

IUMSP

Institut universitaire de médecine sociale et préventive

Unité d'évaluation de programmes de prévention - UEPP

MIGRATION ET SANTÉ

Analyse des besoins dans le canton de Vaud

*Giovanna Meystre-Agustoni, Stéphanie Locicero, Patrick Bodenmann,
Françoise Dubois-Arber*

Raisons de santé 184 - Lausanne 2011

Etude financée par

L'Office fédéral de la santé publique, Berne,
et le Service de la santé publique du canton de Vaud.

Citation suggérée

Meystre-Agustoni G, Locicero S, Bodenmann P, Dubois-Arber F. Migration et santé. Analyse des besoins dans le canton de Vaud. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2011 (Raisons de santé, 184).

Remerciements

Nous remercions chaleureusement les représentants des programmes, les experts ainsi que les représentants des communautés issues de la migration pour leur participation à cette étude.

Date d'édition

Août 2011.

Nom du fichier : RdS184-Migration et santé.docx

TABLE DES MATIERES

1	Introduction	5
1.1	Situation initiale.....	5
1.2	Objectifs de l'analyse des besoins.....	5
1.3	Méthodes.....	6
1.3.1	Analyse de la littérature	6
1.3.2	Analyse secondaire des données ESS concernant le canton de Vaud.....	6
1.3.3	Analyse des programmes	7
1.3.4	Entretiens avec des experts.....	7
1.3.5	Groupes focus avec les représentants de diverses populations	8
1.3.6	Période de l'étude.....	8
1.3.7	Guide de lecture du rapport.....	8
2	Besoin en matière de programmes offrant une égalité des chances	9
2.1	Risques pour la santé des différents groupes de migrants	9
2.2	Conclusions	12
3	Programmes de promotion de la santé et de prévention évalués	15
3.1	Promotion de l'activité physique et d'une alimentation saine et équilibrée (« Ça marche ! Bouger plus, manger mieux »)	15
3.2	Prévention de la dépendance au tabac et des maladies liées à sa consommation	16
3.3	Prévention de la dépendance à l'alcool et des maladies liées à sa consommation abusive	16
3.4	Promotion de la santé sexuelle et reproductive	17
3.4.1	Profa : Consultation en santé sexuelle.....	17
3.4.2	CHUV-Département de gynécologie et d'obstétrique (DGO) / Planning	18
3.4.3	Profa : Conseil en périnatalité	18
3.4.4	CHUV-Département de gynécologie et d'obstétrique (DGO) / Programme périnatalité.....	18
3.4.5	Programme Pan-Milar	19
3.5	Programme organisé de dépistage du cancer du sein	19
4	Mesures prises pour garantir l'égalité des chances d'accès lors de la conception et de la mise en œuvre des programmes	21
4.1	Mesures prises dans le cadre de la promotion de l'activité physique et d'une alimentation saine et équilibrée	22
4.2	Mesures prises dans le cadre de la prévention de la dépendance au tabac et des maladies liées à sa consommation	25
4.3	Mesures prises dans le cadre de la prévention de la dépendance à l'alcool et des maladies liées à sa consommation abusive	26
4.4	Mesures prises dans le cadre de la promotion de la santé sexuelle et reproductive	27
4.4.1	Profa – Consultation en santé sexuelle.....	27
4.4.2	CHUV – Département de gynécologie et d'obstétrique (DGO) / Planning	28
4.4.3	Profa – Conseil en périnatalité	28
4.4.4	CHUV – Département de gynécologie et d'obstétrique (DGO) / Programme périnatalité.....	28
4.4.5	Programme Pan-Milar	28
4.5	Mesures prises dans le cadre du programme de dépistage du cancer du sein.....	29

5	Participation aux programmes	31
6	Quels obstacles a la participation des migrants et quels facteurs susceptibles de l'améliorer ? : Avis des personnes consultées.....	33
7	Mesures recommandées	39
8	Annexes.....	45
8.1	Programme alimentation et activité physique (« Ça marche ! »).....	45
8.2	Programme Tabac	47
8.3	Programme Alcool	49
8.4	Participation des migrants aux programmes	52
8.4.1	Participation aux programmes de promotion de l'activité physique et d'une alimentation saine et équilibrée.....	52
8.4.2	Participation à la prévention de la dépendance au tabac et des maladies liées à sa consommation	52
8.4.3	Participation à la prévention de la dépendance à l'alcool et des maladies liées à sa consommation abusive.....	53
8.4.4	Participation à la promotion de la santé sexuelle et reproductive	53
8.4.5	Participation au programme de dépistage du cancer du sein	55
8.5	Explications concernant le taux de participation des migrants dans les différents programmes (avis des organisateurs)	55
8.5.1	Promotion de l'activité physique et d'une alimentation saine et équilibrée	55
8.5.2	Prévention de la dépendance au tabac et des maladies liées à sa consommation	56
8.5.3	Prévention de la dépendance à l'alcool et des maladies liées à sa consommation abusive	56
8.5.4	Promotion de la santé sexuelle et reproductive	57
8.5.5	Programme organisé de dépistage du cancer du sein	58
8.6	Explications concernant la participation des migrants : opinions des experts.....	59
8.6.1	Obstacles	59
8.6.2	Facilitateurs.....	61
8.7	Explications concernant la participation des migrants : opinion des représentants des communautés.....	62
8.7.1	Obstacles généraux.....	62
8.7.2	Promotion de l'activité physique et d'une alimentation saine et équilibrée	63
8.7.3	Prévention de la dépendance au tabac et des maladies liées à sa consommation	65
8.7.4	Prévention de la dépendance à l'alcool et des maladies liées à sa consommation abusive	66
8.7.5	Promotion de la santé sexuelle et reproductive	67
8.7.6	Programme organisé de dépistage du cancer du sein	69
8.8	Liste des personnes interviewées.....	70
9	Références	73

1 INTRODUCTION

1.1 SITUATION INITIALE

De nombreux programmes et projets de prévention ont été développés dans le canton de Vaud. Certains s'adressent à des segments particuliers de la population dont ceux formés par des personnes issues de la migration. D'autres ont vocation de toucher sans distinction l'ensemble de la population.

Dans le cadre de la présente démarche, on s'intéresse à l'accès des populations issues de la migration aux programmes de promotion de la santé, de prévention des maladies et de dépistage destinés à la population générale déployés dans les cinq domaines suivants :

- promotion de l'activité physique et d'une alimentation saine et équilibrée
- prévention de la dépendance au tabac et des maladies liées à sa consommation
- prévention de la dépendance à l'alcool et des maladies liées à sa consommation abusive
- promotion de la santé sexuelle et reproductive
- programme organisé de dépistage du cancer du sein (femmes de 50 à 69 ans).

L'objectif principal de la démarche consiste à documenter comment les populations migrantes établies dans le canton de Vaud accèdent réellement aux programmes et projets de prévention mentionnés ci-dessus.

Il s'agit de domaines considérés comme prioritaires par le Service vaudois de la santé publique car les actions entreprises dans une perspective de promotion de la santé ou de prévention peuvent à la fois apporter des bénéfices importants à la population et entraîner, à moyen ou long termes, des économies appréciables en termes de dépenses sanitaires. A ce titre ils font partie des priorités identifiées par le Conseil d'Etat dans son Rapport de politique sanitaire 2008-2012.

Le choix de circonscrire l'étude aux cinq domaines ci-dessus ne doit pas faire perdre de vue que les démarches de promotion de la santé et de prévention qu'ils concernent s'inscrivent dans un dispositif sanitaire dont les éléments sont étroitement imbriqués. Plusieurs instances publiques ou privées principalement orientées vers les soins dispensés à des populations vulnérables déploient une activité de première importance en matière de prise en charge des thématiques induites par la migration sans toutefois constituer des éléments des domaines examinés. On pense ici en particulier à la Polyclinique médicale universitaire, au Centre de santé infirmier spécialisé dans la prise en charge des demandeurs d'asile, à l'association Point d'Eau et à l'association Appartenances.

1.2 OBJECTIFS DE L'ANALYSE DES BESOINS

Dans sa lettre du 22 octobre 2010 à l'Office fédéral de la santé publique, le Service vaudois de la santé publique précise ses attentes dans le contexte de l'analyse de besoin d'offres cantonales organisée dans le cadre du Programme national Migration et santé (phase II : 2008-2013). On retiendra plus particulièrement les points suivants :

«Le canton de Vaud, tant par la structure de sa population résidente que par son dynamisme précurseur en nombre et en diversité de programmes cantonaux de prévention, jouit d'un statut particulier.

Vaud avec près de 700 000 habitants à ce jour – dont plus de 210 000 étrangers – figure en tête de liste parmi les cantons à forte proportion de population étrangère. De surcroît, cette dernière augmente de façon plus soutenue dans notre canton par rapport à la moyenne helvétique.

La société vaudoise est très diversifiée, non seulement du point de vue des origines nationales – plus de 175 nationalités différentes –, mais aussi des langues pratiquées, des parcours migratoires, des appartenances religieuses.

L'intégration des étrangers représente donc un enjeu politique et social majeur pour les années à venir. Cette préoccupation trouve naturellement sa traduction dans l'actualité cantonale. Ainsi, en mars 2009, le Conseil d'Etat vaudois a pour la première fois fixé ses priorités 2009-2012 en matière d'intégration des étrangers et de prévention du racisme autour de ces grands thèmes : politique d'accueil, formation, travail, cohabitation tout en posant comme principe d'action l'optimisation de l'information et de l'accès aux offres existantes ainsi que l'amélioration de la coordination horizontale (interdépartementale) et verticale (confédération, canton, communes).

Tout en reconnaissant l'importance du domaine sanitaire et social dans le processus d'intégration des étrangers, le volet santé n'a pas été retenu comme chantier prioritaire pour la période 2009-2012. Le Conseil d'Etat s'est appuyé sur le fait que les institutions de ces secteurs, déjà sensibilisées à ces problématiques de par la nature de leurs activités, avaient pour la plupart intégré cette dimension et mis en place des actions pour favoriser l'accès des migrants à leurs services.

Le Service de la santé publique partage ce constat certes positif, mais qui n'en demeure pas moins trop général et, de notre point de vue, celui-ci mériterait d'être développé. Nous souhaitons pouvoir disposer de données objectivées et actualisées issues des pratiques institutionnelles tant au niveau de l'Etat qu'au niveau des partenaires chargés du déploiement des programmes de promotion de la santé et de prévention.

Notre but est de contribuer à alimenter la réflexion politique et de participer activement à l'élaboration d'une stratégie interdépartementale d'égalité des chances pour les migrants au regard de la stratégie fédérale 'Migration et santé'. Il s'agit pour les prochaines années de préparer et de mettre en œuvre sa déclinaison à l'échelon vaudois au travers de sa politique cantonale de prévention.

Le canton de Vaud finance et met en œuvre de nombreux programmes cantonaux de promotion de la santé et de prévention destinés à l'ensemble de sa population. Nous voulons évaluer dans quelle mesure les prestations de certains de ces programmes touchent les personnes issues de la migration, cas échéant quels sont les obstacles et quels sont les ajustements à prévoir pour répondre pleinement à l'objectif d'égalité d'accès aux prestations de promotion de la santé et de prévention. »

1.3 MÉTHODES

1.3.1 Analyse de la littérature

Outre la bibliographie suggérée par l'OFSP nous avons analysé les quelques articles et rapports concernant spécifiquement la situation vaudoise.

1.3.2 Analyse secondaire des données ESS concernant le canton de Vaud

Dans le cadre de ce rapport, une analyse secondaire des données vaudoises de l'Enquête suisse sur la santé (ESS) de 2007 a été réalisée afin d'avoir un aperçu de l'exposition aux risques pour certains groupes de populations migrantes.

L'ESS est une enquête de l'Office fédéral de la statistique qui a lieu tous les cinq ans. Elle fournit entre autres des informations sur l'état de santé de la population et ses facteurs déterminants, sur les conséquences de la maladie et sur l'utilisation des services de santé. L'échantillon aléatoire obtenu est représentatif de la population suisse. Il inclut les personnes d'au moins 15 ans vivant dans des ménages privés disposant d'un raccordement téléphonique. Seules les personnes capables de s'exprimer dans l'une des trois langues officielles sont interrogées. L'ESS utilise un système de pondération qui incorpore les redressements nécessaires de l'échantillon et donne directement les effectifs dans la population.

Au total, 128 hommes et 118 femmes de nationalité étrangère résidant dans le canton de Vaud ont été interrogés dans le cadre de l'ESS 2007.

Seuls les groupes de nationalités dont le nombre de répondants est supérieur à 10 ont été analysés en fonction de leur exposition au risque et présentés dans les tableaux du chapitre 2. Compte tenu de cette exigence, seules les communautés d'Europe méridionale, des Balkans, d'Europe du Nord et de l'Ouest et d'Afrique ont été prises en considération.

1.3.3 Analyse des programmes

Les programmes de prévention ont été analysés sous l'angle de leurs objectifs, des populations visées, de leur organisation, de leur déroulement, du matériel réalisé et de leurs résultats (notamment en termes de participation auprès des populations-cibles). Chaque démarche de prévention donne lieu à une présentation succincte abordant ces dimensions.

Une attention particulière a été portée à ce qui avait été entrepris pour que ces démarches de prévention soient connues de la population migrante (canaux d'information, contenu et traduction de la documentation) et qu'elles soient pertinentes pour elle (prise en compte des spécificités de certains segments de la population étrangère). On a cherché à rassembler des informations concernant :

- la conception du programme
- l'élaboration du programme, du matériel utilisé et des modes de communication
- la mise en œuvre du programme (déroulement)
- les résultats obtenus en matière de participation des migrants
- la compréhension des problèmes ou des obstacles limitant (cas échéant) la participation des migrants.

L'information nécessaire à cette dimension de l'étude a été récoltée en rassemblant la documentation existante (documents imprimés, matériel, sites Internet) ainsi qu'en interrogeant les responsables des programmes et, cas échéant, d'autres acteurs (animateurs de projets, etc.). 20 personnes ont été interrogées à ce titre. A l'exception de 3 entretiens réalisés par téléphone, les entretiens ont été réalisés en face à face, enregistrés et retranscrits.

1.3.4 Entretiens avec des experts

Des entretiens ont eu lieu avec 9 experts (liste en annexe 8.8) des domaines sanitaire, social et de l'intégration.

Les entretiens ont été enregistrés (audio) puis retranscrits. Les éléments pertinents concernant chacun des domaines étudiés sont exposés dans les sections du rapport qui leur sont dédiées.

1.3.5 Groupes focus avec les représentants de diverses populations

Quatre groupes focus ont été constitués en vue de réunir des informations sur la manière dont les migrants se positionnent par rapport aux thèmes abordés dans le cadre de l'étude. Trois étaient constitués de personnes issues d'une communauté unique (groupe des Sri-Lankais, groupe des ex-Yougoslaves albanophones, groupe des Latino-Américains). Le quatrième rassemblait des interprètes culturels représentant un éventail de communautés. Le groupe focus des ex-Yougoslaves albanophones était uniquement formé d'hommes. Celui des Latino-Américains ne comprenait que des femmes.

En principe, chaque groupe a été invité à s'exprimer au sujet des cinq domaines choisis pour l'étude (tabac, alcool, santé sexuelle et reproductive, alimentation et exercice physique, dépistage du cancer du sein) et à faire part de son avis sur la connaissance du risque, la connaissance des programmes de prévention, la participation des migrants ainsi que les obstacles ayant entravé ou limité celle-ci. Ils étaient en outre invités à formuler des suggestions quant aux mesures à prendre en vue d'améliorer cette participation. Faute de temps, certains groupes n'ont abordé que de manière sommaire – voire pas du tout – quelques-uns de ces thèmes : dépistage du cancer du sein pour les interprètes, alcool pour les Latino-Américaines.

1.3.6 Période de l'étude

Les entretiens avec les responsables des programmes et les experts se sont étalés entre janvier et avril 2011. Les groupes focus se sont déroulés en mars 2011.

1.3.7 Guide de lecture du rapport

L'Office fédéral de la santé publique a fixé de manière précise la manière dont devaient être rédigés les rapports produits dans le contexte de l'opération visant à analyser les besoins cantonaux dans le domaine « accès des migrants » en matière de promotion de la santé et de la prévention. Il a également défini la taille idéale des différentes parties de ces rapports (cf. document « Grille pour l'analyse des besoins »^a).

L'analyse des besoins réalisée à l'échelon du canton de Vaud porte sur cinq domaines de la promotion de la santé et de la prévention. Plusieurs d'entre eux sont organisés de manière complexe et comportent un nombre parfois élevé de sous-éléments. Présenter cette matière de façon suffisamment exhaustive pour la rendre intelligible au lecteur connaissant mal la réalité vaudoise aurait conduit à augmenter de manière excessive le volume du rapport par rapport à la demande de l'OFSP. On s'est donc résolu à présenter un document comprenant deux parties distinctes :

- Le rapport proprement dit articulé selon le cadre prédéfini et se limitant autant que possible aux informations souhaitées par l'OFSP.
- Une partie « Annexes » fournissant des informations complémentaires sur le contenu de certains domaines de la promotion de la santé et de la prévention, sur la participation des migrants aux programmes (dans la mesure où elle est connue) ainsi que sur les explications relatives à la (moindre) participation des migrants fournies par les responsables des programmes, par les experts consultés et par les représentants de communautés migrantes ayant participé aux groupes focus organisés à cet effet. Cette partie comporte en outre la liste des personnes (responsables de programmes et experts) consultées à titre individuel.

