter un soutien technique aux porteurs de projets d'importance nationale. Par conséquent, la Confédération (OFSP, SECO, OFAS), la CDS et PSCH ont fondé conjointement un organe responsable de la mise sur pied d'un réseau de « Santé psychique ». Celui-ci doit notamment permettre d'améliorer la coopération entre les acteurs afin de développer des mesures communes. Des programmes locaux ou régionaux tel qu'*Alliance contre la dépression*¹¹⁵ – projet chargé de la détection précoce et de l'optimisation des traitements de la dépression – y seront par exemple intégrés. Ce programme a vu le jour en Allemagne et a été introduit en Suisse par le canton de Zoug en association avec l'organisation d'entraide Equilibrium et l'OFSP. Au niveau romand, seul le canton de Genève l'a adopté. Selon une experte en la matière, la barrière linguistique serait un obstacle à l'adoption de ce programme par les cantons

¹¹¹ Ibid., p.66

¹¹² Ibid., p.46

¹¹³ Ibid., p.67

¹¹⁴ Ibid., p.55

¹¹⁵ *Alliance contre la dépression*. Consulté le 22.02.12. URL : <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00683/03923/index.html?lang=fr>

francophones. En outre, selon un responsable de PPS, les coûts engendrés par un tel programme seraient un frein sérieux à la mise en place ce type de politique de santé.

Parmi les évaluations de besoins déjà effectuées, les cantons de Bâle-Ville et Zug ont porté un intérêt particulier aux questions de santé psychique qui constituait, dans chaque cas, l'un des deux axes d'analyse principaux. Selon les résultats bâlois, la campagne médiatique « Alles Gute » consacrée à la dépression a été très bien reçue et perçue comme importante, autant par la population migrante qu'autochtone. Les conclusions de l'étude zougnoise, portant sur l'ensemble du programme consacré à la santé psychique, sont plus nuancées et soulignent un manque d'information (internet ou écrite) et de moindre participation de la population migrante (Fässler et al. 2011 ; Guggisberg et al. 2011). Au-delà de ces observations qui rejoignent partiellement les résultats du présent rapport, il paraît difficile, en l'état actuel, de se prononcer sur de bonnes pratiques.

Au niveau des plans cantonaux de PPS, tous les cantons préconisent une intervention prioritaire dans le champ de la santé psychique. Le Plan d'action du canton de **Fribourg** est par exemple composé d'une partie spécifiquement dédiée à une réflexion sur les moyens d'intervention pour promouvoir la santé psychique. Ce Plan, qui distingue deux types de troubles – internalisé (souffrance psychique et sociale) et externalisé (violence, suicide) – explicite sa volonté d'agir dans des settings et des domaines aussi divers que la famille, le lieu de travail, le réseau social des individus en détresse, la sensibilisation des autorités et des professionnels, l'information à la population et l'accès aux soins. De son côté, le Programme pluriannuel du canton du **Jura** prévoit – sans pour autant en préciser le moyen – de lutter contre « le mal-être psychique, risque suicidaire, dépression ». Enfin, le Plan directeur du canton de **Neuchâtel** estime que la « santé psychique et le stress » font partie des domaines prioritaires pour lesquels le canton se doit de développer des mesures. Le chapitre de ce Plan intitulé « améliorer la santé mentale » fait état d'une situation particulièrement plus difficile pour les jeunes neuchâtelois (sentiment de maîtrise, dépression) que pour les autres jeunes romands. Le canton a ainsi initié une consultation (à l'échelle cantonale) dans le but d'établir un plan cantonal de promotion de la santé psychique. Si les cantons FRIJUNE ne disposent pas encore de programmes cantonaux de promotion de la santé psychique, le canton de Neuchâtel est actuellement en train de développer un projet cantonal de promotion de la santé psychique.

3.7.2 Analyse en regard de l'égalité des chances pour la population migrante

Selon l'OFSP, trois groupes de déterminants permettent d'expliquer pourquoi la population migrante est inégale devant la santé et pourquoi l'état de santé psychique de celle-ci est tendanciellement moins bon que celui de la population suisse. Parmi ces trois catégories de facteurs, on compte :

- les facteurs structurels pouvant induire des difficultés matérielles et psychosociales que sont tel que la situation socioéconomique (plus souvent défavorable), le niveau de formation (plus souvent modeste), le secteur d'emploi (plus souvent éprouvant physiquement) ou le statut de séjour (plus souvent précaire);
- une plus grande difficulté à adopter des comportements favorables à la santé ;

- une plus grande difficulté à accéder de façon adéquate à notre système de santé à cause des difficultés de compréhension et des barrières socioculturelles¹¹⁶.

La santé psychique des migrants est ainsi affectée par plusieurs facteurs qui relèvent à la fois des expériences pré-migratoires, des conditions d'adaptation au pays d'accueil et du contexte économique-politique du pays d'accueil. Selon le projet stratégique national, la population migrante rencontre également plus de difficultés à accéder à un traitement psychiatrique et/ou psychothérapeutique. En effet, selon ce projet :

« Les chances des migrants d'accéder à un traitement psychiatrique et psychothérapeutique qui tienne compte de leur culture, supposant non seulement des connaissances linguistiques mais également une connaissance des tableaux cliniques propres à leur culture et une expérience de la migration en tant que telle, sont restreintes (Ebner, 2003). L'accès ainsi entravé au traitement psychothérapeutique engendre une multiplication de traitements plus simples, essentiellement médicamenteux, avec souvent pour conséquence une chronicisation des maladies, des rentes d'invalidité [Frühberentung dans le texte original] et, finalement, un recours accru aux services psychiatriques. Les situations particulièrement difficiles que vivent les requérants d'asile dont la procédure est pendante font qu'ils se trouvent confrontés à de nombreux problèmes psychiques supplémentaires » (Ricka et Gurtner, 66).

Ainsi, partant du point de vue que la population migrante constitue un groupe à risque, l'OFSP préconise que celle-ci fasse l'objet de mesures régionales ciblées. Cette stratégie préconise également d'intégrer la promotion de la santé psychique dans des settings tels que l'école, le travail et la famille.

Aux niveaux des plans cantonaux PPS, le « Programme pluriannuel » du canton du **Jura** souhaite que ces programmes de prévention tiennent compte de la population migrante. Toutefois, celui-ci ne fait aucune mention des besoins ou des obstacles que rencontre cette population en termes de promotion de la santé psychique. Si le « Plan d'action 2011-2015 » du canton de **Fribourg** dispose, quant à lui, d'une réflexion en matière de prise en compte de la population migrante dans ses programmes PPS, la question de la promotion de la santé psychique n'est pas problématisée sous le prisme de la question migratoire. Enfin, si le « Plan directeur » du canton de **Neuchâtel** souhaite que l'ensemble des actions de prévention tiennent compte de la population vulnérable et de la population migrante, la partie intitulée « améliorer la santé mentale » ne mentionne ni la réduction des inégalités de santé, ni l'égalité des chances pour cette population.

3.7.3 Présentation du projet neuchâtelois de promotion de la santé psychique

Le canton de Neuchâtel, par son Conseil d'Etat et son administration cantonale, s'est engagé à promouvoir, protéger et améliorer la santé psychique de la population neuchâteloise. Ce processus a notamment abouti à la réactivation de la Commission de psychiatrie qui a été élargie dans but de prendre plus globalement en compte la thématique de la santé psychique. Parmi les divers documents de travail¹¹⁷ que nous avons consultés,

¹¹⁶ OFSP 2007. « Stratégie migration et santé. Phase II : 2008-2013 ». Consulté le 22.02.12. URL : <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/07688/index.html?lang=fr>, consulté le 20.02.2012.

¹¹⁷ Parmi ses documents figurent : « Projet pour une stratégie et un plan d'action pour la santé psychique dans le canton de Neuchâtel. Réunion du 22 octobre 2009 » ; « Projet de plan d'action en 10 objectifs pour la santé mentale dans le canton de Neuchâtel. Entretiens avec les acteurs neuchâtelois en santé mentale » ; « Plan d'action en 10 objectifs pour la santé mentale dans le canton de Neuchâtel. Version tenant compte des modifications discutées par la Commission de psychiatrie lors de la séance du 6 décembre 2010 » ; Hecv

nous avons identifié de nombreux objectifs engageant une quantité importante d'acteurs et de lieux d'intervention. Parmi les objectifs cités par ces documents, nous pouvons mentionner :

- le renforcement de la promotion de la santé psychique dans les activités et les programmes cantonaux existants ;
- l'amélioration de la coopération/coordination des acteurs engagés dans la promotion de la santé psychique ;
- le développement de nouvelles activités en matière de promotion de la santé psychique telles que la détection précoce de troubles par exemple ;
- l'amélioration de l'accès et de la qualité des soins ;
- le maintien et l'amélioration des mesures d'insertion et de réinsertion sociale ;
- le soutien au développement de groupes d'entraide ;
- la sensibilisation et la formation des divers multiplicateurs que sont les professionnels de santé, les travailleurs sociaux et les employeurs ;
- l'information et la sensibilisation de la population.

Pour réaliser ces nombreux objectifs, le canton de Neuchâtel souhaite mobiliser de nombreux acteurs issus de différents *settings* et mettre en œuvre des interventions multiples. On peut mentionner notamment les écoles, les entreprises et les familles. Un schéma synthétisant quelques-uns des thèmes abordés lors des trois ateliers faisant partie intégrante du processus d'élaboration du projet de plan d'action cantonal pour la santé psychique du canton de Neuchâtel (*figure 11*) ainsi qu'un résumé générique de l'ensemble du public-cible, des settings et des multiplicateurs que souhaite toucher ce projet se trouvent en annexe (tableau 43).

Pour mettre en œuvre les nombreuses activités devant être menées sur tout le territoire neuchâtelois, le canton compte sur un nombre important d'institutions politiques, d'organismes privés et d'associations. Parmi eux, on peut citer par exemple le service et l'office de l'action sociale, les services de l'enseignement, l'office de l'assurance invalidité, le service des ressources humaine de l'Etat, le service des mineurs, le COSM, le Centre neuchâtelois de psychiatrie (CNP), l'organisation d'aide et de soins à domicile du canton de Neuchâtel (NOMAD) ou encore l'association neuchâteloise d'accueil et d'action psychiatrique (ANAAP). Enfin, le canton de Neuchâtel a mandaté le CNP pour « conduire la politique de soins en santé mentale dans le canton de Neuchâtel »¹¹⁸. Celui-ci dispose notamment d'une solide structure composée de sites hospitaliers, médico-sociaux, d'appartements protégés et de centres de consultation ambulatoires qui pris ensemble, lui permette de fournir un large spectre de prestations sur tout le territoire cantonal. De ce fait, il est l'acteur cantonal principal en matière de santé psychique et mentale¹¹⁹.

santé, 2011. « Canton de Neuchâtel. Processus d'élaboration et mise en œuvre d'un plan cantonal pour la santé mentale ».

¹¹⁸ CNP. Consulté le 20.02.2012. URL : <http://www.cnp.ch/>

¹¹⁹ CNP. « Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil à l'appui d'un projet de décret approuvant les options stratégiques du Centre neuchâtelois de psychiatrie pour la période 2010-2012 ». Consulté le 20.02.2012. URL : http://www.ne.ch/neat/documents/social/publique/public_6399/Hopitaux_files/Rapport_CEGC_optionsstrategiquesCNP.pdf

3.7.4 Le projet neuchâtelois à l'épreuve de l'égalité des chances

En regard des différents documents consultés et des divers entretiens que nous avons mené, nous observons que le projet neuchâtelois de promotion de la santé psychique ne thématise qu'indirectement la réduction des inégalités de santé. En effet, si ce projet souhaite améliorer l'accès aux soins et garantir des soins de qualité, celui-ci ne mentionne pas explicitement l'égalité des chances en matière de santé pour la population migrante.

Etant donné l'état d'avancement actuel du projet, il nous a été difficile de déterminer dans quelle mesure celui-ci allait concrètement tenir compte de cette population dans sa forme finale. Dans ce projet, différents acteurs tels que le COSM ou NOMAD, l'Organisation d'aide et de soins à domicile dans le canton de Neuchâtel sont par exemple appelés à renforcer leurs prestations en faveur de cette catégorie de population. Le document intitulé « Projet de plan d'action en 10 objectifs » mentionne également que « la thématique de la santé mentale pourrait être intégrée au projet de "Réseaux de mères" du COSM » et ce « moyennant une sensibilisation et une formation » des futures « mères de contact ». Si cette volonté d'intégrer la thématique de la santé psychique au projet *Réseau de mères de contact* peut y ajouter une plus-value significative, cette volonté traduit également l'intention de privilégier (du moins dans l'immédiat) les approches spécifiques au profit d'une ouverture transculturelle de l'offre. En effet, le projet neuchâtelois ne prévoit pour l'heure aucune mesure particulière pour garantir une égalité des chances d'accès de la population migrante à l'ensemble de l'offre de promotion de la santé psychique.

De l'équilibre en approche spécifique et ouverture transculturelle de l'offre

En thématissant la direction que semble actuellement prendre le projet neuchâtelois de promotion de la santé psychique nous souhaitons aborder la question récurrente de l'équilibre entre approche spécifique et ouverture transculturelle de l'offre. Il s'agit en effet de savoir si le domaine de l'intégration, représenté en l'occurrence par le COSM, est un lieu d'intervention privilégié (et à privilégier) en matière de santé (psychique) ou si les institutions spécialisées en matière de santé (psychique) doivent à leur tour – et de façon sans doute complémentaire – intégrer des mesures permettant de mieux prendre en compte la population migrante. En d'autres termes, il s'agit de questionner le partage des compétences et des champs d'actions entre les domaines de l'intégration et de la santé et de savoir dans quelle mesure le canton de Neuchâtel souhaite mettre en place une politique transculturelle de l'offre en matière de promotion de la santé psychique (sous l'égide des acteurs du domaine de la santé) ou s'il souhaite s'orienter vers le développement des mesures plus spécifiquement destinées à certaines parties de la population (sous l'égide des acteurs du domaine de l'intégration) destinées à certaines parties de la population (sous l'égide des acteurs du domaine de l'intégration) en sachant précisément que les acteurs spécialisés en matière d'intégration ne sont pas des spécialistes de la santé psychique. Au-delà de considérations pratiques, les orientations prises à cet égard soulèvent des questions de principe liées à l'allocation des ressources et aux priorités fixées par les acteurs politiques compétents.

Toutefois, des approches intermédiaires (ou temporaires) peuvent sans doutes être aménagés pour autant que les implications en termes de compétences, de délimitation du champs d'action, de responsabilités et de financement soient discutées et clairement définies dès la phase de conceptualisation de ce projet.

Traitement et recours aux interprètes socioculturels

Aujourd'hui, le contrat qui lie le CNP au canton de Neuchâtel ne mentionne aucun objectif en matière d'égalité des chances pour la population migrante et la population vulnérable en dehors du fait que le CNP est tenu légalement de traiter toute personne n'ayant pas les moyens financiers d'accéder au système de santé. Comme nous l'ont confirmé deux spécialistes en santé psychique, peu de mesures sont pour l'instant prévues pour garantir une ouverture transculturelle de l'offre en matière de promotion de la santé psychique.

En outre, ces responsables nous aussi rendu attentifs à la santé psychique parfois fragile de certains requérants d'asile ; fragilité attestée par d'autres témoignages ainsi que la littérature récente sur le sujet (cf. 2.3.2). À ce sujet, nous avons observé, qu'en cas de besoins, aucun recours systématique aux interprètes socioculturels n'est actuellement mentionné par le projet. Or, selon les interprètes interrogés, ce besoin est particulièrement problématique dès lors que des allophones souhaitent exprimer leur(s) souffrance(s), se faire comprendre ou simplement accéder à un traitement psychologique et/ou psychiatrique. Faute d'appui institutionnel, plusieurs interprètes nous ont appris assurer un suivi bénévole auprès de migrants en difficulté, ce qui n'est pas sans soulever quelques problèmes éthiques.

Comme nous l'ont expliqué les interprètes, leur travail s'apparente moins à de la traduction qu'à de la médiation entre des « cultures », c'est-à-dire entre des univers de sens et de représentation (mais aussi de manière de faire, de dire, de penser, d'être et d'agir) parfois fortement différents. De nombreux travaux anthropologiques dont ceux de Byron Good (1998) par exemple, ont démontré que si l'on souhaite traiter les troubles psychiques et la souffrance qui l'accompagne, il est nécessaire de comprendre, c'est-à-dire d'accéder, par la parole et la communication, au sens que chacun donne à son vécu et au contexte spécifique par et dans lequel celui-ci a été produit. Or, un tel travail ne peut être effectué que par l'intermédiaire d'un interprète socioculturel « formé » et par un suivi médical régulier qui implique bien souvent la présence des trois protagonistes que sont le patient, le médecin et l'interprète.

D'autre part, les interprètes socioculturels interrogés estiment que leurs expériences pourraient être mises à profit de mesures d'adaptation de l'offre de promotion de la santé psychique à condition que leur implication soit encadrée et rémunérée au même titre que les activités d'autres intervenants. Se pose ici encore l'épineuse question du financement et de la participation des acteurs (migrants) de la société civile dans les politiques PPS.

Si le bilan de l'expérience neuchâteloise peut paraître relativement sévère, il reflète à de nombreux égards les difficultés constatées dans d'autres cantons ayant effectué des analyses similaires (Vaud et Saint-Gall par exemple). On peut ainsi observer qu'il s'avère plus difficile d'opérer une ouverture transculturelle de l'offres PPS que de favoriser des projets spécifiques et/ou des actions ponctuelles. Ceci est probablement particulièrement visible lors du développement d'un nouveau programme dont le financement et l'implémentation suscitent encore de nombreuses questions. Notons encore que la participation au projet d'acteurs tels que le COSM ou de NOMAD ne peut qu'engendrer les bénéfices occasionner par une étroite collaboration entre acteurs du domaine de la santé et de l'intégration (création de réseaux d'intercompétence et partage de la connaissance par exemple) et permettre de développer des approches novatrices, pragmatiques et certainement plus efficaces.

4 Synthèse thématique des résultats

Ce chapitre a pour objectif de synthétiser les résultats de l'étude par quatre domaines thématiques qui se sont dégagés comme particulièrement importants tout au long des entretiens et analyses : la langue (4.1), la culture et les moyens de communication (4.2), les déterminants sociaux de la santé (4.3), la coopération et participation (4.4). Certains propos pouvant paraître quelque peu abstraits et insuffisamment concrétisés, quelques exemples cités dans le chapitre précédent ont été rappelés et d'autres, qui ne se réfèrent à aucun programme en particulier, ont été ajoutés. Quelques remarques finales et appréciations des chercheurs suivent en guise de conclusion provisoire.

4.1 La langue pour mieux assurer l'accessibilité

Les cantons de Fribourg, Jura et Neuchâtel accueillent des ressortissants issus respectivement de 152, 109 et 143 nationalités différentes, avec une diversité linguistique n'étant sans doute pas moins importante que ces origines nationales¹²⁰. Par conséquent, le fait que la question linguistique ait fréquemment été abordée dans les différents entretiens menés lors de cette étude, et notamment en relation avec les nouveaux arrivants, ne nous a pas surpris. Elle se présente sous plusieurs formes et à plusieurs niveaux qui appellent à chaque fois des réponses différentes, comme en témoigne les aspects suivants évoqués à ce sujet :

- Traduction d'informations écrites ;
- adaptation, transformation et explication de matériel d'information ou de campagnes de sensibilisation ;
- recours à l'interprétariat simultané dans des situations en face à face ou lors d'événements ;
- recours à l'interprétariat transculturel et à la médiation.

Nous avons, en revanche, été surpris de constater qu'à l'exception de quelques spécialistes du domaine de la santé - pour qui la nécessité de la mise à disposition d'informations traduites, tout comme celle du recours à des interprètes formés (dans certaines situations) allaient largement de soi, les avis des autres interlocuteurs ou observateurs rencontrés étaient plus partagés, s'écartant parfois considérablement des recommandations prônées à ce sujet. Ainsi certains intervenants s'interrogeaient, par exemple, sur l'utilité d'une traduction systématique des brochures d'informations au sujet des projets, tant qu'un « besoin » spécifique n'a pas été démontré. Mais une discussion plus approfondie montre bien souvent que cette réserve relève moins d'une réticence de principe par rapport aux traductions – même si c'est une attitude qui existe également – que de considérations pratiques ou liées à des opportunités financières (faisabilité, sélection des langues cibles, ressources, etc.).

Cette certaine prudence face à des démarches volontaristes est aussi liée au fait qu'il ne suffit pas de décréter « l'ouverture linguistique », mais qu'il faut également implanter toute une série de mesures et d'adaptations qui s'inscrivent dans un processus à moyen ou long terme. En prenant l'exemple fictif de la **traduction d'une brochure** d'information au sujet d'un projet promu dans le cadre scolaire, destinée aux familles : il faudrait tout

¹²⁰ <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/07/blank/data/01.html>

d'abord de connaître la ou les langues de traductions adaptées au public parental¹²¹, puis d'identifier un bon traducteur, voire même un autre qui pourrait effectuer un contrôle et, le cas échéant, procéder à des adaptations du contenu ou ajouter des explications ciblées. Il faut également songer à un canal approprié de distribution de la brochure, que les destinataires n'osent pas – ou ne pensent pas – venir réclamer. Enfin, si le document contient un numéro d'information, il convient de désigner une personne qui puisse renseigner dans la langue en question. Dès lors, on comprendra que la conviction qu'une telle démarche soit pertinente – et clairement soutenue par les autorités responsables – est indispensable pour consentir à entreprendre les efforts nécessaires dans ce sens.

Quant aux **personnes issues de la migration**, elles ont pratiquement toutes, y compris celles qui maîtrisent apparemment bien le français, souligné l'importance de disposer d'informations écrites dans les langues de migration. Une interlocutrice se souvient de l'époque de son arrivée en Suisse, où elle ne parlait pas la langue, connaissait mal le fonctionnement des institutions, se sentant isolée et entravée dans ses démarches pour s'occuper de la santé de ses enfants. Ainsi, les différents témoignages recueillis confirment les constatations d'autres recherches, à savoir que la barrière linguistique a des répercussions à la fois sur l'accès initial aux services de santé et sur la qualité des soins dispensés par les médecins, les hôpitaux ou toutes autres structures de soins. En d'autres termes, les migrants sont fréquemment confrontés à des obstacles linguistiques qui ne leur permettent pas d'accéder aux programmes de PPS et au système de santé. Plusieurs migrantes et interprètes socioculturels font, par exemple, remarquer que certaines femmes jettent à la poubelle la documentation concernant le dépistage du cancer du sein reçue à domicile, car elles ne sont pas en mesure de comprendre ces informations et tendent à les assimiler à de la publicité.

4.1.1 Traductions indispensables, mais rarement suffisantes

Dans le but d'évaluer le niveau d'ouverture transculturelle de l'offre de PPS, nous avons également cherché à savoir dans quelle mesure les **programmes et projets disposaient d'informations** écrites en langues étrangères. Nous avons observé que malgré les efforts entrepris dans certains domaines, encore peu de brochures cantonales font l'objet de traductions dans des langues autres que nationales. Deux raisons sont principalement avancées par les personnes interrogées : le manque de moyens financiers et le manque de connaissance des besoins réels de la population migrante en la matière.

Si la majorité de nos interlocuteurs s'accordent ainsi sur le fait que la traduction de documents écrits est incontournable pour améliorer les chances d'atteindre les personnes ne maîtrisant pas la langue locale, il reste qu'elle n'est jamais suffisante. En effet, la disponibilité d'une bonne traduction n'assure ni la réception du message, ni sa compréhension au-delà d'une interprétation erronée. Fort de ce constat, la conférence nationale sur les « Compétences en matière des média nécessaires dans une société de l'information et de communication » (OFCOM 2009)¹²² recommande toute une série de mesures en vue d'améliorer les compétences transculturelles dans le domaine de

¹²¹ Il se pose la question de savoir quelles sont les langues à privilégier, en fonction du plus grand nombre de parents allophones ou des besoins linguistiques ou autres de certains groupes ?

¹²² OFCOM, 2009. « Conférence du réseau e-Inclusion: "Savoir utiliser les nouveaux médias – conditions, besoins, mesures" ». Consulté le 29.04.2012. URL : <http://www.bakom.admin.ch/dokumentation/Newsletter/01315/03241/03247/index.html?lang=fr>

l'information et des médias. Par ailleurs, les sciences de la communication reconnaissent qu'une grande partie des messages diffusés véhiculent des « sous-textes » qui risquent fortement de perturber la communication et l'information. On peut notamment mentionner les préjugés, les représentations et les structures de précompréhension qui sont autant de moteur pouvant induire de la surinterprétation, de la sous-interprétation ou de la mésinterprétation¹²³. Les sciences de la communication constatent en effet que la réception et l'interprétation des messages sont conditionnées par les systèmes de références propres aux destinataires des actes de communication, ce qui comporte un danger net de malentendus, de mauvaise compréhension, de non-significations et de méprises.

A ce sujet, un responsable fribourgeois utilise l'analogie des **campagnes de prévention** fédérales récentes qui étaient souvent (mal) traduites de l'allemand et, par conséquent, peu efficaces auprès du public romand :

« Dans un canton comme le nôtre, nous sommes bien placés pour savoir que vous ne faites pas passer un message de la même manière dans la partie francophone que dans la partie germanophone, bien que les objectifs poursuivis soient les mêmes. »

Ainsi, l'accessibilité des programmes et projets de PPS ne dépend pas uniquement de la présence de matériaux traduits, mais également du mode d'accès à l'information (dimension interprétative) et de la qualité même de la communication transculturelle (Domenig 2007). Sur ce point, et selon certains responsables de PPS, les messages véhiculés par les programmes – et notamment certaines campagnes d'affichage – devraient faire l'objet d'une meilleure adaptation transculturelle et ce, afin de mieux tenir compte de la réalité de la population migrante. Ces mêmes responsables nous ont, entre autres, fait part de leur souhait d'améliorer leurs campagnes d'affichage en adaptant mieux la composition de l'image (mise en scène, situation) et le message (slogan) aux réalités que peuvent rencontrer certaines collectivités migrantes.

Un responsable de programme du dépistage du cancer du sein a également souligné l'importance de compléter la démarche par un **support audio-visuel** en rappelant que certains migrants ne savent ni lire, ni écrire. Au-delà de l'aspect linguistique, ce support permet, par la mise en image notamment, d'atténuer les peurs et les préjugés que peuvent se faire certaines femmes à propos du cadre dans lequel se déroule l'examen.

En ce qui concerne la **stratégie générale de communication**, migrants, intervenants, responsables de programmes et interprètes socio-culturelles s'accordent à dire qu'une approche institutionnelle (*top-down*) est insuffisante et nécessite d'être complétée par une approche « communautaire » (*bottom-up*) implémentée sur le terrain, au contact de la population migrante et s'appuyant sur des « personnes de références » bien intégrées dans leur communauté respective. Cette démarche, précisent certains interlocuteurs, doit être soutenue par les programmes de PPS et ce, notamment en matière de financement, d'accompagnement, de collaboration, d'échange de connaissances et de compétences. Nous reviendrons plus précisément sur quelques-uns des enjeux et des moyens de communication dans le sous-chapitre 4.4. Concernant les **réseaux de diffusion de l'information**, plusieurs intervenants de PPS nous ont affirmé disposer de documents

¹²³ Pour en savoir plus, voir : De Sardan, Jean-Pierre O. 1995. « La violence faite aux données. De quelques figures de la surinterprétation en anthropologie », Enquête [en ligne], 1: 33-59, consulté le 29.04.2012. URL: <http://enquete.revues.org/document363.html>

traduits en plusieurs langues mais que faute de réseaux de distribution, les documents en questions ne peuvent être diffusés à grande échelle.

4.1.2 Rôle de l'interprétariat communautaire

Suite aux efforts déployés, entre autres, par la Confédération dans le cadre des *Stratégies Migration et Santé* en faveur de la formation et de la certification des interprètes communautaires, la plupart des cantons, y compris FRIJUNE, disposent maintenant d'un pool de personnes formées à l'interprétariat communautaire et, parfois, à la médiation¹²⁴. Il s'agit de personnes qui, grâce à leurs compétences linguistiques, mais aussi à la réflexion sur leur propre expérience migratoire et leur formation, fonctionnent bien souvent comme de véritables bâtisseurs de ponts entre les professionnels de la santé – de l'intégration ou du domaine scolaire – et les collectivités migrantes.

Même lorsque cela s'avère nécessaire de par la situation, le recours à des interprètes socioculturels n'est de loin pas systématique et ce, notamment en raison du manque de ressources financières, mais aussi en raison de connaissances lacunaires des enjeux de la part des professionnels de la santé. Ainsi, lorsque des patients ne parlant pas la langue nationale locale se retrouvent chez un médecin ou dans une structure médicale – lieux dans lesquels les enjeux d'une bonne communication sont parfois vitaux –, les professionnels de la santé peuvent être amenés à solliciter des interprètes de fortune tels que des collègues ou d'autres collaborateurs. Cependant, il est rare que ceux-ci aient été formés pour gérer ce type de situation et qu'ils soient sensibles à la dimension « culturelle » du travail d'interprétation. Selon nos interlocuteurs, il arrive également que les proches ou les enfants soient amenés à endosser – quoique provisoirement ou en cas d'urgence – le rôle d'interprète, portant ainsi une part importante de responsabilité quant à la qualité des soins prodigués. De plus, selon un intervenant du domaine de la santé mentale, ce rôle peut affecter psychiquement les enfants sans toutefois garantir les conditions idéales d'une relation médecin/patient et ce, notamment en raison de la proximité et/ou des conflits d'intérêts pouvant traverser la relation parent/enfant. En effet, cette proximité peut, entre autres, nuire à une bonne communication médecin/patient (non-dits) et induire une surcharge de responsabilité chez l'enfant, soit une forme de « parentalisation ».

Si nous n'approfondissons pas les enjeux du dialogue patient–professionnel de la santé–interprète propre à l'interprétariat communautaire qui concerne surtout les consultations, d'autres rôles des interprètes dans le domaine de PPS seront évoqués dans les sous-chapitres suivants (4.2 et 4.4).

¹²⁴ Les définitions de ces fonctions et les conditions de certification sont accessibles sur le site de l'association *Interpret* (www.inter-pret.ch) : « La grande majorité des **interprètes communautaires** sont des personnes issues de la migration qui vivent en Suisse et qui se distinguent par une intégration consciente et réfléchie. Elles disposent de connaissances solides de la langue officielle locale, des concepts et dispositifs courants et elles sont familières avec les coutumes et formes de communication locales. (...) »

La **médiation interculturelle** contient la transmission de savoirs et d'informations entre différentes formes et réalités de vie dans le contexte migratoire.(...) Mis à part des qualifications linguistiques et des connaissances dans les domaines de la santé, de la formation et du social, les médiatrices et médiateurs culturels doivent posséder des compétences dans la consultation, la formation et l'accompagnement de personnes migrantes (la plupart à l'âge d'adulte). (...) »

Au terme de notre étude, et selon une majorité des personnes interrogées, la langue apparaît comme la première barrière concernant l'accessibilité aux activités de PPS, mais c'est peut-être aussi le plus repérable et est souvent lié à d'autres dimensions socio-économiques et culturelles. Le sous-chapitre suivant s'intéresse précisément à cette question culturelle plus difficile à appréhender et qui peut receler nombre de pièges qu'il ne faut pas négliger.

4.2 Culture, médiation et moyens de communication

Si nous avons longtemps hésité à discuter le terme de « culture¹²⁵ », c'est parce que ce concept est, en soi, d'une faible valeur descriptive. En effet, dire d'un individu que ses comportements de santé dépendent de sa culture relève plus de l'évidence – c'est à dire d'un fait communément admis par tous – que de décrire les mécanismes qui sous-tendent l'adoption de tel ou tel comportement. Nombreux sont les travaux anthropologiques ayant critiqué ces discours culturalistes dont le principe est d'inscrire une différence naturelle (naturalisée et naturalisante)¹²⁶ entre différents groupes d'individus, sans chercher à expliquer et à comprendre les raisons (situation économique, méfiance, connaissance, valeurs, croyances, etc.) de cette différence. Pourtant, presque tous nos interlocuteurs ont recouru, à un moment ou à un autre, au concept de *culture* pour se référer aux attitudes de certaines parties de la population migrante ou qualifier des comportements sanitaires différents.

