

## 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), au moment de l'analyse. La liste des recommandations suivantes est proposée sur la base d'un échange avec les responsables PPS des cantons de Fribourg, Jura et Neuchâtel. En l'état, elle très générale et n'ayant pas l'ambition d'être exhaustive ou définitive. Pour être concrétisées ces recommandations, précédées par un bref rappel des observations, devront donc faire l'objet d'une discussion approfondie entre acteurs concernés.

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

*Constatations : en plus des statistiques nationales d'épidémiologie sociale, très peu de données cantonales sont disponibles, ce qui est une lacune considérable pour agir au niveau local. Dans le domaine des statistiques sociodémographiques, différents efforts sont encore à faire si on pense notamment à l'absence de données concernant le niveau socio-économique des migrants. Les données disponibles – certes lacunaires – sont 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 sont peu ou pas pris en compte.*

Seule une valorisation et utilisation accrue des données disponibles permettra d'identifier les lacunes, de désigner les besoins des professionnels et de développer les bases statistiques que ce 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 des 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 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. En revanche, les témoignages récoltés concordent pour constater 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 de manière systématique au niveau de la conception des programmes, dans les comités de pilotage ; ils pourraient 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 un réservoir de ressources à considérer à cet égard.

### **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 pas optimale, à l'heure actuelle.*

Les expériences faites dans le cadre des réseaux des écoles en santé 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**

*Constatations : 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 à 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, industries 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 existent qui montrent 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 de la production 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 de la santé ou intervenants sont parfaitement conscients des enjeux liés à l'ouverture transculturelle de l'offre, d'autres admettent avoir très peu d'expériences ou 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 par trois éléments incontournables, sans évoquer le cadre institutionnel (base réglementaire, moyens, processus, etc.) : 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 (ac formation ?)**

*Constatation : plusieurs personnes interviewées, surtout des intervenants de terrain, attendaient que l'étude apporterait 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 de professionnels de différents domaines impliqués, de réflexions à mener, éventuellement d'adaptations institutionnelles et 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 :

- a) enjeux, contraintes et implications de la démarche du *mainstreaming* en général et la signification de l'ouverture transculturelle pour assurer l'égalité des chances de la population migrante ;
- b) interactions entre questions migratoires, vulnérabilité et déterminants socioéconomiques en vue de la réduction des inégalités sociales de la santé (modèle social de la santé) ;
- c) 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, 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 permettre d'y inscrire des pour assurer une meilleure prise en compte de la population migrante dans des programmes « universels ». . Une proposition pourrait être ici de recourir à la checkliste 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](http://www.migesplus.ch) pourrait être plus valorisé.