^a Document à télécharger sous : <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/07689/07828/10655/index.html?lang=fr>

2 BESOIN EN MATIERE DE PROGRAMMES OFFRANT UNE EGALITE DES CHANCES

2.1 RISQUES POUR LA SANTÉ DES DIFFÉRENTS GROUPES DE MIGRANTS

La population totale de migrants domiciliés dans le canton de Vaud en 2009 s'élève à 217'121 personnes (102'758 femmes et 114'363 hommes)^b.

Dans les tableaux qui suivent, on s'est en premier lieu référé aux quelques données vaudoises existantes. On les a complétées en recourant à des données suisses. Ces dernières figurent en lettres italiques.

Seules figurent dans les tableaux suivants les informations relatives aux différences entre personnes d'origine étrangère et autochtones.

Tableau 1 Besoins particuliers en matière d'alimentation et d'activité physique

Pays / Région	Nombre de personnes Vaud	Besoins (Exposition au risque)
Pays balkaniques	22247	64% des personnes originaires d'un pays balkanique et résidant dans le canton de Vaud souffrent d'une surcharge pondérale vs. 36% des Suisses résidant le canton de Vaud. ¹ <i>62% des Albanais du Kosovo résidant en Suisse souffrent d'une surcharge pondérale (particulièrement les femmes) vs 47% des Suisses.²</i> <i>Proportion élevée de personnes obèses parmi les requérants d'asile kosovars (21%).³</i> 30% des personnes originaires d'un pays balkanique résidant dans le canton de Vaud sont inactives physiquement. ¹
Turquie	3171	<i>Chez les 51-60 ans, proportion très élevée (>90%) de personnes en excédent de poids.⁴</i>
Europe méridionale	88062	Proportion de personnes en surpoids nettement plus élevée que les Suisses résidant le canton de Vaud (52% vs 36%). ¹ 27% des personnes originaires d'un pays d'Europe méridionale sont inactives physiquement. ¹
Portugal	45 893	<i>Chez les 51-60 ans, 80% de personnes en surcharge pondérale.³</i>
Italie	29 081	<i>Surcharge pondérale et proportion élevée de personnes qui ne pratiquent pas de sport (60% environ).³</i> <i>Surcharge pondérale encore plus élevée dans la classe d'âge 51-60 (80% environ).³</i>
Afrique de l'Est	2838	<i>Les femmes somaliennes ne pratiquent aucune activité physique. Les enfants somaliens et érythréens souffrent souvent d'obésité.⁵</i>

^b Données SCRIS 2009.

Pays / Région	Nombre de personnes Vaud	Besoins (Exposition au risque)
Sri-Lanka	1950	<p><i>Des données sur la communauté sri-lankaise montrent une surcharge pondérale dans la population résidente permanente mais pas chez les requérants d'asile.³</i></p> <p><i>Dans la population résidente permanente, la proportion de personnes ne pratiquant pas de sport est plus élevée que dans les autres populations (67%).³</i></p> <p><i>Diabète fréquent (prédisposition génétique combinée à des habitudes alimentaires inadaptées et au manque d'exercice.⁶ Le problème du diabète a aussi été évoqué par les experts et les représentants de cette communauté.</i></p>

Tableau 2 Besoins particuliers en matière de tabagisme

Pays / Région	Nombre de personnes Vaud	Besoins (Exposition au risque)
Europe Nord/Ouest	59271	Les femmes d'Europe de l'Ouest et du Nord (30%) fument plus en proportion que les femmes suisses résidant dans le canton de Vaud (20%). ¹
Pays balkaniques	22247	<p>Consommation de tabac identique à celle des Suisses résidant dans le canton de Vaud.¹</p> <p><i>41% des hommes et 33% des femmes d'Ex-Yougoslavie consomment du tabac vs. 37% des hommes et 30% des femmes suisses.⁷</i></p>
Europe méridionale	88062	Les femmes d'Europe méridionale sont plus exposées à la fumée passive que les Suissesses résidant dans le canton de Vaud (34% vs 18%). ¹
Turquie	3171	<i>Taux très élevé de fumeurs (53% chez les hommes et 42% chez les femmes).⁷</i>
Sri-Lanka	1950	<i>Les hommes sri-lankais résidents (20%) et les requérants d'asile tamouls (25%) sont proportionnellement moins fumeurs que les hommes suisses (37%). Chez les femmes sri-lankaises, le tabagisme est pratiquement inexistant.⁷</i>
Population migrante (en général)	217'121	<p><i>Comparés aux Suisses, les migrants des pays en voie de développement ont moins de problème de santé liés au tabagisme (29% vs 46%).⁸</i></p> <p><i>Les hommes migrants en provenance de pays développés fument plus que les hommes Suisses (65% vs 43%).⁸</i></p>

Tableau 3 Besoins particuliers en matière de consommation d'alcool

Pays / Région	Nombre de personnes Vaud	Besoins (Exposition au risque)
Europe Nord/Ouest	59271	16% des femmes d'Europe du Nord et de l'Ouest font courir à leur santé un risque moyen à élevé par leur consommation d'alcool vs. 8% des femmes suisses résidant dans le canton de Vaud. ^{1c}
Europe méridionale	88062	42% des hommes portugais consomment au moins 1 fois par jour de l'alcool vs. 28 % des hommes suisses résidant dans le canton de Vaud. ¹ 33% des hommes italiens et 38% des hommes portugais se distinguent par une fréquence de consommation nettement plus élevée que la moyenne des répondants hommes (19%). ⁹ La consommation abusive d'alcool en une seule fois est plus fréquente pour les hommes portugais (10%) que pour les hommes suisses (6% environ). ⁹
Sri Lanka	1950	L'abus d'alcool est le problème le plus fréquemment évoqué par les spécialistes interrogés en relation avec les migrants tamouls. Ce constat est aussi évoqué dans le cadre des groupes focus. <i>Les résidents sri-lankais et les requérants d'asile sri-lankais ont une fréquence de consommation d'alcool moins élevée que la moyenne des répondants ⁹. Mais il s'agit d'auto-déclarations et la consommation d'alcool est entourée d'un tabou plus important dans la communauté tamoule que dans la population suisse.⁶</i>

Tableau 4 Besoins particuliers en matière de santé sexuelle et reproductive

Pays / Région d'origine	Nombre de personnes Vaud	Besoins (Exposition au risque)
Pays balkaniques	22247	Taux élevé d'interruptions de grossesse (13.3 pour 1000 résidentes vaudoises de cette communauté vs 5.4 pour mille résidentes vaudoises suisses). ¹⁰ <i>Les Albanaises du Kosovo mais aussi les femmes d'ex-Yougoslavie sont nettement moins nombreuses (25%) à se soumettre à un dépistage du cancer du col et à l'examen des seins que les femmes suisses ou de certaines autres communautés.²</i>
Turquie	3171	<i>Les femmes turques sont moins nombreuses que la plupart de celles originaires d'autres communautés de migrants à se faire dépister pour le cancer du col et à avoir eu un examen des seins. ²</i> <i>Taux de mortalité infantile (avant 1 an, pour la période 1987-2007) plus élevé chez les nouveau-nés turcs (7.19 pour mille) que chez les nouveau-nés suisses (5.19 pour mille).^{11,12}</i>
Afrique Nord	4352	Taux élevé d'interruptions de grossesse (31.9 pour 1000 résidentes vaudoises de

^c Une consommation quotidienne moyenne de 20g d'alcool pur chez les femmes et 40g chez les hommes est considérée comme moyennement risquée pour la santé. A partir de 40g d'alcool par jour chez les femmes et de 60g chez les hommes, le risque pour la santé est jugé élevé (Définitions ESS tirées de Dawson et Room (2000) et Rehm et al. (2003)).

Pays / Région d'origine	Nombre de personnes Vaud	Besoins (Exposition au risque)
		cette communauté vs 5.4 pour mille résidentes vaudoises suisses). ¹⁰
Afrique subsaharienne	7335	Taux élevé d'interruptions de grossesse (50.9 pour 1000 résidentes vaudoises de cette communauté vs 5.4 pour mille résidentes vaudoises suisses). ¹⁰
Angola	816	<i>Les nouveau-nés d'Angola sont plus nombreux à avoir un faible poids à la naissance que les suisses (10.1% vs 6.5%).</i> ^{11, 12}
Afrique de l'Est	2838	<i>Les femmes somaliennes (n=309) et érythréennes (n=352) ne pratiquent souvent aucun test de grossesse et se rendent ainsi plus tardivement aux consultations prénatales.</i> ⁵ <i>Les nouveau-nés somaliens sont plus nombreux à avoir un faible poids à la naissance que les suisses (8.1% vs 6.5%).</i> ^{11, 12} <i>Taux de mortalité infantile (avant 1 an, pour la période 1987-2007) plus élevé chez les nouveau-nés somaliens (8.37 pour mille vs 5.19 pour mille chez les nouveau-nés suisses).</i> ^{11, 12}
Amérique latine	7193	Taux élevé d'interruptions de grossesse (23.7 pour 1000 résidentes vaudoises de cette communauté vs 5.4 pour mille résidentes vaudoises suisses). ¹⁰
Asie	11254	Taux élevé d'interruptions de grossesse (12.4 pour 1000 résidentes vaudoises de cette communauté vs 5.4 pour mille résidentes vaudoises suisses). ¹⁰
Sri-Lanka	1950	<i>Les nouveau-nés sri-lankais sont plus nombreux à avoir un faible poids à la naissance que les suisses (8.1% vs 6.5%).</i> ¹¹ <i>Très faible proportion (3%) de Tamouls testés au moins une fois pour le VIH.</i> ² <i>Les femmes sri-lankaises sont nettement moins nombreuses à se faire dépister pour le cancer du col et à avoir eu un examen des seins que les femmes de la plupart des autres communautés de migrants (25%).</i> ²
Asie du Sud-Est (Vietnam)	695	<i>Taux de mortalité infantile (avant 1 an, pour la période 1987-2007) plus élevé chez les nouveau-nés vietnamiens (8.18 pour mille vs 5.19 pour mille chez les nouveau-nés suisses).</i> ^{11, 12}
Femmes migrantes (en général)	102758	<i>Le taux de mortalité maternelle est quatre fois plus élevé que celui des Suissesses.</i> ¹¹

2.2 CONCLUSIONS

Les données épidémiologiques concernant la population issue de la migration vivant sur le territoire cantonal vaudois sont relativement peu nombreuses.

Une partie de ces données provient de l'étude ESS. Elles concernent des données relatives au poids et à l'exercice physique, à la consommation de tabac et à la consommation d'alcool. Certaines particularités/limites doivent être rappelées car elles limitent dans une certaine mesure la portée des constats opérés :

- l'étude concerne les personnes pourvues d'une installation téléphonique fixe
- l'étude s'adresse aux personnes capables de s'exprimer en français, en allemand et en italien
- l'effectif des personnes interrogées (même augmenté à la demande des autorités sanitaires vaudoises) est modeste, certaines communautés sont représentées par quelques unités seulement

- les groupements nationaux opérés se fondent avant tout sur des proximités géographiques et ne tiennent a priori pas compte de données culturelles ou confessionnelles susceptibles d'exercer une influence sur certains comportements (consommation de tabac et d'alcool, habitudes alimentaires, habitudes et valeurs dans le domaine de la vie sexuelle et reproductive, etc.)

Une autre partie des données concerne le domaine de la santé sexuelle et reproductive (interruptions de grossesse). Elles ne résultent pas d'enquêtes sur échantillons et livrent par conséquent une image exhaustive de la situation.

Le solde des données épidémiologiques consultées porte sur l'ensemble de la population suisse résidente (par opposition à la population vaudoise).

Dans deux des domaines retenus pour l'étude (consommation de tabac et consommation d'alcool), la plupart des communautés issues de la migration ne se distinguent pas substantiellement de la population autochtone.

Dans le domaine de la prévention des maladies résultant d'une alimentation déséquilibrée et d'un exercice physique insuffisant, plusieurs communautés de migrants bien représentées dans le canton de Vaud se trouvent dans une situation sensiblement plus désavantageuse que les Suisses.

Le même constat peut être posé en ce qui concerne le domaine de la santé sexuelle et reproductive, avec des taux particulièrement élevés d'interruptions de grossesse chez certaines communautés issues de la migration. De plus, la situation des communautés issues de la migration apparaît nettement plus précaire que celles des autochtones en matière de grossesse et de périnatalité.

Le tableau épidémiologique résultant des données disponibles montre que les migrants sont au mieux aussi exposés que les Suisses et que, dans certaines situations, ils le sont même plus. Il suggère qu'ils ont autant besoin d'interventions que les autochtones et qu'il s'agit par conséquent de faire en sorte que les mesures prises en faveur de la population générale les atteignent également, justifiant que des dispositions particulières soient prises en faveur de ceux qui en demeurent éloignés pour différents motifs (compréhension de la langue, mauvaise compréhension des objectifs visés, « conflits de valeurs », etc.).

Compte tenu de son caractère particulier (prévention secondaire), le dépistage du cancer du sein ne fait pas partie de cette analyse des besoins.

3 PROGRAMMES DE PROMOTION DE LA SANTE ET DE PREVENTION EVALUES

3.1 PROMOTION DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE ET D'UNE ALIMENTATION SAIN ET ÉQUILIBRÉE (« ÇA MARCHE ! BOUGER PLUS, MANGER MIEUX »)

En 2008, les autorités vaudoises ont lancé un programme de promotion du mouvement et de l'alimentation favorable à la santé intitulé « Ça marche ! ». Prévu pour une période de quatre ans (2008-2012), il est notamment cofinancé par Promotion Santé Suisse. Il poursuit les objectifs suivants :

- promouvoir un environnement favorable à la santé pour l'ensemble de la population ;
- augmenter la quantité d'activité physique pratiquée par les personnes sédentaires et celles en surpoids ;
- prévenir le surpoids et l'obésité en particulier chez les enfants et les adolescents ;
- diminuer à long terme la morbidité et la mortalité liées à une trop grande sédentarité et à une alimentation défavorable à la santé ;
- permettre un accès équitable de la population aux prestations proposées ;
- soutenir et développer des actions cohérentes, coordonnées et adaptées aux différents groupes cibles et *settings* définis comme prioritaires.^d

Sur la base d'un inventaire préalable, les responsables du programme ont constaté l'existence, sur le territoire cantonal, de nombreux projets promouvant une alimentation équilibrée et une activité physique régulière. Ils sont partis de l'idée qu'il convenait de soutenir les actions existantes, de combler les lacunes repérées et d'encourager les collaborations entre acteurs de terrain au travers d'un réseau ad hoc.

Le programme comprend une mosaïque d'activités destinées à divers publics, mises sur pied par un éventail d'organismes, se déroulant dans plusieurs *settings* et distribuées sur l'ensemble du territoire cantonal. Le programme comporte notamment un volet cherchant à stimuler les actions organisées sur le territoire des communes avec l'appui de leurs autorités.

« Ça marche ! » apparaît comme un concept ambitionnant de fédérer les démarches qui, à l'échelon du canton de Vaud, poursuivent l'objectif d'inciter la population à veiller à se nourrir de manière équilibrée et à être physiquement active. « Ça marche ! » dispose d'un budget alimenté par l'Etat de Vaud et « Promotion Santé Suisse » qui lui permet d'allouer des ressources aux promoteurs des projets poursuivant les objectifs définis par les autorités cantonales.

On trouvera un détail des projets rassemblés sous le label « Ça marche ! » en Annexe 8.1.

^d Source : Dossier de presse diffusé à l'occasion de la présentation du programme « Ça marche ! ».

3.2 PRÉVENTION DE LA DÉPENDANCE AU TABAC ET DES MALADIES LIÉES À SA CONSOMMATION

Le plan cantonal d'action 2008-2012 concernant la prévention du tabagisme se décline selon quatre axes principaux (détaillés en Annexe 8.2).

Le premier axe, *Promotion d'une vie sans tabac*, a pour but d'éviter le début du tabagisme et de soutenir la norme non fumeur. Le deuxième axe, *Protection contre la fumée passive*, vise à lutter contre le tabagisme passif avec des mesures qui garantissent un air 100% sans fumée pour l'ensemble de la population. Le troisième axe, *Aide à la désaccoutumance pour tous*, tend à fournir une aide diversifiée et accessible géographiquement et financièrement à l'ensemble des fumeuses et fumeurs. Enfin, le quatrième axe, *Prévention auprès des groupes vulnérables*, a pour ambition de développer des mesures de prévention et d'aide spécialement adaptées et accessibles à des groupes de population en situation vulnérable vis-à-vis du tabagisme et/ou de l'exposition à la fumée passive.

Afin de mettre en œuvre les actions liées à ces quatre axes, le canton s'appuie principalement sur le CIPRET-Vaud qui est le centre vaudois de référence pour assurer une expertise en matière de prévention du tabagisme.

3.3 PRÉVENTION DE LA DÉPENDANCE À L'ALCOOL ET DES MALADIES LIÉES À SA CONSOMMATION ABUSIVE

Le Plan cantonal d'action Alcool, « PAct-Alcool 2007-2012 », a pour but de renforcer la coordination et la cohérence du réseau alcoologique de prévention et de traitement du canton de Vaud. Il est en effet nécessaire de coordonner l'action sanitaire et sociale, tant au niveau de la prévention que de l'aide et des soins^e.