Nous nous sommes alors demandé si la culture, lorsqu'elle était mentionnée par l'un ou l'autre de nos interlocuteurs (intervenant en matière de PPS, responsable de programme ou de projet, interprète socioculturel), était systématiquement utilisée en tant que « raccourci explicatif » c'est-à-dire comme un « allant de soi ». En effet, dire que tel ou tel comportement « est culturel » c'est à la fois stipuler que celui-ci est différent et que cette différence s'explique par la culture d'un groupe ou d'un individu. Dans ces cas, l'explication culturelle se suffit à elle-même et devient, par là même tautologique, (le groupe d'individu X appartient à la culture Y ; la culture Y favorise le comportement à risque Z donc les individus X adoptent naturellement le comportement à risque Z). Ce type de discours encourt les nombreux risques que sont la généralisation, l'essentialisation, la réification, la stigmatisation et, finalement, la mise sur pied de projets de prévention fondé par et dans un imaginaire culturaliste – et culturalisant – dont on peut aujourd'hui douter des effets bénéfiques, aussi bien en termes d'accessibilité que d'acceptabilité.

Mais loin de se réduire à un simple « raccourci explicatif », les références culturelles de nos interlocuteurs peuvent en fait être interprétées comme des réponses possibles à des questions pour lesquelles ils n'avaient pas de meilleures propositions de réponse au

¹²⁵ En effet, la *culture* est sans doute le concept ayant fait couler le plus d'encre dans le débat anthropologique (Grillo 2003). Aujourd'hui, le mot « culture » est devenu si habituel qu'il est difficile de savoir ce qu'un locuteur souhaite exprimer lorsqu'il affirme que tel ou tel comportement est « culturel ».

¹²⁶ Différence naturelle, naturalisée et naturalisante que l'on peut illustrer par le type de discours caricatural suivant: « Là-bas, chez eux, c'est comme ça et ça l'a toujours été. C'est dans leur nature, c'est dans leurs gènes » (propos inventés par l'auteur).

moment de l'entretien¹²⁷. Dans ces cas, mobiliser la culture comme moyen d'explication d'une différence de comportement sanitaire peut ainsi être compris comme l'aveu d'un manque de connaissance des raisons pouvant expliquer ces différences. Du reste, une grande partie des experts et des intervenants interrogés font explicitement état d'un manque de connaissance en la matière. Ils souhaitent notamment développer des connaissances spécifiques sur cette population dans le but d'améliorer sa prise en compte et sa participation aux programmes de PPS.

Il convient encore de préciser qu'aucun des nombreux projets et programmes nous ayant été présentés n'a adopté une telle posture culturalisante ou fait état de problèmes dits culturels. Pour une grande partie des intervenants et des responsables de programme interrogés, il s'agit au contraire d'aller sur le terrain, au contact de la population migrante afin de développer des solutions permettant d'améliorer l'accès et l'acceptabilité des projets de PPS auprès de la population migrante.

Dans le chapitre suivant (4.3.), nous expliquerons en quoi la couche sociale – et les nombreuses dimensions qui la recouvrent (formation, situation professionnelle, revenu) – est au moins aussi importante si ce n'est plus que l'origine, la nationalité et la « culture » pour comprendre les comportements individuels en matière de santé. En ce sens, parler de la « culture » d'un individu – c'est-à-dire d'un ensemble toujours provisoire de valeurs, de normes, de manières de faire, d'être, de dire et de penser – ne peut faire l'économie d'une mise en contexte socio-historique du rapport que chaque individu entretient avec la société, par et dans laquelle il fonde ses représentations et définit ses raisons d'agir.

4.2.1 Travailler sur les représentations ?

Il est communément admis que la « culture » d'un individu n'est pas définie une fois pour toutes, mais qu'elle fait l'objet d'une actualisation permanente tout au long de son parcours de vie. On comprend ainsi l'intérêt qu'ont les acteurs de PPS à identifier, à prendre en compte et à travailler sur les diverses représentations (du corps, des risques, de la dépendance, de la maladie, de la santé, du monde médical) que peuvent avoir certaines parties de la population migrante; représentations qui dépendent toujours du contexte socioculturel dans lequel s'inscrit un individu. En effet, ces représentations peuvent avoir une influence considérable sur la participation de certaines parties de la population migrante à des activités de promotion de la santé et de prévention. En cas de tabous ou de méfiance face au monde médical, il sera par exemple plus difficile pour certains migrants de discuter avec leurs proches ou des membres de leur collectivité, d'obtenir de l'information auprès des professionnels et de participer à certaines activités de PPS.

Le tabou lié à la consommation de tabac et d'alcool

Si nous avons récolté relativement peu de données concernant les addictions, nous pouvons mentionner que l'un des interprètes socioculturels a observé que dans sa communauté, la consommation d'alcool et de tabac était tabou et qu'il était, de ce fait, difficile d'en parler. Il l'explique ainsi clairement :

¹²⁷ Lors de nos entretiens, la dimension culturelle était évoquée lors de question du type : « Comment expliquez-vous cette différence de comportement sanitaire ? » ou « Comment expliquez-vous ce manque de participation aux activités PPS ? »

« Si je suis fumeur, je n'oserai pas poser une seule question sur la fumée à cause du regard des autres. Parce que dans ma communauté, on est mal vu si on fume ou si on boit de l'alcool. C'est surtout le fait que la communauté tamoule est une petite communauté et que tout le monde se parle. On pourrait, par exemple, imaginer passer par le médecin de famille pour permettre une expression plus libre ».

Cette observation est notamment confirmée par l'étude sur la diaspora sri lankaise en Suisse (Moret et al. 2007). Sur ce point, plusieurs interprètes socioculturels ont mentionné qu'il était difficilement envisageable (pour ces thématiques en particulier) d'essayer d'organiser des actions publiques spécifiquement dédiées à certaines collectivités migrantes. Comme l'a explicité l'un des interprètes ayant effectué plusieurs actions de prévention en la matière :

« De mon expérience, il est très difficile de parler des problèmes d'alcool avec une seule communauté. Il faut toujours mélanger les populations. Alors j'ai parlé au directeur du centre pour que celui-ci donne la possibilité aux requérants d'asile d'aller en ville avec la population suisse. Et là, ils ont pu s'exprimer plus librement sur la question de l'alcool. »

Représentation du risque et pratique sociale. Comment agir ?

De manière générale, ainsi que pour leur communauté respective, les interprètes socioculturels étaient d'accord pour dire que la consommation de tabac est perçue comme dangereuse pour la santé. Pour ceux-ci, c'est moins la connaissance des risques liés à la consommation de tabac que l'acceptabilité d'une pratique sociale solidement instituée et ritualisée qui pose problème. Dans ces cas, le tabagisme s'apparente moins à une dépendance qu'à une « substance plaisir »¹²⁸.

Si le concept de dépendance ne varie pas fondamentalement d'une personne à l'autre son appréciation dépend, en revanche, d'une collectivité à l'autre, largement du contexte socioculturel dans lequel elle s'inscrit. En effet, c'est moins la conception même de la dépendance qui pose problème que l'appréciation du moment où il y a dépendance c'est-à-dire « maladie ». Or, en Suisse, l'alcool et le tabac font aujourd'hui l'objet d'un traitement différencié. En effet, si la consommation d'alcool est largement répandue et acceptée socialement, la consommation de tabac fait l'objet d'une interdiction générale dans les espaces publics fermés. Comme l'a mentionné l'un des interprètes, « en Suisse, vous avez fait du tabagisme un problème de santé publique » ; problème qui a participé à opérer un double changement : changement de norme rapide d'une part et changement quant à la représentation que les Suisses se font du tabac et du fumeur d'autre part. Ainsi, il semble que le rapport qu'entretiennent les individus à l'alcool et au tabac soit moins la conséquence d'une connaissance du risque que d'une question de « positionnement » social – tout à la fois individuel et collectif – par rapport à ce risque. Les experts et les interprètes socioculturels s'accordent ainsi sur le fait que c'est moins la représentation du risque lié à une consommation que l'effet d'un contexte social particulier qui pose problème.

¹²⁸ « Oggier et Ideli (2005) ainsi que Rusch (2003) observent qu'il n'y a pas véritablement de lien entre l'origine des personnes, leur perception du phénomène de dépendance et leur manière d'aborder les problèmes qui en découlent. La plupart des personnes interrogées parlent de dépendance uniquement dans les cas de consommation excessive d'un produit ou de consommation dans le but de surmonter un problème. Ainsi, l'alcool et le tabac sont principalement considérés comme des « substances plaisir », rarement comme des drogues » (Pfluger et al. 2009: 78)

Pour terminer sur ce point, on peut ici mentionner le fait que, selon certains intervenants en matière d'intégration et de santé, mais aussi selon certains interprètes socioculturels, le travail représente un setting privilégié pour les politiques de PPS et, plus particulièrement, pour la prévention du tabagisme et de la consommation excessive d'alcool. En effet, le travail posséderait ce double avantage de ne pas stigmatiser certaines collectivités et de pouvoir, potentiellement, s'adresser à tous les employés indifféremment des rapports sociaux de genre, de classe ou d'âge. En outre, comme l'explique l'un des interprètes :

« La prévention dans les entreprises ça marche. S'il y a une action de prévention, vous y participez forcément car ça vous fait une pause payée. D'un autre côté, les patrons ont tout à gagner à ce que leur personnel arrête de prendre trop régulièrement une pause cigarette. Chez nous, c'est simple, l'entreprise nous a carrément obligés à arrêter de fumer et pourtant, personne n'a quitté l'entreprise. »

Le dépistage du cancer du sein : représentations et ouverture transculturelle

Si les migrantes interrogées dans le cadre du dépistage du cancer du sein nous ont confié que la nudité et le rapport au corps ne leur avait pas posé de problème pour participer au programme de dépistage du cancer du sein, plusieurs interprètes socioculturels ont mentionné le fait qu'il est parfois nécessaire de proposer une – plutôt qu'un – un technicien en radiologie médicale pour effectuer l'examen. En ce sens, les programmes de dépistage FRIJUNE répondent à cette demande en précisant, lors de l'envoi d'une invitation personnalisée, que cette possibilité est à disposition de toutes les femmes qui le souhaitent.

En revanche, le taux de participation à ce programme pourrait bien souffrir d'un certain nombre d'« idées reçues ». S'il est difficile de mesurer le nombre de femmes touchées par ce type de représentations, les propos d'un intervenant, confirmés lors des entretiens, sont révélateurs de la nécessité qu'il y a de travailler à partir des représentations que peuvent avoir certaines franges de la population :

« Il existe des préjugés par rapport à cet acte de dépistage et par rapport à la maladie. Par exemple, "si on fait le dépistage, on attrape le cancer". Ou encore, "pas besoin de se faire dépister car si on a le cancer, on meurt de toute manière et l'on souhaite mourir entière". On entend aussi que "le cancer c'est une maladie de blanches". »

Dans ces cas précis, un travail d'information – ou plus précisément de médiation – semble nécessaire pour « ajuster » les représentations de chacun et permettre d'établir un rapport de confiance entre les intervenants médicaux et les femmes éligibles par le programme. En effet, comme le relève un intervenant du champ de la santé, ce sont moins les interprètes que les médiateurs culturels qui font défaut.

Nous souhaitons encore relever ici qu'il semble important – voire même nécessaire – d'informer aussi les hommes sur la nécessité d'effectuer un dépistage du cancer du sein. En effet, selon l'expérience de certains intervenants de terrain spécialisés en la matière, les hommes pourraient constituer des multiplicateurs intéressants pour permettre l'augmentation de la participation des femmes au programme dans la mesure où ceux-ci participent à jouer un rôle d'informateur – lorsqu'ils ne sont pas les seuls informateurs – auprès de leur compagne.

4.2.2 Travail de médiation et rôle des « personnes de référence »

Nous avons tous un rapport intime, personnel, souvent singulier au corps, à la maladie et à la santé. C'est dans ce rapport que nous produisons le sens sur lequel se fondent, en partie, les choix sanitaires qui sont les nôtres (se soigner, prendre des risques, prévenir la maladie, etc.). Dans bien des cas, cette liberté d'action est entravée par différents facteurs

sociaux dont la langue, la condition sociale, les représentations ou le manque d'information. En effet, dans certaines situations, l'individu retarde la consultation jusqu'au dernier moment et, parfois, jusqu'au moment où il devient urgent d'agir s'il souhaite éviter que sa vie ne soit gravement mise en danger. Dans d'autres cas, ce sont la peur, la méfiance ou les préjugés qui entravent l'accès aux soins. Dans toutes ces situations, les spécialistes tout comme les interprètes socioculturels s'accordent sur le fait que, pour réduire ces nombreuses entraves, il convient d'identifier et de comprendre la cause de cette désaffiliation, au moins partielle, au système de santé et au manque de participation de la population migrante aux programmes de promotion de la santé et de prévention.

Comme nous l'a mentionné un interprète socioculturel, « parfois, il faudrait pouvoir aller directement à domicile pour comprendre les cas ». En effet, tout un pan de la population migrante échappe au système de prévention actuel. Pour en comprendre la raison, les interprètes socioculturels, certains intervenants et certains responsables de programmes s'accordent sur le fait qu'il faille aller à la rencontre de cette population pour comprendre l'inscription socio-historique de certains comportements sanitaires. En effet, pour accéder et capter une part grandissante de cette population, de nombreux intervenants interrogés s'accordent sur le fait qu'il faille créer des liens étroits de confiance avec les communautés. Le rapport de Pfluger et al. va également dans ce sens :

« Une série d'études effectuées récemment relatives au potentiel offert par les réseaux de la population migrante a montré l'importance des « relations fortes » (au sens d'une amitié). La confiance est considérée comme indispensable pour communiquer avec les groupes-cibles de la population migrante. Les réseaux offrant un véritable potentiel en matière de prévention et de promotion de la santé sont la famille et le cercle d'amis, les organisations au sein de la population migrante et les personnes de références. » (2009: 11)

Certains interprètes socioculturels nous ont explicité l'importance de leur rôle en la matière car, au-delà de leur qualité d'interprète, le travail socioculturel effectué au sein de leur communauté respective leur ont permis de développer d'importantes qualités de médiation. Ce travail leur a notamment permis de devenir des « personnes de référence » capables de créer des liens de confiance, d'établir une communication directe avec les communautés et de disposer d'une certaine crédibilité auprès de certaines collectivités de migrants. Ainsi, les « personnes de référence » seraient, selon certains interprètes, à même de favoriser la participation et ce, notamment, de par la notoriété dont ils jouissent au sein de leur communauté.

4.2.3 De quelques moyens de communication

La capacité de mener des campagnes de prévention et d'informer la population migrante dépend principalement de la capacité de communication des responsables politiques en la matière. Comme l'explicitent Pfluger et al. :

« Une bonne information et une communication adéquate s'avèrent indispensables à cet effet. L'information et la communication doivent contribuer à développer les connaissances des acteurs impliqués, mobiliser le potentiel des personnes d'origine migrante quant à leur capacité à améliorer leur situation sanitaire et aussi renforcer l'acceptation de mesures visant à promouvoir l'égalité des chances en matière de santé. » (2009: 66)

Notre étude a révélé au moins trois moyens de communication particuliers qui pourraient permettre d'améliorer sensiblement les chances d'accès aux informations de prévention pour la population issue de la migration. Le premier est mis en œuvre par le programme de dépistage du cancer du sein BEJUNE. Face aux difficultés linguistiques déjà évoquées (sous 4.1), mais aussi aux représentations négatives (peur, méfiance, préjugés) dont peut

souffrir le programme, ses responsables ont décidé de réaliser un document audio-visuel permettant de sensibiliser les femmes migrantes ne maîtrisant pas les langues nationales. Celui-ci pourrait notamment être diffusé dans des centres d'accueil tel que RECIF ou le CAFF. Un deuxième moyen a été mentionné par les interprètes socioculturels : il s'agirait d'utiliser davantage les médias d'information communautaires et les plateformes Internet, tels qu'*Albinfo.ch* pour le public albanophone, pour diffuser des informations de prévention à certaines collectivités en particulier. Enfin, le troisième outil de communication qui, selon les interprètes socioculturels et certains intervenants de terrain, reste le moyen le plus adapté et le plus efficace en matière de PPS, est le recours à des « personnes de références » déjà largement intégrées dans des communautés (interprètes socioculturels, médecins généralistes, psychiatres, gynécologues, *leaders*, etc.) et capables de par les liens de confiance et la notoriété dont il jouissent, de véhiculer des messages entendus par une large part de leurs compatriotes.

Selon certains anthropologues, le phénomène du *culturespeak* (Hannerz 1999) qui s'est répandu dans l'espace médiatique et en politique depuis les années 1990 a largement supplanté des explications en termes de déterminants socio-économiques qui se sont souvent dégagés de nos entretiens avec les intervenants et les migrants, sans forcément être avancées explicitement. C'est la raison pour laquelle nous tenons à nous y arrêter brièvement dans le sous-chapitre qui suit.

4.3 Rôle des déterminants sociaux de la santé

L'importance des déterminants sociaux-économiques de la santé n'est plus à démontrer et l'influence de la couche sociale sur l'espérance de vie, le taux de morbidité et les comportements de santé a largement été établi dans la littérature spécialisée internationale et suisse (voir par exemple Lehmann 2011 ; Wilkinson et Marmot 2004). Les inégalités de santé qui en découlent sont le fruit de l'interaction d'une série de facteurs, dont quatre groupes peuvent être identifiés, sans évoquer les caractéristiques innées et non modifiables (âge, genre, génétique, etc.) :

- Conditions socio-économiques et environnementales qui façonnent des dimensions telles l'approvisionnement en eau potable, la qualité de l'air, le taux de chômage, l'échelle salariale, etc.
- Conditions de vie et d'emploi qui comprennent la position individuelle dans la société déterminée par l'activité professionnelle, le revenu et le niveau d'instruction et le statut légal pour les migrants. La qualité du logement, l'accès aux services de soins, ainsi que les conditions de travail sont également inclus dans cette catégorie.
- Réseau social et communautaire entourant l'individu qui joue un rôle important dans l'exclusion sociale de l'individu, provoquant des effets négatifs sur la santé, mais constituant une ressource en termes de soutien social.
- Facteurs individuels et liés au milieu influençant les comportements sanitaires résultant de choix du style de vie, tels que le fait de fumer, le manque d'activité physique, etc., qui détériorent la santé.

La qualité des conditions de vie qui est déterminante pour l'état de santé et, dans une large mesure, pour les comportements sanitaires, repose donc largement sur des facteurs structurels (notamment a et b) qui influent sur le niveau de revenu que ce soit en termes de rémunération, d'assurances sociales, d'accès à un logement abordable et de qualité, mais aussi d'accès à la formation, elle-même liée aux compétences sanitaires.

La population issue de la migration est bien entendu loin de former une entité homogène du point de vue socio-économique, mais une partie majoritaire en son sein – et notamment les collectivités provenant du Sud ou Sud-Est de l'Europe ainsi que d'autres pays du Sud (Asie, Afrique, Amérique Latine) – occupe le bas de l'échelle sociale (référence au point b ci-dessus) en Suisse, pour des raisons qui tiennent à son profil socio-professionnel, mais également à la politique migratoire. Les migrants en question sont plus fréquemment employés dans des branches caractérisées par la pénibilité du travail (construction, nettoyage, restauration, etc.) et un faible revenu. Ils perçoivent un salaire moyen significativement plus réduit que celui des non-migrants, connaissent un taux de chômage et de pauvreté plus élevés et se retrouvent plus fréquemment à l'aide sociale (Efionayi-Mäder et Wyssmüller 2008).

A la lumière des considérations qui précèdent, ces conditions d'insertion au sein de la société et, plus particulièrement, du marché du travail peuvent avoir une incidence négative sur la santé physique et psychique, de même que sur les styles de vie et comportements sanitaire, des personnes concernées. Cela peut, du moins partiellement, aussi valoir pour celles qui sont au bénéfice d'une bonne formation (acquise au pays d'origine), mais sont touchées par le phénomène de la déqualification professionnelle suite à la migration.

En résumé, on peut dire que la situation de vie des migrants résulte d'une trame complexe et dynamique de conditions socio-économiques, caractéristiques linguistiques, culturelles et conditions légales (statut de séjour) qui s'influencent mutuellement. Il faut en particulier tenir compte du fait qu'une vulnérabilité supplémentaire peut découler de l'effet cumulatif de déterminants défavorables dans le contexte de migration (par exemple, migrant isolé, sans connaissance d'une langue nationale, dépourvu de formation, titulaire d'une admission provisoire). Les facteurs « horizontaux » - tels que la culture codifiée par la nationalité ou l'ethnie, la langue, la religion, etc. – étant de plus en plus pris en compte, les facteurs « verticaux » liés précisément au niveau socio-économique ne devraient pas être éludés pour autant.

Une meilleure considération des caractéristiques liées aux niveaux socio-économiques plus bas permettrait probablement de rendre les messages de PPS (contenu et forme) plus accessibles, non seulement pour les personnes issues de la migration, mais également pour celles de couches populaires autochtones. Un responsable du domaine social l'exprime de manière pointue en soulignant la nécessité de déplacer la focalisation sur les classes moyennes.

« On est plus perméable aux messages de PPS si on a un niveau social plus élevé et si on est plus instruit(...) Les programmes AAP s'adressent davantage aux classes moyennes dont sont issus leurs concepteurs. Je suis frappé de constater combien on a souvent une approche auto-référentielle à l'usine à gaz des professionnels, qui est un charabia peu compréhensible pour M. Tout-le-Monde issu de la migration. »

A cet égard, notre étude a notamment permis de montrer, exemples à l'appui, combien la participation aux programmes de PPS devient aléatoire, voir même inconcevable, lorsque les conditions de vie poussent la personne issue d'un milieu défavorisé à effectuer d'autres choix, jugés prioritaires ou nécessaires. Ainsi, plusieurs femmes ont témoigné du fait qu'après une journée de travail physique, par exemple dans le nettoyage, une fois les tâches ménagères effectuées et les soins aux enfants prodigués, il était impensable pour elles, de « s'occuper simplement de soi », d'aller se promener, faire du vélo ou même courir ; au mieux s'octroient elles une promenade entre amies le weekend permettant d'échanger des nouvelles. Dans le même ordre d'idées, la question de la consommation de cinq portions de légumes ou fruits par jour a provoqué un bref silence, suivi d'un fou rire

général : toutes les femmes connaissent bien la consigne, mais aucune ne l'applique dans son quotidien. Si la différence n'est pas très prononcée entre la population suisse et la population migrante, cette dernière est effectivement moins nombreuse à accepter la consigne alimentaire « 5 par jour » (Stamm et al. 2012: 22-23).

Même si ces exemples peuvent paraître anecdotiques, plusieurs autres témoignages récoltés ont particulièrement attirés notre attention sur les obstacles situationnels de participation aux programmes de PPS, liés davantage à la couche sociale et aux conditions de travail qu'à l'origine nationale. Plusieurs spécialistes et responsables cantonaux ont fait remarquer que ces dimensions sont encore sous-estimées, même si les mesures de PPS évoluent en direction d'une meilleure orientation vers les milieux de vie, de loisirs et de travail (*setting*).

Soulignons que non seulement les spécialistes et les intervenants, mais également plusieurs migrants ont spontanément insisté sur l'opportunité qu'il y aurait à intégrer des mesures de PPS dans le cadre du monde du travail, à l'instar de ce qui a déjà été fait dans le domaine de lutte contre le tabagisme. Une telle démarche permettrait de toucher également les personnes les moins enclines à entreprendre des démarches actives de PPS et de cibler des secteurs à risque (par exemple, alcool sur les chantiers), mais impliquerait toutefois le fait d'obtenir le concours des entreprises concernées – y compris des PME dans les secteurs qui emploient beaucoup de migrants.

Enfin, quelques interlocuteurs de différents milieux professionnels nous ont rendu attentifs au fait que certaines franges de la population migrante peuvent être défavorisées dans leur vie quotidienne – travail, logement, loisir – et dans leur rapport avec le système de santé, en raison de discriminations xénophobes ou racistes. Cependant, cet élément a rarement été approfondi dans le cadre de notre étude. En revanche, plusieurs personnes interviewées ont insisté sur la problématique des discriminations structurelles (juridiquement admises) qui sont notamment liées à la précarité légale du séjour – qui se prolonge –, particulièrement dans le domaine de l'asile (personnes frappées de NEM, permis N et F), mais aussi en ce qui concerne les titulaires de permis de séjour de courte durée (L). Un responsable cantonal résume la situation en soulignant que « c'est un immense problème en devenir ! », tout en concédant que les réponses à chercher relèvent de la politique migratoire ou sociale plutôt que du domaine de la santé. Il soulève ainsi la question de la cohérence des interventions publiques et de la coopération entre différents champs politiques, dont il sera également question dans le sous-chapitre suivant.

4.4 Coopérer, faire participer et mettre en réseaux

Tout au long de notre enquête, nous avons été confrontés à un vaste champ d'action dont le caractère principal est d'être fortement distribué¹²⁹. Ainsi, étant donné le grand nombre d'acteurs (fédéraux, cantonaux, associatifs et/ou privés) et de projets engagés sur tous les territoires cantonaux, il nous a été difficile de dépeindre, même approximativement, un état des lieux général de la situation. En effet, si les activités menées en matière de PPS ne sont pas encore systématiquement organisées en programmes cantonaux (et/ou nationaux), celles-ci n'en sont pas moins interdépendantes et ce, notamment en matière de financements, de définition des champs d'actions, de partage des responsabilités et des

¹²⁹ Pour une définition du terme « distribué », cf. note de bas de page n°49, page 43.

compétences. Dans ce dernier sous-chapitre, nous nous sommes attachés à relever quelques-uns des enjeux de collaboration/coopération/coordination rencontrés tout au long de notre enquête. En effet, une mauvaise coopération entre les acteurs peut aboutir à un éparpillement des offres, des ressources, des compétences et des connaissances plutôt qu'à la constitution de réseaux solides et transversaux capables de traiter, en commun, les défis qu'imposent l'optimisation de l'acceptabilité et de l'accessibilité de l'offre en faveur de la population migrante.

4.4.1 La coopération entre les acteurs institutionnels

La plupart des spécialistes, des responsables et des intervenants interrogés estiment que l'entente entre les acteurs institutionnels est bonne, mais ces mêmes acteurs reconnaissent qu'en général, ils travaillent chacun de leur côté. Les actions menées en commun ne sont ainsi opérées que de manière très ponctuelle. Les causes avancées pour expliquer cette difficulté à collaborer dans la continuité concernent principalement le manque de moyens financiers et de temps. Ainsi, selon certains intervenants de PPS, ces entreprises communes dépendent bien souvent de quelques initiatives individuelles rarement formalisées.

Si cette volonté de créer des synergies entre les différents acteurs est inscrite dans tous les plans cantonaux de PPS, sur le terrain les acteurs interrogés semblent manquer des moyens pour instaurer des réseaux d'intercompétences et mettre en commun à la fois les ressources et les difficultés rencontrées. Enfin, si un processus général de coordination des actions de PPS est à l'œuvre (par la mise sur pied de programmes entre autres) tant au niveau cantonal qu'au niveau fédéral, de nombreux répondants ont observé que, dans les institutions comme sur le terrain, la coopération nécessite passablement de ressources pour réunir des acteurs souvent impliqués dans plusieurs programmes. Ce processus est soumis, en premier lieu, aux lois du partage des compétences et des champs d'actions que constitue aussi le partage du budget à disposition pour les actions de PPS. Dans ce contexte, certains acteurs cherchent à asseoir leur position en limitant au maximum la coopération avec d'autres ou, au contraire, à profiter des opportunités en s'octroyant de nouveaux champs d'action. Les modes de financement et logiques institutionnelles ne favorisent ainsi pas toujours la collaboration prônée par les autorités et responsables de PPS.

Force est de constater que, sur le terrain, lors de la mise en œuvre de projets, peu d'activités nous ont été présentées sous l'angle d'une coopération étroite entre différents domaines (intégration et promotion de la santé, par exemple). Le projet neuchâtelois de promotion de la santé psychique intègre des acteurs tels que le COSM, mais les contours de cette collaboration sont encore peu définis et aucun partage d'expérience et de connaissances entre ces acteurs n'est aujourd'hui prévu de façon systématique. Précisons que la volonté de mettre en réseau des acteurs de PPS est récente et qu'elle se trouve actuellement dans une phase initiale de son développement. En devenant plus concret, ce processus de partage des connaissances pourrait entraîner dans son sillage bon nombre d'adaptations et d'innovation qui permettront, peut-être, d'améliorer l'accessibilité et l'acceptabilité des projets de PPS auprès de la population migrante.

Produire des données et développer des connaissances

Les responsables, intervenants et observateurs privilégiés interrogés ont systématiquement évoqué l'absence de données et de connaissances en matière de besoins de PPS pour la population migrante. En effet, peu d'outils permettent aujourd'hui de récolter des

informations quantitatives ou d'évaluer les besoins et les effets en la matière. Cependant, les programmes de dépistage existants disposent d'un logiciel informatique commun qui permet de renseigner la nationalité de son public-cible et de procéder à une évaluation statistique anonyme. L'évaluation du programme BEJUNE a, par exemple, permis d'identifier des besoins spécifiques en matière de dépistage du cancer du sein pour certaines parties de la population migrante (*Tableau 10*, p. 48). Toutefois, tous les programmes cantonaux n'ont pas obtenu l'autorisation de renseigner ce champ d'information. En effet, cette possibilité relève de la décision du préposé au contrôle des habitants et/ou des outils du contrôle des habitants.

Si les données quantitatives peuvent permettre d'identifier des besoins épidémiologiques en matière de PPS, certains intervenants et responsables de programme regrettent le manque de connaissances qualitatives des comportements sanitaires de certaines franges de la population migrante et leurs difficultés à atteindre cette population sans connaître leurs « besoins ». Certains d'entre eux nous ont expliqué que, s'ils avaient les moyens (humains, financiers, temporels), ils souhaiteraient établir des liens avec ces populations pour comprendre et remédier aux difficultés que rencontre leur programme en matière d'accès et d'acceptabilité. Ainsi, on dénombre peu d'études qualitatives prenant spécifiquement en compte les besoins, avis et/ou représentations pouvant être exprimés par les migrants à propos de l'offre de PPS, dans un domaine donné ou à propos de projet précis.

Pour terminer, nous avons observé que peu d'acteurs connaissent les critères de qualité et les indicateurs permettant d'évaluer la prise en compte des facteurs migratoires de leurs programmes et/ou projets de PPS. Nous pensons ici spécifiquement aux outils mis à disposition par quint-essenz.ch¹³⁰ ou Pfluger et al. (2009)¹³¹.

4.4.2 Collaborer avec des « personnes de référence »

Selon les interprètes socioculturels interrogés, leur participation dans des activités de PPS est principalement due à leurs initiatives personnelles. De manière générale, ceux-ci estiment qu'ils sont peu invités à partager leurs connaissances et à jouer un rôle d'intermédiaire entre les acteurs institutionnels et les diverses collectivités issues de la migration. Comme l'a explicité l'un des interprètes à propos du manque de participation de cette population aux programmes de dépistage du cancer du sein et de la question de la désaffiliation de certaines parties de cette même population au système de santé :

« C'est à nous, en tant qu'interprète, d'interroger et de faire le lien. Car pour les personnes qui vont déjà chez un gynécologue, ce lien se fait automatiquement. Certaines, en revanche, n'ont aucune connaissance sur la sexualité, sur la reproduction, la contraception, etc. »

Ces interprètes ont également exprimé leur frustration de n'être sollicités que ponctuellement dans des projets de PPS. S'ils souhaitent davantage être impliqués en amont, dès la première phase de conceptualisation des projets, leur travail se limite pour l'heure principalement à de l'interprétariat ou à de la traduction de documents, de décisions juridiques ou de diagnostics médicaux. Certains estiment, notamment, pouvoir apporter des conseils sur la qualité de l'information diffusée auprès de la population

¹³⁰ Quint-essenz.ch, *Checkliste zur Berücksichtigung der Migrationsperspektive*. Consulté le 15.04.12. URL: <http://quint-essenz.ch/fr/tools/1055>

¹³¹ Questions cadre portant sur l'ouverture transculturelle des offres et des projets.

migrante ainsi que sur les dimensions stratégiques des projets (communication, setting, collaboration).