Les objectifs généraux du PAct-Alcool sont :

- faire connaître au grand public les problèmes liés à l'alcool et les moyens de prévention et de prise en charge ;
- prévenir le développement de l'usage nocif et l'installation de la dépendance liée à l'alcool ;
- réduire la consommation globale d'alcool pour diminuer l'ensemble des risques à long terme (cancers et maladies cardiovasculaires notamment) ;
- réduire la mortalité, la morbidité et les handicaps résultant des accidents de la circulation liés à la consommation d'alcool ;
- développer l'accès à des modes de prise en charge efficaces à la fois sur le plan social (désinsertion, violences familiales) et médical (dépendance, pathologies liées à l'alcool).

Afin de répondre à ces objectifs, une stratégie, détaillée en trois axes, est mise en œuvre. Le premier axe, « Organisation et pilotage », concerne le pilotage et la coordination de la mise en œuvre du plan Alcool. Le deuxième axe, « Information et prévention », promeut la responsabilisation individuelle et collective, la prise de conscience de la consommation d'alcool à risque et vise à augmenter la visibilité des problèmes liés à l'alcool. Enfin, le troisième axe, appelé « Traitement », a pour but de garantir un niveau de prestation optimal adapté aux besoins de chaque individu en prise avec un problème d'alcool.

^e PAct-Alcool 2007-2012, Plan cantonal d'action. Département de la Santé et de l'action sociale, Service de la santé publique du canton de Vaud. www.vd.ch

Les différentes actions cantonales vaudoises de prévention de la consommation à risque d'alcool (2^{ème} axe) sont présentées et détaillées en Annexe 8.3. Il en va de même pour le descriptif du dispositif d'indication et de suivi EVITA et du rôle du Service d'alcoologie du CHUV (3^{ème} axe).

3.4 PROMOTION DE LA SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

La promotion de la santé sexuelle et reproductive (SSR) constitue un champ d'intervention particulièrement large qui s'étend de l'éducation sexuelle à la post-natalité en passant par la prévention et les troubles de la sexualité. Dans le contexte de cette étude, on a délibérément choisi de s'en tenir à des domaines comportant une dimension préventive populationnelle en excluant toutefois celui de l'éducation sexuelle en milieu scolaire (qui a déjà donné lieu à une évaluation récente¹³). On a en outre renoncé à prendre en compte l'activité déployée par la fondation Profa en matière de consultation de couple et de sexologie ainsi qu'en matière d'aide aux victimes (application de la LAVI).

3.4.1 Profa : Consultation en santé sexuelle

Profa organise des consultations de santé sexuelle individuelles gratuites dans huit antennes réparties à travers le canton. Sous la dénomination « Migration et intimité », Profa offre en outre diverses prestations, gratuites elles aussi, spécifiquement destinées aux migrants : des ateliers organisés dans différents *settings*, des ateliers plus particulièrement destinés aux migrants d'origine subsaharienne (« Sous le baobab ») et une permanence téléphonique. Un projet d'intégration des prestations auparavant délivrées par « Point Fixe » était à l'étude au moment de l'enquête. Ces prestations sont désormais intégrées à Profa (juin 2011).

- Consultations individuelles : Les consultations sont ouvertes à la population générale (migrants compris). Les équipes d'intervenants sont composées de médecins, de conseillères en santé sexuelle et reproductive et d'assistantes médicales. Elles abordent notamment des questions en relation avec la limitation des naissances et avec la prévention et le dépistage des infections sexuellement transmissibles.
- Migration et intimité : Ce secteur d'activité a principalement pour objectif de prévenir les infections sexuellement transmissibles ainsi que les grossesses non désirées auprès des femmes et hommes migrants par une information adaptée sur la sexualité, la contraception, la grossesse et les « risques sexuels ».
 - Ateliers : Destinés à des groupes de migrants, les ateliers ont lieu dans les locaux des instances qui sollicitent les interventions de Profa (EVAM, Appartenances, Français en jeu, établissement pénitentiaire de Lonay, établissements de formation accueillant un nombre important d'étrangers tels qu'UNIL, EPFL, Ecole hôtelière, écoles privées, etc.). Les séances débutent par un exposé introductif. Elles se poursuivent par une discussion sur la base des intérêts manifestés par les participants.
 - Ligne téléphonique : Elle permet aux migrants d'obtenir des informations, des conseils et du soutien pour toute question concernant leur santé sexuelle et reproductive (contraception, grossesse, infections sexuellement transmissibles, VIH/sida, test VIH, etc.).
 - « Sous le baobab » : Le projet a pour objectif de promouvoir la santé sexuelle et reproductive des communautés de l'Afrique subsaharienne. Il se déroule sous la forme de tables rondes devant permettre de mieux comprendre et surmonter les situations de vie et favoriser le contact et la solidarité entre les femmes et les hommes de même culture. Les tables rondes recherchent un effet multiplicateur entre migrants d'Afrique subsaharienne.

3.4.2 CHUV-Département de gynécologie et d'obstétrique (DGO) / Planning

Les prestations du planning familial visent à rendre possible, par une action psychosociale et médicale, la compréhension, la réflexion et le choix face à la procréation. La population migrante qui a plus difficilement accès à la prévention en matière sexuelle et qui, en situation de crise s'adresse prioritairement à l'hôpital trouve également au planning une offre d'aide et de soins.

3.4.3 Profa : Conseil en périnatalité

Confié à la fondation Profa en application des dispositions de la loi fédérale du 9 octobre 1981 sur les centres de consultation en matière de grossesse,^f ce programme a notamment pour objectif de favoriser la mise en place d'un environnement sain et sécuritaire pour la santé et le développement de l'enfant à naître ; de promouvoir l'équité dans l'accès à des conditions de santé adéquates pour les familles de toutes conditions sociales ; de réduire le nombre de situations à risque pour la femme enceinte et son futur bébé sur le plan physique, psychologique et/ou social, au domicile et dans son milieu de travail ; de mettre en place l'accompagnement des familles ayant des besoins touchant à la santé ou en situation de précarité en évaluant leurs besoins et leurs ressources et en prenant les dispositions pour créer un environnement favorable à la naissance, l'accueil et l'épanouissement de l'enfant.

Agissant en tandem, une sage-femme conseillère et une assistante sociale en périnatalité assurent un accompagnement sur toutes les questions en lien avec la naissance d'un enfant. Elles offrent un espace d'écoute, d'information, de soutien et d'orientation en tenant compte du contexte personnel, familial et social ainsi que de l'aspect émotionnel et psychologique lié à la situation. Elles interviennent durant la période qui s'écoule de la grossesse jusqu'à six mois après l'accouchement. Avec l'accord de la femme, la sage-femme établit une analyse obstétricale et un recueil de données psychosociales (dossier périnatal). Remis dans son dossier à la maternité, ce document a pour but d'introduire la future mère auprès de l'équipe qui l'accompagnera dans les premiers jours avec son nouveau-né et organiser le retour à domicile.

Les prestations sont gratuites.

3.4.4 CHUV-Département de gynécologie et d'obstétrique (DGO) / Programme périnatalité

Le programme découle du mandat confié par l'autorité cantonale au CHUV en application des dispositions de la loi fédérale du 9 octobre 1981 sur les centres de consultation en matière de grossesse (entrée en vigueur : 1^{er} janvier 1984).

Les consultations de périnatalité s'inscrivent dans le contexte général du Programme cantonal de prévention 0-6 ans. Confiées à des tandems composés d'une sage-femme et d'une assistante sociale, les consultations doivent permettre d'identifier les situations à risque par rapport à la petite enfance (pathologies psychiatriques, violence, difficultés liées à la migration, maltraitance). Le programme prend en outre en charge les situations lourdes qui dépassent les compétences du programme homologué confié à Profa et fonctionne ainsi comme « centre tertiaire de consultation en périnatalité ».

^f Art. 1, al. 1 et 2 LF : «En cas de grossesse, les personnes directement intéressées ont droit à des consultations gratuites et à une aide. Elles seront informées de l'assistance privée et publique sur laquelle elles peuvent compter pour mener leur grossesse à terme, sur les conséquences médicales d'une interruption de grossesse et sur la prévention de la grossesse ».

3.4.5 Programme Pan-Milar

Le programme a été lancé à l'initiative de l'Office fédéral de la santé publique. Son objectif consiste à offrir des temps de partage et d'apprentissage dans tous les domaines de la périnatalité aux femmes enceintes étrangères et aux couples migrants. Accessoirement, il permet à des femmes isolées d'entrer en relation avec d'autres personnes et de recevoir des informations concernant les instances leur permettant notamment de se rencontrer et d'apprendre le français.

Pan-Milar est actuellement le seul programme offrant une préparation à l'accouchement avec des interprètes. Les cours offerts dans les différentes maternités du canton ne sont donnés qu'en français. Une partie des nombreux cours organisés par des sages-femmes indépendantes peuvent être donnés dans une langue étrangère dans la mesure où l'animatrice est bilingue. Il existe actuellement des cours en allemand, en anglais et en italien, mais, à la différence de Pan-Milar, ils se déroulent sans l'intervention d'interprètes.

3.5 PROGRAMME ORGANISÉ DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN

Le programme de dépistage du cancer du sein mis en place dans le canton de Vaud en 1999 prévoit que chaque femme de 50 à 70 ans (n = environ 80 000) reçoive, tous les deux ans, une invitation à se soumettre à une mammographie dans un des vingt-neuf instituts de radiologie agréés. Le contrôle est pris en charge par l'assurance maladie (soins de base, hors franchise). Il est par ailleurs subventionné par le Canton. Dix pour cent (environ 20 francs) du montant pris en charge par la caisse maladie est à charge de la participante.

Dans un premier temps (1993-1998), le programme a fait l'objet d'une démarche pilote entreprise dans trois districts (Aigle, Morges et Aubonne).

4 MESURES PRISES POUR GARANTIR L'ÉGALITÉ DES CHANCES D'ACCÈS LORS DE LA CONCEPTION ET DE LA MISE EN ŒUVRE DES PROGRAMMES

Plusieurs documents officiels font état de ce que les autorités cantonales vaudoises entendent entreprendre dans le domaine de l'intégration et plus particulièrement en ce qui concerne le domaine de la santé et les actions destinées à garantir l'accès aux prestations sanitaires.

Priorités 2009-2012 du Conseil d'Etat en matière d'intégration des étrangers et de prévention du racisme

De caractère général, ce document évoque des actions (priorités) dans les domaines suivants : langue et formation ; marché du travail ; politique d'accueil ; cohabitation dans les quartiers et dans les zones périurbaines ; école, famille et égalité ; prévention du racisme et compréhension religieuse. Les actions envisagées dans le domaine de la santé sont formulées dans le Rapport du Conseil d'Etat sur la politique sanitaire 2008-2012. Il ne fait aucune allusion au domaine de la santé^g.

Rapport du Conseil d'Etat sur la politique sanitaire 2008 – 2012

A l'occasion de chaque début de législature, le Conseil d'Etat vaudois présente un rapport de politique sanitaire couplé à un plan stratégique relatif à l'hôpital universitaire cantonal (CHUV). Dans son rapport pour la période 2008-2012, le gouvernement vaudois rappelle les six axes de sa politique sanitaire pour la législature 2002-2007 parmi lesquels seul l'axe 3 donne lieu à quelques précisions concernant la population migrante vivant sur le territoire cantonal : « En 2007 a été lancé le projet *Migration et intimité* visant à favoriser l'accès à l'information en matière de santé sexuelle et reproductive. Un dispositif de médiateurs et médiatrices santé formé-e-s dans les communautés migrantes^h, l'édition de matériel d'information traduit et l'ouverture d'une hotline sont autant d'éléments du projet, dont les buts sont notamment de diminuer le recours à l'interruption de grossesse et de lutter contre la transmission des maladies sexuellement transmissibles »ⁱ.

S'attachant aux évolutions survenues en matière démographique et épidémiologique dont il entend tenir compte pour formuler ses priorités pour la période 2008-2012, le Conseil d'Etat met notamment l'accent sur le vieillissement de la population et l'augmentation des maladies chroniques dégénératives qui lui est liée. Il ne fait que très brièvement mention de la population étrangère vivant sur le territoire cantonal : « (...) la prévention primaire et la promotion de la santé doivent rester une préoccupation centrale dans une perspective de réduction de la charge liée aux maladies chroniques, somatiques et psychiques. Elles devront donc être renforcées et également adaptées aux catégories de population en développement (i.e. migrant-e-s, personnes âgées, etc.) ».

Se fondant sur la situation existante et sur son évolution prévisible, le Conseil d'Etat énonce cinq lignes directrices pour la législature 2008 – 2012 :

1. Adapter les services de soins aux pathologies chroniques et mettre en œuvre une politique gériatrique

^g S'exprimant en qualité d'experte, la déléguée cantonale à l'intégration a expliqué que le domaine de la santé des migrants relève d'un autre département qui énonce de manière autonome ses principes en matière de prise en compte de la problématique « migration et santé ».

^h Amérique latine et Afrique subsaharienne

ⁱ Rapport page 12

2. Assurer une offre suffisante en personnel de santé
3. Promouvoir la santé, prévenir les maladies et conduire d'autres programmes de santé publique prioritaires
4. Poursuivre la réorganisation hospitalière
5. Renforcer le pilotage du système

La ligne directrice no 3 est la seule à évoquer la situation particulière de la population migrante. Elle le fait dans le cadre de la consolidation des prestations de planning familial et d'adaptation de l'éducation sexuelle à de nouveaux défis : « Le renforcement de l'accessibilité – géographique, économique et culturelle – des prestations du planning familial est un axe prioritaire pour ces prochaines années, hommes et femmes confondus. Ceci n'est possible que par la mise en place de partenariats spécifiques communautaires pérennes et d'un travail de réseau approfondi avec et au bénéfice des jeunes, des groupes de migrant-e-s et des catégories socioéconomiques précaires »ⁱ.

Rapport du Conseil d'Etat sur le postulat Martinet intitulé « Davantage d'actions de prévention pour davantage d'années de vie en bonne santé »

Elément du Rapport du Conseil d'Etat sur la politique sanitaire 2008 – 2012 (cf. ci-dessus), ce rapport rappelle notamment que la stratégie cantonale en matière de prévention repose sur une projection de la prévalence des huit principales maladies chroniques et de leurs facteurs de risque. Il fournit quelques indications sur l'organisation et la gouvernance du dispositif vaudois de prévention (en cours de réorganisation) ainsi que sur l'évolution des dépenses consacrées à ce secteur de l'action sanitaire. Aucune mention n'est faite de dispositions envisagées pour garantir l'accès aux prestations à certains segments de la population (migrants en particulier).

Brochure « Bienvenue » rédigée par le Bureau cantonal pour l'intégration des étrangers et la prévention du racisme

Cette brochure est remise par les contrôles communaux des habitants à toutes les personnes étrangères prenant domicile dans le canton de Vaud. La brochure est traduite en treize langues. Les informations qu'elle contient sont également accessibles sur le site Internet www.vd.ch/integration. Une section de cette brochure est consacrée au domaine de la santé. Elle rappelle l'obligation d'assurance, fournit des indications sur la manière de trouver un médecin (notamment un praticien parlant la langue du migrant), indique les adresses des institutions actives en matière de grossesse et de naissance et de celles concernées par l'aide à domicile.

4.1 MESURES PRISES DANS LE CADRE DE LA PROMOTION DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE ET D'UNE ALIMENTATION SAINTE ET ÉQUILIBRÉE

La phase initiale (conception) du programme « Ça marche ! » s'est déroulée sans consultation des milieux issus de la migration. Le dossier de presse diffusé en 2008 à l'occasion du démarrage du programme « Ça marche ! » précisait néanmoins que les migrants constituaient l'un des publics visés. Deux mesures (nouvelles) étaient notamment prévues à leur intention : 1) des ateliers visant à promouvoir l'activité physique et l'alimentation équilibrée par, pour et avec des migrants et 2) la production d'ateliers clef en main (méthodologie et contenu) pouvant être repris par d'autres associations/groupes de migrants ou communes. En revanche, les documents de présentation ne fournissaient aucune indication quant à la manière dont les migrants seraient pris en compte dans les autres dimensions du programme.

Au moment de la présente étude, peu de réalisations figurant dans le programme « Ça marche ! » avaient cherché à concrétiser, dès le stade de la conception, l'impératif d'égalité d'accès pour les

ⁱ Rapport page 48

communautés étrangères. Sous réserve de renvois à des sites nationaux (parfois rédigés en français, allemand, italien et anglais), les informations accessibles sur le site Internet www.ca-marche.ch ainsi que les documents téléchargeables à partir de ce site sont rédigés exclusivement en français. Accéder à l'information suppose par conséquent disposer de connaissances linguistiques et d'une liaison informatique.

Une partie des projets rassemblés à l'enseigne de « Ça marche ! » ont été conçus avant 2008. Ils rendent compte de priorités orientées en direction de la population générale et d'une réflexion moins aboutie quant à la manière de rendre les projets aussi accessibles aux autochtones qu'aux migrants. Plusieurs projets se déroulent par ailleurs dans des *settings* où la population cible est prise en charge sans distinction de provenance géographique (espaces d'accueil pour enfants préscolaires et pour écoliers) et cela tant pour les actions de promotion de la santé et de prévention que pour les objectifs principaux assignés à ces structures (socialisation, éducation, enseignement). Dans de tels contextes, les responsables estimaient qu'opérer des distinctions au nom du fait migratoire aurait pu apparaître non seulement inutile, mais encore potentiellement discriminatoire dans la mesure où des enfants auraient pu se sentir stigmatisés par les différences opérées. Les promoteurs ne semblent pas s'être interrogés sur une dimension mineure – quoique non dépourvue d'intérêt – de ces projets : l'information délivrée aux parents. Dans la mesure où les prestations offertes à leurs enfants s'écartent peut-être de leurs conceptions (alimentaires ou éducatives), des explications compréhensibles auraient pu se révéler utiles afin d'obtenir leur adhésion et, si possible, les inciter à harmoniser leurs propres pratiques avec celles proposées dans les *settings*. Ce souci n'a notamment pas été pris en compte dans des programmes tels que « Fourchette Verte », « Youp'là bouge », « Tutti Frutti » ou « Environnement sain à l'école ».