Soucieux de faire bénéficier les projets de PPS à l'ensemble de la population, les interprètes socioculturels estiment que la mise à contribution de leurs compétences pourrait aussi permettre d'améliorer l'accessibilité et l'acceptabilité des projets de PPS pour la population migrante. Pour l'un des spécialistes interrogés en matière de santé mentale, les interprètes font partie « des partenaires très précieux » dans la mesure où leurs expériences font état d'une grande connaissance qualitatives de certaines collectivités d'une part et que, d'autre part, ils constituent un moyen privilégié pour relayer l'information auprès de ces mêmes collectivités. Toujours selon lui, les interprètes socioculturels – tout comme les associations de migrants ou les acteurs actifs sur le terrain – font partie des « partenaires à privilégier » et constituent des personnes de référence pour les acteurs de PPS. Selon certains interprètes, les bénévoles actifs dans des centres tels que RECIF, le CAFF ou *espacefemmes* font aussi partie des acteurs les mieux placés pour écouter, discuter, expliquer et faire passer un message.

Les interprètes socioculturels estiment également que le recours à des personnalités connues et reconnues par les collectivités qui constituent des « personnes de référence » capables de drainer des participants et d'améliorer la légitimité de certains messages pourrait s'avérer utile. En ce sens, ils estiment que les responsables de PPS pourraient s'appuyer sur ces « référents » pour améliorer la circulation de l'information. Comme l'explique l'un des interprètes à ce propos :

« Ce que nous avons fait pour pouvoir discuter de certaines problématiques d'actualité dans notre communauté, c'est que nous avons intéressé quelques intervenants connus localement par la population. Ils se sont alors déplacés en nombre parce qu'il y avait des gens qu'ils connaissaient. À mon avis, il faut passer par les personnes-clés dans lesquelles la population a déjà confiance. »

Nous souhaitons ici brièvement revenir sur l'étude de Pfluger et al. (2009) dans la mesure où elle permet de synthétiser et d'explicitier la dynamique et les enjeux que sous-tend la collaboration avec des « personnes de référence » pour les politiques de PPS :

« Dans l'ensemble, les résultats obtenus par Oggier et Ideli (2005) ainsi que Rusch (2003) rejoignent ceux de Stuker et al. (2008). Souvent, les personnes d'origine migrante s'inquiètent des possibilités d'aide et de traitement seulement à partir du moment où un problème ne peut plus être résolu autrement (Oggier et Ideli, 2005). Dans un premier temps, la famille est généralement sollicitée (ibid). Interviennent ensuite, principalement, le médecin traitant et des personnes ayant autorité au sein de la communauté, auxquelles il est fait confiance (ibid). C'est pour cette raison qu'une bonne collaboration entre les professionnels de la prévention et les personnes de confiance revêt une importance particulière. » (Pfluger et al. 2009: 106)

Aujourd'hui, les acteurs de PPS sont dans une phase initiale de la mise sur pied de réseaux de collaboration avec des personnes-clés en matière de migration (intégration notamment), des observateurs privilégiés (interprètes socioculturels ou autres acteurs actifs sur le terrain) et des « personnes de référence » représentant les différentes collectivités migrantes au sein des politiques de PPS¹³². À ce propos, nous avons présenté le projet neuchâtelois novateur intitulé *Réseau de mères de contact* (3.3.2) dont l'objectif est de former des intervenantes capables de se rendre directement dans les foyers de certaines

¹³² Il convient de noter que contrairement au domaine de l'asile, où il peut arriver que certaines personnes se sentent « rejetées » par leur communauté lorsqu'elles assument un rôle d'informateur, le travail en tant que personne de référence pour passer les informations n'a jamais été considéré comme problématique dans le domaine de la santé, ce qui est corroboré par l'étude de Moret et Dahinden (2009).

familles pour y effectuer de la promotion de la santé et de la prévention. Ce projet, de nature fondamentalement transversale, au sens où il recouvre des nombreuses dimensions et thématiques de PPS, tend à privilégier la création d'un réseau de proximité capable d'atteindre « porte par porte » la population migrante. Pour qu'un tel projet soit viable financièrement, qu'il perdure et qu'il porte ces fruits, il nécessite un niveau élevé de coopération et d'intercompétence entre les nombreux acteurs cantonaux déjà institués et les acteurs confrontés aux réalités du terrain (financement, partage transversal du champ d'action et des compétences, partage des connaissances).

Faute de fonds disponibles, la collaboration avec les « personnes de référence » (interprètes socio-culturels notamment) s'effectue encore bien souvent sur le registre du bénévolat. Lors de notre enquête, nous avons observé que, si ces personnes sont un moyen de faire le pont entre les acteurs de la santé (acteurs de PPS notamment) et certaines collectivités issues de la migration, aucun budget ne leur est pour l'instant réservé dans les programmes de PPS des cantons FRIJUNE.

Créer de la confiance en sensibilisant les professionnels de la santé

Pour les interprètes socioculturels, il est aujourd'hui nécessaire de continuer à sensibiliser les professionnels aux nombreux défis que leurs impose la réalité migratoire et ce, afin qu'ils améliorent l'accessibilité de leur service à certaines franges de la population migrante.

Tous les interprètes socioculturels que nous avons interrogés se sont ainsi accordés sur l'importance qu'il y a à construire un lien de confiance et d'écoute entre les professionnels de la santé (médecins¹³³ et personnel soignant¹³⁴) et les différentes collectivités migrantes. L'un d'entre eux a souligné toute l'importance du travail de médiation et d'écoute pour la création d'un lien de confiance à partir duquel il est possible de fidéliser certaines parties de la population migrante, évitant ainsi un maximum désaffiliation au système de santé. Selon celui-ci :

« On fait confiance à son médecin généraliste parce qu'on y va depuis des années, qu'il y a du partage et qu'on ne se sent pas jugé. »

Selon ces propos, le rapport de confiance et d'écoute est primordial pour permettre d'améliorer la participation de la population migrante aux projets de PPS. En ce sens, sensibiliser les professionnels et instaurer un rapport d'échange et de communication de proximité peut participer à lutter contre les préjugés, les peurs et les « représentations négatives » des uns et des autres et se traduire par une meilleure accessibilité et acceptabilité des activités déployées.

4.5 En guise de conclusion provisoire

Les lecteurs auront compris qu'il serait aventureux de dresser un bilan définitif au terme de ce tour d'horizon large, établi sur la base de cinq programmes de PPS dans trois cantons différents. L'état des lieux nous permet cependant de dégager quelques tendances générales que nous nous permettons de commenter, avec une part d'appréciation

¹³³ Qu'il s'agisse de médecins généralistes, d'internistes ou de psychiatres.

¹³⁴ Qu'il s'agisse du personnel hospitalier, d'assistants médicaux, des services de santé scolaire ou d'assistants sociaux.

subjective, en guise de conclusion provisoire n'étant pas nécessairement partagée par les responsables de PPS, mais qui devrait permettre de poursuivre la réflexion.

Une première constatation d'ordre général s'impose : les projets qui comportent des dispositions visant à garantir l'égalité des chances pour la population migrante sont encore peu nombreux dans les cantons de Fribourg, Neuchâtel et Jura. Des démarches au niveau de la formulation des programmes ont été entreprises et permettent de jeter les bases pour développer de futures activités en direction d'une ouverture transculturelle, mais elles ne se traduisent, au stade actuel, encore que peu dans les pratiques. Ce résultat s'inscrit dans la même perspective que les observations faites par les études déjà effectuées dans d'autres cantons ainsi que par une enquête récente effectuée auprès d'observateurs privilégiés qui constatent que c'est dans le domaine de PPS que les mesures déployées par les stratégies *Migration et Santé* restent encore le moins développées (Huegli et Rüefli 2011).

Des différences entre les trois cantons sont perceptibles, mais peu prononcées, et s'expliquent, entre autres, par le contexte migratoire (proportion et croissance de la population migrante), les moyens dont les autorités compétentes disposent et le contexte institutionnel. Des interlocuteurs du canton du Jura estiment, par exemple, que la proximité des institutions par rapport aux citoyens est favorisée en raison de la plus petite taille du canton et d'un climat politique traditionnellement favorable à l'intégration. A Fribourg, des différences entre les parties linguistiques, mais aussi une plus grande influence de la politique promue par la Confédération en matière d'intégration sont perceptibles. Cette dernière est caractérisée par le principe « encourager et exiger », souligné dans le projet de révision de la loi sur les étrangers¹³⁵. Si les initiatives sont plus nombreuses dans ce canton, ceci est probablement aussi dû à la croissance soutenue de la population (étrangère). Le canton de Neuchâtel fait, de longue date, preuve d'un certain dynamisme dans le domaine de l'intégration des migrants, ce qui constitue un terreau fertile pour une collaboration dans ce domaine.

En ce qui concerne la prise de conscience des acteurs par rapport à la nécessité d'un *migration mainstreaming* ou, en d'autres termes, d'une ouverture transculturelle de l'offre de PPS, elle est très variable d'un interlocuteur à l'autre, même si les spécialistes du domaine de la santé et les responsables cantonaux rencontrés semblent globalement mieux « sensibilisés » à la question que les intervenants de terrain. Ces derniers font face à nombre de difficultés pratiques et financières qui ne favorisent généralement pas une action dirigée dans le sens préconisé. Certains ne perçoivent pas le problème ou considèrent que l'effort d'adaptation devrait venir de la part des migrants plutôt que de l'offre, mais la plupart du temps l'absence de mesures ciblées traduit un manque de connaissances, la présence d'autres priorités d'action et des moyens insuffisants pour entreprendre des mesures supplémentaires. A notre avis, il est légitime que tous les projets d'un programme donné n'ambitionnent pas, dans la même mesure, de toucher des collectivités migrantes, mais sous l'angle d'une ouverture transculturelle ce choix devrait être conscient et assumé. Cette réflexivité, préconisée dans le cadre d'un travail sur les compétences transculturelles pourrait être favorisée par des formations telles qu'elles ont été promues dans le canton de Fribourg, par exemple.

¹³⁵ Cf. Rapport explicatif relatif à la procédure de consultation concernant la modification de la loi fédérale sur les étrangers (intégration) du 23.11.2011.

La plupart des personnes interviewées ont salué l'étude qui constituait aussi, pour elles, une occasion de réfléchir aux implications de cette question à laquelle elles n'étaient pas forcément confrontées dans leur travail quotidien. A cette occasion, nous avons constaté que les instruments développés sous l'égide de l'OFSP pour le développement et la gestion de la qualité des projets sont encore mal connus et peu utilisés par les responsables de projets. En outre, les données d'épidémiologie sociale relatives à la migration sont lacunaires ou inexistantes dans les trois cantons ; les acteurs du domaine de PPS connaissent, par conséquent, mal les besoins de ce segment de la population résidente. Sur la base des résultats nationaux, on peut néanmoins avancer quelques tendances générales¹³⁶. Pour ce qui est des programmes analysés, le constat est relativement clair : un effort s'impose, de manière générale, à la fois dans les domaines de l'alimentation, de l'activité physique et du dépistage du cancer du sein. En ce qui concerne la lutte contre le tabagisme, un besoin plus important est démontré pour certaines collectivités. Cette observation ne s'applique pas dans le domaine de la prévention de la consommation excessive d'alcool, cette problématique n'étant pas globalement plus aigüe que dans la population générale. Mais même s'il est pertinent de fixer des priorités, il est à notre avis essentiel de comprendre que les efforts de *migration mainstreaming* ne devraient pas se limiter aux collectivités qui présentent des facteurs de risque plus élevés que le reste de la population. Une telle approche serait d'autant plus pernicieuse que les lacunes au niveau des données d'épidémiologie sociale sont assez patentes et que les mouvements migratoires évoluent constamment. Beaucoup de spécialistes ou intervenants interrogés lors de notre étude s'accordent sur le fait que les actions générales de PPS ne touchent pas suffisamment la population migrante.

Les évaluations de besoins, de processus ou d'impacts des projets en place qui prennent en compte les questions migratoires sont pratiquement inexistantes. En revanche, les cantons de Fribourg et de Neuchâtel disposent d'une série de projets ou d'initiatives spécifiquement ciblées sur les migrants qu'il serait intéressant d'examiner de plus près, notamment, en vue de développer des collaborations permettant de soutenir les projets non-spécifiques.

Dans ce cas, faut-il préférer les approches spécifiques aux mesures d'ouverture transculturelle ? Il s'agit d'une approche que certains interlocuteurs privilégient ; d'autres en soulignent d'emblée les limites. L'élaboration et l'implémentation de projets spécifiques permet aux acteurs de PPS de développer de petits « laboratoires » (sous forme de projets pilotes entre autres) capables de produire de nouvelles connaissances (identification d'obstacles en matière d'accessibilité et d'acceptabilité, de besoins, de comportements de santé ou de groupes à risques) pouvant informer l'ensemble des mesures de PPS sur les besoins en matière d'ouverture transculturelle. Enfin, nombreux sont les acteurs soulignant que des actions spécifiques doivent être menées lorsqu'un problème de santé publique apparaît de manière saillante dans un groupe-cible identifié. Sur ce point, le débat entre les acteurs interrogés portait moins sur la légitimité et le risque de stigmatisation induit par ce genre de mesures que sur les moyens de les mettre en œuvre avec efficacité. La plupart des spécialistes et interlocuteurs sont néanmoins de l'avis qu'à moyen et plus long terme une intégration des mesures spécifiques dans l'offre « ordinaire » de PPS s'impose, ne serait-ce que pour éviter des approches à deux vitesses.

¹³⁶ Il s'agirait de confirmer les résultats suisses pour les cantons en question.

L'analyse montre également que le *migration mainstreaming*, allant de pair avec une meilleure prise en compte des couches sociales défavorisées dans les mesures de PPS, profite non seulement à la population migrante, mais bien à d'autres public-cibles, notamment issus de couches sociales peu favorisées. Dans ce sens, il aiguise le regard en faveur d'une offre réellement destinée aux personnes les plus vulnérables, plutôt qu'à celles qui sont facilement accessibles et relativement bien informées en matière de santé. Dans le même ordre d'idées, la réflexivité, préconisée dans le cadre de la promotion de la compétence transculturelle, est un élément primordial de développement de la qualité des services en général. L'implication de personnes issues de la migration qui est, pour l'instant, encore peu systématique, va également dans le sens d'une approche participative recommandée bien au-delà des questions migratoires.

5 Références bibliographiques

- Achermann, Christin, Milena Chimienti und unter Mitarbeit von Fabienne Stants (2006). *Migration, Prekarität und Gesundheit: Ressourcen und Risiken von vorläufig Aufgenommenen und Sans-Papiers in Genf und Zürich*. Neuchâtel: Schweizerisches Forum für Migrationsstudien.
- Birri, Marisa (2010). «Weibliche Genitalverstümmelung im Kontext der Migration: eine Herausforderung für medizinisches Fachpersonal.» *Bulletin des médecins suisses*, 91, 47.
- Bischoff, Alexander et Janine Dahinden (2008). «Dolmetschen, Vermitteln und Schlichten im vielsprachigen Basel: Umgang mit Diversität und Fremdsprachigkeit – Umfrage unter Leitungspersonen öffentlicher Institutionen.» *Journal of Intercultural Communication*, 16(2): 1-20.
- Bischoff, Alexander et al. (2009). «Health and ill health of asylum seekers in Switzerland: an epidemiological study.» *European Journal of Public Health*, 19(1): 59-64.
- Bischoff, Alexander et Regine Steinauer (2007). «Pflegende Dolmetschende? Dolmetschende Pflegende? Literaturanalyse.» *Pflege*, 20: 343-351.
- Bodenmann, Patrick et al. (2003). «Etre malade et «sans-papiers» à Lausanne: quo vadis? Médecine de premier recours = Sickness and without indentity card in Lausanne: quo vadis ?» *Médecine et hygiène*, 61(2455): 2023-2028.
- Bolliger, Christian et Marius Féraud (2010). *Langzeitbezug von Nothilfe durch weggewiesene Asylsuchende*. Bern: Büro Vatter.
- Bollini, Paola et Philippe Wanner (2006). *Santé reproductive des collectivités migrantes : disparités de risques et possibilités d'intervention*. [Neuchâtel] [etc.]: Swiss Forum for Migration and Population Studies [etc.].
- Bollini, Paola, Philippe Wanner et Sandro Pampallona (2010). «Trends in maternal mortality in Switzerland among Swiss and foreign nationals, 1969-2006.» *International journal of public health*.
- Bulliard, Jean-Luc et Fabio Levi (2011). *Dépistage du cancer du sein dans les cantons du Jura et de Neuchâtel, ainsi que dans le Jura bernois: évaluation du programme intercantonal, 2005-2010*. Lausanne: IUMSP – UEC.
- Burri Sharani, Barbara, Denise Efionayi-Mäder et Stephan Hammer (2010). *La population kosovare en Suisse*. Berne-Wabern: Office fédéral des migrations (ODM).
- Domenig, Dagmar, éd. (2007). *Transkulturelle Kompetenz: Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe*. Bern [etc.]: Huber.
- Drozdek, Boris et al. (2003). «Chronic PTSD and medical services utilization by asylum seekers.» *Journal of refugee studies*, 16(2): 202-211.
- Durieux-Paillard, Sopia et Ariel Eytan (2007). «*Revue médicale suisse*, 3: 1413-4.
- Duverger, Maud, Cyrille Guiraudou et Latifa Imane (2007). *Prévention et dépistage des cancers auprès des personnes migrantes en région Paca Représentations, connaissances et pratiques*. Comité régional d'éducation pour la santé Provinces Alpes Côte d'Azur.
- Efionayi-Mäder, Denise, Silvia Schönenberger et Ilka Steiner (2010). *Visage des sans-papiers En Suisse. Evolution 2000-2010*. Bern: CFM.

- Efionayi-Mäder, Denise et Chantal Wyssmüller (2008). «Migration et santé», in Meyer, Katharina (éd.) (éd.), *La santé en Suisse: rapport national sur la santé 2008*. Chêne-Bourg: Editions Médecine et Hygiène, p. 88-105.
- Efionayi-Mäder, Denise et Chantal Wyssmüller (2009). «Migration und Gesundheit», in Meyer, Katharina. - (éd.), *Gesundheit in der Schweiz: nationaler Gesundheitsbericht 2008*. Bern: Verlag Hans Huber. 2008, p. 88-105.
- Etlin, Melchior et Monique Perritaz (2004). «Centres de santé pour les requérants d'asile», in *Migration - eine Herausforderung für Gesundheit und Gesundheitswesen*. Zürich: Seismo, p. 150-156.
- Eyer, Philipp et Régine Schweizer (2010). *Les diasporas somalienne et érythréenne en Suisse*. Bern: ODM.
- Fässler, Sarah et al. (2011). *Bedarfsanalyse migrationsgerechte Gesundheitsförderung und Prävention im Kanton Zug*. Luzern: Interface.
- Fibbi, Rosita et al. (2010). *Les Portugais en Suisse*. Bern: ODM.
- Gabadinho, Alexis, Philippe Wanner et Janine Dahinden (2007a). *La santé des populations migrantes en Suisse : une analyse des données du GMM*. Neuchâtel: Swiss Forum for Migration and Population Studies.
- Gabadinho, Alexis, Philippe Wanner et Janine Dahinden (2007b). *La santé des populations migrantes en Suisse: une analyse des données du GMM: (...)*. Neuchâtel: Swiss Forum for Migration and Population Studies.
- Goguikian Ratcliff, Betty et Olivier Strasser (2009). *Clinique de l'exil: chroniques d'une pratique engagée*. Genève: Médecine et Hygiène.
- Good, Byron J., Sylvette Gleize et Anthony T. Carter (1998). *Comment faire de l'anthropologie médicale ?: médecine, rationalité et vécu*. Le Plessis-Robinson: Institut Synthélabo.
- Grillo, Ralph D (2003). «Cultural essentialism and cultural anxiety.» *Anthropological theory*, 3(2): 157-173.
- Gubéran, Etienne, Massimo Usel et Genève (canton). Office cantonal de l'inspection et des relations du travail (2000). *Mortalité prématurée et invalidité selon la profession et la classe sociale à Genève ; suivi de Ecarts de mortalité entre classes sociales dans les pays développés*. Genève: OCIRT.
- Guggisberg, Caroline, Natasa Milenkovic et Nicole Zingg (2011). *Schlussbericht Bedarfsanalyse Migration und Gesundheit Basel-Stadt*. Basel: Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt Bereich Gesundheitsdienste.
- Guggisberg, Jürg, Thomas Oesch et Lucien Gardiol (2009). *Migrantinnen und Migranten in der Invalidenversicherung. Soziale Unterschichtung, gesundheitliche Lage und Invalidisierungsrisiko*. Bern: Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS.
- Haab, Katharina et al. (2010). *Diaspora et communautés de migrants de Turquie en Suisse*. Bern: ODM.
- Hannerz, Ulf (1999). «Reflection on Varieties of Culturespeak.» *European Journal of Cultural Studies*, 2(3): 393-407.
- Huegli, Eveline et Christian Rüefli (2011). *Kontextanalyse Strategie Migration und Gesundheit 2007- 2013: Ergebnisse der Stakeholderbefragung 2011*. Bern: Büro Vatter.

- Kaya, Bülent et Denise Efionayi-Mäder (2006). *Egalité des chances en matière de santé : State of the Art*. Neuchâtel: SFM.
- Kaya, Bülent et Denise Efionayi-Mäder, éd. (2008). *Migration mainstreaming en matière de santé*. Berne: Office fédéral de la santé publique (OFSP).
- Lehmann, Philippe (2011). *Inégalités sociales et santé en Suisse – Analyse des actions concrètes menées par et dans les cantons visant à diminuer les inégalités sociales face à la santé*. Lausanne: OFSP - HES-SO.
- Meystre-Agustoni, Giovanna et al. (2011). *Migration et santé. Analyse des besoins dans le canton de Vaud*. Lausanne: Unité d'évaluation de programmes de prévention (UEPP).
- Moret, Joëlle et Janine Dahinden (2009). *Vers une meilleure communication : coopération avec les réseaux de migrants* Bern: CFM Commission fédérale pour les questions de migration.
- Moret, Joëlle, Denise Efionayi-Mäder et Fabienne Stants (2007). *Diaspora sri lankaise en Suisse*. Berne: ODM.
- Obsan (2010). *La santé dans le canton de Fribourg. Analyse des données de l'Enquête suisse sur la santé 2007*. Neuchâtel: Obsan.
- Pfluger, Thomas, Andy Biedermann et Corina Salis (2009). *Prévention et promotion de la santé transculturelles en Suisse. Informations de base et recommandations. Rapport de synthèse du projet "Prévention et promotion de la santé transculturelles en Suisse"*. Bern: Public Health Services - www.prevtrans.ch.
- Régnier, Faustine et Ana Masullo (2009). «Obésité, goût et consommation. Intégration des normes d'alimentation et appartenance sociale.» *Revue française de sociologie*, Vol. no 4.
- Ricka, Regula et Sabine Gurtner (2004). *Projet pour une stratégie nationale visant à protéger, promouvoir, maintenir et rétablir la santé psychique de la population en Suisse* Bern: OFSP.
- Rieder, Hans L (2006). «Requérants d'asile et dépistage de la tuberculose active.» *Bulletin / Office fédéral de la santé publique*, (1): 9-11.
- Sanchez-Mazas, Margarita et al. (2011). *La construction de l'invisibilité dans le domaine de l'asile*. Genève/Neuchâtel: IES.
- Simos, Jean (2010). «Évaluation d'impact sur la santé pour réduire les inégalités: l'exemple de Genève», in Potvin, Louise, Marie-Josée Moquet et Catherine M. Jones (éd.), *Réduire les inégalités sociales de santé*. Saint-Denis: inepes
- SSGO (2005). *Mutilations génitales féminines : recommandations suisses à l'intention des professionnels de la santé : guideline*. [S.l.]: Gynécologie suisse.
- Stamm, Hanspeter, Markus Lamprecht et Doris Wiegand (2012). *Das Ernährungs- und Bewegungsverhalten der Migrationsbevölkerung - Sekundäranalyse im Rahmen des Nationalen Programms Migration und Gesundheit des Bundesamtes für Gesundheit*. Zürich: LSSFB.
- Thomas, Hélène (2010). *Les vulnérables : la démocratie contre les pauvres* Bellecombe-en-Bauges Ed. du Croquant.
- Wichmann, Nicole et al. (2011). *Les marges de manoeuvre au sein du fédéralisme: La politique de migration dans les cantons*.

- Wilkinson, Richard et Michael Marmot (2004). *Les déterminants sociaux de la santé - Les faits*. OMS.
- Wolff, Hans et (et al.) (2005). «Inégalités sociales et santé : l'expérience de l'Unité mobile de soins communautaires à Genève.» *Revue médicale suisse*, (34): [8 p.].
- Wyssmüller, Chantal et Denise Efionayi-Mäder (2007). *Literatur- und Datenstudie zum Thema Migration und Invalidenversicherung : Revidierter Schlussbericht*. Neuchâtel Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population.
- Wyssmüller, Chantal, Bülent Kaya et Denise Efionayi-Mäder (2009a). *Migration et santé: vue d'ensemble d'un choix d'ouvrages spécialisés, publiés de 2006 à 2008*. Neuchâtel: Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population.
- Wyssmüller, Chantal, Bülent Kaya et Denise Efionayi-Mäder (2009b). *Migration et santé: vue d'ensemble d'un choix d'ouvrages spécialisés, publiés de 2006 à 2008*. Neuchâtel: Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population.

6 Annexes

6.1 Répartition des tâches et rédaction

Michael Cordey a rédigé la grande majorité de ce rapport en signant les parties 2.2 à 4.5. Il a contribué à la rédaction de tous les chapitres et a élaboré une large majorité des annexes. Il s'est aussi occupé de documenter le contexte national et cantonal (cadre légal, stratégies cantonales, projets) dans lequel s'inscrivent les différents programmes de PPS. Il a encore participé à construire les différents guides d'entretiens, mené et organisé plusieurs entretiens de face à face, organisé un focus-group et retranscrit une partie des entretiens.

Marcia Gil a grandement participé à documenter et à rédiger les sous-chapitres 3.4 (Prévention de la consommation excessive d'alcool), 3.5 (Promotion de la santé psychique) et 4.1 (L'obstacle de la langue et l'accès au système de santé). Elle a également élaboré et rédigé les annexes s'y rapportant. Elle a encore participé à construire les différents guides d'entretiens, mené plusieurs entretiens de face à face, organisé deux focus-group et retranscrit une partie des entretiens.

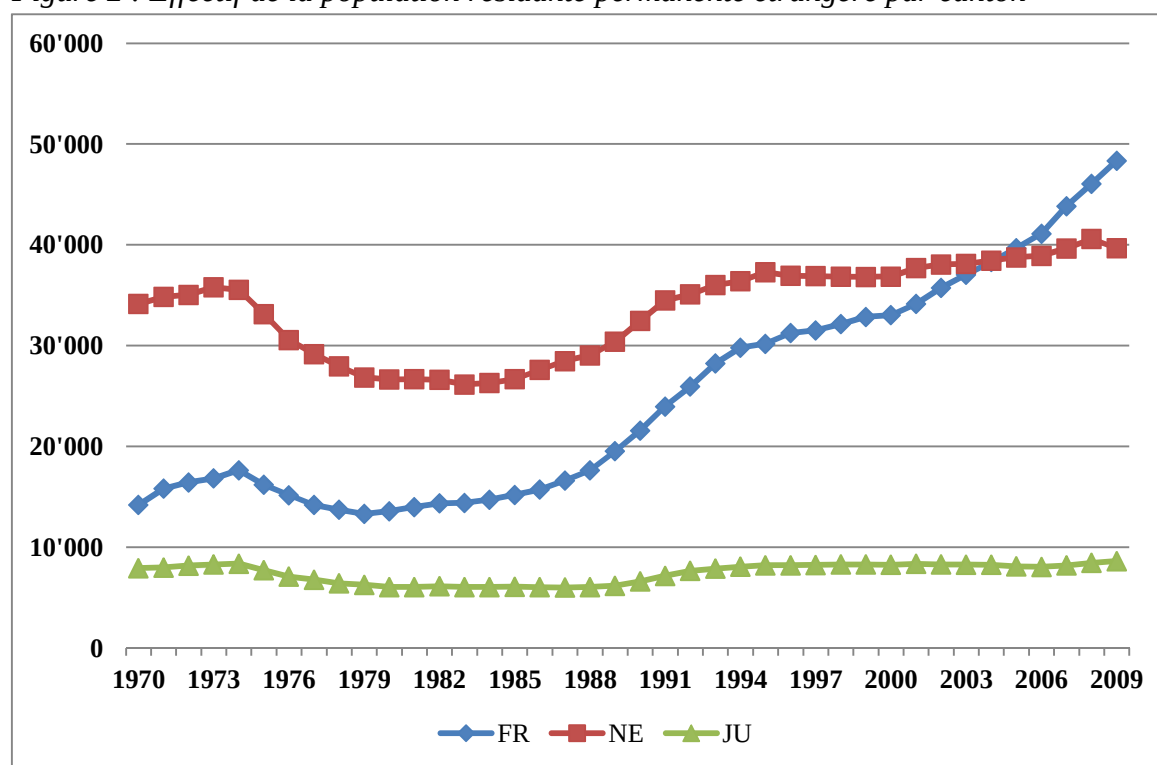
Denise Efionayi-Mäder signe la coordination et la direction du projet. Elle a également rédigé la partie introductive de ce rapport (1) ainsi qu'une partie du chapitre 4 (4.1, 4.3, 4.5). Elle a également mené les focus groups avec les interprètes socioculturels et femmes qui avaient participé au programme de dépistage.

Bülent Kaya a conçu le système d'indicateurs permettant de mesurer le niveau d'ouverture transculturelle des programmes de PPS et identifié les critères permettant d'évaluer dans quelle mesure les activités de PPS tiennent compte de l'égalité des chances de santé pour la population migrante. Il a également organisé et mené une grande partie des entretiens en face à face de cette enquête.

Marco Pecoraro s'est chargé de l'analyse statistique de la population résidente permanente étrangère des cantons de Fribourg, du Jura et de Neuchâtel et de la rédaction du sous-chapitre 2.1.