Le programme « Ça marche ! » met en réseau des projets relevant d'initiatives prises par des instances relativement autonomes. Il dispose d'un budget permettant d'allouer des ressources à ces initiatives, mais il ne semble pas que l'égalité des chances d'accès pour les migrants constitue un critère d'attribution. En tout état de cause, les informateurs relèvent que concevoir un projet en tenant d'emblée compte des besoins des migrants prend du temps (il convient de consulter les destinataires des mesures) et requiert du personnel ainsi que des moyens financiers, exigences difficilement compatibles avec les budgets (temporel et financier) dont ils disposent.

La sensibilité de la direction de « Ça marche ! » aux particularités et besoins des personnes issues de la migration apparaît toutefois bien réelle. Ce point de vue est du reste assez largement partagé parmi les promoteurs de projets de promotion de la santé et de prévention.

On lira ci-dessous, projet par projet, la manière dont il a été tenu compte de la dimension « migrants » lors de l'élaboration des différentes composantes de « Ça marche ! » :

Paprika : Projet destiné aux médecins et, à travers eux, à leurs patients. Une brochure remise aux patients avec lesquels le médecin a abordé la thématique existe (« Le mouvement, c'est la vie »). Tout en ayant une visée population générale, la brochure a été conçue avec une attention particulière sur sa compatibilité avec des personnes issues de la migration. Elle existe en différentes langues mais a aussi fait l'objet d'une réflexion sur le type d'images à utiliser par exemple.

Fourchette verte « tout petits » : Le projet a pour cadre des *settings* où autochtones et migrants sont traités de manière identique. Selon les informations disponibles, les parents devaient être sensibilisés à l'importance d'une alimentation équilibrée. Rien n'indique que cette sensibilisation ait eu lieu en tenant compte des parents issus de la migration (traduction des invitations, traduction des présentations, prise en compte des habitudes alimentaires des migrants, etc.).

Fourchette verte junior : Le projet a pour cadre des *settings* où autochtones et migrants sont traités de manière identique.

Fourchette verte (y compris projet D-li vert) : Il s'agit d'un projet « tout public » (clients de restaurants et de structures de restauration rapide).

Tutti Frutti : Il est destiné aux parents souhaitant parler de thèmes en relation avec l'alimentation de leurs enfants. Le projet a donné lieu à quelques articles publiés dans la presse écrite. L'organisation des

ateliers est annoncée par une affiche et un papillon (tous deux en français) dans les crèches et garderies où des diététiciennes sont intervenues pour introduire le projet « Fourchette verte des tout-petits ». Dans certaines crèches et garderies, le personnel a en outre signalé de manière non systématique le projet à des parents. On ne dispose toutefois d'aucune précision quant à cette stratégie de promotion (choix des parents informés). Les ateliers se déroulent en français ; comme aucune possibilité de traduction n'a été prévue, une maîtrise suffisante de cette langue (compréhension) est attendue de la part des participants. La responsable du programme a fait part de l'intention d'intégrer un module « Tutti Frutti » dans le projet « Mon assiette, mes baskets ».

Mon assiette, mes baskets : Le projet est avant tout destiné aux migrants (mais demeure néanmoins ouvert aux Suisses habitant les quartiers lausannois où il est implanté). Il trouve son origine dans un projet conçu par des migrants, dans le cadre d'une association fédérant des communautés étrangères, avant le démarrage de « Ça marche ! ». Le recrutement est adapté aux habitudes des communautés issues de la migration (information à travers leurs réseaux). Les activités se déroulent en français de manière à permettre une large participation.

Messages aux parents : Les messages existent en plusieurs langues (français, allemand, italien, albanais, bosniaque-croate, anglais, portugais, espagnol, tamoul, turc). En revanche, les sites Internet de l'Etat de Vaud et de Pro Juventute qui mentionnent cette offre sont rédigés en français. Rien n'indique que l'existence de ces messages soit signalée aux parents dans leur langue maternelle.

Youp'la bouge : Le projet a pour cadre des *settings* où autochtones et migrants sont traités de manière analogue. Les documents de présentation (invitation aux parents) n'existent qu'en français ; les séances parents se déroulent – en soirée – en français.

Environnement sain à l'école : Le projet a pour cadre des *settings* où autochtones et migrants sont traités de manière analogue. Il ne s'adresse au surplus qu'indirectement à la population scolaire. Aucune information n'est disponible au sujet d'une éventuelle sensibilisation des parents et des modalités selon laquelle elle se déroulerait (traduction ou non ?).

Formation de multiplicateurs : Initialement inclus dans le programme « Ça marche ! », ce projet est dorénavant intégré dans une démarche globale coordonnée à l'échelon des cantons latins. Bien que la réflexion ne soit pas encore achevée, il paraît probable à ce stade que la promotion de la santé des groupes vulnérables (dont les migrants) sera prise en compte.

Cours complémentaires d'activité physique et sportive pour élèves en difficulté : Action s'inscrivant en milieu scolaire. La collaboration avec les familles s'établit selon les principes définis en la matière par la DGEO.

Trouver un partenaire de sport : Cette plate-forme est universellement accessible. Le site Internet qui l'héberge est toutefois rédigé en français. Son utilisation suppose la maîtrise de cette langue et de l'outil informatique.

Site Internet « idées pour bouger en famille » : Cette plate-forme est universellement accessible. Le site Internet qui l'héberge est toutefois rédigé en français. Son utilisation suppose la maîtrise de cette langue et de l'outil informatique.

Ça marche aussi dans ma commune : Les suggestions dont il est possible de prendre connaissance sur le site Internet www.ca-marche.ch sont présentées en français. Selon les informations rassemblées, l'annonce des manifestations à l'échelon communal s'effectue en français au moyen d'affiches, par le biais des journaux communaux ou sur les sites Internet des collectivités locales. Selon les informations communiquées par la direction de « Ça marche ! », les communes organisatrices ne souhaitent pas opérer de ségrégation entre Suisses et étrangers. Elles sont réticentes à proposer des activités spécifiquement destinées aux migrants (cours de français mis à part).

Allez hop les communes : Cette plate-forme est universellement accessible. Le site Internet qui l'héberge est toutefois rédigé en français. Son utilisation suppose la maîtrise de cette langue et de l'outil informatique. Les manifestations se déroulent à l'échelon local. Elles sont généralement signalées – en français exclusivement – au moyen des affiches et papillons mis à disposition par l'association « Allez

hop Romandie», sur les sites Internet et dans les journaux communaux, par des tous ménages ou encore par des affichettes diffusées à l'occasion de manifestations communales (Semaine de la mobilité par exemple). Aucune disposition particulière n'a été mise en œuvre pour tenir compte des communautés issues de la migration.

Projets des Ligues de la santé (à mon rythme, allez hop Romandie, walking day, ballades, etc.) : Les propositions d'animation sont en principe signalées par voie de presse.

Cours « alimentation » : Il s'agit d'un projet « tout public ».

Site Internet « ciao », rubrique « moi et mon poids » : Site destiné aux jeunes a priori suffisamment à l'aise avec la langue française (étrangers scolarisés dans les classes vaudoises).

Pas de retraite pour ma santé : Action orientée en direction des personnes retraitées. Les propositions d'animation sont en principe signalées par communiqué de presse, annonce dans le journal du Mouvement des Aînés, courrier aux communes concernées par la journée, aux pharmacies et aux médecins des communes concernées, information par les partenaires en relation avec les personnes âgées (Pro Senectute, Mouvement des Aînés, Ligues de la santé, Espaces de prévention, etc.). Les intervenants s'expriment en français. Aucune disposition particulière ne semble mise en œuvre pour tenir compte des communautés issues de la migration.

4.2 MESURES PRISES DANS LE CADRE DE LA PRÉVENTION DE LA DÉPENDANCE AU TABAC ET DES MALADIES LIÉES À SA CONSOMMATION

Dès la conception du programme, un axe Prévention auprès des groupes vulnérables est énoncé. Parmi les populations vulnérables ciblées se trouve entre autres le groupe des personnes migrantes. Cette approche, intégrant la notion de migration dès la conception des projets, est en cours de formalisation au CIPRET-Vaud.

Jusqu'à aujourd'hui, le CIPRET-Vaud a réalisé des actions ciblant la population générale. Il n'a jamais travaillé avec des médiateurs culturels dans le but d'adapter son offre. Par contre, dans le but de réduire les inégalités en termes de tabagisme et pour répondre au quatrième axe du Plan cantonal d'action 2008-2012 concernant la prévention auprès des groupes vulnérables, un projet est actuellement en phase de réflexion concernant spécifiquement les populations migrantes. Une personne a été embauchée à dessein pour travailler sur ce sujet. Il s'agira d'un projet ayant une approche communautaire et participative, ciblé sur une communauté à haute prévalence de consommation de tabac dans le canton de Vaud et non d'un projet destiné à la population générale. Ce projet s'inspire largement de celui de Salis Gross et al. concernant la communauté turque de Suisse.

Le site internet du CIPRET-Vaud étant exclusivement en français, une personne de langue non francophone n'a pas la possibilité d'obtenir aisément de l'information concernant les méfaits du tabac ou l'aide à l'arrêt par ce biais. Les vidéos/clips, à disposition au CIPRET-Vaud pour des cours ou de la formation, sont en français ou en anglais et sont peu diffusés actuellement. Les brochures utilisées par le CIPRET-Vaud sont créées par d'autres organismes d'ampleur nationale et disponibles sur différents sites internet :

- www.at-schweiz.ch : Association Suisse pour la prévention du tabagisme. Site Internet en français, allemand, italien et anglais.
- Stop-tabac.ch : Le site est a priori traduit en plusieurs langues mais les brochures sont majoritairement disponibles en français, certaines en allemand. Certaines informations sont aussi disponibles, mais partiellement, en espagnol, italien, anglais et portugais.

- Migesplus.ch : D'autres brochures sont disponibles pour les professionnels de la santé et du social en de nombreuses langues^k.

D'après les personnes interrogées, les caractéristiques culturelles des différentes communautés ne semblent pas avoir été prises en compte lors de la traduction des brochures.

Concernant la distribution des brochures, seules celles en français sont proposées actuellement sur les stands du CIPRET-Vaud lors de manifestations sportives, fêtes, jours de marché, etc. Des messages de prévention sont parfois distribués en français dans les écoles par courrier ou sous la forme de soirées-conférences destinées aux parents.

Illustrant la difficulté de prévoir exactement les besoins des publics visés, les responsables du programme évoquent une action de prévention de terrain où des flyers rédigés en turc ont été proposés à des personnes supposées plus à l'aise dans cette langue qu'en français. Les destinataires ayant souhaité recevoir du matériel d'information en français, les promoteurs en ont conclu qu'une concertation préalable avec la communauté turque leur aurait permis de construire un projet mieux abouti.

La ligne téléphonique Stop-Tabac propose une prise en charge en plusieurs langues (français, allemand, italien, espagnol, albanais, portugais, serbo-croate/bosniaque et turc), mais il est nécessaire de parler une des langues nationales pour pouvoir prendre rendez-vous et être ensuite rappelé par une personne parlant une des langues proposées. De plus cette ligne est payante (8ct./min).

Le projet Fumée passive est une mesure structurelle. De ce fait, les acteurs du programme de prévention ainsi que les experts interrogés estiment que les migrants sont pris en compte par définition dans la conception du projet. La composante "migrante" n'a pas été pensée spécifiquement. Il en va de même pour le travail du CIPRET-Vaud avec l'ODES concernant la prévention primaire dans les écoles.

Concernant le futur **projet Fumée passive au domicile**, le CIPRET-Vaud mise sur un renforcement des compétences des professionnels de la santé et de la petite enfance sur le canton de Vaud. Des outils tels que des flyers ou des brochures devraient parallèlement être développés avec les acteurs de la petite enfance. De nouveau, la prise en compte des besoins des populations migrantes n'a pas été évoquée. De même, seuls les professionnels ont été pensés comme personnes relais pour passer le message sur la fumée passive auprès des ménages. Rien n'est dit des médiateurs culturels ou de professionnels avec une sensibilité aux questions transculturelles.

Concernant le volet « **Aide à la désaccoutumance et consultations individuelles** » à la PMU, le personnel est a priori formé aux questions de transculturalité, mais pas spécifiquement en lien avec la problématique du tabac. Le conseil en individuel et des brochures, disponibles en français, sont les seuls outils employés. Il n'y a pas de prise en charge spécifique en fonction de la représentation du tabac dans telle ou telle communauté. Les consultations stop-tabac à la PMU sont données majoritairement en français et à l'aide de traducteurs si nécessaire. Certaines compagnies d'assurance n'ont pas accepté de prendre en charge la consultation de désaccoutumance au tabac. Dans ce cas, tout est à la charge du patient, consultation et traduction.

4.3 MESURES PRISES DANS LE CADRE DE LA PRÉVENTION DE LA DÉPENDANCE À L'ALCOOL ET DES MALADIES LIÉES À SA CONSOMMATION ABUSIVE

Une approche intégrant la notion de migration lors de la conception des projets est inexistante à ce jour. Le site Internet de la Fondation Vaudoise contre l'Alcoolisme (FVA), ainsi que toutes les actions

^k Albanais, allemand, espagnol, français, italien, portugais, serbe/croate/bosniaque, turc.

entreprises, sont uniquement en français. Il en va de même pour les deux documents disponibles sur le site concernant la prévention de la dépendance à l'alcool. Il faut aller sur le site de Migesplus pour avoir des documents dans d'autres langues.¹

La FVA se base sur les indicateurs de comportements des jeunes en milieu festif. Cette population cible est cependant analysée sous l'angle de l'âge ou de la formation, mais pas sous celui de l'origine, de la durée de séjour en Suisse, de la langue ou de la culture propre à une communauté.

Concernant le Service d'alcoologie du CHUV, aucune statistique par nationalité n'est disponible étant donné que celle-ci n'est pas relevée lors des consultations. Son site Internet, ainsi que celui d'AlcooQuizz, est uniquement en français. Le service d'alcoologie a parfois recours à des traducteurs d'Appartenances ou à des employés du CHUV (espagnol, portugais, anglais) pour des consultations en triage.

Les différents questionnaires utilisés dans le cadre d'un traitement sont tous en français. Leur traduction n'a pas été imaginée pour des raisons de coût et de temps. Même s'il a été révélé qu'une collaboration avec une association telle qu'Appartenances représente une thématique intéressante pour la prise en compte des différences culturelles, cela n'est pas dans les préoccupations actuelles du Service d'alcoologie.

Le projet de prévention en cours, ciblant les jeunes recrues de l'armée, ne concerne, par définition, que les hommes de nationalité suisse.

Les autres projets en cours de conception, tels que la mise sur pied d'un classeur d'accompagnement du patient où il peut remplir toute une série de questionnaires et se tester ou la création d'une application type Iphone pour suivre les patients en traitement de manière plus continue ne seront qu'en français.

Enfin, le thème de la multi culturalité n'est jamais abordé lors de la formation des médecins aux problèmes de dépendance à l'alcool.

4.4 MESURES PRISES DANS LE CADRE DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

4.4.1 Profa – Consultation en santé sexuelle

- **Consultations individuelles en santé sexuelle et reproductive :** Les consultations sont accessibles indépendamment de la nationalité des patients. Les patients de langue maternelle étrangère qui ne peuvent pas se rendre à la consultation avec une personne en mesure d'assurer la traduction peuvent bénéficier de l'intervention des interprètes communautaires de l'association Appartenances. Un quota d'heures a été inscrit au budget. Profa dispose de matériel imprimé, traduit en une douzaine de langues (rédigé par PLANeS). Les intervenants utilisent aussi les outils de traduction « en ligne » disponibles sur Internet. Profa s'efforce par ailleurs d'engager des intervenants issus de la migration. Des informations au sujet de ces consultations sont notamment accessibles dans les locaux de l'association Appartenances et Point d'Eau.
- **Migration et intimité :** Le projet a été d'emblée conçu pour répondre aux besoins de certaines communautés. Il constitue en partie la résultante d'expériences et de constats opérés au sein de Profa.

¹ Allemand, espagnol, français, italien, portugais, serbe/croate/bosniaque, tamoul, turc.

- **Ateliers** : Ils sont « calibrés » pour tenir compte des attentes et besoins des participants. Les ateliers se déroulent en présence d'intervenants en mesure d'assurer la traduction (généralement issus des instances qui sollicitent l'intervention de Profa). Les documents diffusés (s'il y a lieu) sont traduits en plusieurs langues. Il s'agit de matériel réalisé par des instances tierces (PLANeS par exemple)
- **Ligne téléphonique** : Réponse assurée en français, espagnol et portugais. L'existence de la ligne est rappelée par des affiches (en français, espagnol et portugais) diffusées auprès des instances partenaires, dans les newsletters semestrielles ainsi qu'à l'occasion des séminaires annuels organisés autour du thème de la migration.
- **Sous le baobab** : Le projet émane d'une personne issue elle-même de la migration. Il a été conçu en fonction des besoins et des habitudes de la population subsaharienne. Momentanément suspendue après quelques mois de fonctionnement seulement en raison de l'indisponibilité de sa promotrice/animatrice, l'opération vient de reprendre (juin 2011).

4.4.2 CHUV – Département de gynécologie et d'obstétrique (DGO) / Planning

En raison de sa vocation, le CHUV a d'emblée pris des mesures pour prendre en charge les patients issus de la migration. Des brochures rédigées en différentes langues sont à disposition des femmes prises en charge. Par ailleurs, une des unités du CHUV (PMU) est spécialisée dans le domaine des populations vulnérables et peut soutenir les actions des autres départements du centre hospitalier. En outre, une partie relativement importante du personnel hospitalier est issue de la migration et peut apporter ses compétences linguistiques. Enfin, en cas de nécessité, le planning peut faire appel aux interprètes communautaires d'Appartenances. Le coût de leurs interventions est supporté par le CHUV. Il n'est pas facturé aux patientes.

4.4.3 Profa – Conseil en périnatalité

L'existence des prestations en matière de périnatalité est en principe signalée aux futurs parents par les gynécologues consultés à l'occasion d'une grossesse. Le papillon d'information qui leur est remis à cette occasion n'est pas traduit. En revanche, les brochures d'information réalisées par PLANeS en différentes langues peuvent être remises aux personnes qui participent aux cours. En cas de nécessité, Profa fait appel à des interprètes communautaires d'Appartenances dont les interventions ne sont pas facturées aux patients. Un quota d'une centaine d'heures d'intervention est à disposition, à partager avec les consultations en santé sexuelle.

4.4.4 CHUV – Département de gynécologie et d'obstétrique (DGO) / Programme périnatalité

Cf. supra, section 4.4.2.

4.4.5 Programme Pan-Milar

D'emblée conçu pour prendre en charge des femmes issues de la migration, le programme a tiré parti de l'expérience accumulée par les personnes qui s'y sont engagées et des compétences de médiatrices culturelles. L'information diffusée à destination des utilisatrices potentielles est multilingue. Pour tenir compte des compétences limitées de certaines personnes en matière de compréhension de documents imprimés, elle table aussi sur la communication audiovisuelle (messages filmés diffusés à partir du site Internet du programme).

Le programme a été présenté aux gynécologues installés en pratique privée. Les dépliants décrivant le programme en onze langues ont été déposés dans leur salle d'attente. Profa et les sages-femmes indépendantes disposent également de ce matériel d'information.

Le Département de gynécologie et d'obstétrique du CHUV joindra tout prochainement une lettre de recommandation au dépliant de Pan-Milar déjà remis aux femmes enceintes recourant à ses services. Cette lettre – traduite en quatorze langues environ – rappellera l'existence du programme et en soulignera l'importance. Simultanément, les interprètes chargées de prendre contact avec les femmes ayant donné leur accord recevront une formation complémentaire pour les aider à présenter le programme et à argumenter afin de convaincre un nombre plus important de femmes à y participer.

Initialement circonscrit à Lausanne et Renens, le champ d'activité de Pan-Milar a été étendu au Nord vaudois (Yverdon-les-Bains) au printemps 2011.

4.5 MESURES PRISES DANS LE CADRE DU PROGRAMME DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN

Avant d'être étendu à l'ensemble du canton (1999), le programme de dépistage du cancer du sein a connu une phase pilote (1993-1999) circonscrite à trois régions. Durant cette période et à l'instar de ce qui avait été entrepris pour les femmes autochtones, quelques contacts ont eu lieu avec des représentantes des communautés italienne et portugaise afin de les sensibiliser au projet et de le leur expliquer. Par ailleurs, la brochure explicative rédigée en français envoyée avec une lettre d'invitation (en français aussi) comportait une liste de personnes de contact permettant aux femmes de langue étrangère d'obtenir, par téléphone, des informations complémentaires dans leur langue nationale.

Très coûteux en ressources, le travail de sensibilisation de terrain destiné aux femmes autochtones et étrangères a été abandonné lors de l'extension du programme à l'ensemble du territoire cantonal. En outre, conçues pour l'ensemble des cantons romands offrant des programmes de dépistage, les rééditions ultérieures de la brochure d'information n'ont plus intégré la liste des personnes de contact pouvant répondre aux femmes domiciliées sur le territoire vaudois.

De manière plus globale, le responsable du programme souligne que la première priorité a consisté à atteindre la totalité des femmes concernées, sans distinction de nationalité ou de plus ou moins grande fragilité sociale. Des réflexions étaient en cours au moment de l'enquête au sujet de la manière de sensibiliser et d'inviter les femmes non francophones. Elles pourraient déboucher sur des mesures modifiant la situation actuelle : renouvellement de l'affiche distribuée aux médecins, traduction de la brochure d'information dans d'autres langues^m, approche pluri-thématique de la prévention/promotion de la santé et sensibilisation des femmes étrangères à travers leurs communautés.

^m Actuellement disponibles en français, allemand, italien, anglais, albanais et serbe/croate/bosniaque, la brochure est téléchargeable sur www.depistage-sein.ch.

5 PARTICIPATION AUX PROGRAMMES

De manière générale, les projets de promotion de la santé ou de prévention offrant des prestations collectives ou ceux se déroulant dans des *settings* où les prestations sont destinées à l'ensemble des personnes présentes ne donnent lieu à aucun relevé statistique. L'accès des migrants est inconnu. La participation est impossible à estimer même grossièrement en ce qui concerne les prestations collectives. Elle peut donner lieu à une estimation approximative s'agissant des prestations offertes dans le contexte de *settings*.

Seulement quelques programmes comportant des prestations « en face à face » (consultations) ou impliquant une inscription préalable donnent lieu à des relevés statistiques permettant de documenter la participation des migrants. Ils sont circonscrits au domaine de la santé sexuelle et reproductive. Dans ces programmes – consultations DGO, consultations Profa, programme périnatalité (DGO et Profa) – les étrangers sont bien représentés. Des statistiques sont aussi disponibles pour les programmes destinés spécifiquement aux migrants (Pan-Milar, Migration et Intimité, Mon assiette, mes baskets).

Des informations détaillées rassemblées à propos de la participation des migrants dans les différents domaines et programmes retenus dans le cadre de la présente étude figurent dans « Annexes », chiffre 8.4.

6 QUELS OBSTACLES A LA PARTICIPATION DES MIGRANTS ET QUELS FACTEURS SUSCEPTIBLES DE L'AMELIORER ? : AVIS DES PERSONNES CONSULTEES

Divers interlocuteurs ont été invités à s'exprimer à propos de ce qui expliquait le taux de participation des migrants aux différents programmes déployés dans les cinq domaines de promotion de la santé et de prévention retenus dans le cadre de l'étude, de ce qui le limitait et de ce qui pourrait contribuer à l'améliorer :

- représentants des programmes
- experts reconnus dans une ou plusieurs des thématiques abordées
- représentants de communautés issues de la migration (quatre focus groupes rassemblant des interprètes de plusieurs communautés, des personnes d'origine latino-américaine, des personnes originaires de l'aire albanophone de l'ex-Yougoslavie et des personnes d'origine sri-lankaise).

Les propos de ces informateurs ont été enregistrés (audio) et retranscrits. Ils ont donné lieu à l'établissement de synthèses dont on pourra prendre connaissance en annexe :

- Annexe, section 8.5 : Explications fournies par les représentants des programmes, rassemblées programme par programme.
- Annexe, section 8.6 : Avis des experts, rassemblés en fonction de la nature des obstacles et facteurs facilitant.
- Annexe, section 8.7 : Avis des représentants de communautés issues de la migration, rassemblés programme par programme (sans distinction entre les communautés).

Le Tableau 5 et le Tableau 6 constituent une synthèse sommaire des opinions des différentes catégories d'interlocuteurs qui se sont exprimés dans le contexte de l'étude.

Tableau 5 Obstacles à la participation des migrants aux programmes de promotion de la santé et de prévention : avis des différentes catégories d'informateurs consultés

Obstacles à la participation des migrants	Opinions		
	Programmes	Experts	Communautés
Obstacles liés à la personne du migrant			
Maîtrise insuffisante de la langue locale			
Difficultés de compréhension et d'expression du français d'une partie de la population issue de la migration.	*	*	*
Etre demandeur d'asile ou migrant en situation irrégulière			
Population dépendante de FARMED qui privilégie la prise en charge des situations de maladie par rapport à la prévention.		*	
Situation les contraignant à se tenir à l'écart des structures de soins par crainte d'être		*	

Obstacles à la participation des migrants	Opinions		
	Programmes	Experts	Communautés
repérés et expulsés.			
Certaines populations migrantes ont d'autres priorités que la prévention			
Trouver un emploi, logement, papiers...	*	*	*
Difficultés à renoncer au tabac ou à l'alcool lorsque ces produits sont consommés pour faire face aux problèmes du quotidien.			*
Coût financier pour la personne			
Non remboursement des produits de substitution pour la désaccoutumance au tabac	*		
Cherté d'une alimentation équilibrée			*
Non remboursement de l'interprétariat par l'assurance maladie			*
Obstacles communautaires			
Représentations sociales de la santé et des maladies			
Les habitudes acquises avant l'immigration en Suisse ainsi que certains traits de nature culturelle ou confessionnelle peuvent constituer des obstacles en matière d'accès aux programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies.	*	*	*
Tiraillement entre la culture de la communauté d'origine et celle de la société d'accueil (particulièrement vrai pour les migrants de 2 ^{ème} génération)		*	*
Difficulté d'accès à certains groupes de migrants			
Repli de certaines communautés	*	*	*
Tabous au sein de la communauté		*	*
Obstacles liés au programme			
Migrants pas associés à la construction des projets (Projets conçus <u>pour</u> et non <u>par</u> les migrants)	*	*	
Campagnes de communication parfois perçues comme trop conceptuelles (Incompréhension linguistique et culturelle)	*		
Non-prise en compte des caractéristiques culturelles et des habitudes des populations migrantes lors de la conception et la mise en œuvre des programmes	*	*	
Questionnaires pour le bilan sur la dépendance alcool non traduits	*		
Autres priorités du programme par rapport à son cahier des charges actuel.	*		

Obstacles à la participation des migrants	Opinions		
	Programmes	Experts	Communautés
Manque de moyens pour les programmes en termes de ressources en personnel, financières et de temps à disposition.	*		
Brochures			
Insuffisamment traduites			*
Coût de production/traduction	*		*
Adaptation culturelle inexistante			*
Distribution des brochures sans explications	*		
Approche conceptuelle de l'intégration			
Crainte d'associer les étrangers à certains problèmes sanitaires et de les stigmatiser en les désignant à l'attention générale.		*	
Insuffisance des ressources allouées à des actions spécifiquement destinées aux migrants			*
Centralisation sur Lausanne des activités de Pan Milar	*		
Horaires inappropriés de certaines prestations du domaine de la promotion de la santé et de la prévention		*	
Obstacles liés à l'interprétariat			
Limites de l'interprétariat si l'interprète est une personne sans formation spécifique (enfants, mari...)		*	*
Coût de l'interprétariat		*	
Insuffisance du nombre d'interprètes	*		
Heures d'interprétariat restreintes	*		*
Impossibilité d'avoir toujours recours au même interprète connaissant bien le migrant et sa situation			*
Confiance limitée /respect de la confidentialité			*
Obstacles liés aux multiplicateurs			
Manque de collaboration et investissement insuffisant en matière de prévention de la part des gynécologues installés en pratique privée	*		*

	Opinions		
	Programmes	Experts	Communautés
Obstacles à la participation des migrants			
Effectif insuffisant du personnel de santé en mesure de s'exprimer dans la langue des migrants			*
Manque de sensibilité des professionnels de santé aux problèmes des migrants			*
Insuffisance des compétences transculturelles des intervenants en santé et des intervenants des programmes		*	*
Brochures non disponibles dans certains lieux de consultations (ex. : gynécologues)	*		
Obstacles administratifs			
Difficulté d'accès aux migrants en situation irrégulière ou hébergés dans des centres de requérants d'asile car pas enregistrés dans la base de données du Bureau vaudois d'adresses	*		
Protection des données (ex. : nationalité) : diffusion limitée d'informations adaptées aux besoins de communautés particulières.			*
Besoin d'un accord écrit pour contacter les femmes migrantes enceintes suivies au CHUV (Pan Milar)	*		
Visibilité de l'invitation au dépistage du cancer du sein (possible confusion avec du matériel publicitaire)			*

* Obstacle mentionné

Tableau 6 Facilitateurs à la participation des migrants aux programmes de promotion de la santé et de prévention : avis des différentes catégories d'informateurs consultés

Facilitateurs/améliorer l'accès de la population migrante	Opinions		
	Programmes	Experts	Communautés
Associer d'emblée les migrants et les médiateurs culturels à l'élaboration des programmes		*	*
Saisir la situation des migrants dans toute sa complexité			
La migration n'est pas une maladie, mais une sorte de crise à laquelle s'ajoutent d'autres crises – crise de l'adolescence, crise du chômage ou crise de la perte d'un statut –, chaque type de crise nécessitant une approche spécifique.	*	*	
Compétences transculturelles des soignants			
Ensemble d'attitudes, de connaissances et de savoir-faire permettant d'agir auprès de patients d'origines socioculturelles et linguistiques différentes.		*	
Former des relais au sein des communautés			
Trouver et former des agents de prévention au sein des communautés	*	*	
Faire de la prévention multi-cibles			
Aborder globalement le thème de la prévention, voire d'autres thèmes en relation avec la santé, et en débattre avec les communautés concernées.	*	*	
Mise en œuvre de mesures spécifiques pour la population migrante	*		*
Matériel adapté et accessible			
Intelligible, illustré et traduit		*	*
Disponible dans les lieux de passage des communautés		*	*
Communication proche des communautés			
Séances d'information collectives (hôpital, association, écoles...)			*
Cours de français dès l'arrivée en Suisse romande			*
Diffuser les informations sur la prévention par différents canaux (la seule diffusion d'informations écrites ne suffisant pas)			
Promouvoir la motivation de « proche en proche »			*
Recourir aux associations de migrants		*	
Saisir l'occasion des consultations médicales		*	*
Pièces de théâtre			*

	Opinions		
	Programmes	Experts	Communautés
Facilitateurs/améliorer l'accès de la population migrante			
Interprètes			
En nombre suffisant			*
Relations de confiance			*
Donner un caractère plus officiel à l'invitation pour le dépistage du cancer du sein			*

* Facilitateur mentionné

7 MESURES RECOMMANDÉES

Constats	Mesures suggérées
<p>Les données épidémiologiques relatives aux migrants vivant sur le territoire cantonal sont lacunaires. Les acteurs du domaine de la promotion de la santé et de la prévention connaissent mal les besoins de ce segment de la population vaudoise.</p> <p>Cette situation renvoie d'une certaine manière à la posture idéologique estimant inopportun de faire des migrants un cas spécial au nom de la volonté de ne pas les stigmatiser.</p> <p>Dans une mesure que l'étude ne permet pas d'établir, le manque d'informations concernant la situation sanitaire des différentes communautés de migrants et le refus d'en désigner certaines comme sources de problèmes se combinent avec d'autres facteurs (dont les orientations des politiques financières publiques) pour expliquer la rareté des projets de promotion de la santé et de prévention destinés à la population générale comportant des dispositions propres à garantir l'égalité d'accès aux prestations pour les migrants.</p>	<p>Dans un contexte où la plupart des acteurs de la promotion de la santé et de la prévention sont des institutions privées subventionnées, les organes de subventionnement (collectivités publiques ou instances parapubliques) devraient se positionner clairement par rapport à l'attitude à observer au sujet de la population migrante. Il s'agit d'un élément fondamental de toute politique d'intégration. Ils devraient définir si cette population appelle une approche spécifique, en particulier dans le domaine sanitaire.</p> <p>Dans l'hypothèse où ils jugent une approche spécifique opportune, les organes de subventionnement doivent s'interroger sur la manière de concrétiser leur choix. Ils doivent déterminer comment amener les acteurs du domaine de la promotion de la santé et de la prévention à prendre en compte le thème de l'égalité des chances d'accès des migrants. A cet égard, lier l'octroi de leurs subventions au respect de cette exigence pourrait constituer une solution.</p> <p>Dans le domaine de la santé (mais dans d'autres domaines également), connaître la situation des migrants constitue un préalable. Là où on enregistre des données administratives de routine, la nationalité et l'origine devraient aussi être relevées.</p> <p>Les institutions dont les subventions sont conditionnées à la prise de mesures tendant à garantir l'égalité d'accès des migrants aux prestations doivent se pourvoir d'un dispositif de relevé des données (quantitatives ou qualitatives) permettant de mesurer l'efficacité des dispositions mises en œuvre.</p> <p>En fonction des données relatives à la participation des migrants, acteurs de la promotion et organes de subventionnement devront examiner s'il convient ou non de mettre en place des actions spécifiquement destinées à ce segment de la population.</p>
<p>La population étrangère vivant sur le territoire cantonal est d'une grande diversité (origine nationale, langue, confession, niveau socioéconomique, etc.). Le « fait migratoire »</p>	<p>Les informateurs les mieux au courant des besoins et du fonctionnement des communautés issues de la migration sont les personnes qui en font elles-mêmes partie.</p>