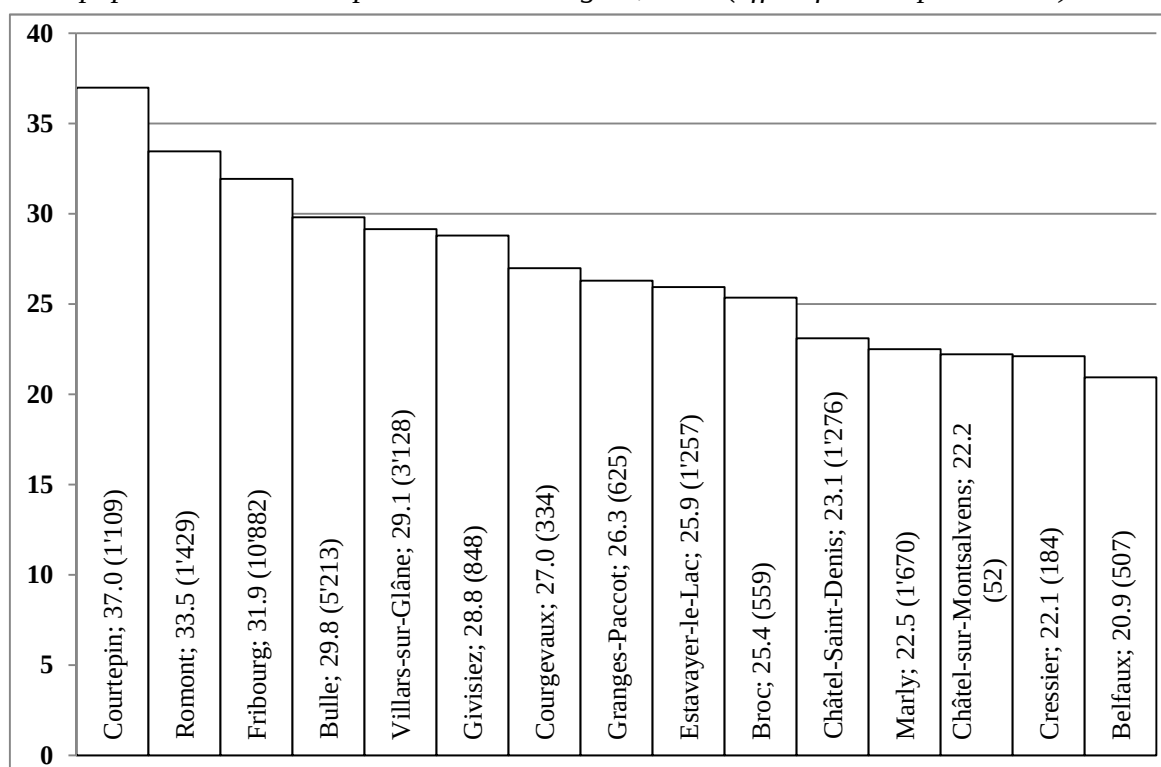
6.2 Vue d'ensemble de la population résidente permanente étrangère par canton

Figure 2 : Effectif de la population résidente permanente étrangère par canton



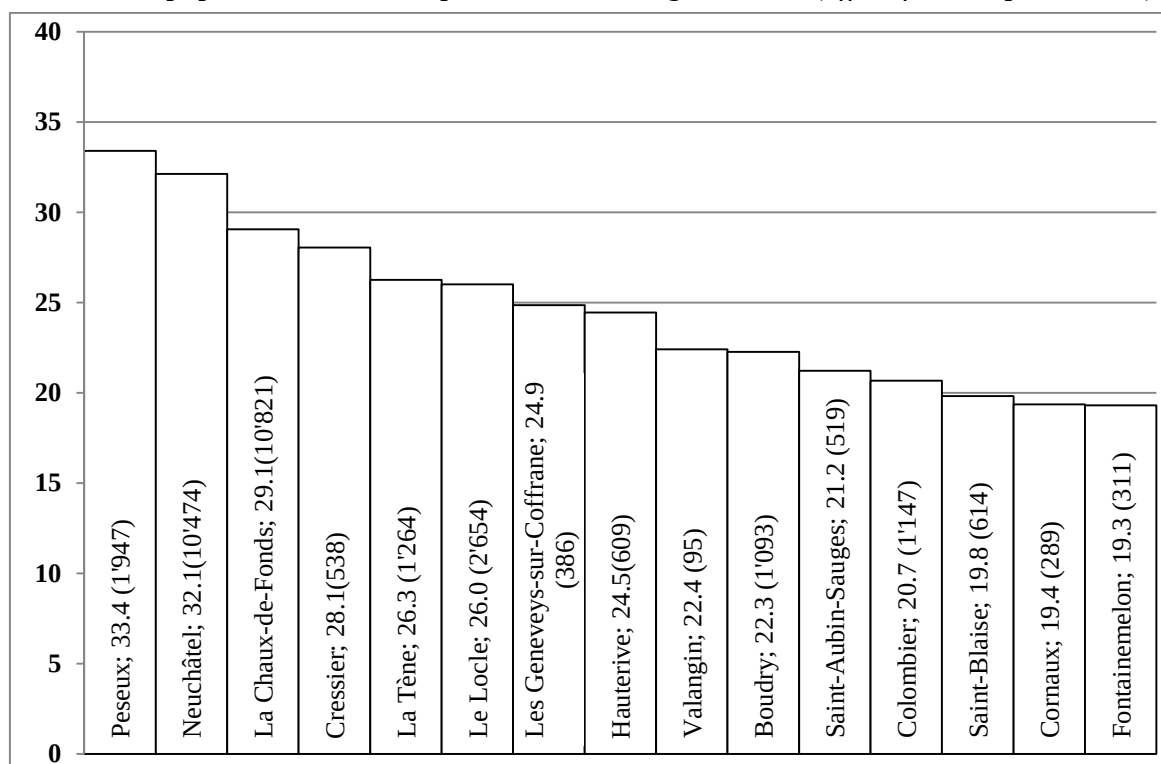
Source_: Statistique de l'état annuel de la population (ESPOP), stocks au 31.12.

Figure 3 : Quinze premières communes du canton de Fribourg avec une proportion élevée de la population résidante permanente étrangère, en % (effectifs entre parenthèse)



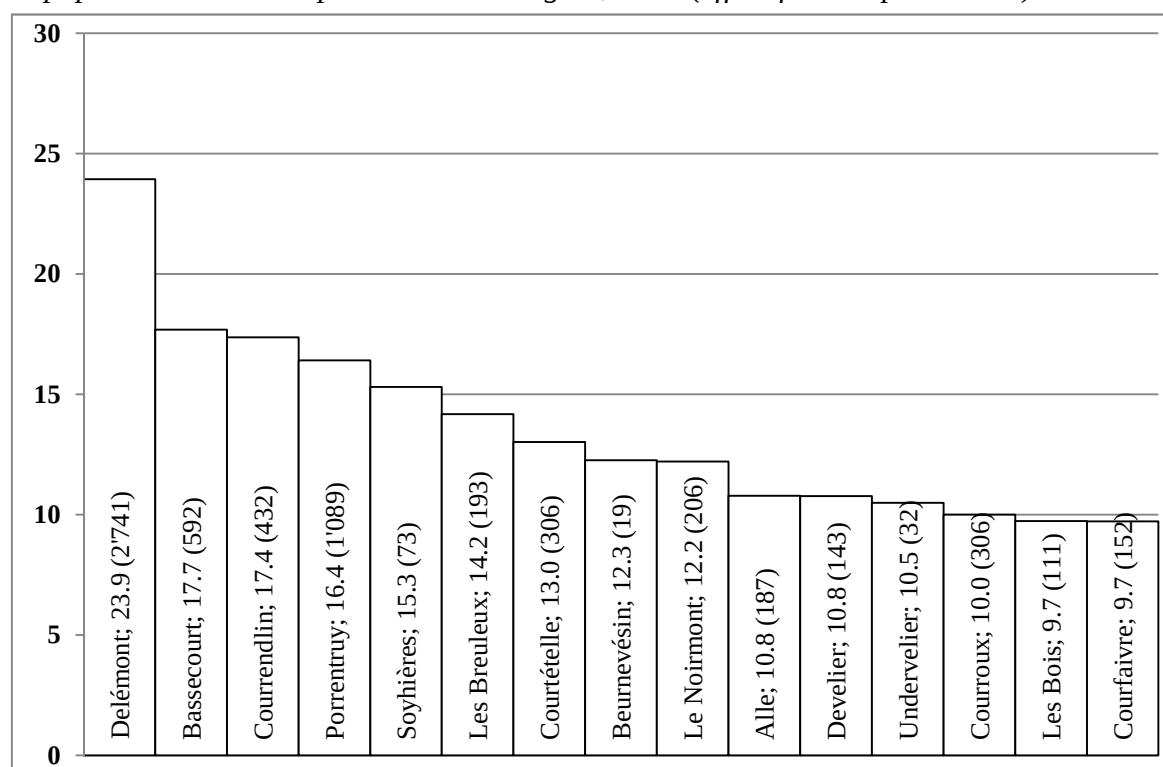
Source : Statistique de l'état annuel de la population (ESPOP), stocks au 31.12.2009.

Figure 4 : Quinze premières communes du canton de Neuchâtel avec une proportion élevée de la population résidante permanente étrangère, en % (effectifs entre parenthèse)



Source : Statistique de l'état annuel de la population (ESPOP), stocks au 31.12.2009.

Figure 5 : Quinze premières communes du canton du Jura avec une proportion élevée de la population résidente permanente étrangère, en % (effectifs entre parenthèse)



Source : Statistique de l'état annuel de la population (ESPOP), stocks au 31.12.2009.

Tableau 12 : Population résidente permanente étrangère dans le canton de Fribourg selon le lieu de naissance, le genre et la nationalité (pourcentage colonne)

	Né en Suisse						Né à l'étranger					
	H			F			H			F		
	1990	2000	2009	1990	2000	2009	1990	2000	2009	1990	2000	2009
Nationalité												
Allemagne	4.1	2.3	2.7	3.8	2.7	3.2	7.2	5.5	7.0	5.9	4.8	6.0
France	4.8	4.9	7.6	4.7	5.0	7.5	9.4	9.4	12.0	9.9	9.7	11.4
Italie	36.9	21.8	17.2	34.1	18.9	13.6	16.8	9.9	6.5	12.9	6.8	4.3
Espagne	21.6	11.0	7.5	20.5	9.4	6.9	12.9	5.5	3.0	13.7	5.3	2.8
Portugal	10.6	22.5	30.0	11.3	23.4	31.5	19.6	25.7	35.2	23.7	25.9	32.1
Autres pays UE15/AELE	3.7	2.9	2.7	4.2	3.1	3.1	6.7	5.0	4.8	7.7	5.2	4.8
Total UE15/AELE	81.7	65.4	67.6	78.5	62.5	65.7	72.6	61.0	68.5	73.8	57.5	61.5
Pays ancienne Yougoslavie	4.5	19.0	18.1	6.2	21.7	19.6	6.8	20.1	13.3	6.6	18.7	13.3
Turquie	4.9	6.0	4.5	4.4	4.7	4.0	4.3	4.5	3.4	3.4	4.2	2.9
Autres pays européens	1.2	0.5	1.0	0.5	0.4	1.0	1.9	1.6	2.3	2.2	2.9	3.7
Afrique du Nord	0.6	0.6	1.0	0.8	0.8	1.2	1.8	1.6	1.7	0.4	1.5	1.6
Afrique sub-saharienne	2.3	4.3	3.8	3.2	5.0	4.4	3.2	3.4	3.9	2.9	4.0	4.3
Amérique du Nord	0.2	0.4	0.3	0.4	0.2	0.3	1.3	1.2	0.9	1.8	1.2	1.0
Amérique latine	1.6	1.0	1.0	1.3	1.3	0.9	2.8	2.6	2.0	3.2	4.4	4.8
Asie/Ex-URSS	3.1	2.8	2.7	4.7	3.5	2.7	5.1	3.9	3.8	5.6	5.4	6.8
Océanie/autres pays	0.2	0.0	0.2	0.1	0.0	0.2	0.2	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1
Effectif total	1'899	3'886	5'268	1'679	3'477	4'604	10'357	13'910	20'489	7'641	12'051	17'936

Source : Statistique de la population résidente de nationalité étrangère (PETRA), stocks au 31.12 ; les diplomates et fonctionnaires internationaux sont exclus des données.

Tableau 13 : Population résidante permanente étrangère dans le canton de Neuchâtel selon le lieu de naissance, le genre et la nationalité (pourcentage colonne)

	Né en Suisse						Né à l'étranger					
	H			F			H			F		
	1990	2000	2009	1990	2000	2009	1990	2000	2009	1990	2000	2009
<i>Nationalité</i>												
Allemagne	1.2	1.2	1.2	1.0	0.8	1.1	2.2	2.3	2.4	1.9	1.9	2.1
France	7.8	6.9	8.7	9.3	9.1	9.9	14.5	15.7	17.9	13.9	15.3	16.5
Italie	58.4	44.2	37.5	55.7	37.7	30.8	31.4	23.3	16.6	28.0	18.9	13.2
Espagne	13.6	10.2	8.5	14.1	10.1	8.8	11.1	6.8	4.5	12.1	6.3	4.2
Portugal	11.7	20.7	25.2	12.4	24.1	28.8	24.5	24.6	30.3	29.4	26.4	28.8
Autres pays UE15/AELE	2.4	2.8	2.8	1.8	2.4	2.5	3.9	4.6	4.4	4.1	4.5	4.1
Total UE15/AELE	95.1	85.9	83.8	94.3	84.1	82.0	87.6	77.3	76.2	89.4	73.2	68.9
Pays ancienne Yougoslavie	1.0	6.4	6.1	1.3	7.4	6.4	2.1	7.9	6.3	1.8	7.6	6.6
Turquie	0.8	2.3	1.7	0.9	2.3	1.8	1.4	2.9	2.5	0.7	2.4	2.0
Autres pays européens	0.2	0.4	0.4	0.2	0.3	0.4	1.0	1.1	1.1	1.1	1.8	2.4
Afrique du Nord	0.7	0.9	1.9	0.5	1.0	2.5	1.7	2.2	2.7	0.5	2.5	3.1
Afrique sub-saharienne	0.4	2.1	3.5	0.6	2.5	4.0	1.3	2.7	4.4	1.1	3.4	5.5
Amérique du Nord	0.3	0.2	0.3	0.2	0.2	0.1	1.0	1.3	1.0	1.2	1.3	1.1
Amérique latine	0.7	0.4	0.4	0.8	0.4	0.7	1.5	1.3	1.8	1.8	3.3	3.9
Asie/Ex-URSS	0.9	1.3	2.0	1.3	1.8	2.2	2.4	3.2	3.8	2.3	4.4	6.4
Océanie/autres pays	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
Effectif total	3'803	5'090	5'201	3'266	4'389	4'173	14'510	14'924	16'073	10'884	12'704	14'196

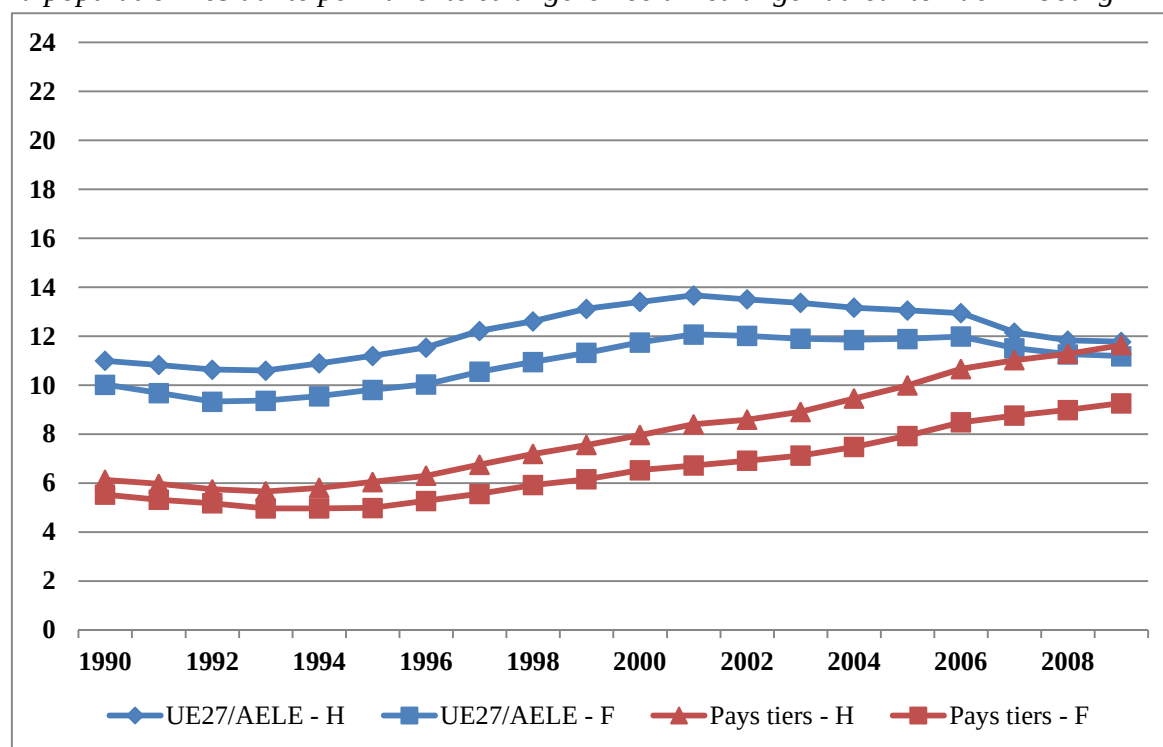
Source : Statistique de la population résidante de nationalité étrangère (PETRA), stocks au 31.12 ; les diplomates et fonctionnaires internationaux sont exclus des données.

Tableau 14 : Population résidante permanente étrangère dans le canton du Jura selon le lieu de naissance, le genre et la nationalité (pourcentage colonne)

	Né en Suisse						Né à l'étranger					
	H			F			H			F		
	1990	2000	2009	1990	2000	2009	1990	2000	2009	1990	2000	2009
<i>Nationalité</i>												
Allemagne	0.3	0.7	0.8	0.8	1.2	1.6	2.1	2.6	2.6	2.3	2.1	2.2
France	12.7	9.2	7.8	14.5	11.0	10.3	21.4	18.9	21.0	21.9	21.4	22.1
Italie	54.9	43.9	41.8	52.8	39.5	35.5	32.3	23.7	20.0	29.5	17.5	14.3
Espagne	21.4	16.0	15.0	22.4	17.3	14.2	21.5	15.3	9.8	23.8	13.8	7.7
Portugal	3.3	7.3	11.8	1.8	5.3	10.1	6.4	10.7	17.9	7.1	10.3	15.2
Autres pays UE15/AELE	1.8	1.9	2.5	0.9	1.9	1.8	3.2	3.0	3.2	3.3	2.6	3.4
Total UE15/AELE	94.3	79.0	79.8	93.2	76.2	73.5	86.9	74.2	74.6	87.8	67.7	65.0
Pays ancienne Yougoslavie	1.2	13.0	11.6	1.7	14.7	16.1	4.2	15.4	11.4	3.6	15.5	11.5
Turquie	0.9	2.0	2.1	2.1	2.8	1.2	1.5	2.1	1.8	1.2	2.3	1.8
Autres pays européens	0.3	0.5	0.0	0.1	0.5	0.3	0.9	0.8	0.6	0.7	1.5	2.7
Afrique du Nord	1.0	0.6	0.5	1.3	0.5	0.6	1.6	1.2	1.8	0.8	2.1	2.4
Afrique sub-saharienne	0.5	2.1	3.2	0.4	2.3	3.9	1.0	2.0	4.4	1.3	3.4	5.8
Amérique du Nord	0.0	0.2	0.5	0.0	0.4	0.7	0.3	0.8	1.0	0.2	1.1	1.4
Amérique latine	0.4	0.2	0.4	0.4	0.6	0.6	1.0	1.1	1.1	1.8	2.9	4.1
Asie/Ex-URSS	1.4	2.5	1.9	0.8	2.1	2.9	2.6	2.5	3.1	2.7	3.6	5.4
Océanie/autres pays	0.0	0.0	0.3	0.0	0.0	0.2	0.0	0.0	0.2	0.1	0.0	0.0
Effectif total	767	1'061	1'072	760	974	899	3'088	3'510	3'526	1'989	2'803	3'119

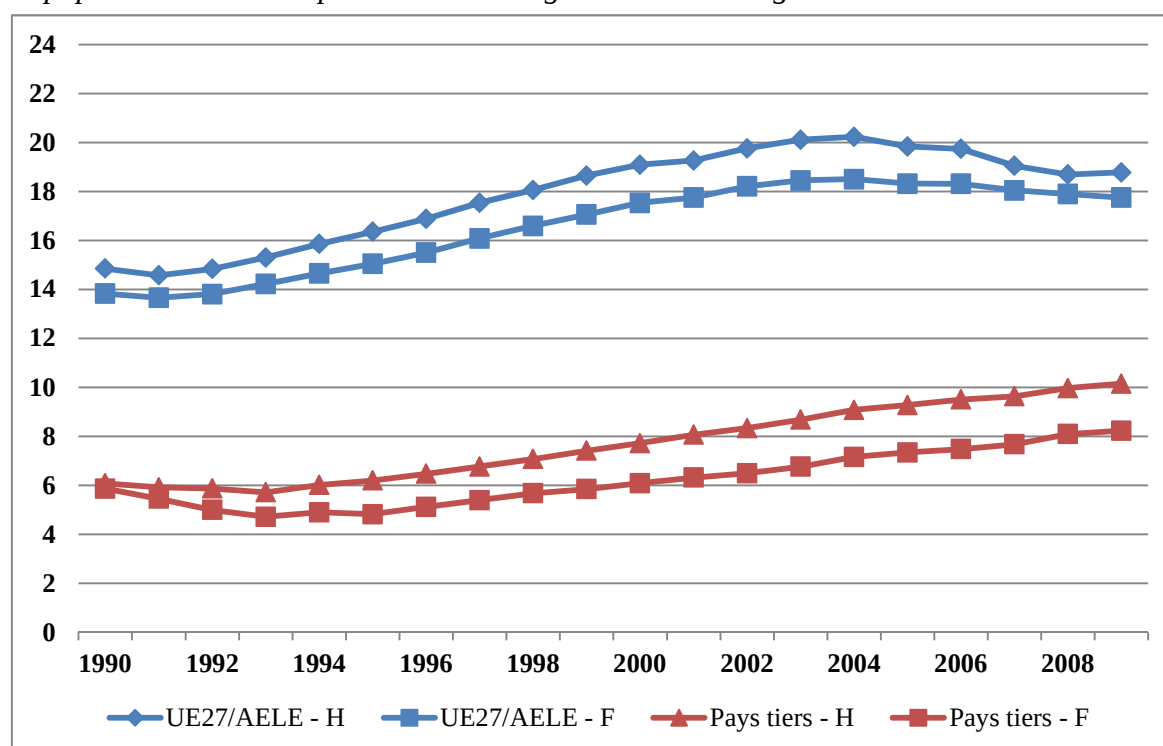
Source : Statistique de la population résidante de nationalité étrangère (PETRA), stocks au 31.12 ; les diplomates et fonctionnaires internationaux sont exclus des données.

Figure 6 : Evolution du nombre moyen d'années de résidence depuis la migration parmi la population résidente permanente étrangère née à l'étranger du canton de Fribourg



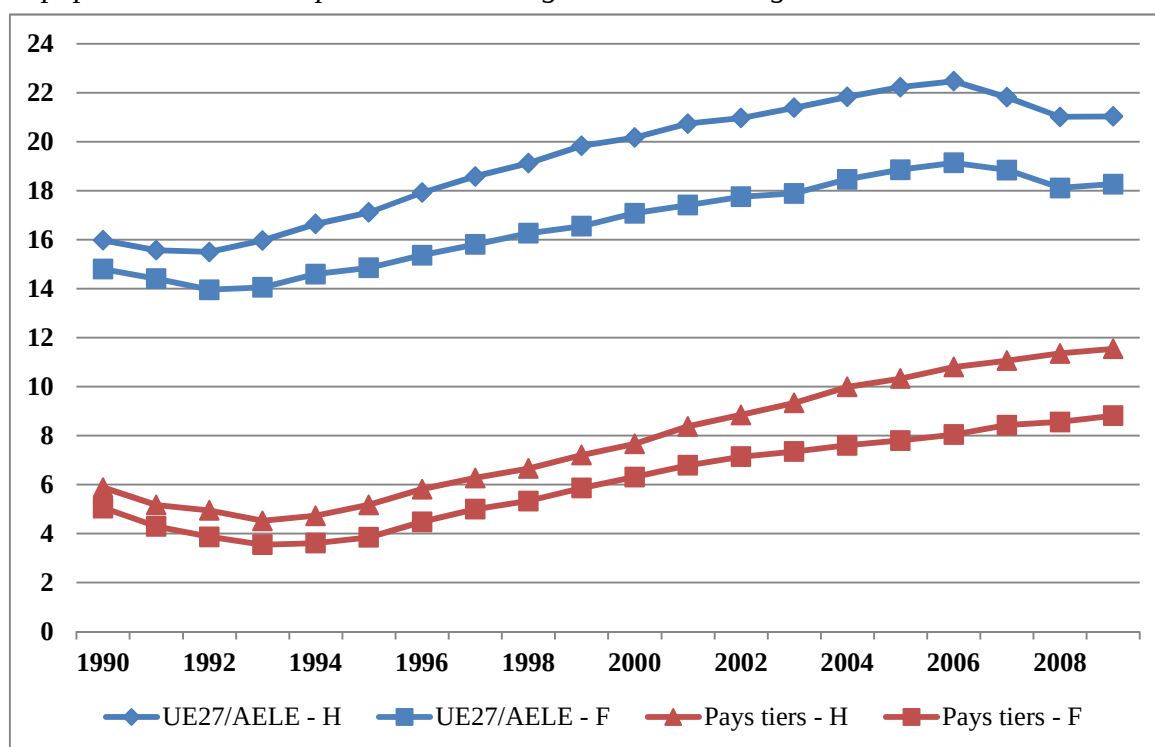
Source : Statistique de la population résidente de nationalité étrangère (PETRA), stocks au 31.12 ; sont exclus des données les diplomates et fonctionnaires internationaux, ainsi que les observations avec une durée incohérente.

Figure 7 : Evolution du nombre moyen d'années de résidence depuis la migration parmi la population résidente permanente étrangère née à l'étranger du canton de Neuchâtel



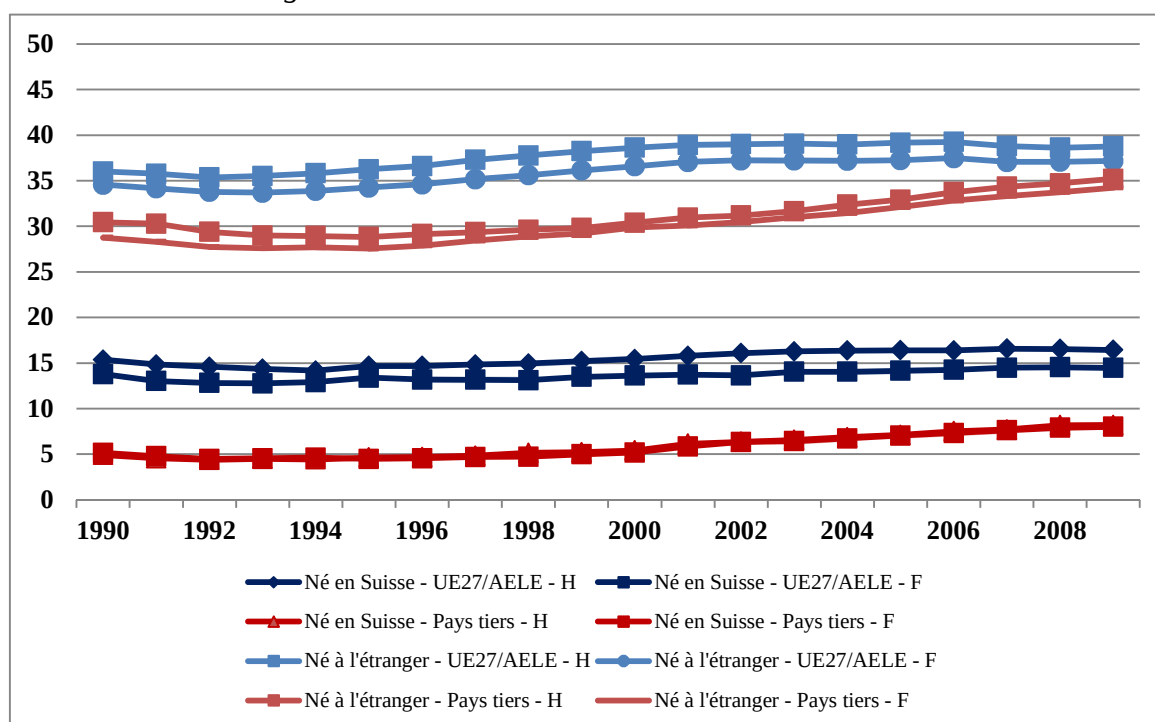
Source : Statistique de la population résidente de nationalité étrangère (PETRA), stocks au 31.12 ; sont exclus des données les diplomates et fonctionnaires internationaux, ainsi que les observations avec une durée incohérente.

Figure 8 : Evolution du nombre moyen d'années de résidence depuis la migration parmi la population résidente permanente étrangère née à l'étranger du canton du Jura



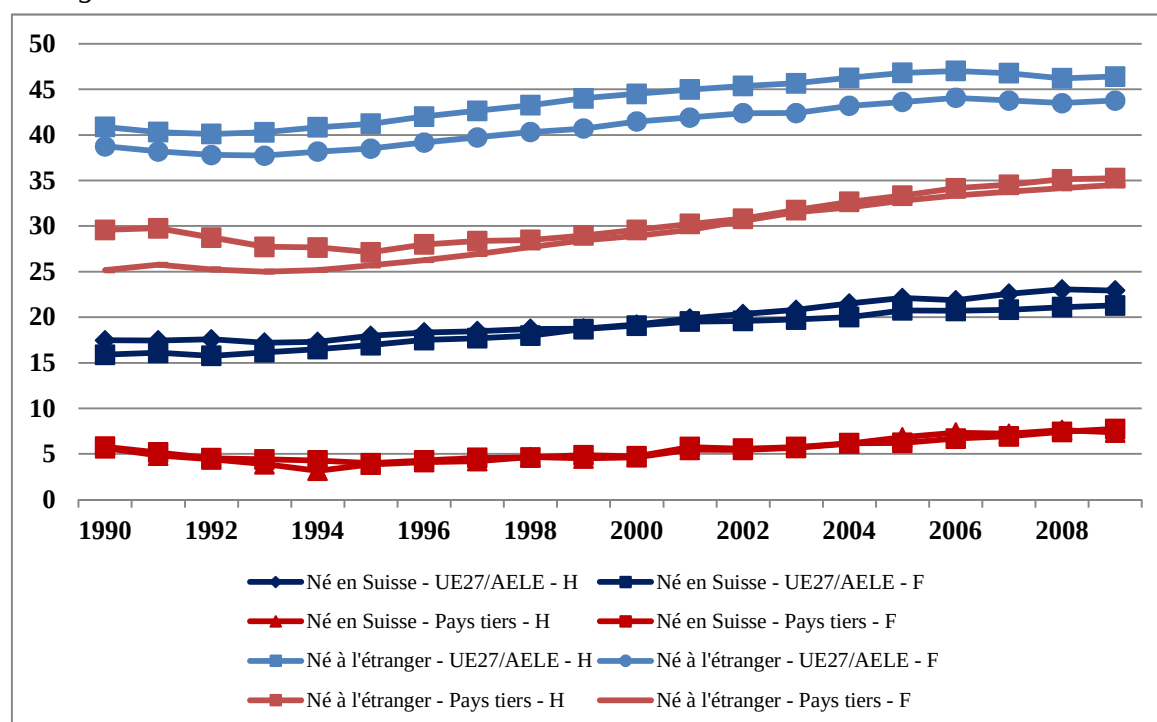
Source : Statistique de la population résidente de nationalité étrangère (PETRA), stocks au 31.12 ; sont exclus des données les diplomates et fonctionnaires internationaux, ainsi que les observations avec une durée incohérente.

Figure 9 : Evolution de l'âge moyen parmi la population résidente permanente étrangère du canton de Fribourg



Source : Statistique de la population résidente de nationalité étrangère (PETRA), stocks au 31.12 ; sont exclus des données les diplomates et fonctionnaires internationaux.

Figure 10 : Evolution de l'âge moyen parmi la population résidente permanente étrangère du canton du Jura



Source : Statistique de la population résidente de nationalité étrangère (PETRA), stocks au 31.12 ; sont exclus des données les diplomates et fonctionnaires internationaux.