Constats	Mesures suggérées
<p>constitue en outre une réalité complexe, conjugaison de tous les changements auxquels les étrangers doivent faire face en s'établissant dans un nouveau pays.</p> <p>Les acteurs du domaine de la promotion de la santé et de la prévention possèdent une connaissance et une sensibilité souvent limitées de la situation et des besoins de la population migrante. Ils disposent rarement des compétences transculturelles nécessaires pour concevoir des projets adaptés à ses particularismes.</p>	<p>Abandonnée voici quelques années pour des raisons financières, la création d'un réseau de médiateurs formé de personnes issues de la migration disposées à se former et à servir de relais entre leurs communautés et les instances de la société d'accueil mériterait d'être relancée. Elle permettrait de disposer de personnes connaissant bien les problèmes de leurs communautés, intéressées à leur sort et mobilisables lorsqu'il convient de développer des projets les concernant.</p> <p>Tout programme de promotion de la santé ou de prévention concernant la population générale soucieux de garantir l'égalité d'accès des migrants aux prestations devrait prendre l'avis de représentants des communautés étrangères dès le stade de conception du projet. Ceux-ci devraient en outre être associés au déroulement du projet de manière à pouvoir réorienter ce qui doit l'être. Cette participation implique notamment la présence d'une personne migrante au sein de la direction du projet.</p> <p>Un centre de ressources en matière de transculturalité devrait être à disposition pour informer les concepteurs de programmes et offrir une formation (initiale et continue) aux acteurs du domaine de la santé (y compris ceux agissant en matière de promotion de la santé et de la prévention).</p>
<p>La plupart des programmes de prévention disposent de sites Internet. Ceux-ci sont toutefois exclusivement rédigés en français. Faute d'une maîtrise suffisante de cette langue, certaines personnes allophones ne peuvent trouver les documents traduits auxquels ils donnent accès.</p> <p>Un certain nombre de programmes de prévention disposent de documentation traduite dans différentes langues. D'autres envisagent de traduire ceux qu'ils mettent à disposition de leur public allophone.</p> <p>Le contenu de la documentation mise à disposition de la population étrangère n'est pas nécessairement adapté aux compétences de ses destinataires (textes trop complexes, illustrations insuffisantes, etc.) et ne prend pas en compte les différences, les codes culturels (mots, photos, schémas inadaptés...).</p> <p>De l'avis général, les imprimés perdent une grande</p>	<p>On veillera à ce que la documentation soit compréhensible par le plus grand nombre possible de personnes.</p> <p>L'effort de traduction de la documentation doit se généraliser. Il doit également porter sur les sites Internet dont les pages d'accueil devraient comporter des accroches rédigées en langues étrangères facilitant la navigation des non-francophones.</p> <p>La traduction littérale de certaines brochures peut ne pas être suffisante. Les aspects culturels, les tabous, les représentations de la santé, devraient également être pris en compte selon les thématiques afin de présenter un message attrayant et accessible par la majorité.</p> <p>Dans la mesure du possible, les acteurs de la prévention qui distribuent de la documentation devraient s'efforcer de la commenter de manière à la rendre aussi intelligible que possible pour ceux</p>

Constats	Mesures suggérées
<p>partie de leur efficacité lorsqu'ils sont simplement distribués et ils ne sont réellement utiles que s'ils ont été commentés.</p>	<p>qui la reçoivent. Cette recommandation concerne tout particulièrement les médecins qui, en raison de la confiance que leur accordent leurs patients, représentent une source de conseils de toute première importance.</p>
<p>Une partie de la population issue de la migration ne maîtrise pas suffisamment le français pour tirer efficacement parti des informations diffusées sous forme de documents écrits ou par les médias électroniques. Une proportion relativement importante d'allophones a en outre impérativement besoin d'interprètes lors de ses interactions avec les acteurs du système de santé.</p> <p>Les interprètes culturels dûment certifiés ne sont pas suffisamment nombreux pour faire face à la demande (dont on rappellera qu'elle concerne bien d'autres domaines que le champ de la santé).</p> <p>Les interventions des interprètes culturels sont coûteuses bien que leur tarif ne soit pas remis en cause. Elles ne sont pas remboursées par les caisses maladie et sont à la charge des institutions qui y recourent ou à celle des personnes qui en ont besoin. Dans un cas comme dans l'autre, ces coûts peuvent représenter un obstacle à l'utilisation des interprètes et entraîner des problèmes de diverse nature (incompréhensions réciproques, erreurs de diagnostic, allongement des prises en charge, etc.)</p>	<p>La formation à l'interprétariat culturel doit être favorisée.</p> <p>Des démarches devraient être entreprises à l'échelon de la Confédération pour faire reconnaître l'interprétariat comme un élément des prestations de base remboursées par l'assurance maladie.</p> <p>Le budget des institutions sanitaires publiques ou subventionnées devrait comporter un poste suffisamment doté destiné à la couverture des frais d'interprétariat.</p>
<p>Des réflexions sont en cours à divers niveaux en vue de trouver les moyens de mieux garantir l'accès des migrants aux prestations de promotion de la santé et de prévention. La plupart concernent en premier lieu la traduction des documents mis à disposition (y compris certaines pages de sites Internet).</p> <p>Des démarches entreprises en ordre dispersé pourraient entraîner des dépenses importantes sans pour autant garantir que les besoins des migrants (particularismes, sensibilité, priorités) soient suffisamment pris en considération.</p> <p>Plusieurs acteurs font état d'amorces de réflexion ou de premiers contacts allant dans le sens d'une approche commune, entreprise en association avec des représentants de communautés issues de la migration.</p> <p>Prendre en compte les besoins des migrants, rechercher les moyens de garantir leur accès aux</p>	<p>Une approche concertée du thème de la promotion de la santé et de la prévention constituerait une manière efficace de s'enquérir des besoins et priorités des communautés issues de la migration, de sélectionner les actions à entreprendre et de réfléchir aux moyens à engager.</p> <p>Réaliser une telle approche nécessite des ressources qui ne sont habituellement pas accordées lorsqu'il s'agit du financement d'actions de prévention destinées à la population générale. Les délais de réalisation doivent être allongés, du personnel compétent en matière d'approche transculturelle doit être engagé et des ressources financières complémentaires allouées.</p>

Constats	Mesures suggérées
<p>prestations et mettre en place les mesures nécessaires représente un investissement important : allongement du temps nécessaire pour réaliser une « simple » action de type population générale, ressources humaines supplémentaires, moyens financiers additionnels.</p>	
<p>Plusieurs programmes sont déployés dans des <i>settings</i> où ils visent autant la population autochtone que celle issue de la migration : espaces d'accueil pour la petite enfance (crèches/garderies) et établissements scolaires. Ceux qui concernent l'alimentation et l'activité physique sont en rapport direct avec certaines dimensions de la vie familiale.</p> <p>Ces <i>settings</i> connaissent un renouvellement périodique de leurs effectifs.</p> <p>Une information aux parents a notamment été prévue à l'occasion du déploiement des programmes (« Fourchette verte tout petits », « Fourchette verte juniors », « Youp'la bouge », « Tutti frutti »).</p>	<p>L'information destinée aux parents doit être conçue de manière à ce que les valeurs fondant les programmes soient compréhensibles pour tous et, en particulier, pour les parents que leurs habitudes (notamment alimentaires) éloignent le plus du modèle prôné dans le cadre du <i>setting</i>.</p> <p>Cette information ne devrait pas être circonscrite au moment du déploiement du programme. Elle doit être reprise régulièrement de manière à ce que les parents des nouveaux arrivants en bénéficient également.</p>
<p>L'approche « population générale » de certains programmes peut nécessiter l'envoi de tout ménage.</p> <p>Le Bureau vaudois d'adresses est souvent chargé de ces envois. La base de données utilisée à cette occasion semble ne contenir aucune indication relative à la nationalité ou à la langue parlée par les destinataires.</p> <p>La base de données du Bureau vaudois d'adresses ne contient apparemment pas les personnes domiciliées dans des logements collectifs (institutions, centres EVAM, etc.).</p>	<p>Des démarches devraient être entreprises en vue de constituer une base de données exhaustive de la population vivant sur le territoire cantonal.</p> <p>Cette base de données devrait être constituée après consultation des instances chargées de procéder à des travaux scientifiques nécessitant des données populationnelles.</p> <p>Une institution officielle devrait être chargée de tenir à jour la base de données populationnelles utilisable à des fins strictement scientifiques.</p> <p>En l'absence d'un instrument permettant de procéder à des envois ciblés tenant compte de la nationalité ou de la langue parlée par les destinataires, les expéditeurs de tout ménage devraient veiller à intégrer à leurs envois un papillon d'information décrivant les objectifs de la démarche dans un choix de langues étrangères.</p>
<p>Bien que voulus par les autorités, la plupart des programmes sont confiés à des institutions privées qui utilisent leur identité visuelle (logo) lors de leurs envois au public.</p> <p>L'expérience montre qu'une partie du public traite ces envois comme du matériel publicitaires et les jette sans en prendre connaissance.</p>	<p>Les programmes « reconnus d'utilité publique » et soutenus à ce titre par les autorités cantonales devraient pouvoir être identifiés visuellement comme des démarches officielles.</p>

Constats	Mesures suggérées
<p>Plus de 10 000 migrants en situation irrégulière vivent sur le territoire cantonal.</p> <p>Dans le cadre du dépistage du cancer du sein, le fait que la base de données utilisée ne comporte aucune indication concernant cette population n'a pas permis d'envoyer une invitation aux femmes migrantes éligibles.</p>	<p>Il convient de demander aux unités sanitaires et sociales qui offrent des prestations à cette population (domaine du « bas seuil ») de se montrer particulièrement vigilantes et proactives.</p> <p>Dans la mesure où ces unités reçoivent des financements publics (subventions), ceux-ci pourraient être liés à l'accomplissement de cette tâche et au relevé de données (quantitatives ou qualitatives telles que type de migrant, origine, genre, âge).</p>

8 ANNEXES

8.1 PROGRAMME ALIMENTATION ET ACTIVITÉ PHYSIQUE (« ÇA MARCHE ! »)

Au moment de la récolte de l'information, le programme « Ça marche ! » incluait les éléments (projets) suivants, certains se décomposant à leur tour en sous-éléments :

Paprica (Physical Activity Promotion In Primary Care)

Objectifs : Sensibiliser les médecins de premier recours aux thèmes de l'activité physique favorable à la santé et du poids corporel sain et les amener à les intégrer dans leurs interventions auprès de leurs patients.

Public cible : Médecins de premier recours et, à travers eux, leurs patients.

Porteurs du projet : Policlinique médicale universitaire de Lausanne, Collège de médecine de premier recours, Office fédéral du sport, Ligue vaudoise contre les maladies cardiovasculaires.

Fourchette verte « tout petits »

Objectifs : Offrir une alimentation équilibrée dans les espaces d'accueil destinés aux enfants d'âge préscolaire et, à cette fin, sensibiliser la direction et le personnel des crèches et garderies puis « labelliser » les repas servis.

Public cible : Direction et personnel des crèches et garderies et, à travers eux, enfants pris en charge.

Porteur du projet : Programme « Ça marche ! ».

Fourchette verte junior

Objectif : Offrir une alimentation équilibrée dans les restaurants scolaires.

Public cible : Directions des établissements scolaires ainsi que responsables de la confection des repas servis dans les établissements scolaires et, à travers eux, les écoliers clients.

Porteur du projet : Programme « Ça marche ! ».

Fourchette verte (y compris projet D-li vert)

Objectif : Offrir une alimentation équilibrée dans les établissements publics (y compris établissements de restauration rapide).

Publics cibles : Tenanciers et, à travers eux les clients des établissements.

Porteur du projet : Programme « Ça marche ! ».

Tutti Frutti

Objectif : Offrir aux parents d'enfants de deux à six ans l'occasion d'échanger autour de la question de l'alimentation et de l'activité physique dans le cadre d'ateliers ; durant l'atelier, les enfants sont pris en charge par une rythmicienne.

Public cible : Parents d'enfants de deux à six ans et leurs enfants.

Porteur du projet : Programme « Ça marche ! ».

Mon assiette, mes baskets

Objectif : Offrir des occasions d'être actif physiquement et de réfléchir à son alimentation.

Public cible : Migrants (en premier lieu).

Porteur du projet : Programme « Ça marche ! ».

Messages aux parents

Objectif : Donner gratuitement aux parents des informations concernant chaque étape du développement de leur enfant (envoi mensuel d'un fascicule aux parents qui en ont formulé la demande).

Public cible : Parents qui en formulent la demande et, à travers eux, enfants de 0 à 12 mois.

Porteur du projet : Pro Juventute.

Youp'la bouge

Objectif : Promouvoir l'activité physique dans les crèches et garderies.

Public cible : Personnel d'encadrement et, à travers lui, enfants pris en charge.

Porteurs du projet : Programme « Ça marche ! ».

Environnement sain à l'école

Objectif : Favoriser une alimentation saine et promouvoir l'activité physique en milieu scolaire.

Public cible : Ecoliers

Porteur du projet : Office des écoles en santé.

Formation de multiplicateurs

Objectif : Former les personnes ayant des responsabilités auprès des enfants et de la jeunesse aux thématiques de l'alimentation équilibrée et de l'activité physique.

Public cible : étudiants se formant dans le domaine de l'enseignement, de l'éducation, des soins infirmiers, du travail social, de l'encadrement sportif ou de l'encadrement de la jeunesse.

Porteur du projet : Programme « Ça marche ! ».

Cours complémentaires d'activité physique et sportive pour élèves en difficulté

Objectif : (Ré-)initier les enfants sédentaires à l'activité physique.

Public cible : Enfants pâtissant des conséquences d'une activité physique insuffisante.

Porteur du projet : Office des écoles en santé.

Trouver un partenaire de sport

Objectif : Favoriser la pratique sportive en commun en mettant à disposition un outil informatique (plate-forme Internet) facilitant la rencontre.

Public cible : Adultes.

Porteur du projet : Programme « Ça marche ! ».

Ça marche aussi dans ma commune

Objectif : Diffuser des exemples d'actions (fiches techniques) généralement articulées autour de l'activité physique.

Publics cibles : Communes vaudoises et, à travers elles, les organisateurs de projets et la population.

Porteur du projet : Programme « Ça marche ! ».

Projets des Ligues de la santé (à mon rythme, allez hop Romandie, walking day, ballades, etc.)

Objectif : Offrir des occasions d'avoir une activité physique.

Publics cibles : Divers (essentiellement adultes).

Porteur du projet : Ligues de la santé + promoteurs locaux.

Site Internet « idées pour bouger en famille »

Objectif : Suggérer des possibilités d'avoir une activité physique.

Public cible : Familles-

Porteur du projet : Programme « Ça marche ! ».

Cours « alimentation »

Objectif : Sensibiliser à l'alimentation des nourrissons, petits enfants, enfants et adolescents.

Public cible : Parents (notamment migrants) et personnes avec charges éducatives.

Porteur du projet : Espaces Prévention.

Site Internet « ciao », rubrique « moi et mon poids »

Objectif : Animer une plate-forme interactive abordant notamment les thèmes « poids », « alimentation » et « activité physique ».

Public cible : Jeune public (adolescents).

Porteur du projet : Association Ciao.

Pas de retraite pour ma santé

Objectif : Sensibiliser à l'importance d'une activité physique adaptée combinée avec une alimentation équilibrée.

Public cible : Personnes de 65 ans et plus.

Porteur du projet : Programme « Ça marche ! ».

Allez hop

Objectif : Proposer des initiations à l'activité physique.

Public cible : Tout public

Porteur du projet : Allez hop Romandie.

8.2 PROGRAMME TABAC

Présentation des 4 axes principaux du programme pour la prévention du tabagisme :

Axe 1 : La promotion d'une vie sans tabac.

But : Eviter le début du tabagisme et soutenir la norme non fumeur.

- Aspects légaux
 - Interdiction de vente aux mineurs de moins de 18 ans
 - Interdiction de la publicité et du sponsoring
- Jeunes
 - Ecoles sans fumée, y compris extérieur et usage extrascolaire des locaux. Le CIPRET-Vaud est à disposition des élèves et des enseignants qui souhaitent conseils et documentation afin de développer une activité ponctuelle. Les établissements scolaires qui souhaitent développer un programme plus général pourront le faire par le biais du programme de l'ODES «Prévention des dépendances» dont le CIPRET-Vaud est partenaire.
 - ~ Prêt d'expositions sur le thème de la prévention du tabagisme.
 - ~ Dossiers sur le tabac sous différents angles d'approche: histoire, publicité, manipulation, fumée passive, écologie.
 - ~ Mesures du monoxyde de carbone expiré.
 - Formation à l'intention des enseignants et des personnes relais.
Activités sportives et de loisirs. Le CIPRET-Vaud propose son soutien aux clubs sportifs et associations de loisirs pour le développement d'activités sans fumée. Le CIPRET-Vaud sponsorise des manifestations sportives, culturelles ainsi que des soirées dans lesquelles des jeunes pairs, étudiants issus des écoles de soins infirmiers ou d'animateurs, animent des stands d'information et de prévention pour les jeunes. Les animateurs (18-25 ans) sont formés par le CIPRET-Vaud.
 - ~ Promotion d'une vie « sans tabac » auprès des jeunes dans le cadre d'activités de sport et de loisirs : Petit sponsoring annuel proposé aux clubs ou associations en échange du respect d'une convention signée entre les 2 parties.
 - ~ Diffusion de la Charte éthique « Cool and clean » et en particulier du concours « Un sport sans fumée ». Programme national regroupant tous les projets de prévention des addictions (tabac, dopage, violence...) dans le sport. Cibles : jeunes de 10 à 20 ans, moniteurs et Swiss Olympic Talents.
 - ~ Soutien aux clubs sportifs et associations de loisirs pour le développement d'activités sans fumée au travers d'un sponsoring. (Présence lors de grandes manifestations comme Balelec, fêtes de quartiers...)