Tableau 15 : Population résidente permanente étrangère dans le canton de Fribourg selon l'état civil, le groupe national, le lieu de naissance et le genre (pourcentage colonne)

	UE27/AELE						Pays tiers					
	H			F			H			F		
	1990	2000	2009	1990	2000	2009	1990	2000	2009	1990	2000	2009
	Né en Suisse											
Célibataire	89.8	84.6	85.0	94.0	86.0	86.6	99.4	99.7	99.4	100.0	99.5	98.8
Marié/e	9.3	13.2	12.7	5.6	12.8	11.4	0.6	0.3	0.6	0.0	0.5	1.0
Divorcé/e	0.3	0.2	0.1	0.2	0.1	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Veuf/ve	0.5	1.9	2.1	0.3	1.1	1.9	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2
Partenariat	-	-	0.0	-	-	0.0	-	-	0.0	-	-	0.0
Effectif total	1'565	2'560	3'615	1'326	2'184	3'070	334	1'326	1'653	353	1'293	1'534
	Né à l'étranger											
Célibataire	32.4	29.2	36.6	37.6	30.6	34.4	42.0	39.1	31.1	45.9	31.9	23.2
Marié/e	64.3	65.3	55.7	57.8	62.4	55.9	55.5	57.3	62.6	48.6	63.8	69.6
Divorcé/e	0.6	0.7	0.8	2.8	3.0	2.8	0.4	0.4	0.4	3.2	1.7	2.2
Veuf/ve	2.7	4.8	6.8	1.8	3.9	6.8	2.1	3.2	5.6	2.4	2.7	4.9
Partenariat	-	-	0.2	-	-	0.1	-	-	0.4	-	-	0.0
Effectif total	7'673	8'701	14'502	5'770	7'280	11'701	2'684	5'209	5'987	1'871	4'771	6'235

Source : Statistique de la population résidente de nationalité étrangère (PETRA), stocks au 31.12 ; sont exclus des données les diplomates et fonctionnaires internationaux.

Tableau 16 : Population résidente permanente étrangère dans le canton de Neuchâtel selon l'état civil, le groupe national, le lieu de naissance et le genre (pourcentage colonne)

	UE27/AELE						Pays tiers					
	H			F			H			F		
	1990	2000	2009	1990	2000	2009	1990	2000	2009	1990	2000	2009
	Né en Suisse											
Célibataire	87.8	79.4	77.5	88.9	79.9	78.4	98.9	99.7	99.9	98.3	99.3	98.9
Marié/e	10.9	18.3	18.6	10.0	17.4	17.6	1.1	0.3	0.1	1.7	0.7	1.1
Divorcé/e	0.6	0.3	0.3	0.7	0.5	0.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Veuf/ve	0.8	2.0	3.6	0.5	2.2	3.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Partenariat	-	-	0.0	-	-	0.0	-	-	0.0	-	-	0.0
Effectif total	3'621	4'388	4'377	3'086	3'701	3'436	182	702	824	180	688	737
	Né à l'étranger											
Célibataire	24.9	23.2	32.0	27.5	23.3	28.9	39.1	35.6	30.9	46.4	31.1	24.0
Marié/e	70.3	69.3	58.2	64.8	64.9	56.6	55.8	59.0	60.2	46.8	63.4	66.7
Divorcé/e	0.9	1.0	1.3	4.6	6.0	5.8	0.5	0.4	0.4	2.3	1.9	2.9
Veuf/ve	3.9	6.5	8.4	3.2	5.8	8.7	4.6	5.0	8.2	4.5	3.7	6.4
Partenariat	-	-	0.1	-	-	0.1	-	-	0.4	-	-	0.1
Effectif total	12'813	11'680	12'420	9'820	9'531	10'120	1'697	3'244	3'653	1'064	3'173	4'076

Source : Statistique de la population résidente de nationalité étrangère (PETRA), stocks au 31.12 ; sont exclus des données les diplomates et fonctionnaires internationaux.

Tableau 17 : Population résidente permanente étrangère dans le canton du Jura selon l'état civil, le groupe national, le lieu de naissance et le genre (pourcentage colonne)

	UE27/AELE						Pays tiers					
	H			F			H			F		
	1990	2000	2009	1990	2000	2009	1990	2000	2009	1990	2000	2009
	Né en Suisse											
Célibataire	90.5	80.7	73.6	92.2	78.5	71.5	100.0	100.0	100.0	100.0	99.1	98.7
Marié/e	8.1	18.0	23.7	6.9	19.4	24.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.9	1.3
Divorcé/e	0.6	0.2	0.2	0.7	0.8	0.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Veuf/ve	0.8	1.1	2.5	0.1	1.3	3.8	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Partenariat	-	-	0.0	-	-	0.0	-	-	0.0	-	-	0.0
Effectif total	725	840	855	709	744	663	42	221	217	51	230	236
	Né à l'étranger											
Célibataire	22.3	21.4	26.6	27.5	21.7	26.6	39.3	40.2	33.3	52.2	32.8	20.7
Marié/e	73.1	70.9	62.7	65.8	67.6	58.3	58.8	55.8	60.9	43.5	63.0	71.8
Divorcé/e	1.0	1.4	1.4	3.8	5.4	6.9	0.3	0.5	0.0	2.6	1.6	2.5
Veuf/ve	3.6	6.3	9.1	3.0	5.3	8.2	1.6	3.6	5.4	1.7	2.6	5.1
Partenariat	-	-	0.2	-	-	0.1	-	-	0.5	-	-	0.0
Effectif total	2'709	2'631	2'654	1'759	1'940	2'109	379	879	872	230	863	1'010

Source : Statistique de la population résidente de nationalité étrangère (PETRA), stocks au 31.12 ; sont exclus des données les diplomates et fonctionnaires internationaux.

Tableau 18 : Naissances vivantes selon l'état civil de la mère et la nationalité des parents

		Année 2010		Année 2000		
		Effectifs	En %	Effectifs	En %	Croissance en %
Canton de Fribourg						
De mères mariées						
	De parents suisses	1 477	47.8	1 759	60.3	-16.0
	De parents étrangers	536	17.4	521	17.9	2.9
	Seul l'un des parents est étranger	443	14.4	340	11.7	30.3
De mères pas mariées						
	La mère est étrangère	197	6.4	74	2.5	166.2
	La mère est suisse	434	14.1	224	7.7	93.8
Total		3 087	100.0	2 918	100.0	5.8
Canton de Neuchâtel						
De mères mariées						
	De parents suisses	634	36.2	868	44.9	-27.0
	De parents étrangers	336	19.2	434	22.4	-22.6
	Seul l'un des parents est étranger	353	20.2	404	20.9	-12.6
De mères pas mariées						
	La mère est étrangère	146	8.3	77	4.0	89.6
	La mère est suisse	281	16.1	151	7.8	86.1
Total		1 750	100.0	1 934	100.0	-9.5
Canton du Jura						
De mères mariées						
	De parents suisses	370	54.6	507	63.2	-27.0
	De parents étrangers	76	11.2	102	12.7	-25.5
	Seul l'un des parents est étranger	107	15.8	123	15.3	-13.0
De mères pas mariées						
	La mère est étrangère	24	3.5	17	2.1	41.2
	La mère est suisse	101	14.9	53	6.6	90.6
Total		678	100.0	802	802.0	-15.5

Source : Statistique du mouvement naturel de la population (BEVNAT) ; en 2010, on ne compte que les événements des personnes qui ont un domicile permanent en Suisse et, par rapport à 2000, la population résidente permanente comprend désormais les personnes dans le processus d'asile résidant depuis 12 mois ou plus en Suisse ; généralement, les enfants dont seul l'un des parents est suisse acquièrent automatiquement la nationalité suisse.

Tableau 19 : Population résidante permanente étrangère née à l'étranger selon le nombre d'années depuis la migration et le genre (pourcentage colonne)

	UE27/AELE						Pays tiers					
	H			F			H			F		
	1990	2000	2009	1990	2000	2009	1990	2000	2009	1990	2000	2009
Canton de Fribourg												
Durée incohérente	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
0-4	40.5	24.5	38.7	45.9	28.6	37.2	46.1	31.2	22.6	54.6	40.3	30.1
5-9	17.0	24.7	20.2	16.4	27.7	21.0	31.0	37.1	20.4	24.7	37.1	26.7
10-14	7.4	18.7	9.2	6.9	18.1	11.5	15.4	18.6	20.1	12.5	15.3	20.1
15-19	10.0	8.1	11.4	9.5	6.6	12.8	3.8	9.0	21.9	4.4	4.8	15.9
20-24	11.0	3.8	6.9	8.8	3.1	6.4	2.7	2.8	8.2	2.9	1.3	4.2
25-29	9.5	5.2	3.3	8.2	4.7	2.7	1.0	0.6	5.1	0.5	0.6	2.0
30+	4.5	15.2	10.3	4.3	11.3	8.5	0.2	0.7	1.7	0.5	0.6	1.0
Effectif total	7'673	8'701	14'502	5'770	7'280	11'701	2'684	5'209	5'987	1'871	4'771	6'235
Canton de Neuchâtel												
Durée incohérente	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
0-4	28.3	14.4	27.2	32.4	18.1	27.3	52.6	32.2	28.1	52.9	41.6	34.6
5-9	15.1	16.5	13.1	14.5	19.0	15.0	23.3	37.1	25.1	23.0	41.0	28.8
10-14	7.1	17.5	7.1	7.4	17.8	8.8	14.7	21.6	18.7	15.1	12.4	18.7
15-19	10.6	9.9	12.2	10.3	7.9	13.0	5.2	5.2	17.1	5.3	2.6	13.6
20-24	13.1	5.1	9.4	12.0	4.6	8.7	2.2	2.1	6.7	2.7	1.2	2.4
25-29	16.1	7.8	5.5	14.2	7.2	4.0	1.5	1.1	2.8	0.6	0.7	0.9
30+	9.8	28.8	25.6	9.2	25.4	23.3	0.5	0.8	1.7	0.4	0.4	1.0
Effectif total	12'813	11'680	12'420	9'820	9'531	10'120	1'697	3'244	3'653	1'064	3'173	4'076
Canton du Jura												
Durée incohérente	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
0-4	23.6	13.5	24.9	27.4	20.7	25.8	52.0	27.4	24.0	55.2	34.3	33.0
5-9	12.7	17.7	11.3	13.0	22.6	15.0	21.4	48.5	18.4	23.9	51.3	26.6
10-14	7.8	12.8	7.2	7.9	11.6	11.5	18.7	13.9	18.6	14.8	8.6	16.8
15-19	11.4	8.3	11.9	10.4	6.4	12.7	4.0	5.5	28.4	4.8	3.7	18.4
20-24	18.3	5.4	6.3	18.0	5.2	5.3	2.4	3.0	6.1	1.3	1.3	3.2
25-29	17.0	8.9	5.2	16.0	6.2	4.0	1.1	0.9	2.6	0.0	0.7	1.4
30+	9.3	33.5	33.3	7.3	27.3	25.7	0.5	0.9	2.0	0.0	0.1	0.6
Effectif total	2'709	2'631	2'654	1'759	1'940	2'109	379	879	872	230	863	1'010

Source : Statistique de la population résidante de nationalité étrangère (PETRA), stocks au 31.12 ; les diplomates et fonctionnaires internationaux sont exclus des données.

6.3 Les Constitutions, lois (sur les étrangers, sur l'intégration et la santé) et ordonnances à l'épreuve de l'égalité des chances pour la population issue de la migration

Tableau 20 : L'égalité des chances dans les Constitutions en fonction du niveau d'analyse (fédéral ou cantonal) et du canton

		L'égalité des chances dans les Constitutions	
		Texte de loi	Remarques
Niveaux / Cantons	Fédéral	- Art. 2, Al. 3 Elle (la Confédération) veille à garantir une égalité des chances aussi grande que possible. - Art. 8, Al. 2 Nul ne doit subir de discrimination du fait notamment de son origine, de sa race, de son sexe, de son âge, de sa langue, de sa situation sociale, de son mode de vie, de ses convictions religieuses, philosophiques ou politiques ni du fait d'une déficience corporelle, mentale ou psychique.	Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 L'égalité des chances est garantie par la Constitution¹³⁷. Nul ne doit subir de discrimination. Source : http://www.admin.ch/ch/f/rs/101/
	Fribourg	- Art. 9, Al. 1 Tous les êtres humains sont égaux devant la loi. Personne ne doit subir de discrimination. - Art. 9, Al. 2 La femme et l'homme sont égaux en droit. Ils ont droit en particulier au même salaire pour un travail de valeur égale. L'Etat et les communes veillent à l'égalité de droit et de fait, notamment dans les domaines de la famille, de la formation, du travail et, dans la mesure du possible, pour l'accès à la fonction publique. - Art. 63, Al. 1 L'Etat et les communes vouent une	Constitution du canton de Fribourg du 16 mai 2004 L'égalité des chances n'est pas inscrite dans la Constitution mais le principe d'égalité est un droit fondamental. Une mention spécifique demande au canton de Fribourg et aux communes d'observer une attention toute particulière aux personnes vulnérables. Source : http://www.admin.ch/ch/f/rs/c131_219.html

¹³⁷ Lorsque l'égalité des chances est inscrite dans une base légale, celle-ci est signalée en gras.

		L'égalité des chances dans les Constitutions	
		Texte de loi	Remarques
		attention particulière aux per- sonnes vulnérables ou dépendantes.	
	Jura	- Art. 6, Al. 2 Nul ne doit subir préjudice ni tirer avantage du fait de sa naissance, de son origine, de sa race, de ses convictions, de ses opinions ou de sa situation sociale. - Art. 7, Al. 1 La dignité humaine est intangible. - Art. 7, Al. 2 Tout être humain a droit au libre développement de sa personnalité et à l'égalité des chances.	<i>Constitution de la République et Canton du Jura du 20 mars 19</i> Le principe d'égalité des chances est inscrit dans la Constitution. <u>Source</u> : http://www.admin.ch/ch/f/rs/c131_235.html
	Neuchâtel	- Art. 8, Al. 1 L'égalité de droit est garantie. Nul ne doit subir de discrimination, notamment du fait de son origine, de son ethnïe, de sa couleur, de son sexe, de sa langue, de sa situation sociale, de son mode de vie, de ses convictions religieuses, philosophiques ou politiques ou du fait d'une déficience physique, mentale ou psychique.	<i>Constitution de la République et Canton de Neuchâtel du 24 septembre 2000</i> Si nul ne doit subir de discrimination, le principe d'égalité des chances n'est pas inscrit dans la Constitution. <u>Source</u> : http://www.admin.ch/ch/f/rs/c131_233.html

Tableau 21 : L'égalité des chances dans la loi fédérale sur les étrangers

		L'égalité des chances et la loi fédérale sur les étrangers (LEtr)	
		Texte de loi	Remarques
Niveaux / Cantons	Fédéral	- Art. 53, Al. 1 Dans l'accomplissement de leurs tâches, la Confédération, les cantons et les communes tiennent compte des objectifs d'intégration des étrangers. - Art. 53, Al. 2 Ils créent des conditions propices à l'égalité des chances et à la participation des étrangers à la vie publique.	<i>Loi fédérale sur les étrangers (LEtr) du 16 décembre 2005</i> Le principe de l'égalité des chances est inscrit dans la loi fédérale sur les étrangers et la Confédération demande aux cantons de tenir compte de cet objectif. <u>Source</u> : http://www.admin.ch/ch/f/rs/142_20/index.html

Tableau 22 : L'égalité des chances dans les bases légales relatives aux lois et aux ordonnances sur l'intégration en fonction du niveau (fédéral ou cantonal) et du canton

		L'égalité des chances dans les bases légales relatives aux lois et aux ordonnances sur l'intégration	
		Texte de loi	Remarques
Niveaux / Cantons	Fédéral	- Art. 2, Al. 1 L'intégration vise à établir l'égalité des chances entre Suisses et étrangers dans la société suisse. - Art. 2, Al. 3 Elle se réalise pour l'essentiel dans le cadre des structures dites ordinaires, à savoir l'école, la formation professionnelle, le marché du travail et les institutions de sécurité sociale et du domaine de la santé. Il y a lieu de prendre en compte les besoins particuliers des femmes, des enfants et des jeunes. Des mesures spécifiques à l'intention des étrangers ne seront proposées qu'à titre de soutien complémentaire.	Ordonnance du 24 octobre 2007 sur l'intégration des étrangers (OIE) Le principe d'égalité des chances est inscrit dans l'ordonnance sur l'intégration des étrangers. De plus, l'égalité des chances en matière de santé y est expressément mentionnée. Les besoins des migrants doivent être pris en compte mais intégré aux structures déjà en place. Toutefois, certaines mesures spécifiques peuvent être proposées à titre complémentaire. Source : http://www.admin.ch/ch/f/rs/142_205/index.html
	Fribourg	- Art. 1a) de favoriser l'intégration des migrants et des migrantes ; d) d'accorder aux migrants et migrantes et aux Suisses et Suissesses des chances identiques ; e) de permettre aux migrants et aux migrantes d'utiliser leurs ressources individuelles et de développer leurs capacités ; f) de contribuer à l'esprit d'ouverture réciproque ainsi qu'à la considération et au respect mutuels des Suisses et Suissesses et des migrants et migrantes ;	Loi du 24 mars 2011 sur l'intégration des migrants et des migrantes et la prévention du racisme L'égalité des chances a une base légale pour les migrants. Source : http://www.fr.ch/imr/files/pdf37/2011_028_f_Loi_integration.pdf
		- « Dans cette même perspective, la nouvelle loi fédérale sur les étrangers prévoit que la Confédération, les cantons et les communes créent des conditions propices à l'égalité des chances et à la participation des étrangères et étrangers à la vie publique. Il s'agit notamment: d'encourager l'apprentissage de la langue locale ; de favoriser la formation professionnelle des jeunes migrantes et	Intégration des migrantes et des migrants. Schéma directeur cantonal et Plan d'action 2008-2011. Adopté par le conseil d'Etat du canton de Fribourg le 9 décembre 2008. L'égalité des chances ainsi que la promotion de la santé et la prévention font partie intégrante du schéma directeur. Source : http://appl.fr.ch/friactu_inter/handler.ashx?fid=1051

		L'égalité des chances dans les bases légales relatives aux lois et aux ordonnances sur l'intégration	
		Texte de loi	Remarques
		migrants et leur accès au monde du travail ; d'introduire des mesures de prévention en matière de santé ; de soutenir les efforts déployés en vue de favoriser la compréhension mutuelle entre populations suisse et étrangère.	
	Jura	- Art. 1 L'Etat et les communes favorisent l'intégration des étrangers dans le milieu social jurassien et participent à la lutte contre le racisme. - Art. 4, Al. 1 Le Bureau de l'intégration est rattaché administrativement au Service - de la population - Art. 4, Al. 2 Il a pour mission : a) de proposer, susciter et coordonner les mesures d'intégration et de proposer une politique cantonale d'intégration	<i>Ordonnance concernant l'intégration des étrangers et la lutte contre le racisme du 12 avril 2011</i> L'ordonnance ne fait aucune mention d'égalité ou d'égalité des chances. Elle porte principalement sur des aspects d'organisation institutionnelle. <u>Source</u> : http://www.jura.ch/DEC/SPOP/Bureau-de-l-integration-des-etrangeurs-et-de-la-lutte-contre-le-racisme/Bureau-de-l-integration-des-etrangeurs-et-de-la-lutte-contre-le-racisme.html
	Neuchâtel	- Art. 1 La présente loi a pour but de favoriser des relations harmonieuses entre Suisses et étrangers. Elle encourage la recherche et l'application de solutions pour l'intégration des étrangers et, de façon plus générale, tend à promouvoir une égalité de droits et de devoirs pour tous les habitants du canton dans les limites de la Constitution et de la loi.	<i>Loi du 26 août 1996 sur l'intégration des étrangers</i> Cette loi promeut l'égalité des droits mais pas l'égalité des chances ou la garantie de l'accès aux soins pour tous. <u>Source</u> : http://rsn.ne.ch/ajour/dati/f/pdf/13204.pdf

Tableau 23 : L'égalité des chances dans la stratégie fédérale « Migration et santé 2008 à 2013 »

		L'égalité des chances dans la stratégie fédérale « Migration et santé 2008 à 2013 »	
		Texte	Remarques
Niveaux / Cantons	Fédéral	- « Le thème de la migration et de la santé est une préoccupation majeure de la Confédération, en particulier du fait que le postulat de l'égalité des chances est inscrit dans la Constitution et constitue un leitmotiv de la politique nationale d'intégration. » (Herbert Cerutti et al. 2008 :21) - « La stratégie vise l'égalité des chances devant la santé, définie comme suit: « Une chance équitable est donnée à toute personne vivant en Suisse de réaliser pleinement son potentiel de santé, sans qu'aucun facteur évitable ne vienne l'en empêcher. » Elle met ainsi ses efforts non seulement au service de la population migrante mais entend aussi faire profiter les groupes de personnes défavorisées de la population nationale d'une meilleure prise de conscience des éléments discriminatoires dans le domaine de la santé. » (Herbert Cerutti et al. 2008 :21)	L'égalité des chances fait partie intégrante de la stratégie fédérale « Migration et santé 2008 à 2013 ». <u>Source</u> : http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/07688/index.html?lang=fr (cf .pdf: Herbert Cerutti, Wolfhausen, Agathe Blaser (2008). « Migration et santé Résumé de la stratégie fédérale phase II (2008 à 2013) ». Bern: OFSP à la page 21)

Tableau 24 : L'égalité des chances dans les lois sur la santé

		L'égalité des chances dans les lois sur la santé	
		Texte de loi ou projet de loi	Remarques
Niveaux / Cantons	Fédéral	- Art. 2, Al. 1 La présente loi vise à protéger les personnes contre les maladies transmissibles, très répandues et particulièrement dangereuses. Elle contribue à diminuer les effets de ces maladies sur la population et l'économie nationale. - Art. 2, Al. 2 Elle vise, à cette fin: a. à promouvoir la culture sanitaire de tous; b. à créer les conditions susceptibles d'améliorer le comportement sanitaire de groupes spécifiques de la population; c. à réduire les inégalités en matière de santé;	<i>Projet de loi fédérale sur la prévention et la promotion de la santé approuvé le 30 septembre 2009 par le Conseil fédéral</i> L'égalité des chances ne figure pas dans ce projet de loi et aucune mention n'est faite quant aux populations vulnérables ou aux migrants. Par contre, le projet de loi envisage la réduction des inégalités de santé. <u>Source</u> : http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07492/index.html?lang=fr
	Fribourg	- Art. 9, Al. 1 Tous les êtres humains sont égaux devant la loi. Personne ne doit subir de discrimination. - Art. 63, Al. 1 L'Etat et les communes vouent une attention particulière aux personnes vulnérables ou dépendantes.	<i>Loi sur la santé du 16 novembre 1999 (LSan)</i> L'égalité des chances n'est pas inscrite dans la Constitution mais le principe d'égalité est un droit fondamental. Une mention spécifique demande au canton de Fribourg et aux communes d'observer une attention toute particulière aux personnes vulnérables. <u>Source</u> : http://www.admin.ch/ch/f/rs/c131_219.html
	Jura	- Art. 1 La présente loi a pour but de contribuer à la promotion, à la protection et à la sauvegarde de la santé de la population, dans le respect de la liberté, la dignité et l'intégrité de la personne humaine, et d'encourager la responsabilité individuelle et collective dans le domaine de la santé	<i>Loi sanitaire du 14 décembre 1990</i> Les principes de respect des libertés, de dignité et d'intégrité des personnes face à la santé sont inscrits mais pas le principe d'égalité des chances. <u>Source</u> : http://rsju.jura.ch/extranet/common/rsju/index.html
	Neuchâtel	- Art 1 La présente loi a pour but de contribuer à la promotion, à la sauvegarde et au rétablissement de la santé dans le respect de la liberté, la dignité et l'intégrité de la personne humaine et d'encourager dans ce domaine la responsabilité individuelle et collective.	<i>Loi de santé du 6 février 1995 (LS)</i> Les principes de respect des libertés, de dignité et d'intégrité des personnes face à la santé sont inscrits mais pas le principe d'égalité des chances. <u>Source</u> : http://rsn.ne.ch/ajour/default.html?8001.htm

6.4 Base légale pour la promotion de la santé et la prévention en regard de la prise en compte du principe de l'égalité des chances pour la population issue de la migration

Tableau 25 : Base légale pour la promotion de la santé et la prévention dans les Constitutions en fonction du niveau d'analyse (fédéral, cantonal) et du canton

		Base légale pour la promotion de la santé et de la prévention dans les Constitutions	
		Texte de loi	Remarques
Niveaux / Cantons	Fédéral	- Art. 118, Al. 1 Dans les limites de ses compétences, la Confédération prend des mesures afin de protéger la santé.	<i>Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999</i> La Confédération s'engage à protéger la santé mais la promotion de la santé et la prévention ne sont pas explicitement mentionnées. <u>Source</u> : http://www.admin.ch/ch/f/rs/101/
	Fribourg	- Art. 68, Al. 1 L'Etat s'emploie à la promotion de la santé et veille à ce que toute personne ait accès à des soins de qualité égale.	<i>Constitution du canton de Fribourg du 16 mai 2004</i> La promotion de la santé est inscrite dans la Constitution. <u>Source</u> : http://www.admin.ch/ch/f/rs/c131_219.html
	Jura	- Art. 25, Al.1 L'Etat et les communes veillent à l'hygiène et à la santé publiques.	<i>Constitution de la République et Canton du Jura du 20 mars 19</i> La promotion de la santé et la prévention ne sont pas inscrites dans la Constitution. <u>Source</u> : http://www.admin.ch/ch/f/rs/c131_235.html
	Neuchâtel	- Art. 5, Al. 1 : Dans les limites de leurs compétences et en complément de l'initiative et de la responsabilité des autres collectivités et des particuliers, l'Etat et les communes assument les tâches que la loi leur confie, notamment: e) la promotion et la sauvegarde de la santé;	<i>Constitution de la République et Canton de Neuchâtel du 24 septembre 2000</i> La promotion de la santé et la prévention sont inscrites dans la Constitution. <u>Source</u> : http://www.admin.ch/ch/f/rs/c131_233.html

Tableau 26 : Base légale pour la promotion de la santé et la prévention dans la loi fédérale sur les étrangers

		Base légale pour la promotion de la santé et la prévention dans la loi fédérale sur les étrangers (LEtr)	
		Texte de loi	Remarques
Niveaux / Cantons	Fédéral	- Art. 53, Al. 3 Ils encouragent en particulier l'apprentissage de la langue, la promotion professionnelle et les mesures de prévention en matière de santé; ils soutiennent les efforts déployés en vue de favoriser la compréhension mutuelle entre populations suisse et étrangère et à faciliter la coexistence.	Loi fédérale sur les étrangers du 16 décembre 2005 La Confédération et les cantons doivent encourager l'intégration en prenant en compte la question de la prévention pour la population issue de la migration. Source : http://www.admin.ch/ch/f/rs/142_20/index.html

Tableau 27 : Base légale pour la promotion de la santé et la prévention dans l'ordonnance sur l'intégration des étrangers

		Base légale pour la promotion de la santé et la prévention dans l'ordonnance sur l'intégration des étrangers (OIE)	
		Texte de loi	Remarques
Niveaux / Cantons	Fédéral	- Art. 13, Al. 1 c) garantir aux étrangers l'égalité des chances quant à l'accès aux structures ordinaires, en particulier à l'école, à la formation professionnelle, au marché du travail et au système de santé;	Ordonnance sur l'intégration des étrangers du 24 octobre 2007 L'ordonnance sur l'intégration des étrangers garanti l'égalité des chances d'accès au système de santé pour la population issue de la migration. Source : http://www.admin.ch/ch/f/rs/142_205/index.htm > Ajouter le règlement concernant la prévention et la promotion de la santé [?]

Tableau 28 : Base légale pour la promotion de la santé et la prévention dans la stratégie fédérale « Migration et santé 2008 à 2013 »

		La promotion de la santé et la prévention dans la Stratégie fédérale « Migration et santé 2008 à 2013 »	
		Texte	Remarques
Niveaux / Cantons	Fédéral	« Depuis 2002, par le biais du programme national Migration et santé, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) s'engage à renforcer la culture sanitaire de la population migrante et à mettre en place un système adapté aux besoins des migrants, en prenant en compte ces besoins dans la prévention, en professionnalisant l'interprétariat communautaire et en développant les compétences transculturelles des professionnels de la santé. »	Prendre en compte les facteurs migratoires et les besoins de la population issue de la migration est un impératif prioritaire de la stratégie fédérale « Migration et santé 2008 à 2013 ». La promotion de la santé et la prévention font partie intégrante de ces priorités. Source : http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/07688/index.html?lang=fr

Tableau 29 : Base légale pour la promotion de la santé et la prévention dans les lois sur la santé en fonction du niveau d'analyse (fédéral, cantonal) et du canton

		Base légale pour la promotion de la santé et la prévention dans les lois sur la santé	
		Texte de loi ou projet de loi	Remarques
Niveaux / Cantons	Fédéral	Art. 1, Al. 1 La présente loi règle: a. la prévention et la détection précoce de maladies humaines transmissibles, très répandues ou particulièrement dangereuses; b. la promotion de la santé, pour autant qu'elle contribue à prévenir les maladies indiquées à la let. a; c. les tâches, l'organisation et le financement de l'Institut suisse pour la prévention et la promotion de la santé (institut).	<i>Projet de loi fédérale sur la prévention et la promotion de la santé approuvé le 30 septembre 2009 par le Conseil fédéral</i> En approuvant le projet de loi fédérale, le Conseil fédéral tend à fonder une base légale solide en matière de prévention et de promotion de la santé. Source : http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07492/index.html?lang=fr
	Fribourg	Art. 27, Al. 1 Le Plan cantonal PPS définit les besoins en la matière en fonction des domaines concernés et les mesures propres à les satisfaire.	<i>Loi sur la santé du 16 novembre 1999 (LSan)</i> La promotion de la santé et la prévention sont inscrites dans la loi sur la santé. Source : http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00041/03814/03954/index.html?lang=fr

		Base légale pour la promotion de la santé et la prévention dans les lois sur la santé	
		Texte de loi ou projet de loi	Remarques
	Jura	- Art. 1 La présente loi a pour but de contribuer à la promotion, à la protection et à la sauvegarde de la santé de la population, dans le respect de la liberté, la dignité et l'intégrité de la personne humaine, et d'encourager la responsabilité individuelle et collective dans le domaine de la santé - Art. 4, Al. 1 L'Etat favorise la promotion de la santé, notamment par des mesures d'éducation, de prévention et d'information. - Art. 8, Al. 1 La prévention est réalisée, notamment par : a) la diffusion d'informations touchant au maintien et à la protection de la santé; b) le soutien apporté aux activités de prévention déployées par les ligues de santé et autres institutions privées;	<i>Loi sanitaire du 14 décembre 1990</i> La loi inscrit la promotion de la santé et la prévention comme tâche de l'Etat du Jura. Cela inclut l'obligation d'informer, de soutenir et de financer des projets en la matière. <u>Source</u> : http://rsju.jura.ch/extranet/common/rsju/index.html
	Neuchâtel	- Art. 41, Al. 1 Les dispositions du présent chapitre assurent en matière PPS les mesures nécessaires qui ne découlent pas de l'application d'autres dispositions fédérales ou cantonales. - Art. 41, Al. 2 Elles ont notamment pour objet: a) l'information et l'éducation à la santé; b) la protection maternelle et infantile; c) la surveillance médicale dans les écoles et durant la formation professionnelle; d) l'hygiène, la médecine et la sécurité du travail; e) la prévention et le contrôle de l'infection; f) la lutte contre les maladies transmissibles; g) la lutte contre les maladies socialement coûteuses; h) la lutte contre l'alcoolisme et autres toxicomanies; i) la prévention des accidents.	<i>Loi de santé du 6 février 1995 (LS)</i> La prévention, la promotion de la santé mais aussi l'information à la population, la surveillance, l'évaluation et le financement de projets sont un devoir de l'Etat de Neuchâtel <u>Source</u> : http://rsn.ne.ch/ajour/default.html?8001.htm

6.5 Présentation comparative des plans cantonaux PPS

Tableau 30 : Présentation comparative des plans cantonaux par canton

	Cantons		
	Fribourg	Jura	Neuchâtel
<i>Nom</i>	- « Plan cantonal de promotion de la santé et de prévention 2007-2011 »	- « Programme pluriannuel de prévention et de promotion de la santé du canton du Jura »	- « Plan directeur du Conseil d'Etat neuchâtelois »
<i>Dates</i>	- Plan cantonal 2007-2011 - Plan d'action 2011-2015	- Programme pluriannuel 2003	- Plan directeur 2009
<i>Rédaction</i>	- Canton de Fribourg ; Direction de la santé et des affaires sociales ; Service de la santé publique en collaboration avec la commission cantonale PPS	- République et canton du Jura ; Département de la santé, des affaires sociales et de la police ; Service de la santé publique	- Chancellerie du canton en collaboration avec le service de la santé publique et la Commission cantonale de prévention
<i>Buts et objectifs des plans cantonaux</i>	- Donner un cadre de référence pour les mandatés et les partenaires ainsi que servir de base pour l'élaboration d'un budget	- Etablir les lignes directrices et les priorités. - Etablir des orientations générales et des propositions de projets, de collaborations et de mise en œuvre	- Mise en place d'une politique de prévention c'est-à-dire d'une stratégie cantonale - Définir les objectifs et les priorités ; surveiller et évaluer
<i>Prise en compte des inégalités de santé</i>	- Le Plan cantonal mentionne explicitement l'égalité des chances en matière de santé dont doit jouir tout être humain - Des mesures favorisant l'accessibilité doivent être prises dans les actions de prévention	- Le plan mentionne explicitement sa volonté de réduire les inégalités de santé - La santé est un droit fondamental pour tout être humain - Une mention spécifique est faite au principe d'acceptabilité : les objectifs doivent être acceptables pour les acteurs et la population	- L'égalité y est mentionnée au travers de la Constitution. Nul ne doit subir de discrimination et les offres doivent être accessibles pour tous - L'équité y est également mentionnée. Le Plan cantonal a pour objectif de diminuer les inégalités de santé et à de porter une attention particulière aux groupes vulnérables

Cantons			
	Fribourg	Jura	Neuchâtel
<i>Les migrants comme public-cible</i>	- Les migrants sont expressément mentionnés en tant que public-cible	- La santé de la population migrante fait partie des problématiques mentionnées mais celle-ci n'est pas développée - La population migrante ne constitue pas un public-cible prioritaire	- Non, pas explicitement - Une mention explicite vise à porter une attention particulière aux groupes vulnérables
<i>Objectifs et domaines prioritaires nécessitant des actions en matière de prévention pour les programmes analysés par la présente étude</i>	- Empowerment (compétence et responsabilité pour réaliser pleinement le potentiel de santé) - Favoriser la coopération et la coordination entre les acteurs concernés - Améliorer la capacité d'évaluation - Des actions doivent être menées notamment en matière : 1. Alimentation et activité physique 2. Alcool 3. Tabac 4. Santé mentale 5. Accès et utilisation du système de santé	- Prévention des dépendances (alcool et tabac notamment) - Dépistage du cancer du sein - Alimentation et activité physique - Favoriser la collaboration entre les acteurs (commission, association, ligue, professionnels de santé) - Lutter contre le mal-être psychique, le risque suicidaire et la dépression; -	- Renforcer les acquis en matière PPS - Promouvoir un poids corporel sain - Promouvoir la prévention de la santé psychique et du stress - Favoriser la collaboration et la responsabilité multisectorielle - Adopter des modes de vie plus sains - Améliorer la santé mentale - Développer un programme en matière de dépendance et notamment d'alcool et de tabac

6.6 Présentation comparative des programmes d'alimentation et d'activité physique

Tableau 31 : Présentation comparative des programmes par canton

	Cantons		
	Fribourg	Jura	Neuchâtel
<i>Nom</i>	- « Poids corporel sain »	- « Alimentation et activité physique »	- « Alimentation et activité physique »
<i>Dates</i>	- Cycle 2010-2013	- PAC 1 2007-2011 - PAC 2 2012-2015 (vient d'entrer en vigueur)	- PAC 1 2007-2011 - PAC 2 2012-2015 (vient d'entrer en vigueur)
<i>Alignement</i>	- Promotion santé suisse (suivi et financement) - Programme national d'alimentation et d'activité physique (PNAAP 2008-2012)	- Promotion santé suisse (suivi et financement)	- Promotion santé suisse (suivi et financement)
<i>Public-cible</i>	- Enfants 0-6 ans - Multiplicateurs divers	- Enfants 0-16 ans - Multiplicateurs divers	- Préscolaire et scolarité primaire (0-11 ans) - Multiplicateurs divers
<i>Prise en compte des inégalités de santé</i>	- Rien de spécifique sur les inégalités	- Une attention particulière doit être portée aux inégalités sociales et de santé	- Rien de spécifique sur les inégalités
<i>Les migrants comme public-cible</i>	- Oui, explicitement - Volonté de créer des projets spécifiques	- L'étude FRIJUNE doit permettre de mieux prendre en compte les spécificités de la population migrante - Atteindre les groupes vulnérables et défavorisées	- Oui explicitement, et personnes vulnérables
<i>Budget</i>	- 350'000 / année (Canton + PSCH)	- 315'000 / année (Canton + PSCH)	- 320'000 / année (Canton + PSCH)

Cantons			
	Fribourg	Jura	Neuchâtel
<i>Objectifs</i>	- Toucher les enfants en bas âge - Promouvoir un cadre de vie favorisant une alimentation équilibrée et une activité physique régulière	- Toucher les enfants en bas âge - Alimentation équilibrée (sucre, énergie) - Activité physique encouragée - Continuer et améliorer la mise en réseau avec les acteurs cantonaux et intercantonaux	- Toucher les enfants en bas âge - Alimentation équilibrée (sucre, énergie) - Activité physique encouragée - Continuer et améliorer la mise en réseau avec les acteurs cantonaux et intercantonaux
<i>Priorités</i>	- Continuer et améliorer l'information et la sensibilisation des enfants et des multiplicateurs (directeur d'écoles ou de crèches, enseignants, animateurs, pédiatres, puéricultrices, sages-femmes, infirmières, personnel hospitalier, professionnel de médecine scolaire, parents et parents de jour) sur les bienfaits d'une alimentation équilibrée et d'une activité physique régulière - Encourager les bonnes pratiques en la matière - Améliorer la coordination et la transversalité des acteurs et des activités	- Continuer et améliorer l'information et la sensibilisation des enfants et des multiplicateurs (directeur d'écoles ou de crèches, enseignants, animateurs, pédiatres, puéricultrices, sages-femmes, infirmières, personnel hospitalier, professionnel de médecine scolaire, parents et parents de jour) sur les bienfaits d'une alimentation équilibrée et d'une activité physique régulière - Encourager les bonnes pratiques en la matière - L'école reste le <i>setting</i> prioritaire mais il faut étendre le champ d'action à tous les <i>settings</i> (famille, crèche, hôpitaux, etc.) et considérer l'environnement général dans lequel l'enfant évolue	- Continuer et améliorer l'information et la sensibilisation des enfants et des multiplicateurs (directeur d'écoles ou de crèches, enseignants, animateurs, pédiatres, puéricultrices, sages-femmes, infirmières, personnel hospitalier, professionnel de médecine scolaire, parents et parents de jour) sur les bienfaits d'une alimentation équilibrée et d'une activité physique régulière - Encourager les bonnes pratiques en la matière - L'école reste le <i>setting</i> prioritaire mais il faut étendre le champ d'action à tous les <i>settings</i> (famille, crèche, hôpitaux, etc.) et considérer l'environnement général dans lequel l'enfant évolue
<i>Partenariats et/ou délégation dans la direction du programme</i>	- Aucun	- La Fondation O2 dirige, gère et pilote le programme. - Elle s'est détachée du SSA depuis janvier 2009.	- Aucun

Tableau 32 : Projets cantonaux et inter-cantonaux en matière d'alimentation et d'activité physique

Projet et actions					Cantons		
Nom	Multiplicateurs / Setting	Public-cible	Objectifs / Moyens	Mig ^{a)}	FR	JU	NE
<i>Bien manger à petits prix</i>	Fédération romande des consommateurs, diététiciens	Migrants et groupes vulnérables	- Prendre en considération les besoins et conseiller la population migrante ainsi que les personnes vulnérables - Cours sur l'alimentation et les achats alimentaires	x ^{a1)}	x	x	x
<i>Youp'là bouge</i> (JU ; NE) ^{New} <i>Purzelbaum</i> (FR) à l'école	Directeurs d'écoles et d'écoles enfantines, éducateurs, enseignants, service de santé scolaire et parents	4-6 ans	- Projet dont le but est de promouvoir le mouvement dans les crèches, garderies et jardins d'enfants - Offrir un environnement permettant aux enfants de bouger plus (financement d'espace favorable à la mobilité et formation des professionnels de l'éducation) - En plus du module « crèches », un nouveau module « écoles » est en développement dans les cantons du Jura et de Neuchâtel	x ^{a2)}	x	x	x
<i>Youp'là bouge</i> à la crèche	Directeurs de crèches, éducateurs, enseignants, service de santé et parents	2-4 ans	- Projet dont le but est de promouvoir le mouvement dans les crèches, garderies et jardins d'enfants - Offrir un environnement permettant aux enfants de bouger plus (financement d'espace favorable à la mobilité et formation des professionnels de l'éducation)	x ^{a2)}			x

Projet et actions					Cantons		
Nom	Multiplicateurs / Setting	Public-cible	Objectifs / Moyens	Mig ^{a)}	FR	JU	NE
<i>Formation spécifique pour les multiplicateurs 0-3 ans</i> ^{New}	Puéricultrices, sages-femmes, infirmières, pédiatres, etc.	0-3 ans	- Les multiplicateurs connaissent les principes d'une alimentation équilibrée et d'une activité physique régulière - Cours de formations pour les multiplicateurs - Le projet est actuellement au début en cours de développement	X ^{a2)}	X	X	X
<i>Fourchette verte</i>	Crèches, garderies, cantines, cafétérias scolaires, cafés-restaurants, self-services et restaurants de collectivité	Enfants et adultes	- Proposer une offre permettant de favoriser une alimentation équilibrée - Le label se décline en FV des « Tout-petits » (moins de 4 ans), FV « Junior » (4-15 ans) et FV Adulte - Le label est obligatoire pour les cantines et cafétérias scolaires du canton du Jura.		X	X	X
<i>Promotion du guide « Bouger, manger à l'école »</i>	Enseignants, directeurs d'écoles et service de santé scolaire	Enfantine et primaire	- Les multiplicateurs connaissent les recommandations en matière d'alimentation et d'activité physique et encouragent leur mise en œuvre - Promotion active auprès des directeurs d'école		X	X	X
<i>Tina et Toni plus</i> ^{New d)}	Structure d'accueil parascolaire, éducateurs de la petite enfance, diététiciens, parents	4-6 ans	- Les enfants sont sensibilisés à l'importance d'une alimentation équilibrée et d'une activité physique suffisamment intense - Jeu destiné aux structures d'éducation permettant aux enfants de développer et de renforcer leurs compétences en matière d'alimentation et d'activité physique		X	X	X
<i>Pedibus (FR ; JU) À pied c'est mieux (NE)</i>	Parents, enseignants, autorités	Enfants scolarisés	- Les communes, les parents et les enfants connaissent les bienfaits des déplacements à pied à l'école - Les enfants sont encadrés et sensibilisés lors de leurs déplacements à pied à l'école		X	X	X

Projet et actions					Cantons		
Nom	Multiplicateurs / Setting	Public-cible	Objectifs / Moyens	Mig ^{a)}	FR	JU	NE
<i>Sport scolaire facultatif</i>	Directeurs d'écoles, enseignants d'éducation physique, parents	Enfants scolarisés	- Les enfants ont davantage l'occasion de pratiquer une l'activité physique - Des activités de sports facultatifs sont proposées dans plusieurs écoles		x ^{c)}	x	x
<i>Recommandations à l'attention des directions d'établissements scolaires et au corps enseignant autour du thème de l'alimentation à l'école</i>	Directeurs d'écoles et enseignants	Ecole obligatoire	- Donner une référence professionnelle du point de vue de la santé aux directions d'établissements, au corps enseignant ainsi qu'aux autres intervenants sur 3 thèmes récurrents abordés dans le cadre de l'école : Les petits déjeuners - dix heures - en cas Les distributeurs automatiques La prophylaxie dentaire		x	x	x
<i>Paprica</i> ^{New}	Les pédiatres et les professionnels de la médecine scolaire	Enfants	- Les multiplicateurs connaissent les principes d'une activité physique régulière - Cours de formation pour les multiplicateurs - Un nouveau module pour la formation des pédiatres est en développement		x	x	x
<i>L'école bouge</i> ^{b) g)}	Directeurs d'écoles, enseignants	Enfants scolarisé	- Motive et aide les enseignants à promouvoir simplement et durablement l'activité physique à l'école - Faire bouger les élèves 20 minutes par jour en plus des leçons d'éducation physique (pendant la pause) - Chaque module comprend un jeu de cartes décrivant des exercices faciles à réaliser - Le projet existe dans le canton du Jura mais n'est pas encore promu activement		x ^{c)}	x	x

Projet et actions					Cantons		
Nom	Multiplicateurs / Setting	Public-cible	Objectifs / Moyens	Mig ^{a)}	FR	JU	NE
<i>Kidz-Box ^{c)}</i>	Enseignants, éducateurs de la petite enfance	Jeunes enfants	- Lutter contre le surpoids chez les enfants - Jeu de 25 cartes à l'aide desquelles les enfants peuvent imaginer se transformer en cheval, en homme-araignée ou en avion - Jeu accompagné d'une brochure d'information - Le kit est remis aux éducatrices participants au projet Youp'là Bouge, Purzelbaum et prochainement Tina et Toni plus		x	x	x
<i>Formation des assistantes parentales (FR) / Formation des nouveaux parents d'accueil de jour (NE)</i>	Parents d'accueil de jour	2-6 ans	- Les parents d'accueil de jour connaissent les principes d'une alimentation équilibrée et d'une activité physique régulière - Chaque nouveau parent est formé sur l'alimentation et l'activité physique		x		x
<i>Association pour l'éducation familiale</i>	Familles	Parents	- La population accorde de l'importance à son alimentation et à la pratique d'une activité physique régulière - Accompagnement et soutien aux familles par le biais d'ateliers spécifiques	x	x		
<i>Perfectionnement professionnel des puéricultrices</i>	Puéricultrices et parents	0-7 ans	- Les parents connaissent les recommandations en matière d'alimentation et d'activité physique et encouragent leur mise en œuvre - Formation d'une journée pour les puéricultrices		x		
<i>Carambole</i>	Crèches	0-6 ans	- Les parents et les professionnels des crèches sont sensibilisés aux thématiques de l'alimentation et du mouvement et ont participé à des activités concrètes sur ces deux thèmes		x		

Projet et actions					Cantons		
Nom	Multiplicateurs / Setting	Public-cible	Objectifs / Moyens	Mig ^{a)}	FR	JU	NE
<i>Plateforme « alimentation et mouvement »</i>	Structures d'accueil de la petite enfance	Professionnels de la petite enfance	- La population du canton de Fribourg, particulièrement le personnel des structures d'accueil extrafamilial et les parents, connaît le site Internet et l'offre du centre de compétence « alimentation et mouvement » - Les personnes travaillant dans le domaine de l'accueil de la petite enfance connaissent l'existence et l'offre du centre de compétence et sont au courant de la manière de les contacter (mail)		x		
<i>Communes en mouvement</i>	Communes	Familles	- La population des districts de la Glâne et de la Veveyse connaissent les offres sportives de leurs régions et ont la possibilité de tester différentes activités et de s'y initier. - Promotion de la mobilité douce		x		
<i>Message aux parents de Pro Juventute</i>	Parents et puéricultrices	Enfants	- Tous les parents primipares recevront, durant la 1^{ère} année de vie de leur enfant, la brochure « Message aux parents » de Pro Juventute - Le guide « Notre enfant » est une version spécifiquement élaborée pour la population migrante de langue étrangère. Elle est traduite en 7 langues étrangères	x ^{a1)}	x	x	
<i>Ateliers du goût enfants ^{b)}</i>	Espacefemmes, diététiciennes, pédiatres et parents	Enfants de migrants et migrants	- Promouvoir une alimentation équilibrée - Atelier sur le goût et la diversité - L'atelier n'est pas réservé exclusivement aux migrants - Dans le Jura, les ateliers du goût ont lieu lors de la semaine du goût. Les écoles doivent s'inscrire pour y participer	x ^{a1)}	x	x	

Projet et actions					Cantons		
Nom	Multiplicateurs / Setting	Public-cible	Objectifs / Moyens	Mig ^{a)}	FR	JU	NE
<i>Ca me dit sport</i>	Directeurs d'écoles, enseignants et animateurs	14-20 ans	- Les enfants en âge de scolarité connaissent les bienfaits de l'activité physique - Les salles de sport sont mises à disposition au moins un samedi par mois			x	
<i>AmStramGrammes</i>	Parents	7-10 ans	- Offre de conseils aux familles dont un enfant souffre de surpoids ou d'obésité - L'enfant et ses parents sont accompagnés et aidés par des professionnels qui leur proposent des activités en groupe. Au programme: exercice physique, fitness, jeux, conseils en diététique et accompagnement psychosocial			x	
<i>Aptitudes corporelles des 5-10 ans</i>	Enseignants et animateurs	5-10 ans	- Les enfants en âge de scolarité connaissent les bienfaits de l'activité physique - Des activités sont mises en place deux samedis par mois dans chaque district et se composent de jeux, d'exercices et de parcours de coordination et d'agilité			x	
<i>Education nutritionnelle</i>	Directeurs d'école et enseignants	Enfantine, primaire et secondaire	- Tous les enfants de 1^{ère}, 3^{ème}, 5^{ème} et 7^{ème} année bénéficie de cours d'éducation nutritionnelle			x	
<i>Concours d'hiver ^{b)}</i>	Directeurs d'écoles, enseignants et parents	4-12 ans	- Inciter les enfants à pratiquer une activité physique à l'extérieur avec des amis ou camarades - Réalisation d'un animal (ou de plusieurs animaux) des neiges selon l'inspiration puis se faire photographier à ses côtés (selon le thème annuel)			x	
<i>À vélo à l'école ^{b)}</i>	Directeurs d'écoles, enseignants, parents et autorités	Ecoles secondaires	- Les enfants sont sensibilisés au thème de l'activité physique - Le concours est lancé pendant 4 semaines entre la rentrée et les vacances d'automne			x	

Projet et actions					Cantons		
Nom	Multiplicateurs / Setting	Public-cible	Objectifs / Moyens	Mig ^{a)}	FR	JU	NE
<i>Midi-Actif</i> ^{c) e)} (JU) <i>Midi-Tonus</i> ^{c) e)} (NE)	Presse, administration cantonale, médecins, pharmaciens, associations sportives, physiothérapeutes, ergothérapeutes, diététiciens, anciens participants, communes, centres sportifs, magasins de sport et partenaires PAC-Jura	Dès 16 ans	- Pratiquer une activité physique durant la pause de midi - Une trentaine de cours d'activités physiques à prix préférentiels - 12 cours par session - Chaque session coûte 60 CHF payable en une fois			x	x
<i>Les petits gourmets à table</i> ^{New}	Directeurs de crèches ou de structure parascolaire, crèche à domicile, éducateurs et parents	2-4 et 4-11 ans	- Les acteurs sont sensibilisés aux thèmes de l'alimentation et de l'activité physique - Un cours est donné aux parents et/ou au personnel des structures d'accueil - Le projet est actuellement en phase de développement	x ^{a2)}		x	x

Projet et actions					Cantons		
Nom	Multiplicateurs / Setting	Public-cible	Objectifs / Moyens	Mig ^{a)}	FR	JU	NE
<i>Application des recommandations de l'étude FRIJUNE</i>	Professionnels de la santé, de la promotion et de l'intégration	Enfants de migrants, migrants	- Les besoins spécifiques de cette population sont pris en considération à tous les niveaux du futur projet	x ^{a2)}		x	x
<i>Alimentation et mouvement pour les 4-8 ans</i> ^{b) c)}	Médecins scolaires et éducateurs nutritionnels	4-8 ans	- Brochure à disposition des médecins scolaires - Faible niveau de diffusion			x	x
<i>Réseau de mères de contact</i> ^{New f)}	Associations de migrants, professionnels concernés	Migrants	- Les parents connaissent les principes d'une alimentation équilibrée et de l'activité physique - Projet pilote chargé de former des « mères de contact » pouvant rendre visite et informer de jeunes mères à domicile	x ^{a1)}			x
<i>Petits déjeuners de toutes les couleurs</i> ^{b)}	Enseignant	Enfantine et primaire	- Les enfants connaissent l'importance d'une alimentation équilibrée - Brève intervention des enseignants démontrant concrètement la notion d'équilibre alimentaire - La brochure est traduite en 7 langues étrangères	x ^{a1)}			x
<i>L'école à la ferme</i> ^{b)}	Enseignants, agriculteurs	Enfant en âge de scolarité	- Les enfants connaissent le chemin des aliments et les produits de saison - Utilisation d'un outil pédagogique en vue de mettre sur pied des activités sur les fruits, les légumes, la viande, etc.				x
<i>Ton dix-heures le sourire en plus</i> ^{c)}	Association des cliniques dentaires mobile, clinique dentaire scolaire, parents	Enfants scolarisés	- Sensibiliser à l'importance et à la complémentarité du petit déjeuner et des « 10 heures », tout en veillant à préserver la santé des dents - Une brochure est distribuée dans les écoles				x
<i>Neuchâtel roule</i> ^{c) h)}	Autorités municipales	Dès 18 ans	- Service de prêt de vélos ouvert 7/7 jours de 7h30 à 21h30	x ^{a3)}			x

Note: Ce tableau ne liste pas de façon exhaustive l'ensemble des activités soutenues et financées par les cantons. Les activités listées ci-dessus proviennent, pour la plupart, des programmes fournis officiellement par les cantons. Toutefois, certaines activités et projets ne figurant pas officiellement dans ces programmes y ont été intégrés.

Légende :

New : Le projet est en cours de développement ou en phase pilote ;

a) Le projet est sensible à la prise en compte des facteurs migratoires ;

a1) Le projet effectue déjà des actions allant dans ce sens (traduction, interprétariat, etc.) ;

a2) Le projet souhaite intégrer ces dimensions au projet existant ou développer des actions spécifiques pour les migrants ;

a3) Le projet emploie des personnes migrantes et/ou des requérants d'asile désireux de participer à une action d'utilité publique ;

b) Projet mis en place ponctuellement (durée déterminée ou initiative ponctuelle et localisée) ;

c) Projets ne faisant pas partie des programmes AAP officiels ;

d) Projet développé par Addiction Info Suisse ;

e) Projet développé en collaboration avec l'Office cantonal des sports ;

f) Projet initié par le service de la cohésion sociale et multiculturelle du canton de Neuchâtel (COSM) ;

g) Projet initié par l'Office fédéral du sport (OFSP) ;

h) Le projet est initié et soutenu par la ville de Neuchâtel

Tableau 33 : Estimation de la sensibilité du programme cantonal fribourgeois « poids corporel sain » 2010-2013
à l'égalité des chances

Etapes	Indicateurs et questions indicatives	Réponses du programme
Analyse générale de la situation pour la conceptualisation du programme Appréciation du programme à la lumière du rapport entre migration et santé et de l'identification des besoins du public-cible	<u>Considération des inégalités de santé</u>	
	- Dans quelle mesure les effets potentiels du contexte migratoire (langue, statut migratoire, motifs de migration, etc.) sur la santé sont-ils thématiques ?	- Le contexte migratoire n'a pas été mis en relation avec les thématiques (surpoids et obésité) sous l'angle des inégalités de santé, tant au niveau national que cantonal.
	- Les données chiffrées apparaissent-elles désagrégées pour la population migrante ?	- Le programme ne se réfère pas aux données chiffrées existantes pour la population migrante (GMM) bien que le Plan cantonal PPS 2007-2011 considère les migrants comme un groupe cible prioritaire.
	- Les résultats de recherche sur la migration et la santé sont-ils pris en considération (ressources, comportements des migrants, obstacles potentiels, etc.) ?	- Les résultats de ces recherches spécifiques ne sont pas pris en compte dans le programme.
	<u>Besoins</u>	
	- Les besoins spécifiques de la population migrante sont-ils pris en considération ? (p. ex. certains enfants de migrants passent plus de temps devant la TV et ne bougent pas assez. Ils ont donc besoin des mesures spécifiques encourageant l'activité physique)	- Le programme souligne que la population migrante affiche des besoins particuliers et qu'il y a peu d'actions spécifiques destinées à leurs besoins. Mais les besoins n'y sont pas identifiés de manière détaillée.
	<u>Public-cible</u>	
	- La population migrante fait-elle effectivement partie du public-cible général du programme ?	- Oui, le programme mentionne explicitement la population migrante comme public-cible. Il suit ainsi la recommandation du Plan cantonal PPS 2007-2011.
	<u>Participation</u>	
	- Pendant la phase de conceptualisation, le programme prévoit-il la consultation ou la collaboration avec des experts et des personnes-	- Oui, dans sa phase de conceptualisation, le programme a consulté des experts en lien avec la migration (délégué à l'intégration notamment) ainsi que de partenaires travaillant

Etapes	Indicateurs et questions indicatives	Réponses du programme
	clé d'origine migrante ?	<i>déjà sur ce thème avec de la population migrante (Education familiale p.ex.).</i>
Détermination des objectifs	<u>Référence à l'égalité des chances</u>	
Appréciation des objectifs du programme en regard de l'égalité des chances pour la population migrante (ci-après ECM)	- Les objectifs du programme font-ils explicitement référence à l'égalité des chances en matière de santé ? - Les objectifs en matière d'ECM sont-ils déterminés de manière concrète ? - Des indicateurs chiffrés sont-ils déterminés pour évaluer les objectifs en matière d'ECM ?	- <i>Les objectifs du programme ne se réfèrent pas au concept de l'égalité des chances en matière de santé. Les termes tels que l'égalité des chances, les inégalités de santé, la réduction des inégalités, etc. sont absents dans le langage du programme.</i> - <i>Non, le programme ne définit pas les objectifs en matière d'ECM.</i> - <i>Non. Etant donné que le programme ne définit pas d'objectifs en matière d'ECM, aucun indicateur chiffré n'a été déterminé.</i>
	<u>Participation</u>	
	- Les objectifs sont-ils définis en collaboration avec des experts et des personnes-clé d'origine migrante ?	- <i>Le programme prévoit de définir ses objectifs en lien avec des experts de différentes thématiques dont notamment la migration.</i> - <i>Dans le groupe d'expertise figurent deux représentants experts en migration.</i> - <i>De manière générale, il n'y a pas un groupe d'accompagnement en tant que tel pour le programme mais plutôt des groupes d'accompagnements par projet. Ceux-ci n'incluent pas pour l'instant la dimension migratoire.</i>
Pilotage	<u>Participation aux projets pilotes</u>	
Appréciation du niveau de coopération et d'implication de la population migrante dans le pilotage du programme	- Le programme prévoit-il une collaboration avec des experts et des personnes-clé d'origine migrante (intégration dans le groupe de pilotage p. ex.) ?	- <i>Le comité de pilotage du programme ne prévoit pas la participation d'un expert ou d'une personne-clé d'origine migrante. Le programme n'indique pas si le groupe d'accompagnement prévu inclut une personne représentant le domaine de la migration.</i>

Etapes	Indicateurs et questions indicatives	Réponses du programme
Mise en œuvre	<u>Mesures</u>	
Appréciation de la prise en considération des facteurs migratoires dans la réalisation des activités et des mesures prévues dans le programme	- Des mesures sont-elles définies pour atteindre les objectifs de l'ECM (mise sur pied d'une offre spécifique pour les migrants, p. ex.) ? - Les contraintes empêchant les migrants de bénéficier convenablement du programme (difficultés linguistiques, problème d'horaire, par exemple) sont-elles identifiées ? - Si oui, des mesures sont-elles prévues pour y faire face (les informations sont-elles disponibles dans certaines langues p. ex.) ?	- Les mesures prévues dans les 3 modules font référence à l'utilisation des ressources des migrants, à l'adaptation des offres existantes aux migrants, au développement d'actions spécifiques adaptées aux migrants, à la nécessité de travailler avec les réseaux des migrants, à l'amélioration de l'information sur les activités. - Le prochain programme (2014) prendra en compte les recommandations de l'étude OFSP-FRIJUNE. - Selon les projets, des mesures sont définies spécifiquement dans ce sens. - Non. Les mesures prévues dans les modules ne mentionnent pas explicitement d'éventuels contraintes concernant la population migrante. Les objectifs et les mesures n'abordent pas la question des obstacles pouvant empêcher la population migrante de bénéficier convenablement des activités du programme.
	<u>Public-cible</u>	
	- Le public-cible inclut-il les migrants identifiés dans la phase initiale d'analyse de la situation ?	- Oui, la population migrante est explicitement visée comme un groupe cible.
	<u>Setting</u>	
	- Les dispositions de <i>setting</i> sont-elles sensibles à la dimension migratoire (prise en considération des facteurs socioculturels et traditionnels p. ex.) ?	- Pas d'information disponible.
	<u>Mandat de réalisation</u>	
	- La sensibilité des projets à la migration est-elle précisée comme condition dans le mandat de réalisation du programme (prise en considération des connaissances spécifiques à la migration, des	- Pas d'information disponible. - Par contre, le Plan d'action PPS 2011-2015 considère qu'il s'agit d'un objectif.

Etapes	Indicateurs et questions indicatives	Réponses du programme
	facteurs migratoires, de la participation des migrants, etc.) ?	
	<u>Budget</u>	
	- Les contraintes budgétaires résultant de la prise en compte de la dimension migratoire sont-elles prévues par le programme (financement prévu pour les traductions et l'engagement des migrants p. ex.) ?	- <i>Aucune contrainte budgétaire n'est précisée. Bien que le rapport d'évaluation considère que le manque de ressources est un frein au bon déploiement du programme ; travailler dans un contexte migratoire plurilingue n'a pas été considéré sous cet angle.</i>
	<u>Formation</u>	
	- La formation du personnel tient-elle compte de la dimension migratoire ?	- <i>Le programme ne le spécifie pas explicitement.</i> - <i>Toutefois, certains projets inscrits dans le programme tiennent spécifiquement compte de cette problématique et visent à mettre sur pied des cours de formation en la matière.</i>
	<u>Participation</u>	
	- La participation des migrants dans la mise en œuvre du programme est-elle prévue (recrutement des migrants, promotion interne d'une personne d'origine migrante, etc.) ? - Le programme prévoit-il une collaboration avec des experts ou des personnes-clé d'origine migrante ?	- <i>Non, pas pour l'instant.</i> - <i>Le rapport d'évaluation précise que deux « représentants pour la migration » font partie du groupe d'expert.</i> - <i>Il s'agit en fait du délégué cantonal à l'intégration des migrants et du coordinateur des tâches intégration asile.</i>
	<u>Recours aux ressources des migrants</u>	
	- Est-il prévu d'avoir recours aux ressources des migrants (compétences linguistiques, expériences migratoires, etc.) pour la mise en œuvre du programme ?	- <i>Le recours aux ressources des migrants est explicitement mentionné dans les modules prévus.</i>
	<u>Accès</u>	

Etapas	Indicateurs et questions indicatives	Réponses du programme
Evaluation et monitoring	- L'accès aux projets et activités est-il assuré pour la population migrante (par la suppression des obstacles linguistiques entravant l'accès p. ex.) ? - - -	- <i>Pas directement par le programme.</i> - <i>Toutefois, certains projets « bas seuil » tendent à favoriser cet accès.</i>
	<u>Monitoring du programme</u>	
	- Le système de monitoring prévoit-il la collecte de données désagrégées pour la population migrante (nombre d'avortements selon l'origine et le statut du permis p. ex.) ? - Le processus de monitoring du programme prévoit-il l'intégration des opinions des migrants sur des thèmes tels que l'accessibilité, la qualité de service, etc. ?	- <i>Non.</i> - <i>Non.</i>
	<u>Mandat</u>	
	- L'évaluation du programme tient-elle compte de l'ECM (estimation de l'utilité des mesures pour les migrants, amélioration concernant l'accès, etc.) ? - Est-il prévu de définir dans quelle mesure la population migrante, comparée à la population suisse, a bénéficié des du programme et/ou a participé aux activités du programme ?	- <i>Non.</i> - <i>Non.</i>
<u>Indicateurs de l'évaluation</u>		
	- Les indicateurs sont-ils ventilés par origine, trajectoire migratoire, conditions socio-économiques et sexe ?	- <i>Non.</i>

Etapes	Indicateurs et questions indicatives	Réponses du programme
	<u>Méthodologie</u>	
	- Les différents types d'informations et les données prévues sont-elles adaptées pour une analyse appropriée de l'ECM ?	- Non.
	- Est-il prévu d'intégrer l'opinion des migrants ayant participé à certaines activités du programme ?	- Non, la distinction n'est pas opérée. - L'opinion des migrants est directement intégrée aux opinions recueillies lors d'évaluations prenant en compte l'opinion des participants.
	<u>Résultats</u>	
	- Est-il prévu d'analyser les résultats en regard de l'ECM ?	- Non.
	<u>Recommandations</u>	
	- Est-il précisé que les recommandations concernant l'aspect migratoire doivent être formulées séparément ?	- Non, le thème de la migration est un thème transversal du programme et non pas un thème spécifique.