- ~ Formation gratuite en soirée sur le thème « tabac et sport pour les entraîneurs et moniteurs. Les entraîneurs/bénévoles des associations sportives se sentent démunis par rapport à la problématique du tabac. D'où l'organisation de soirées/formations sur : généralités, performances sportives et tabac, comment aborder le thème du tabac et en parler avec les jeunes. La première année : 2 formations organisées. La 2^{ème} année : 3 formations organisées. 30 participants en moyenne à chaque fois.

Axe 2 : Protection contre la fumée passive

But : Lutter contre le tabagisme passif avec des mesures qui garantissent un air 100% sans fumée pour l'ensemble de la population.

- Aspects légaux
 - Loi cantonale de protection contre la fumée passive : veiller à la mise en place des mesures législatives
- Accompagnement des entreprises et des administrations devenues lieux sans fumée. Plusieurs dizaines d'entreprises ont déjà choisi le CIPRET pour les accompagner dans leur démarche d'entreprises «sans fumée»:
 - Conseils et suivi dans la démarche,
 - Information auprès des collaborateurs : conférences, tests du tabagisme actif ou passif, exposition et documentation spécifique,
 - Aide à l'arrêt : ateliers d'information sur le tabagisme, ateliers et conseils pour l'arrêt.
- Réponses aux demandes: ligne téléphonique.
- Groupes spécifiques et vulnérables
 - Protection des enfants contre la fumée passive : au stade exploratoire. Concernerait les 0-6 ans, fumée passive à domicile.
 - Employés de la restauration : formation aux personnes désirant obtenir la patente de cafetier/restaurateur.

Axe 3 : Aide à la désaccoutumance pour tous.

But : Fournir une aide diversifiée et accessible géographiquement et financièrement à l'ensemble des fumeuses et fumeurs.

- Augmentation de l'offre de soutien
 - 1er conseil par téléphone : Un spécialiste du CIPRET-Vaud répond aux questions et aiguille gratuitement la personne.
 - Consultations individuelles de désaccoutumance au tabac proposées par la Policlinique Médicale Universitaire de Lausanne (PMU).
 - ~ Consultation assurée par un médecin formé dans le domaine de la désaccoutumance au tabac.
 - ~ Conseils personnalisés, soutien et documentation sont disponibles.
 - ~ Informations sur les bénéfices de l'arrêt du tabac et les méthodes pour cesser de fumer.
 - ~ Pour les personnes qui décident d'arrêter de fumer, une aide avec un plan d'action, un suivi médical sur quelques consultations et des stratégies pratiques pour résister à l'envie de fumer sont proposées.
 - ~ Une substitution en *nicotine* (patch, chewing-gum, spray, inhalateur) ou du *bupropion* pendant quelques semaines pour faciliter le sevrage du tabac peuvent aussi être proposées si nécessaire.
 - Ligne nationale stop-tabac : Ligne téléphonique nationale en plusieurs langues (français, allemand, albanais, portugais, espagnol, serbo-croate et turc) mais l'accueil se fait tout d'abord dans une des langues nationales. Ligne ouverte aux heures de bureau.

- Cours du CIPRET-Vaud : « Notions de base sur le tabagisme et la désaccoutumance ». Formation destinée à tout professionnel en contact avec des enfants, adolescents, parents, personnes souhaitant arrêter de fumer, etc. ou à toute personne intéressée par la thématique.
 - notions de base (histoire, culture et fabrication ; les enjeux de santé publique, les produits toxiques, le rôle des cigarettiers).
 - désaccoutumance (stades d'arrêt, conseil minimal, substituts, gestion du stress, etc.), par un médecin tabacologue de la PMU.

Axe 4 : Prévention auprès des groupes vulnérables

But : Développer des mesures de prévention et d'aide spécialement adaptées et accessibles à des groupes de population en situation vulnérable vis-à-vis du tabagisme et/ou de l'exposition à la fumée passive.

Les populations vulnérables ciblées sont les personnes sans emploi, les parents et futurs parents fumeurs, les personnes exposées à la fumée passive dans le cadre de leur travail et enfin, des groupes particuliers tels que les migrants.

Sur le plan de la communication, le CIPRET-Vaud relaye les campagnes nationales de sensibilisation du grand public. Nous pouvons citer la nouvelle campagne qui met l'accent sur les avantages dont bénéficie l'individu à ne pas fumer. Le paquet de cigarettes SmokeFree, vide, constitue le symbole central de cette campagne, avec pour message « prenez un paquet de liberté ». Le CIPRET-Vaud joue évidemment un rôle d'information lors de la Journée mondiale sans tabac du 31 mai. Il offre également une formation de base et continue. Trois fois par an, étudiants, enseignants, infirmiers, désirant être actifs dans la prévention du tabagisme, viennent se former (entre 10 et 20 personnes).

Le CIPRET-Vaud était un des six organismes porteurs du projet pilote « Prévention du tabagisme au niveau communal » mené par Radix. Il s'est terminé en juin 2010. Sur le canton de Vaud, les communes de Gland, Morges et Rolle ont participé. Un rapport, présentant les structures, les processus et les premiers résultats du projet est disponible sur le site de Radix.

Un autre travail du CIPRET-Vaud avec les communes est la prise en compte de leur préoccupation environnementale concernant le problème du « mégot par terre ». En réponse à l'industrie du tabac, le CIPRET-Vaud a créé des Eco-box avec apposition de leur logo.

Les futurs thèmes de travail seront les problèmes de voisinage liés au tabac, les lieux publics ouverts et le tabac sans fumée.

8.3 PROGRAMME ALCOOL

Actions cantonales vaudoises de prévention de la consommation à risque d'alcool (2^{ème} axe du plan PAct-Alcool 2007-2012).

Protection de la jeunesse et prévention des risques

- Formation des cafetiers restaurateurs.
- Formation et sensibilisation des vendeurs.
- Sensibilisation et / ou coaching des collectivités locales pour la mise en place de mesures de protection de la jeunesse.
- Réponses aux questions du public (législation, répression, prévention).

ⁿ www.radix.ch (Prévention du tabagisme, Projet pilote).

Programme dans les communes

- Implantation, au sein des communes vaudoises, d'une politique locale de prévention des risques d'alcool « ça débouche sur quoi » (programme national).
- Formation des professionnels dans les milieux médico-sociaux à l'approche des problèmes d'alcool.

Sensibilisation du public

- Participation aux actions du centre de documentation des Ligues de la santé et de l'OMSV (organisation et actualisation de la documentation).
- Actions lors de la journée nationale alcool.
- Participation au programme Fourchette Verte.
- Conception et création d'outils de communication.
- Conférences et interventions publiques.

Prévention dans les écoles, les gymnases et les lieux d'apprentissage

- Sensibilisation à la gestion des risques contextuels de la consommation d'alcool.
- Soutien à l'implantation d'une politique d'établissement en matière d'alcool (corps enseignant). Projet piloté par l'ODES.
- Formation et coaching des enseignants, équipes santé, direction.
- Soutien aux travaux d'étudiants sur le thème de l'alcool.

Prévention et sécurité routière

- Participation à l'organisation faitière nationale « Alcool et sécurité routière ».
- Programme « t'assures... t'es sûr ? »
- Programme « simulateur de conduite en état d'ébriété ».
- Programme « Be my angel tonight » (le conducteur désigné).
- Développement d'outils de simulation (alcoolémie).
- Coordination romande des programmes « Alcool et sécurité routière ».

Lors des manifestations festives

- Programme « Prevenfete ». Outils de prévention des abus d'alcools ou autres produits et des accidents dans le cadre de manifestations festives (gratuit).

Dans l'entreprise

- Soutien à l'implantation d'une politique d'entreprise en matière d'alcool.

Inventaire et coordination des acteurs du réseau

- Inventaire des actions cantonales et régionales. Coordination des acteurs cantonaux concernés par la prévention de la consommation à risque d'alcool.

Le traitement (3^{ème} axe du plan PAct-Alcool 2007-2012).

EVITA : dispositif d'indication et de suivi

Les demandes d'indication vers le secteur résidentiel pour les questions d'alcool sont, depuis 2007, confiées à EVITA (Evaluation, Indication, Traitement et Accompagnement) : dispositif vaudois d'indication et de suivi alcoologique.

D'approche médico-sociale motivationnelle et centrée sur le patient, il vise à offrir une égalité de traitement et une approche par paliers aux personnes souffrant d'une problématique d'alcool.

Les binômes EVITA, formées d'un médecin (Service d'alcoologie du Chuv) et d'un intervenant social spécialisé en alcoologie (FVA), travaillent en étroite collaboration avec les institutions spécialisées en dépendances, les hôpitaux, les médecins de premier recours et l'ensemble du réseau socio-médical. Un projet thérapeutique est mis en œuvre sur la base d'un bilan médico-psycho-social établi avec l'utilisateur et à l'aide des éléments fournis par le réseau de soins.

Les actions concernant le traitement

Elles sont initiées spécifiquement selon le type de consommation :

Pour la consommation à risque :

- promotion de la pratique du dépistage précoce et de l'intervention brève
- promotion de la formation au dépistage et à l'intervention brève
- introduction d'un module de formation au dépistage et à l'intervention brève en Faculté de médecine
- encouragement à la recherche dans ce domaine en collaboration avec les autres cantons et la Confédération.

Pour la dépendance à l'alcool :

- développement de l'accès aux soins spécialisés
- élaboration d'une procédure privilégiant l'utilisation d'instruments validés et reproductibles permettant d'établir un projet de soins
- ajustement du niveau de soins en fonction de la sévérité et de la motivation de l'utilisateur ;
- gestion de l'interface entre ambulatoire et résidentiel
- encouragement à une continuité dans la prise en charge au sein du réseau
- soutien des approches thérapeutiques bénéficiant du meilleur niveau de preuve d'efficacité
- mise à disposition du réseau d'outils d'évaluation.

Activités du Service d'alcoologie du CHUV :

- Consultations individuelles et en groupe
- Projet /étude de prévention sur les jeunes recrues à l'armée
- Projet de prise en charge des travailleurs du CHUV qui présenteraient des problèmes d'alcool. (Projet en collaboration avec la médecine du personnel)
- Site internet du Service d'alcoologie : contient des informations générales sur l'alcool et informe sur les possibilités de prise en charge. Possibilité de faire un test pour évaluer sa consommation d'alcool
- AlcooQuizz : site de prévention et d'information sur les risques liés à l'alcool. Cible les 18-35 ans
- Formation auprès des étudiants en médecine et des médecins sur la manière d'aborder les problèmes de comportement de leurs patients vis à vis de l'alcool et comment les prendre en charge.

8.4 PARTICIPATION DES MIGRANTS AUX PROGRAMMES

8.4.1 Participation aux programmes de promotion de l'activité physique et d'une alimentation saine et équilibrée

A quelques exceptions près, les projets rassemblés sous le chapeau « Ça marche ! » ne donnent lieu à aucun relevé statistique concernant les participants et leur nationalité. Un tel relevé n'aurait sans doute guère de sens s'agissant de démarches s'inscrivant dans des *settings* où toutes les prestations sont offertes à l'ensemble des personnes présentes (centres de vie infantine, établissements scolaires, etc.). Il est actuellement pratiquement impossible d'établir si les actions de promotion de la santé et de prévention organisées sous le label « Ça marche ! » ont su attirer la population migrante et dans quelle proportion. On présente ci-dessous les chiffres disponibles sans répéter l'intégralité de la liste des projets.

- « Tutti Frutti »

Selon un rapport établi en juin 2010, 21 familles ont participé à l'un des quatre ateliers organisés (6 à Nyon, 6 à Lausanne, 6 à Payerne, 3 à Vevey). Quinze ont répondu au questionnaire au nombre desquelles une personne originaire de France, une des Pays-Bas et une d'Algérie.

Des informations obtenues début 2011 indiquent la participation d'une famille migrante lors des deux dernières séries d'ateliers organisées à Lausanne (mais abandon en cours de route), d'une à Nyon (deux sont inscrites pour les prochaines séries d'ateliers) et d'aucune à Payerne.

- « Mon assiette, mes baskets »

Le poids des migrants : 4 conférences, 13 ballades rassemblant 8 à 15 personnes, 7 séances de nordic walking suivies par 10 personnes, 3 ballades familiales (week-end), une grillade santé (120 personnes). Globalement, 50 personnes (37 femmes et 13 hommes de 12 à 66 ans). Le projet a été abandonné en tant que tel. Il se poursuit d'une certaine manière dans le cadre de « Mon assiette, mes baskets ».

Mon assiette, mes baskets : Le projet a été lancé officiellement en novembre 2010, mais des activités avaient déjà eu lieu auparavant. Le responsable estime que cinq à dix personnes participent plus ou moins régulièrement aux sorties (nordic walking), mais que cette participation a momentanément diminué en raison des mauvaises conditions atmosphériques. Certains participants sont autochtones.

- « Allez hop les communes »

En 2009, 9 communes ont participé à l'opération, organisant 16 initiations rassemblant au total 173 participants. En 2010, 20 communes ont participé, pour 30 initiations rassemblant 229 personnes. Aucune donnée concernant la participation de personnes issues de la migration n'est disponible.

8.4.2 Participation à la prévention de la dépendance au tabac et des maladies liées à sa consommation

De manière générale, aucune statistique n'a été mise en place au CIPRET-Vaud pour effectuer le suivi des projets et évaluer la participation aux différentes actions entreprises. Il n'est donc pas possible de chiffrer la participation des migrants.

Partant du principe que le projet *lieux publics sans fumée* est une mesure structurelle, aucune évaluation du nombre de personnes concernées atteintes par cette mesure n'a été effectuée. Les personnes interrogées soulignent toutefois que les migrants, travaillant en grand nombre dans la restauration, profitent pleinement de cette mesure par rapport à la fumée passive.

L'axe *promotion d'une vie sans tabac* concerne particulièrement les enfants, les jeunes dans les écoles donc aussi les enfants migrants scolarisés. Toutefois, peu d'établissements ont actuellement mis en place ce

projet. Aucun critère d'évaluation n'a été établi à ce jour pour déterminer l'accessibilité pour certaines populations.

Concernant l'aide à l'arrêt au CIPRET-Vaud, très peu de personnes sont touchées qu'elles soient de nationalité suisse ou étrangère.

Les jeunes animateurs des stands de prévention du CIPRET-Vaud doivent depuis huit mois remplir une feuille pour décrire comment s'est passée leur action, mais la nationalité des personnes approchées n'est pas demandée.

Concernant l'accès au programme de désaccoutumance au tabac de la PMU, il semble que peu de personnes migrantes y aient accès, le présumé étant de parler français.

8.4.3 Participation à la prévention de la dépendance à l'alcool et des maladies liées à sa consommation abusive

Que ce soit pour la FVA ou le Service d'alcoologie du Chuv, aucune statistique n'est tenue à ce jour concernant la nationalité des participants. Les entretiens n'ont pas permis de mettre en évidence, même de manière subjective, quelle est l'accessibilité des populations migrantes à ce programme.

8.4.4 Participation à la promotion de la santé sexuelle et reproductive

8.4.4.1 Profa – Consultation en santé sexuelle

- Consultations individuelles en santé sexuelle :

En 2009, 6464 personnes avaient consulté les conseillères en santé sexuelle et reproductive et/ou les médecins d'un des huit centres Profa. Parmi elles, 34.4% étaient d'origine étrangère : 13.6% étaient originaires d'Europe méridionale (dans cette catégorie les statistiques de Profa comprennent aussi les pays d'ex-Yougoslavie), 7.7% d'Amérique latine, 4.5% d'Afrique subsaharienne, 0.9% d'Europe de l'Est, 0.6% d'Afrique du Nord et 7.0% d'autres origines. Les hommes sont très peu nombreux parmi les personnes ayant consulté (4.7% du total ; 3.6% Suisses et 1.1% des étrangers). Si on ne s'occupe que de la population féminine ayant consulté un des centres Profa, la proportion des femmes étrangères par rapport au total des femmes s'élève à 34.9%. Cette proportion atteint 52.7% au centre Profa de Renens, 37.9% à celui d'Aigle, 31.6% à celui de Lausanne, 29.8% à celui de Vevey, 29.5% à celui de Nyon et 18.5% à celui d'Yverdon.

- Migration et intimité :

- *Ateliers* :

Tableau 7 Ateliers « Migration et intimité », statistiques 2009

Nombre ateliers	15
Nombre total participants (femmes/hommes)	194 personnes (121 femmes et 73 hommes)
Origine des participants	République démocratique du Congo, Bénin, Somalie, Cameroun, Côte d'Ivoire, Erythrée, Ouganda, Guinée, Kenya, Algérie, Tibet, Kurdistan, Sri-Lanka, Vietnam, Bangladesh, Thaïlande, Philippines, Iran, Syrie, Macédoine, Kosovo, Turquie, Serbie, Russie, Roumanie, Brésil, Colombie.

- *Ligne téléphonique* : Aucune information disponible.
- *Sous le baobab* : Programme suspendu. Aucune information sur les toute premières séances.

8.4.4.2 CHUV – Département de gynécologie et d’obstétrique (DGO) / Planning

Des 1120 femmes ayant consulté le planning en 2010, 62.5% étaient d’origine étrangère : 19.5% étaient originaires d’Afrique subsaharienne, 12.1% d’Europe méridionale, 9.1% d’Amérique latine, 7.0% des Balkans, 5.4% d’Afrique du Nord, 4.3% d’Asie, 2.4% d’Europe de l’Est, 1.8% d’Europe d’Ouest ou du Nord et 0.9% d’Amérique du Nord.