Tableau 34 : Estimation de la sensibilité du programme cantonal jurassien « Alimentation et activité physique » 2012-2015
à l'égalité des chances

Etapes	Indicateurs et questions indicatives	Réponses du programme
Analyse générale de la situation pour la conceptualisation du programme Appréciation du programme à la lumière du rapport entre migration et santé et de l'identification des besoins du public-cible	<u>Considération des inégalités de santé</u>	
	- Dans quelle mesure les effets potentiels du contexte migratoire (langue, statut migratoire, motifs de migration, etc.) sur la santé sont-ils thématiques ?	- Le programme d'action cantonal « Alimentation & activité physique » n'évoque pas les effets du contexte migratoire sur la santé des migrants. Il ne comporte ni discussion ni argumentation relative au contexte migratoire dans l'analyse du contexte (national et cantonal).
	- Les données chiffrées apparaissent-elles désagrégées pour la population migrante ?	- Les références chiffrées font défaut aussi bien dans le Plan directeur cantonal que dans le programme.
	- Les résultats de recherche sur la migration et la santé sont-ils pris en considération (ressources, comportements des migrants, obstacles potentiels, etc.) ?	- Les résultats de recherche font défaut aussi bien dans le Plan directeur cantonal que dans le programme.
	<u>Besoins</u>	
	- Les besoins spécifiques de la population migrante sont-ils pris en considération ? (p. ex., certains enfants de migrants passent plus de temps devant la TV et ne bougent pas assez. Ils ont donc besoin des mesures spécifiques encourageant l'activité physique)	- Le PAC 2 précise l'importance de la prise en considération à tous les niveaux des « besoins particuliers des catégories sociales vulnérables (migrants) ». Il met l'accent sur la nécessité de développer des modules spécifiques répondant aux besoins des migrants. - Le PAC 2 renvoie à l'étude en cours (OFSP-FRIJUNE) pour identifier d'avantages de besoins spécifiques aux migrants. Il prévoit un projet modulaire (M14) qui répondrait aux besoins identifiés, dans cette étude, pour cette population.
	<u>Public-cible</u>	
	- La population migrante fait-elle effectivement partie du public-cible général du programme ?	- Le PAC 2 souligne explicitement que la population migrante constitue un public cible spécifique et envisage de prendre des mesures particulières pour répondre aux besoins identifiés par l'étude OFSP-FRIJUNE. - L'atteinte des groupes vulnérables fait partie d'un des objectifs du PAC 2 jusqu'en 2015.

Etapes	Indicateurs et questions indicatives	Réponses du programme
	<u>Participation</u>	
	- Pendant la phase de conceptualisation, le programme prévoit-il la consultation ou la collaboration avec des experts et des personnes-clé d'origine migrante ?	- Durant la phase de conceptualisation générale du programme, aucune consultation a été prévue à part l'intention d'intégrer la thématique de la migration vie cet état des lieux. La commission d'intégration a été rencontrée en 2011 et selon les recommandations, il est prévu de concevoir des projets qui y répondent avec les membres de cette commission.
Détermination des objectifs	<u>Référence à l'égalité des chances</u>	
Appréciation des objectifs du programme en regard de l'égalité des chances pour la population migrante (ci-après ECM)	- Les objectifs du programme font-ils explicitement référence à l'égalité des chances en matière de santé ? - Les objectifs en matière d'ECM sont-ils déterminés de manière concrète ? - Des indicateurs chiffrés sont-ils déterminés pour évaluer les objectifs en matière d'ECM ?	- Non, le PAC 2 ne fait pas explicitement référence à l'égalité des chances mais exprime son souhait d'atteindre en particulier les groupes vulnérables, les personnes précaires et socialement défavorisée et, notamment, la population migrante. - Les objectifs ne sont pas définis en fonction d'éventuels écarts de santé entre la population migrante (ou groupes migrants) et la population suisse. - Par contre, la focalisation sur la population migrante entant que public-cible est mise en évidence. - Les divers modules prévus dans le programme font explicitement référence à cette nécessité. - Etant donné que les objectifs de l'égalité des chances ne sont ni précisés ni chiffrés, le programme ne détermine aucun indicateur correspondant. - Par contre, un indicateur chiffré est défini pour évaluer l'atteinte des groupes vulnérables et les migrants. Le programme prévoit ainsi « l'augmentation de 20% du nombre de projets modulaires prenant en compte l'égalité des chances ». - De plus, des mesures en matière de « policy » sont prévues afin de prendre en compte de l'égalité des chances.

Etapes	Indicateurs et questions indicatives	Réponses du programme
	<u>Participation</u> - Les objectifs sont-ils définis en collaboration avec des experts et des personnes-clé d'origine migrante ?	- Une personne-clé fera partie du groupe de pilotage du PAC 2. - D'autres consultations sont prévues en fonction des projets à mettre en place (selon les recommandations de l'étude OFSP-FRIJUNE).
Pilotage Appréciation du niveau de coopération et d'implication de la population migrante dans le pilotage du programme	<u>Participation aux projets pilotes</u> - Le programme prévoit-il une collaboration avec des experts et des personnes-clés d'origine migrante (intégration dans le groupe de pilotage p. ex.) ?	- Une personne-clé du domaine de l'intégration participe au comité de pilotage.
Mise en œuvre Appréciation de la prise en considération des facteurs migratoires dans la réalisation des activités et des mesures prévues dans le programme	<u>Mesures</u> - Des mesures sont-elles définies pour atteindre les objectifs de l'ECM (mise sur pied d'une offre spécifique pour les migrants, p. ex.) ? - Les contraintes empêchant les migrants de bénéficier convenablement du programme (difficultés linguistiques, problème d'horaire, par exemple) sont-elles identifiées ? - Si oui, des mesures sont-elles prévues pour y faire face (les informations sont-elles disponibles dans certaines langues p. ex.) ?	- Les modules prévoient explicitement de tenir compte de la population migrante. Ils envisagent d'apporter des modifications aux projets en fonction des conclusions de l'étude OFSP-FRIJUNE. - De plus, un projet modulaire (M14) est prévu pour les besoins spécifiques de la population migrante. Ce projet M14 prévoit un objectif chiffré consistant à ce que 20% des projets prennent en compte, d'ici à 2015, les futures recommandations de l'étude OFSP-FRIJUNE. - Enfin, certains modules souhaitent explicitement tenir compte de la population migrante. - Le sujet n'a pas encore été traité mais sera discuté avec la commission de l'intégration.

Etapas	Indicateurs et questions indicatives	Réponses du programme
	<u>Public-cible</u> - Le public-cible inclut-il les migrants identifiés dans la phase initiale d'analyse de la situation ?	- <i>Oui, explicitement.</i>
	<u>Setting</u> - Les dispositions de <i>setting</i> sont-elles sensibles à la dimension migratoire (prise en considération des facteurs socioculturels et traditionnels p. ex.) ?	- <i>Le programme n'en parle pas encore.</i>
	<u>Mandat de réalisation</u> - La sensibilité des projets à la migration est-elle précisée comme condition dans le mandat de réalisation du programme (prise en considération des connaissances spécifiques à la migration, des facteurs migratoires, de la participation des migrants, etc.) ?	- <i>Le programme n'a pas encore traité cette problématique.</i>
	<u>Budget</u> - Les contraintes budgétaires résultant de la prise en compte de la dimension migratoire sont-elles prévues par le programme (financement prévu pour les traductions et l'engagement des migrants p. ex.) ?	- <i>Oui, en partie.</i> - <i>Un budget est prévu pour l'application des recommandations de l'étude OFSP-FRIJUNE.</i>
	<u>Formation</u> - La formation du personnel tient-elle compte de la dimension migratoire ?	- <i>Le programme ne le spécifie pas explicitement.</i> - <i>Toutefois, certains projets inscrits dans le programme tiennent spécifiquement compte de cette problématique et visent à mettre sur pied des cours de formation en la matière.</i>
	<u>Participation</u> - La participation des migrants dans la mise en œuvre du programme est-elle prévue	- <i>Cette participation n'est pas encore prévue.</i> - <i>Elle dépendra de la mise en œuvre des projets et des</i>

Étapes	Indicateurs et questions indicatives	Réponses du programme
	(recrutement des migrants, promotion interne d'une personne d'origine migrante, etc.) ?	<i>recommandations de l'étude OFSP-FRIJUNE.</i>
	- Le programme prévoit-il une collaboration avec des experts ou des personnes-clé d'origine migrante	- <i>Oui, une personne-clé du domaine de l'intégration participe au groupe de pilotage.</i> - <i>Au besoin, d'autres séances consultatives seront envisagées.</i>
	<u>Recours aux ressources des migrants</u>	
	- Est-il prévu d'avoir recours aux ressources des migrants (compétences linguistiques, expériences migratoires, etc.) pour la mise en œuvre du programme ?	- <i>Oui, à travers une personne-clé du domaine de l'intégration et en fonction des besoins.</i>
	<u>Accès</u>	
	- L'accès aux projets et activités est-il assuré pour la population migrante (par la suppression des obstacles linguistiques entravant l'accès p. ex.) ?	- <i>Pas encore.</i>
Evaluation et monitoring	<u>Monitoring du programme</u>	
Appréciation des indicateurs mesurant des résultats spécifiques pour la population migrante	- Le système de monitoring prévoit-il la collecte de données désagrégées pour la population migrante (nombre d'avortements selon l'origine et le statut du permis p. ex.) ? - Le processus de monitoring du programme prévoit-il l'intégration des opinions des migrants sur des thèmes tels que l'accessibilité, la qualité de service, etc. ?	- <i>Pas pour le moment.</i> - <i>En cas de besoin et selon les recommandations de l'étude OFSP-FRIJUNE.</i>
	<u>Mandat</u>	
	- L'évaluation du programme tient-elle compte de l'ECM (estimation de l'utilité des mesures pour les migrants, amélioration concernant l'accès, etc.) ? - Est-il prévu de définir dans quelle mesure la	- <i>Pas encore.</i> - <i>Lorsque cela est possible, oui.</i>

Etapas	Indicateurs et questions indicatives	Réponses du programme
	population migrante, comparée à la population suisse, a bénéficié des du programme et/ou a participé aux activités du programme ?	
	<u>Indicateurs de l'évaluation</u>	
	- Les indicateurs sont-ils ventilés par origine, trajectoire migratoire, conditions socio-économiques et sexe ?	- <i>Pas actuellement.</i>
	<u>Méthodologie</u>	
	- Les différents types d'informations et de données prévues sont-elles adaptées pour une analyse appropriée de l'ECM ?	- <i>Pas actuellement.</i>
	- Est-il prévu d'intégrer l'opinion des migrants ayant participé à certaines activités du programme ?	- <i>Dans la mesure du possible.</i>
	<u>Résultats</u>	
	- Est-il prévu d'analyser les résultats en regard de l'ECM ?	- <i>Dans la mesure du possible.</i>
	<u>Recommandations</u>	
	- Est-il précisé que les recommandations concernant l'aspect migratoire doivent être formulées séparément ?	- <i>Le programme ne le prévoit pas.</i>

Tableau 35 : Estimation de la sensibilité du programme cantonal neuchâtelois « Alimentation et activité physique » 2010-2013
à l'égalité des chances et aux facteurs migratoires

Etapes	Indicateurs et questions indicatives	Réponses du programme
Analyse générale de la situation pour la conceptualisation du programme Appréciation du programme à la lumière du rapport entre migration et santé et de l'identification des besoins du public-cible	<u>Considération des inégalités de santé</u>	
	- Dans quelle mesure les effets potentiels du contexte migratoire (langue, statut migratoire, motifs de migration, etc.) sur la santé sont-ils thématiques ?	- Le programme d'action cantonal « Alimentation & activité physique » (PAC) se réfère au Plan directeur cantonal du 23 avril 2009. Ce dernier n'évoque pas les effets du contexte migratoire sur la santé des migrants. On n'y trouve aucune discussion, ni aucune argumentation relative au contexte migratoire dans l'analyse du contexte (national et cantonal). - À la page 28 du Plan directeur, on trouve cette mention : « Équité : Les activités de prévention et promotion de la santé visent une diminution des inégalités de santé entre les différentes parties de la population et entre les régions. Les activités de prévention et promotion de la santé doivent être réparties de la manière la plus juste possible, en axant ses efforts sur les domaines pouvant apporter un bénéfice au plus grand nombre possible. Cependant, une attention particulière sera portée aux groupes particulièrement vulnérables. »
	- Les données chiffrées apparaissent-elles désagrégées pour la population migrante ? - Les résultats de recherche sur la migration et la santé sont-ils pris en considération (ressources, comportements des migrants, obstacles potentiels, etc.) ?	- Les références chiffrées font défaut aussi bien dans le Plan directeur cantonal que dans le programme. - Les résultats de recherche font défaut aussi bien dans le Plan directeur cantonal que dans le programme.
	<u>Besoins</u>	
	- Les besoins spécifiques de la population migrante sont-ils pris en considération ? (p. ex., certains enfants de migrants passent plus de temps devant la TV et ne bougent pas assez. Ils ont donc besoin des mesures spécifiques encourageant l'activité physique)	- Le PAC précise l'importance de la prise en considération à tous les niveaux des « besoins particulier des catégories sociales vulnérables (migrants) ». Il met l'accent sur la nécessité de développer des modules spécifiques répondant aux besoins des migrants. - Il précise que les besoins particuliers des catégories sociales

Etapes	Indicateurs et questions indicatives	Réponses du programme
		vulnérables (migrants) sont pris en considération à tous les niveaux (offre/conseil, matériel d'information, accès, etc.) - Le PAC renvoi à l'étude en cours (OFSP-FRIJUNE) pour identifier d'avantages besoins spécifiques pour les migrants et précise que des mesures pourront être prises pour la population migrante. De manière concrète, il prévoit un projet modulaire (M14) qui répondrait spécifiquement aux besoins de la population migrante qui seront identifiés par l'étude en question.
	<u>Public-cible</u> - La population migrante fait-elle effectivement partie du public-cible général du programme ?	- Le PAC souligne explicitement que la population migrante constitue un public-cible spécifique et envisage de prendre des mesures particulières une fois les conclusions de l'étude OFSP-FRIJUNE connues. - L'atteinte du groupe cible migrant fait partie un des objectifs du PAC jusqu'en 2015.
	<u>Participation</u> - Pendant la phase de conceptualisation, le programme prévoit-il la consultation ou la collaboration avec des experts et des personnes-clé d'origine migrante ?	- Pas directement - Depuis mi-2011, le COSM est intégré dans le groupe de pilotage du programme. Le COSM est également membre de la commission cantonale de prévention afin de garantir que le contexte spécifique des migrants soit pris en compte dans la politique cantonale de promotion de la santé.
Détermination des objectifs	<u>Référence à l'égalité des chances</u>	
Appréciation des objectifs du programme en regard de l'égalité des chances pour la population migrante (ci-après ECM)	- Les objectifs du programme font-ils explicitement référence à l'égalité des chances en matière de santé ?	- Non, le PAC ne fait pas explicitement référence à l'égalité des chances mais exprime son souhait d'atteindre en particulier les groupes vulnérables, les pauvres, les personnes socialement défavorisée et, notamment, la population migrante. - Parmi ses 4 objectifs généraux: « Le PAC atteint en particulier aussi les populations vulnérables ».

Etapes	Indicateurs et questions indicatives	Réponses du programme
	- Les objectifs en matière d'ECM sont-ils déterminés de manière concrète ? - Des indicateurs chiffrés sont-ils déterminés pour évaluer les objectifs en matière d'ECM ?	- Les indicateurs posés pour répondre à cet objectif sont les suivants: 1. D'ici 2015, augmentation de 20% du nombre de projets modulaires prenant en compte l'égalité des chances par rapport au PAC 1 (selon les résultats de l'étude de l'OFSP). 2. Au moins deux mesures policy prennent en compte l'égalité des chances. 3. Une personne supplémentaire (par rapport au PAC 1) qui fait partie du domaine de l'intégration, participe au comité de pilotage. - Les objectifs ne sont pas définis en fonction d'éventuels écarts de santé entre la population migrante (ou groupes migrants) et la population suisse. - Par contre, la focalisation sur la population migrante tant que public-cible est mise en évidence. - Les divers modules prévus dans le programme font explicitement référence à cette nécessité. - cf. ci-dessus. - Etant donné que les objectifs de l'égalité des chances ne sont ni précisés ni chiffrés, le programme ne détermine aucun indicateurs correspondant. - Par contre, un indicateur chiffré est défini pour évaluer l'atteinte des groupes vulnérables et les migrants. Le programme prévoit ainsi « l'augmentation de 20% du nombre de projets modulaires prenant en compte l'égalité des chances ». - De plus, des mesures en matière de « policy » sont prévues afin de prendre en compte de l'égalité des chances.
	<u>Participation</u>	
	- Les objectifs sont-ils définis en collaboration avec des experts et des personnes-clé d'origine migrante ?	- Non.

Etapes	Indicateurs et questions indicatives	Réponses du programme
Pilotage	<u>Participation aux projets pilotes</u>	
Appréciation du niveau de coopération et d'implication de la population migrante dans le pilotage du programme	- Le programme prévoit-il une collaboration avec des experts et des personnes-clé d'origine migrante (intégration dans le groupe de pilotage p. ex.) ?	- Une personne du domaine de l'intégration participe au comité de pilotage. - Par ailleurs, certains projets sont "testés" dans un contexte de migration. Par exemple: le projet Petits gourmets à table sera testé chez Récif, afin de voir si le concept est pertinent pour un public de migrants.
Mise en œuvre	<u>Mesures</u>	
Appréciation de la prise en considération des facteurs migratoires dans la réalisation des activités et des mesures prévues dans le programme	- Des mesures sont-elles définies pour atteindre les objectifs de l'ECM (mise sur pied d'une offre spécifique pour les migrants, p. ex.) ? - Les contraintes empêchant les migrants de bénéficier convenablement du programme (difficultés linguistiques, problème d'horaire, par exemple) sont-elles identifiées ? - Si oui, des mesures sont-elles prévues pour y faire face (les informations sont-elles disponibles dans certaines langues p. ex.) ?	- Les modules prévoient de tenir compte de la population migrante. Ils envisagent d'apporter des modifications aux projets en fonction des conclusions de l'étude OFSP-FRIJUNE. - De plus, trois projets modulaires (M14, M15, M16) s'adressent spécifiquement à la population migrante. Le projet M14 prévoit un objectif chiffré consistant à ce que 20% des projets prennent en compte jusqu'en 2015 les futures recommandations de l'étude OFSP-FRIJUNE. - Un grand nombre de projets souhaitent tenir compte de la population migrante. - Pas systématiquement. - Certains documents sont traduits mais la plupart s'adresse non au public-cible mais aux multiplicateurs qui eux, transmettent l'information au public cible. - Le programme souhaite ainsi améliorer la sensibilisation en proposant des formations pour les multiplicateurs.
	<u>Public-cible</u>	
	- Le public-cible inclut-il les migrants identifiés dans la phase initiale d'analyse de la situation ?	- Oui, explicitement.

Etapas	Indicateurs et questions indicatives	Réponses du programme
	<u>Setting</u> - Les dispositions de <i>setting</i> sont-elles sensibles à la dimension migratoire (prise en considération des facteurs socioculturels et traditionnels p. ex.) ?	- <i>Pas d'information disponible.</i>
	<u>Mandat de réalisation</u> - La sensibilité des projets à la migration est-elle précisée comme condition dans le mandat de réalisation du programme (prise en considération des connaissances spécifiques à la migration, des facteurs migratoires, de la participation des migrants, etc.) ?	- <i>Depuis 2012, cet élément fait explicitement partie de la stratégie cantonale.</i>
	<u>Budget</u> - Les contraintes budgétaires résultant de la prise en compte de la dimension migratoire sont-elles prévues par le programme (financement prévu pour les traductions et l'engagement des migrants p. ex.) ?	- <i>Oui, pour ce qui est des modules spécifique en tout cas.</i>
	<u>Formation</u> - La formation du personnel tient-elle compte de la dimension migratoire ?	- <i>Le programme ne le mentionne pas explicitement.</i> - <i>Certains projets inscrits dans le programme tiennent spécifiquement compte de cette problématique et visent à mettre sur pied des cours de formation en la matière.</i>
	<u>Participation</u> - La participation des migrants dans la mise en œuvre du programme est-elle prévue (recrutement des migrants, promotion interne d'une personne d'origine migrante, etc.) ?	- <i>Non.</i>
	- Le programme prévoit-il une collaboration avec	- <i>Le programme ne le mentionne pas explicitement.</i>

Etapas	Indicateurs et questions indicatives	Réponses du programme
	des experts ou des personnes-clé d'origine migrante	- <i>Nous savons toutefois que certains projets sont intimement mis en œuvre avec le COSM.</i>
	<u>Recours aux ressources des migrants</u>	
	- Est-il prévu d'avoir recours aux ressources des migrants (compétences linguistiques, expériences migratoires, etc.) pour la mise en œuvre du programme ?	- <i>Le programme ne le mentionne pas explicitement.</i> - <i>Toutefois, si des recommandations vont dans ce sens, elles seront directement prises en compte par le COSM.</i>
	<u>Accès</u>	
	- L'accès aux projets et activités est-il assuré pour la population migrante (par la suppression des obstacles linguistiques entravant l'accès p. ex.) ?	- <i>Pas d'information disponible. La partie sur la communication (2.4) du programme ne dit rien quant à la stratégie de communication destinée au groupe cible migrant.</i> - <i>Aucune communication spécifique n'est prévue pour les migrants.</i> - <i>Le PAC communique essentiellement à travers ses projets.</i> - <i>Le programme souligne qu'en intégrant les recommandations de l'étude OFSP-FRIJUNE dans différents modules prévus, l'accès des prestations aux migrants sera mieux assuré.</i>
Evaluation et monitoring	<u>Monitoring du programme</u>	
Appréciation des indicateurs mesurant des résultats spécifiques pour la population migrante	- Le système de monitoring prévoit-il la collecte de données désagrégées pour la population migrante (nombre d'avortements selon l'origine et le statut du permis p. ex.) ?	- <i>Non.</i>
	- Le processus de monitoring du programme prévoit-il l'intégration des opinions des migrants sur des thèmes tels que l'accessibilité, la qualité de service, etc. ?	- <i>Non, pas à part les opinions récoltées lors de cette présente étude.</i>

Etapes	Indicateurs et questions indicatives	Réponses du programme
	<u>Mandat</u>	
	- L'évaluation du programme tient-elle compte de l'ECM (estimation de l'utilité des mesures pour les migrants, amélioration concernant l'accès, etc.) ? - Est-il prévu de définir dans quelle mesure la population migrante, comparée à la population suisse, a bénéficié des du programme et/ou a participé aux activités du programme ?	- Pour la phase 2012-2015, l'évaluation tiendra compte des indicateurs précédemment cité dans la partie intitulée « Détermination des objectifs ». - Non.
	<u>Indicateurs de l'évaluation</u>	
	- Les indicateurs sont-ils ventilés par origine, trajectoire migratoire, conditions socio-économiques et sexe ?	- Non.
	<u>Méthodologie</u>	
	- Les différents types d'informations et de données prévues sont-elles adaptées pour une analyse appropriée de l'ECM ? - Est-il prévu d'intégrer l'opinion des migrants ayant participé à certaines activités du programme ?	- Non. - Oui, mais dans la même mesure que les participants non migrants (questionnaires d'évaluation).
	<u>Résultats</u>	
	- Est-il prévu d'analyser les résultats en regard de l'ECM ?	- Oui, selon les indicateurs précédemment cité dans la « Détermination des objectifs ».
	<u>Recommandations</u>	
	- Est-il précisé que les recommandations concernant l'aspect migratoire doivent être formulées séparément ?	- Non.

6.7 Présentation comparative des programmes de prévention de la consommation excessive d'alcool

Tableau 36 : Présentation comparative des programmes par canton

	Cantons		
	Fribourg	Jura ^{a)}	Neuchâtel ^{a)}
<i>Nom</i>	- « Plan cantonal d'action alcool » au stade de projet.	- Pas de programme. Dans le Plan Cantonal, une des priorités est de « Prévenir les dépendances, dont notamment le tabagisme et la consommation excessive d'alcool »	- Pas de programme. Dans le Plan Cantonal, un des programmes prioritaires à développer est de « Réduire les dommages causés par l'alcoolisme, la toxicomanie, le tabagisme »
<i>Dates</i>	- Cycle 2012-2017	- Cycle 2003-x	- Cycle 2009-2013
<i>Alignement</i>	- Programme national alcool ¹³⁸ (PNA 2008-2012)	- Pas mentionné. Mais en lien avec les programmes nationaux liés aux dépendances	- Programme national alcool
<i>Public-cible / settings</i>	- Alcoolodépendance - Consommation chronique, âge avancé - Ivresses ponctuelles, consommation des jeunes - Alcool au travail - Alcool au volant - Manifestations temporaires et discothèques - Scènes ouvertes - Milieu sportif - Sphère privée	- Population en général - Accent mis sur les mineurs	- La Population en général - Les jeunes

¹³⁸ Programme national alcool. Consulté le 30.01.12. URL : <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00039/00596/index.html?lang=fr>

Cantons			
	Fribourg	Jura ^{a)}	Neuchâtel ^{a)}
<i>Prise en compte des inégalités de santé</i>	- Pas thématisé	- Oui, explicitement (Programme pluriannuel de PPS)	- Oui, explicitement
<i>Les migrants comme public-cible</i>	- Globalement, tiendront compte des besoins spécifiques de toutes les catégories de la population, y compris celles qui pourraient nécessiter une stratégie spécifique, comme par exemple, les migrants.	- Les migrants font partie de la population cible du Plan Cantonal. Ils ne sont pas spécifiés dans les actions de prévention des dépendances et de la consommation excessive d'alcool.	- Oui explicitement, et personnes vulnérables
<i>Budget</i>	- Pas mentionné	- Pas mentionné	- Pas mentionné
<i>Objectifs</i>	- Le nombre de personnes dépendantes de l'alcool a diminué. - La consommation chronique, notamment auprès des personnes de plus de 50 ans, a diminué. - Les ivresses ponctuelles, notamment chez les adolescents et jeunes adultes, ont diminué. - La consommation et la consommation problématique d'alcool des personnes de moins de 16 ans ont diminué. - Les conséquences négatives de la consommation problématique d'alcool au travail ont diminué. - Les conséquences négatives de la consommation problématique d'alcool dans l'espace public et sur la route ont diminué. - Les conséquences négatives de la consommation problématique d'alcool dans la sphère privée ont diminué.	- Réduire les consommations excessives d'alcool - Veiller à la protection de la jeunesse par rapport à l'alcool	- Réduire les dommages causés par l'alcoolisme : maladies, violence, comportements sexuels à risque, accidents de la circulation, invalidités permanentes, décès, etc.

Cantons			
	Fribourg	Jura ^{a)}	Neuchâtel ^{a)}
<i>Priorités</i>	- Mesures qui portent sur la jeunesse, la violence, le sport et les accidents - Mesures qui permettent une réduction de la consommation problématique (vs consommation dépendantes) - Prévention et application des dispositions existantes de protection de la jeunesse - Prévention structurelle - Mesures basées sur l'évidence	- Réduire - Informer	- Maintenir les acquis dans la lutte contre l'alcoolisme - Favoriser la collaboration et la responsabilité multisectorielle
<i>Partenariats et/ou délégation dans la direction du programme</i>	- Aucun au stade de projet, mais envisagé lors du développement de mesures pour atteindre les objectifs	- Commission dépendances présidée par le médecin cantonal	- Fondation Neuchâtel Addiction - Commission cantonale addictions - Centre neuchâtelois d'alcoologie - Vivre sans fumer

Note: a) Etant donné que le canton du Jura et Neuchâtel n'ont pas de programme d'alcool développé, les données mentionnées pour ces cantons proviennent de leur plan cantonal PPS.

Tableau 37 : Liste non exhaustive des projets cantonaux et intercantonaux en matière d'alcool

Projet et actions				Cantons		
Nom	Multiplicateurs / Setting	Public-cible	Objectifs / Moyens	FR	JU	NE
<i>Be my angel tonight</i> ¹³⁹	Bars, clubs, festivals et fêtes de village	16-25 ans	- Chauffeurs sobres. Lors d'une soirée, choisir un angel driver qui conduira ses amis en toute sécurité.	x	x	x
<i>La semaine alcool</i> ¹⁴⁰	Multiples partenaires	Tous âges	- Campagne dont le but est de susciter le dialogue auprès de la population au travers d'événements et de manifestations	x	x	x
<i>Journée alcool</i> ¹⁴¹	Organisations œuvrant dans le domaine des dépendances	Tous âges	- Informer, inciter la discussion et sensibiliser la population autour d'un thème portant sur les problèmes liés à l'alcool	x	x	x
<i>Nez rouge</i> ¹⁴²	Personnes concernées touchées directement	Conducteurs	- Prévention et sensibilisation à la sécurité routière - Ramener chez elles les conducteurs aux facultés affaiblies lors des fêtes de fin d'année - Diminuer le nombre d'accidents	x	x	x
<i>RailFair</i> ¹⁴³ (CFF)	Personnes concernées touchées directement	Tous âges	- Prévention par la médiation qui aborde notamment le thème de l'alcool - Augmenter la sécurité au sein des gares et des trains	x	x	x

¹³⁹ Be my angel tonight. Consulté le 31.01.12. URL : <http://www.bemyangel.ch/romandie/angel.swf>

¹⁴⁰ La semaine alcool. Consulté le 31.01.12. URL : <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00039/00602/index.html?lang=fr>

¹⁴¹ Journée alcool. Consulté le 31.01.12. URL : <http://www.journee-problemes-alcool.ch/index.php?lg=F&pg=1>

¹⁴² Nez rouge. Consulté le 31.01.12. URL : <http://www.nezrouge.ch/fr/Accueil.html>

¹⁴³ Railfair. Consulté le 31.01.12. URL : <http://www.cff.ch/groupe/la-suisse-en-mouvement-grace-aux-cff/les-cff-et-la-securite/railfair.html>

Projet et actions				Cantons		
Nom	Multiplicateurs / Setting	Public-cible	Objectifs / Moyens	FR	JU	NE
<i>Alcochoix</i> ¹⁴⁴	Personnes concernées touchées directement	Consommateurs excessifs	- Outil qui permet de mesurer et de choisir sa relation à l'alcool. L'objectif est de modifier son comportement afin d'améliorer sa qualité de vie.	x	x	x
<i>PAC PLUS</i> ¹⁴⁵	Cadres romands de la justice et police, de la santé, du social et du secteur privé	Cadres cantonaux en charge de politique d'alcool	- Créer un espace d'échange d'expériences et de transfert de connaissance entre les différents cantons - Approfondir les thématiques d'intérêt commun et mettre en place un transfert de savoir à la carte - Appuyer les synergies intercantionales et valoriser la collaboration entre les cantons	x	x	x
<i>Rond-point (REPER)</i>	Travailleurs de rue, professeurs, parents, entraîneurs, organisateurs de fêtes, éducateurs en foyer, etc	Jeunes, adolescents	- Intervention précoce auprès de jeunes consommateurs	x		
<i>Préven'scènes (REPER)</i>	Professeurs	Jeunes, adolescents	- réflexion et ateliers autour d'un théâtre forum sur diverses thématiques	x		
<i>Approche psycho-sociale des conséquences de l'alcool au volant (REPER)</i>	Personnes concernées touchées directement	Conducteurs	- Réfléchir aux conséquences liées à un retrait de permis pour consommation d'alcool	x		

¹⁴⁴ Alcochoix+. Consulté le 1.02.12. URL : <http://www.alcochoix.ch/index.php>

¹⁴⁵ PAC PLUS. Consulté le 1.02.12. URL : <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00039/10916/10959/index.html?lang=fr>

Projet et actions				Cantons		
Nom	Multiplicateurs / Setting	Public-cible	Objectifs / Moyens	FR	JU	NE
<i>Prévenfête</i> (REPER)	Organisateurs	Jeunes, adolescents	- Fournir des mesures de prévention pour éviter des problèmes liés à l'alcool par exemple	x		
<i>Préven'sports</i> (REPER)	Fédérations sportives, entraîneurs	Jeunes, adolescents	- Formation aux entraîneurs pour jeunesse et sport ou associations. Savoir comment réagir - Promotion de la santé lors des tournois portant sur un thème, dont l'alcool - Conseil et accompagnement par téléphone	x		
<i>Modules de formation sur demande</i> (REPER)	Personnes concernées touchées directement	Ceux qui veulent faire la patente	- Formation des cafetiers, restaurateurs pour réfléchir aux produits alcool et attitude à avoir face aux problèmes liés à l'alcool.	x		
<i>T'assures... t'es sûr</i>	Enseignants, médiateurs	Jeunes dès 18 ans	- Prévenir les risques et les accidents de la route liés à l'usage et à l'abus d'alcool auprès de jeunes du secondaire supérieur de 18 ans et plus.	x		
<i>Cours OCN volontaire « alcool au volant – jamais¹⁴⁶ »</i>	Personnes concernées touchées directement	Conducteurs	- Information pluridisciplinaire qui s'adresse aux conducteurs qui ont circulé pour la première fois en état d'ébriété - Eviter les récidives	x		

¹⁴⁶ Cours alcool. Consulté le 31.01.12. URL : http://www.fr.ch/ocn/fr/pub/prevention/cours_internes/cours_alcool.htm

Projet et actions				Cantons		
Nom	Multiplicateurs / Setting	Public-cible	Objectifs / Moyens	FR	JU	NE
<i>Suchtpräventionsstelle</i>	Enseignants	Très jeunes enfants	- L'Unité de prévention de la toxicomanie poursuit le plan d'action alcool en mettant l'accent sur les aspects structurels. - 10 enseignants ont reçu un cours de formation	x		
<i>Le Torry</i>	Tous les acteurs concernés	Jeunes et adultes	- Ligne d'aide téléphonique - Les séances et les groupes proposés pour objectif de réduire les facteurs de risque	x		
<i>Fordd</i>	Entreprise	Adulte	- Organise et coordonne la formation continue pour les professionnels en matière d'addictions	x	x	x
<i>GREA</i>	Tous les acteurs concernés	Professionnelles en matière d'addictions	- Centre de formations courtes aux professionnels des addictions - Revue "Dépendances", un outil d'information et d'échange de pratiques en Suisse romande sur les addictions.	x	x	x
<i>Blue Cocktail</i>	Tous les acteurs concernés	Jeunes et adultes	- "Cocktail Bar Bleu" est un projet qui a été lancé par la Croix-Bleue Suisse - Créations de boissons sans alcool	x		
<i>Cool & clean</i> ¹⁴⁷	Entraîneurs, comités des clubs et fédérations	Jeunes, adolescents	- Activité sportive loyale et saine (thématique de l'alcool incorporée)	x	x	

¹⁴⁷ Cool & clean. Consulté le 31.01.12. URL : <http://www.coolandclean.ch/fr/desktopdefault.aspx/tabid-4335/>

Projet et actions				Cantons		
Nom	Multiplicateurs / Setting	Public-cible	Objectifs / Moyens	FR	JU	NE
<i>Soirées parents (the world café)</i>	Parents	Jeunes, adolescents	- Salle préparée comme un bistrot, puis information et instaurer réflexion et échange autour de questions liés par exemple à l'alcool	x	x	
<i>Gouvernail</i>	Educateurs des foyers	Jeunes, adolescents	- Fournir des outils pour aborder des thématiques comme l'alcool	x	x	
<i>Soif de ...</i> ¹⁴⁸	Adultes Parents Professionnels	Jeunes	- Cohérence du message donné par les adultes - Agir sur l'attractivité de l'alcool - Agir sur l'accessibilité de l'alcool - Éviter la banalisation		x	
<i>Aller-retour (trans-AT)</i> ¹⁴⁹	Enseignants Parents	Ecole obligatoire	- Ateliers pour sensibiliser à la problématique de l'alcool entre autres		x	
			-			
<i>Participation aux Zèbres (trans-AT)</i>	Personnes concernées touchées directement	Ecole obligatoire	- Quiz donnés aux écoles pour informer les jeunes sur la problématique de l'alcool, des addictions		x	
<i>Participations aux festivals ou manifestations (trans-AT)</i>	Personnes concernées touchées directement	Organisateurs de fêtes	- Sensibiliser les responsables de fêtes à la problématique de la consommation excessive de l'alcool		x	

¹⁴⁸ Fondation O2 : programme Soif de... Consulté le 1.02.12. URL : <http://www.fondationo2.ch/fr/Programmes-et-projets/Soif-de-prevention-alcool-2004-2007-/Campagne-de-prevention-alcool-Soif-de-2004-2007.html>

¹⁴⁹ TRANS-AT. Consulté le 1.02.12. URL : <http://www.trans-at.ch/>

Projet et actions				Cantons		
Nom	Multiplicateurs / Setting	Public-cible	Objectifs / Moyens	FR	JU	NE
Les communes bougent ¹⁵⁰	Communes Acteurs politiques Centres de dépendances Associations Cafetiers-restaurateurs	Tous âges	Bâtir une politique locale face à l'alcool		x	x
Détection et intervention précoce	Enseignants Professionnels	Jeunes	La collaboration entre les différents acteurs permet une gestion constructive et professionnelle des difficultés des élèves, quelles que soient les difficultés qu'ils rencontrent.			x
Trop lourd pour un enfant ? On t'écoute ! (CENEA)	Personnes concernées touchées directement	Enfants adolescents	Ligne téléphonique que l'enfant peut appeler lorsqu'à la maison l'alcool prend trop de place.			x
Groupe de motivation au changement (CENEA)	Personnes concernées touchées directement	Tous âges	Réunion de groupe continu pour mieux comprendre sa relation à l'alcool			x
Groupe prévention de la rechute (CENEA)	Personnes concernées touchées directement	Personnes abstinentes	Cycle de huit rencontres en groupe pour ceux qui veulent rester abstinents			x
<i>Pole prévention</i>	Organisateurs de fêtes	Participants aux fêtes de villages, manifestations culturelles	Guichet unique d'information ; Présence coordonnées des acteurs de prévention dans les fêtes (matériel, informations, etc.)		x	
<i>Groupe pleine conscience « mindfulness » (CENEA)</i>	Personnes concernées touchées directement	Tous âges	Augmenter sa prise de conscience dans les comportements liés à la consommation d'alcool			x
Groupe enfants-adolescents (CENEA)	Personnes concernées touchées directement	Enfants adolescents	Groupe d'écoute pour ceux qui sont touchés par une problématique d'alcool			x

¹⁵⁰ Les communes bougent. Consulté le 1.02.12. URL : <http://www.lescommunesbougent.ch/f/html/index.html>

Projet et actions				Cantons		
Nom	Multiplicateurs / Setting	Public-cible	Objectifs / Moyens	FR	JU	NE
Groupe de proches (CENEA)	Proches, conjoint, collègues	Tous âges	Partager en petit groupe lorsqu'on a un proche qui rencontre des problèmes liés à l'alcool.			x
Groupe entraînement permanent à l'abstinence (CENEA)	Personnes concernées touchées directement	Tous âges	Renoncer à la consommation d'alcool et rester abstinent			x

6.8 Présentation comparative des programmes de prévention du tabagisme et de la fumée passive

Tableau 38 : Présentation comparative des programmes par canton

Cantons			
	Fribourg	Jura ^{a)}	Neuchâtel ^{a)}
Nom	« Programme cantonal tabac 2009 - 2013 »	Il n'existe aucun programme cantonal de prévention contre la consommation excessive de tabac	Il n'existe aucun programme cantonal de prévention contre la consommation excessive de tabac Toutefois, le centre Vivre sans fumer est en train de développer un programme cantonal
Dates	Cycle 2009-2013	2003	2009
Alignement	PNT 2008 - 2012	PNT 2008 – 2012	PNT 2008 - 2012

Cantons			
	Fribourg	Jura ^{a)}	Neuchâtel ^{a)}
Public-cible / Setting	Les jeunes Les décideurs politiques Les chefs d'établissement scolaires et les enseignants Les gestionnaires et les directeurs des ressources humaines des entreprises Les professionnels de la santé Les groupes vulnérables, E.G. certains groupes d'immigrants Les écoles Les entreprises Les établissements de soins et de santé	Selon les objectifs fixés par la Fondation O2, le public-cible est le suivant : Prévention auprès des enfants et des adolescents afin d'éviter leur entrée en consommation Protection accrue des non-fumeurs Aide aux fumeurs qui souhaitent arrêter	Le public cible des mesures concernant la lutte contre le tabagisme n'est pas spécifié dans le Plan cantonal En règle général, et de façon universelle, c'est toute la population neuchâteloise qui est visée par les mesures de prévention du tabagisme Certaines actions sont toutefois menées spécifiquement auprès des jeunes ou dans les entreprises

Cantons			
	Fribourg	Jura ^{a)}	Neuchâtel ^{a)}
<i>Prise en compte des inégalités de santé</i>	- Une partie spécifique du programme soumis au FPT fait état de la réflexion que le programme a mené en la matière - Le programme reconnaît qu'il n'atteint pas la population défavorisée et notamment une partie de la population migrante	- Une attention particulière doit être portée aux inégalités sociales et de santé	- Les responsables du programme sont sensible à cette question et l'intégreront certainement dans l'élaboration du futur programme
<i>Les migrants comme public-cible</i>	- Oui, explicitement et au même titre que les groupes vulnérables - De plus, un Jalon (N°4) est spécifiquement dédié à une prévention du tabagisme centrée sur la migration	- L'étude FRIJUNE doit permettre de mieux prendre en compte les spécificités de la population migrante - Atteindre les groupes vulnérables et défavorisées	- Oui explicitement - Le programme accordera certainement une large partie concernant la population vulnérable et précaire
<i>Budget</i>	- 2'330'330 dont 1'110'000 du FPT	- Aucun budget spécifié	- Aucun budget spécifié
<i>Objectifs</i>	- La mort liée au tabac et la maladie en Suisse sont réduits Objectifs relatifs au PNT 2008 – 2012 : - La proportion de fumeurs dans la population résidente en Suisse diminue de 20% et passe de 29% (en 2007) à environ 23% - La proportion de fumeurs parmi les 14-19 ans diminue de 20% et passe de 24% (en 2007) à moins de 20% - La proportion de personnes qui sont exposées à la fumée des autres (tabagisme passif) pendant sept heures ou plus par semaine diminue de 80% et passe de 27% (en 2006) à environ 5%	- Informer et soutenir les personnes désireuses d'arrêter de fumer - Mettre en place des mesures visant à la protection des non-fumeurs contre la fumée passive	- La lutte contre les dépendances est renforcée et notamment dans les domaines de la consommation excessive d'alcool, du tabagisme (actif et passif) et de la consommation de drogues illégales

Cantons			
	Fribourg	Jura ^{a)}	Neuchâtel ^{a)}
<i>Priorités</i>	- Information, communication, sensibilisation et coordination - Promotion d'une vie sans tabac auprès des jeunes - Accompagné la mise en œuvre des mesures contre la fumée passive - Fournir des prestations pour l'aide à l'arrêt	- La lutte contre les dépendances, et notamment le tabac, sont des domaines prioritaires	- Initier et développer des projets visant à réduire les dommages causés par l'alcoolisme, la toxicomanie, le tabagisme
<i>Partenariats et/ou délégation dans la direction du programme</i>	- Le CIPRET Fribourg a été mandaté pour mettre en œuvre le programme - En partenariat avec la Ligue pulmonaire (<i>fribourgeoise</i>)	- La Fondation O2 est en charge de la prévention du canton du Jura - En partenariat avec la Ligue pulmonaire (<i>jurassienne</i>) - Collaboration avec la Ligue jurassienne contre le cancer	- La Ligue pulmonaire neuchâteloise a été mandatée et gère le centre <i>Vivre sans fumer</i> - Collaboration avec la Ligue neuchâteloise contre le cancer
<i>Projets intercantonaux potentiellement en commun</i>	- Entreprise sans fumée - Apprentissage sans tabac	- Le canton ne participe à aucun programme intercantonal en matière de prévention du tabagisme	- Le canton ne participe à aucun programme intercantonal en matière de prévention du tabagisme

Légende: a) Etant donné que les cantons du Jura et de Neuchâtel n'ont pas de programme cantonal de prévention du tabagisme, les données mentionnées pour ces cantons proviennent, respectivement, de leur plan cantonal PPS et, parfois, des données ayant été recueillies lors de nos entretiens avec des experts en matière de prévention de la consommation excessive de tabac

Tableau 39 : Base légale et réglementation en vigueur concernant la prévention du tabagisme et la fumée passive

Etat de la politique en matière de tabagisme dans les cantons 1.2.2012			
Cant.	Protection contre le tabagisme passif (gastronomie)	Interdictions de vente pour les jeunes	Restrictions de publicité
CH	Loi fédérale sur la protection contre le tabagisme passif (LF) en vigueur depuis le 1.5.2010	-	-
AG	Pas de réglementation plus stricte que la LF	Interdiction de vente (<16) depuis le 1.1.2010	-
AI	Pas de réglementation plus stricte que la LF	-	-
AR	Pas d'établissements fumeurs, fumeurs avec service autorisés depuis le 1.1.2011	Interdiction de vente (<16) depuis le 1.1.2008	Limitation de publicité (affichages) depuis le 1.1.2008
BE	Pas d'établissements fumeurs, fumeurs avec service autorisés depuis le 1.7.2009	Interdiction de vente (<18) depuis le 1.1.2007	Limitation de publicité (affichages) depuis le 1.1.2007
BL	Pas d'établissements fumeurs, fumeurs sans service autorisés depuis le 1.5.2010	Interdiction de vente (<18) depuis le 1.1.2007	Limitation de publicité (affichages) depuis le 1.1.2007
BS	Pas d'établissements fumeurs, fumeurs sans service autorisés depuis le 1.4.2010	Interdiction de vente (<18) depuis le 1.8.2007	Limitation de publicité (affichages) depuis le 1.7.2005
FR	Pas d'établissements fumeurs, fumeurs sans service autorisés depuis le 1.1.2010	Interdiction de vente (<16) depuis le 1.1.2009	-
GE	Pas d'établissements fumeurs, fumeurs sans service autorisés depuis le 1.11.2009	-	Limitation de publicité (affichages, cinémas) depuis le 20.10.2000
GL	Pas de réglementation plus stricte que la LF	-	-
GR	Pas d'établissements fumeurs, fumeurs avec service autorisés depuis le 1.3.2008	Interdiction de vente (<16) depuis le 1.7.2006	Limitation de publicité (affichages) depuis le 1.7.2006
JU	Pas de réglementation plus stricte que la LF	Administration élabore une réglementation (<18)	-
LU	Pas de réglementation plus stricte que la LF	Interdiction de vente (<16) depuis le 1.1.2006	-
NE	Pas d'établissements fumeurs, fumeurs sans service autorisés depuis le 1.4.2009	-	Administration élabore une réglementation
NW	Pas de réglementation plus stricte que la LF	Interdiction de vente (<18) depuis le 1.3.2009	-
OW	Pas de réglementation plus stricte que la LF	-	-
SG	Pas d'établissements fumeurs, fumeurs sans service autorisés depuis le 1.7.2010	Interdiction de vente (<16) depuis le 1.10.2006	Limitation de publicité (affichages, cinémas) depuis le 1.10.2006
SH	Pas de réglementation plus stricte que la LF	Administration élabore une réglementation (<18)	Administration élabore une réglementation
SO	Pas d'établissements fumeurs, fumeurs avec service autorisés depuis le 1.1.2009	Interdiction de vente (<16) depuis le 1.1.2007	Limitation de publicité (affichages, cinémas, parai-nage) depuis le 1.1.2007
SZ	Pas de réglementation plus stricte que la LF	-	-
TG	Pas de réglementation plus stricte que la LF	Interdiction de vente (<16) depuis le 1.1.2007	Limitation de publicité (affichages) depuis le 1.1.2007
TI	Pas d'établissements fumeurs, fumeurs avec service autorisés depuis le 12.4.2007	Administration élabore une réglementation (<18)	Limitation de publicité (affichages) depuis le 1.5.2009
UR	Pas d'établissements fumeurs, fumeurs avec service autorisés depuis le 1.9.2009	Interdiction de vente (<16) depuis le 1.9.2009	Limitation de publicité (affichages) depuis le 1.9.2009
VD	Pas d'établissements fumeurs, fumeurs sans service autorisés depuis le 15.9.2009	Interdiction de vente (<18) depuis le 1.1.2006	Limitation de publicité (affichages) depuis le 1.7.2007
VS	Pas d'établissements fumeurs, fumeurs sans service autorisés depuis le 1.7.2009	Interdiction de vente (<16) depuis le 1.1.2008	Limitation de publicité (affichages, cinémas, parai-nage) depuis le 1.7.2009
ZG	Pas de réglementation plus stricte que la LF	Interdiction de vente (<18) depuis le 1.3.2010	Limitation de publicité (affichages) depuis le 1.3.2010
ZH	Pas d'établissements fumeurs, fumeurs avec service autorisés depuis le 1.5.2010	Interdiction de vente (<16) depuis le 1.7.2008	Limitation de publicité (affichage) depuis le 1.7.2008

Note: Cette information est extraite du site de l'OFSP. OFSP, 01.02. 2012. « Etat de la prévention du tabagisme dans les cantons ». Consulté le 15.02.2012. URL : <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00041/03814/index.html?lang=fr>

Tableau 40 : Critère de qualité servant à l'évaluation des programmes cantonaux de prévention du tabagisme

Q5: Le choix des groupes-cible du projet tient compte de la promotion de l'égalité des chances dans le domaine de la santé.	☐	☐	☐	
Indicateurs:				
➤ On peut justifier de manière plausible si et comment les questions de genre (gender) sont prises en compte.	☐	☐	☐	
➤ On peut justifier de manière plausible si et comment le status social est pris en compte.	☐	☐	☐	
➤ Le cas échéant, l'origine ou l'appartenance à un groupe de migrants est pris en compte de manière appropriée.	☐	☐	☐	

Note: Cette information est extraite du site de l'OFSP – FPT. « Critères de qualité pour l'évaluation de projets de prévention du tabagisme ». Consulté le 16.02.2012. URL: http://www.bag.admin.ch/tabak_praevention/10066/index.html?lang=fr

Tableau 41 : L'égalité des chances dans la demande de financement d'un projet de prévention en matière de tabagisme

Egalité des chances

Votre projet est-il axé sur la promotion de l'égalité des chances dans le domaine de la santé ?

Tenez-vous compte du sexe, de l'origine sociale et de l'appartenance ethnique du/des groupe/s cible/s ? Si oui, de quelle manière ? (Vous trouverez les check-listes « genre » et « migration » sur le site Internet www.quint-essenz.ch)

Note: Cette information est extraite du site de l'OFSP – FPT. « Demande de financement d'un projet de prévention ». Consulté le 16.02.2012. URL: http://www.bag.admin.ch/tabak_praevention/10066/index.html?lang=fr

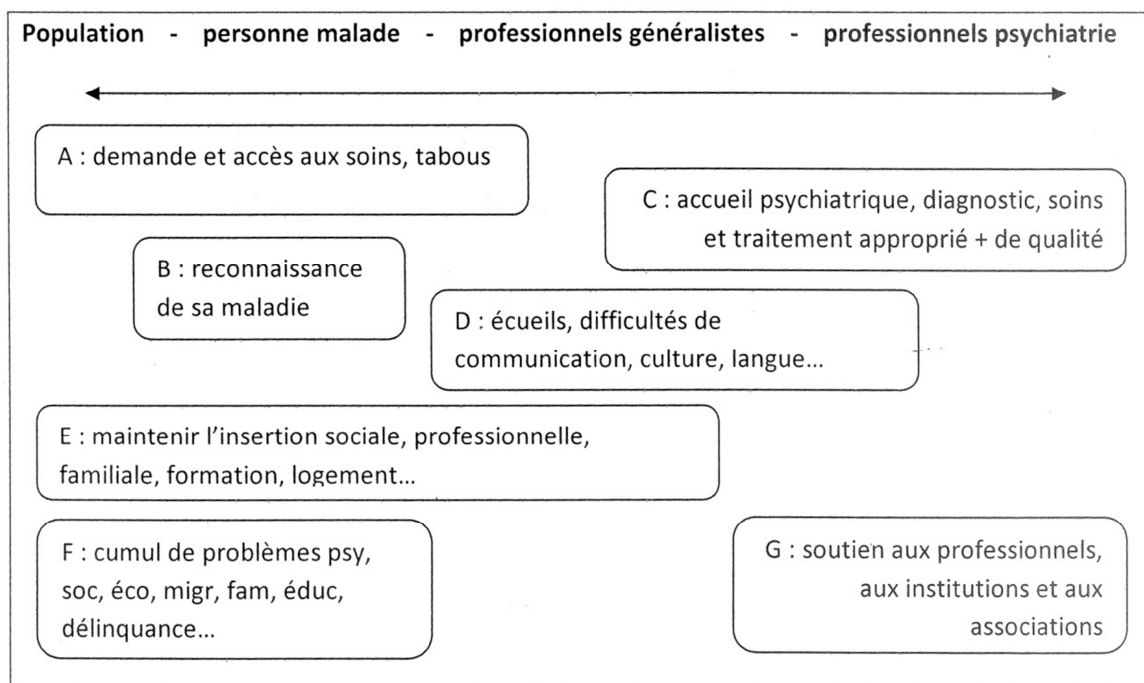
Tableau 42 : Site Internet du projet intercantonal « entreprise sans fumée »



Note: Cette information est extraite du site du projet *Entreprise sans fumée*. « Moins de fumée pour plus de motivation ». Consulté le 16.02.2012. URL: <http://www.entreprisesansfumee.ch/>

6.9 Le projet de programme de promotion de la santé psychique du canton de Neuchâtel

Figure 11 : Schéma synthétisant quelques-uns des thèmes abordés lors des trois ateliers faisant partie du processus d'élaboration du projet de plan d'action cantonal pour la santé psychique du canton de Neuchâtel



Note : Ce schéma est issu du document intitulé « Projet pour une stratégie et un plan d'action pour la santé psychique dans le canton de Neuchâtel. Réunion du 22 octobre 2009 ».

Tableau 43 : Public-cible, setting et multiplicateurs du futur programme cantonal de promotion de la santé psychique du canton de Neuchâtel

Promotion de la santé psychique dans le canton de Neuchâtel		
<i>Public-cible</i>	<i>Setting</i>	<i>Multiplicateurs</i>
Les enfants et les jeunes	Ecole	Responsables de la politique familiale et de l'enfance Responsables et professionnels en milieu scolaire
La population	Famille	Responsables de la politique familiale et de l'enfance Membre de la famille, réseau et entourage
Les travailleurs	Entreprise	Responsables de la santé au travail / service du personnel de l'Etat Employeurs
Les personnes-âgées	Domicile	Intervenants à domicile
Les détenus	Prison	Equipe pluridisciplinaire
Les migrants		Responsable de la politique d'intégration multiculturelle et, notamment, le COSM

6.10 Guides d'entretien – spécialistes – migrants



Projet « FRIJUNE »

Guide d'entretien : spécialistes

CODE :

Nom ou prénom :

Date :

Durée de l'entretien :

Lieu de l'entretien :

Contact permis par (éventuellement) :

Chercheur/se :

Introduction

- Brève explication de l'évaluation : mandat, buts
- Confidentialité, terminologie
- Questions, remarques ?

A) Interlocuteur/trice et activités

1. Pourriez-vous brièvement décrire votre fonction (rapport avec la question, perspectives, etc.)

B) Appréciation générale de la promotion de la santé face aux migrants

2. Quelle est votre appréciation des activités, des offres, des programmes existants en matière de promotion de la santé ou de prévention (en termes d'inclusivité, accessibilité, acceptabilité) d'une manière générale ou plus spécifiquement (programmes précis) ?
3. Dans quelle mesure, pensez-vous que ces activités/programmes/offres prennent en considération de l'égalité des chances et dans quelle mesure sont-ils sensibles à la réalité des collectivités migrantes ? (points fort et points faibles)

Projet « FRIJUNE » Guide d'entretien FG : Migrants

État du document : Peut encore faire l'objet d'une relecture et subir quelques modifications

CODE	
Participants	Cliquez ici pour taper du texte
Date	
Durée de l'entretien de groupe	
Lieu	
Contact permis par (éventuellement)	
Chercheur/se	
Transcripteur	

Introduction

- Bref rappel concernant le mandat et les buts de notre recherche
- Confidentialité
- Annonce de la structure de l'entretien (blocs thématiques)
- Questions, remarques ?

Tour de table – brève présentation des interlocuteurs/trices

1. Effectuer un tour de table (y compris les chercheurs) : Noms – Activités – Profession/Formations – Trajectoires migratoires (s'il y a lieu).

A)Appréciation des activités menées en matière de prévention

2. Avez-vous personnellement profité d'activités de prévention ? Si oui, lesquelles ?

→ Si « non », passer au groupe B)

3. Pourquoi en avez-vous profité ? Quelles étaient vos attentes ? (s'informer, améliorer l'état de santé, promouvoir la santé, autre)
 - a. Avec quels aspects de ces activités étiez-vous satisfait – ou au contraire insatisfait (organisation et intensité des activités, effets sur la santé, séparation home-femme, prix, durée, continuité, équipement etc.) ?
 - b. Participeriez-vous au même type d'activités dans le futur ? Lesquelles et pourquoi ?

6.11 Personnes interviewées pour les besoins de notre enquête¹⁵¹

Déléguées à la Promotion et prévention de la santé

- | | | |
|----|------------------------|---|
| 1. | Annick Rywalski | Service de la santé publique, Fribourg |
| 2. | Carine Vuitel | Service de la santé publique, Fribourg |
| 3. | Chloé Saas Vuilleumier | Fondation O2, Jura |
| 4. | Lysiane Ummel Mariani | Service de la santé publique, Neuchâtel |

Acteurs en matière de santé (expert-e-s, institutions, etc.)

- | | | |
|-----|----------------------|--|
| 5. | Chris de Wolf | Centre fribourgeois de dépistage du cancer du sein, Fribourg |
| 6. | Chung Yol Lee | Service du médecin cantonal, Fribourg |
| 7. | David Hess-Klein | Programme national alcool (PNA), Office fédéral de la santé publique |
| 8. | Erdem Karademir | Programme alcool, Département de la santé et des affaires sociales, |
| 9. | Fabienne Hebeisen- | Centre CIPRET, Fribourg |
| 10. | Guido Biscontin | Programme alcool, Département de la santé et des affaires sociales, |
| 11. | Isabelle Boegli | Fondation O2, Jura |
| 12. | Jean-Luc Baierlé | Service de la santé publique, Jura |
| 13. | Jean-Marc Veya | Service de l'action sociale, Jura |
| 14. | Joanne Schweizer | Service santé publique, santé mentale, Neuchâtel |
| 15. | Nathalie Maitin | Centre de dépistage du cancer du sein, BEJUNE |
| 16. | Olaf Makaci | Centre Neuchâtelois de psychiatrie |
| 17. | Pascal Maurerc | Fondation dépendances, Jura |
| 18. | Patrice Zurich | Service de la santé publique, Fribourg |
| 19. | Pedro Planas | Centre neuchâtelois de la psychiatrie, Neuchâtel |
| 20. | Regula Rička | Office fédéral de la santé publique |
| 21. | Rose-Marie Rittener | Ligue fribourgeoise contre le cancer, Fribourg |
| 22. | Sabine Prenz | Collège et Lycée Saint-Charles, Porrentruy, Jura |
| 23. | Sarah Lachat | Fondation genevoise pour le dépistage du cancer du sein, Genève |
| 24. | Rachel Staufer Babel | Vivre sans fumer, Fribourg |
| 25. | Stephanie Mertenat | Fondation O2, Jura |
| 26. | Thomas Gentil | Section Alcool, Office fédéral de la santé publique, |
| 27. | Philippe Cotting | REPER, Association fribourgeois de promotion de la santé et de |

Acteurs externes (associations, bureau ou commission d'intégration, personne clé migrante, etc.)

- | | | |
|-----|--------------------------|---|
| 28. | Giovanna Garghentini | Association Espace Femmes, Fribourg |
| 29. | Kodjo Agbotro | Personne clé migrante, Neuchâtel |
| 30. | Kasongo Mutombo | Association jurassienne d'accueil des migrants, Jura |
| 31. | Nathalie Justin | Récif, Association de rencontres, de formation et d'échanges interculturels |
| 32. | Nurcan Duman | Personne clé migrante, Fribourg |
| 33. | Turkan Cindoruk | Migrante, Résidence des Chênes, Fribourg |
| 34. | Membres de la Commission | cantonale d'intégration des étrangers et de lutte contre le racisme, Jura |
| 35. | Raoul Lembwadio | Service de la cohésion multiculturelle, COSM, Neuchâtel |
| 36. | Sabrina Rinaldo | Service de la cohésion multiculturelle, COSM, Neuchâtel |
| 37. | Stephanie Emonet | Réseau Santé Migrations, Neuchâtel |
| 38. | Quan-Vinh Ngyuen | Forum pour l'intégration des migrantes et migrants, FIMM, Fribourg |

Participant au groupe d'entretien « Alimentation et activité physique »

- | | |
|-----|--------------|
| 39. | Angela Violi |
| 40. | Carla Lopes |

Participant du focus groupe « Dépistage du cancer du sein »

- | | |
|-----|----------------|
| 41. | Isabel Marquez |
| 42. | Rosa Ribeiro |

¹⁵¹ La liste n'est pas exhaustive, certaines personnes n'ayant pas souhaitées être nommées.

43. Sabrije Kelmendi

Participants du focus groupe « Hommes portugais »

- 44. Alvaro Silva
- 45. André Barbosa
- 46. Pedro Cruz
- 47. Rogério Costa

Participant-e-s du focus groupe « Interprètes socio-culturels »

- 48. Dubravka Al-Dourobi
- 49. Humsap Prasath
- 50. Jackeline Pinhal
- 51. Krios Dedja
- 52. Malika El Yazidi
- 53. Nasteha Mohamad Mah
- 54. Rega Ramadani
- 55. Tereza Torosyan
- 56. Tülay Torun