Parmi les personnes d’origine étrangère ayant consulté le centre de planning de Renens, 131 (19.8%) étaient sans statut de résidence. Au planning de Lausanne, 171 (15.7%) étaient dans cette situation.

8.4.4.3 Profa – Conseil en périnatalité

Bien que la nationalité des participants soit relevée, elle n’est pas saisie dans la base de données où seule la distinction « suisse / étranger » apparaît. Cette manière de procéder ne permet pas de déterminer s’il existe des différences en matière d’accès entre les communautés.

Parmi les femmes étrangères ayant donné naissance en 2009 sur le canton de Vaud (N=2861, données SCRIS 2009), 36% (N=1029) ont consulté un des services de périnatalité de Profa vs. 25% des Suissesses (N=1293 pour 5171 femmes suisses à avoir donné naissance en 2009).

8.4.4.4 CHUV – Département de gynécologie et d’obstétrique (DGO) / Programme périnatalité

En 2010, 520 femmes ont été suivies par des sages femmes conseillères. Parmi elles, 55.7% étaient des femmes étrangères : 14.2% d’Europe du Nord/Ouest, 11.0% d’Europe méridionale, 8.7% d’Afrique subsaharienne, 5.7% des Balkans, 5.6% d’Amérique latine, 3.7% d’Asie, 2.9% d’Afrique du Nord, 2.5% d’Europe de l’Est et 1.5% d’Amérique du Nord.

8.4.4.5 Programme Pan-Milar

Tableau 8 Participation au programme

	2009	2010
Nb de participantes	93	88
Pays d’origine	Des 38 pays, les plus représentés sont le Kosovo (10), le Portugal (9), l’Erythrée (7), le Brésil (5), le Japon (5), la Somalie (4), le Sri-Lanka (4), l’Ethiopie (3), la Turquie (3), le Pérou (3), le Vietnam (3). Les autres pays sont représentés par maximum 2 personnes.	Des 37 pays, les plus représentés sont le Kosovo (8), le Portugal (8), l’Erythrée (7), le Japon (6), le Brésil (5), le Sri-Lanka (3), le Cameroun (3), la Syrie (3), le Cap Vert (3). Les autres pays sont représentés par maximum 2 personnes.
En Suisse depuis	La moitié environ depuis moins d’une année et 40% depuis un à cinq ans.	28% depuis moins d’une année et 45% depuis un à cinq ans.
Statut de résidence	Permis B (62.5%), permis N (21.5%) et sans statut légal (9.5%) constituent la quasi-totalité.	Permis B (62.5%), permis N (15.9%), permis C (7.9%) et sans statut légal (7.9%) constituent la quasi-totalité.
Nb langues différentes	28	24

	2009	2010
Biais par lequel les participantes ont eu connaissance du cours	Pour la moitié des participantes, par le programme lui-même qui a contacté les femmes enceintes (47), par les interprètes (11), par les sages-femmes conseil (7), par les médecins en ville (6), par les sages-femmes indépendantes (4), etc.	Pour un tiers des participantes, par le programme lui-même qui a contacté les femmes enceintes (27), par les interprètes (16), par le CHUV (10), par les sages-femmes (8), par les gynécologues (8), etc.

8.4.5 Participation au programme de dépistage du cancer du sein

Lors de la phase pilote (1993-1999), le taux de participation des femmes étrangères était nettement moins élevé que celui des Suissesses, tant à la première qu'à la deuxième mammographie (deux ans après s'être soumises à un premier examen de dépistage).

Les modifications apportées au dispositif d'adressage – confié au Bureau vaudois d'adresses – lors de l'extension du programme à l'ensemble du canton n'ont pas permis d'inviter les femmes éligibles domiciliées dans des collectivités (institutions, centres pour requérants d'asile)¹⁴⁻¹⁶. Combinée avec la non-invitation des migrantes en situation irrégulière (faute d'adresse connue), cette lacune a réduit la capacité du programme d'atteindre l'ensemble des migrantes éligibles vivant sur le territoire cantonal. Toutefois, un accord établi avec « Point d'eau » permet néanmoins à un certain nombre de migrantes en situation irrégulière d'accéder au programme.

En tout état de cause, l'absence d'enregistrement de la nationalité dans la base de données de la Fondation pour le dépistage du cancer du sein rend impossible toute comparaison – même approximative compte tenu des pertes en matière d'invitation – entre les taux de participation des Suissesses et celui des femmes d'origine étrangère.

8.5 EXPLICATIONS CONCERNANT LE TAUX DE PARTICIPATION DES MIGRANTS DANS LES DIFFÉRENTS PROGRAMMES (AVIS DES ORGANISATEURS)

8.5.1 Promotion de l'activité physique et d'une alimentation saine et équilibrée

Les premières priorités du programme « Ça marche ! » consistaient à coordonner et mettre en synergie ce qui préexistait à l'échelon cantonal en matière de promotion d'une alimentation saine et de l'activité physique puis à combler les lacunes de manière à obtenir une meilleure distribution territoriale des prestations. La réalisation de ces objectifs a passablement mobilisé les responsables du projet et ne leur a pas permis de mettre l'accent sur d'autres priorités, en particulier celle visant l'accessibilité des prestations de promotion de la santé pour les populations vulnérables, dont celles issues de la migration.

Dans les situations où il est possible de le constater, la responsable de « Ça marche ! » observe que les prestations offertes dans le cadre du programme attirent avant tout les personnes déjà sensibilisées aux thèmes de l'alimentation et de l'activité physique. Tel n'est pas nécessairement le cas des migrants qui peuvent posséder d'autres représentations de la santé et de la maladie.

Outre certains particularismes de nature culturelle, une part de la population issue de la migration connaît des difficultés d'ordre économique qui la rapproche d'autres segments vulnérables de la population et qui rendent compte du fait qu'elle peut avoir d'autres priorités que la promotion de la santé et la prévention des maladies. Enfin, la responsable du programme estime que certaines communautés de migrants sont difficiles à atteindre par les méthodes habituellement utilisées pour communiquer avec la population.

Ces différents obstacles appelleraient la mise en œuvre de mesures particulières pour améliorer l'égalité des chances d'accès de la population migrante. De l'avis de la responsable de « Ça marche ! », ces mesures impliqueraient un travail de fond auprès des communautés et nécessiteraient d'importants investissements en termes de temps à y consacrer, de ressources en personnel et de moyens financiers. Ces exigences sont peu compatibles avec le calendrier fixé aux promoteurs et avec les ressources qui leur sont allouées (effectif, moyens financiers) qui les incitent la plupart du temps à se concentrer sur des actions de type « population générale ».

8.5.2 Prévention de la dépendance au tabac et des maladies liées à sa consommation

Même si aucune statistique sur la participation aux actions du CIPRET-Vaud n'existe, certaines hypothèses ont pu tout de même être avancées sur la – faible – participation des migrants.

Tout d'abord, se pose le problème de l'incompréhension linguistique et culturelle des campagnes de communication. Celles-ci peuvent parfois apparaître comme extrêmement conceptuelles (Ex. : Campagne nationale SmokeFree : « Prenez un paquet de liberté »).

Ensuite, certaines populations migrantes ont d'autres priorités, les préoccupations par rapport au tabac viennent plus tard sur l'échelle de leurs besoins.

Concernant la non-participation des migrants au programme de désaccoutumance au tabac, celle-ci ne serait pas due à un budget limité pour faire appel aux traducteurs. Par contre, il a été avancé que la barrière de la langue est manifeste pour les consultations de désaccoutumance au CHUV qui se déroulent en français et sont basées sur l'entretien motivationnel.

Malgré le fait que les consultations à la PMU soient remboursées par l'assurance-maladie de base, les produits de substitution contenant de la nicotine ou le bupropion ne sont pas remboursés et sont donc à la charge du patient. Le coût de la désaccoutumance au tabac pourrait donc être un frein à la participation. De même, l'offre en termes d'aide à la désaccoutumance n'est peut être pas adaptée, les fumeurs des classes défavorisées ayant ce qu'on appelle un 'taux de préférence pour le présent' très marqué par rapport aux moyen et long termes. Ainsi, ceux qui ont ce taux de préférence pour le présent privilégient les 8 fr. journaliers pour le paquet de cigarettes aux 50 fr. hebdomadaires de substituts.

Enfin, une des explications évoquées concernant le faible taux de participation réside dans un possible manque d'intérêt de certaines communautés vis-à-vis du programme par méconnaissance de ce qu'est la prévention. De ce fait, le message ne les atteint pas.

8.5.3 Prévention de la dépendance à l'alcool et des maladies liées à sa consommation abusive

Etant donné que la composante migrante dans le programme de dépendance à l'alcool n'est actuellement pas une priorité, peu d'information est disponible sur la participation des populations migrantes et de fait, sur les raisons de leur non participation. Les experts et responsable de programme ont tout de même émis des hypothèses quant aux raisons et aux freins à la non-prise en compte de la composante migration.

Un frein majeur est le manque de moyens en termes de ressources financières et de temps à disposition. Par exemple, la traduction des questionnaires utilisés par le Service d'alcoologie du Chuv pour évaluer la dépendance des patients ne serait pas suffisante pour qu'ils soient utilisés en pratique. Il est en effet aussi nécessaire de tester la validité scientifique d'un questionnaire une fois traduit et cela représente un énorme travail en termes de coût et de temps.

Il a été avancé que le fait qu'aucun des collaborateurs associés au programme ne soit issu de la migration pouvait expliquer que cette composante ait été mise de côté, voire ignorée.

La priorité des acteurs de prévention est de répondre aux injonctions des politiques et actuellement, les jeunes, et non les migrants, sont la population cible de la problématique alcool. Les chiffres disponibles actuellement en Suisse sur la consommation d'alcool sont plutôt liés à l'âge des premières consommations, aux conséquences...et pas aux origines sociales, culturelles ou migratoires des jeunes concernés. De ce fait, aucune donnée n'est à disposition pour « penser migrants » lors de la conception et de la mise en œuvre du programme.

Enfin, les efforts à déployer semblent disproportionnés pour les acteurs en comparaison du nombre de personnes migrantes concernées. La question de la migration est vue comme une problématique supplémentaire à la masse de travail existante.

8.5.4 Promotion de la santé sexuelle et reproductive

- Périnatalité Profa

Il appartient aux gynécologues de signaler l'existence des prestations offertes par Profa dans le domaine de la périnatalité. Les variations observées de taux de participation entre les différentes régions du canton traduisent l'attention variable que ces spécialistes prêtent au problème. L'absence de traduction de la feuille d'information présentant le programme disponible au cabinet des gynécologues peut aussi constituer un obstacle pour les femmes allophones. De l'avis des informateurs, les papillons d'information perdent toutefois une bonne part de leur efficacité lorsqu'ils sont distribués sans être commentés.

- DGO

Confronté à un nombre élevé de situations complexes nécessitant un important investissement en heures de travail, le programme ne dispose pas d'un effectif suffisant et ne peut dès lors pas rencontrer toutes les femmes dont la grossesse est suivie au DGO.

- Pan-Milar

Une part importante de la non-participation des migrantes à un programme qui leur est pourtant spécifiquement dédié est attribuée à une compréhension différente de la promotion de la santé. Pour une partie de ces femmes, l'horizon ne dépasserait guère la solution des problèmes immédiats et il leur serait malaisé de se projeter dans le futur, d'où l'importance qu'il y aurait à réfléchir à la manière d'aborder cette « non-demande » et d'y faire face. Cette préoccupation paraît d'autant plus nécessaire que l'expérience suggère qu'un besoin d'accompagnement subsiste assez longtemps (même chez les femmes de la deuxième génération de migrantes^o).

Pan-Milar regrette qu'une grande partie des femmes susceptibles de recourir à ses services y renoncent. Cette situation est en partie attribuée au manque de collaboration des gynécologues installés en pratique privée et à leur investissement insuffisant en matière de prévention. Elle tient aussi au fait que l'association n'est pas autorisée à prendre l'initiative d'entrer en contact avec les femmes enceintes suivies par le CHUV tant que celles-ci n'ont pas donné leur accord par écrit.

^o Pan-Milar constate que leurs mères ne peuvent pas nécessairement informer/rassurer leurs filles sur la manière dont un accouchement se déroule en Suisse.

Pour réduire autant que possible l'impact de cet obstacle, le Département de gynécologie et d'obstétrique a décidé d'accompagner le dépliant de présentation de Pan-Milar – remis aux femmes enceintes – par une lettre de recommandation signée par le responsable du département expliquant combien le suivi offert est utile et de qualité.

Enfin, Pan-Milar estime qu'un certain nombre de femmes renoncent à ses prestations pour des raisons tenant tant à une mauvaise compréhension du projet qu'à leurs représentations en matière de santé, à la centralisation (Lausanne actuellement^p) ou à d'autres facteurs de nature individuelle ou socioculturelle. Face à ce problème, Pan-Milar perçoit la nécessité de renforcer les compétences des interprètes qui entrent en contact avec les femmes potentiellement concernées et de mieux les préparer à présenter le programme et ses avantages ainsi qu'à argumenter en vue d'entraîner leur adhésion et leur participation.

La prestation « interprétariat culturel » est considérée comme fondamentale. En raison de son organisation, Pan-Milar est en mesure de faire face aux besoins des femmes qui recourent à ses services. Tel n'est cependant pas le cas de l'ensemble de la chaîne de prise en charge au sein de laquelle cette prestation apparaît nettement insuffisante et cause d'un affaiblissement de l'efficacité du dispositif.

8.5.5 Programme organisé de dépistage du cancer du sein

Plusieurs explications sont avancées. La première a trait à des obstacles de nature culturelle renvoyant à la difficulté (gêne) qu'éprouvent certaines femmes à l'idée de se soumettre à un examen perçu comme une atteinte à leur intimité. Autre obstacle de nature culturelle, l'hypothèse que le contrôle exercé sur les femmes par les hommes de certaines communautés (mari en premier lieu) conduise à renoncer à l'examen.

Un autre groupe d'obstacles renvoie au contenu de la base de données utilisée pour l'envoi des invitations. Celle-ci ne contient pas les adresses des femmes domiciliées dans des institutions (personnes handicapées, personnes logées dans des centres communautaires hébergeant des demandeurs d'asile). La base de données ne contient en outre aucune information concernant la langue parlée par les habitantes (ou leur nationalité à tout le moins), rendant de ce fait impossible l'envoi d'une invitation rédigée dans une langue accessible à sa destinataire.

Enfin, la conception même du programme a conduit à concentrer les moyens disponibles sur une approche « population générale » au détriment de ce qui aurait pu être entrepris pour stimuler des segments de la population supposés moins enclins à participer. La nécessité de consentir des efforts particuliers pour améliorer l'égalité de leurs chances d'accès est ressentie, mais sa concrétisation se heurte à l'insuffisance des ressources disponibles (notamment en termes de personnel qualifié pour entreprendre des actions auprès des communautés étrangères, besoin estimé à un plein temps supplémentaire).

^p Au moment de l'entretien, l'ouverture d'une antenne yverdonnoise était imminente. La création d'une antenne à Aigle était en projet.

8.6 EXPLICATIONS CONCERNANT LA PARTICIPATION DES MIGRANTS : OPINIONS DES EXPERTS

8.6.1 Obstacles

8.6.1.1 Approche conceptuelle de l'intégration

Aux yeux de certains, prendre des mesures pour garantir l'égalité d'accès des migrants aux programmes de promotion de la santé et de prévention ne constitue pas une manière opportune de procéder. Selon eux, agir de la sorte comporterait un risque important d'associer les étrangers à certains problèmes sanitaires et de les stigmatiser en les désignant à l'attention générale. Une telle approche de l'intégration remet aussi en cause les études épidémiologiques destinées à établir si les migrants présentent une vulnérabilité particulière dans certains domaines de la santé.

8.6.1.2 Insuffisance des compétences transculturelles des intervenants

Aborder les différentes thématiques en relation avec la migration et la santé (y compris les thèmes de la promotion de la santé et de la prévention des maladies), concevoir des programmes adaptés et orienter les migrants qui en auraient besoin en direction de ceux-ci requiert un ensemble de compétences particulières (désignées comme « transculturelles ») que peu d'intervenants possèdent.

8.6.1.3 Maîtrise insuffisante de la langue locale

Les difficultés de compréhension et d'expression du français d'une partie de la population issue de la migration constituent un obstacle largement reconnu. Plusieurs experts soulignent que même une connaissance du français permettant de faire face aux besoins de la vie courante peut ne pas suffire pour comprendre la documentation imprimée ou les explications fournies de vive voix dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention.

8.6.1.4 Demandeurs d'asile et migrants en situation irrégulière

Plusieurs milliers de personnes ayant déposé une demande d'asile ont été attribuées au canton de Vaud. Une partie d'entre elles se trouvent dans la procédure alors que les autres se sont vu opposer une décision de non-entrée en matière ou de refus. Cette population présente un profil particulier sous l'angle de la prévention des maladies et de la promotion de la santé. Elle dépend d'un dispositif sanitaire (FARMED) qui privilégie la prise en charge des situations de maladie et ne s'intéresse que marginalement au thème de la prévention et de la promotion de la santé, notamment en raison d'un manque de ressources qui le contraint à limiter ses interventions en la matière aux thèmes de la violence, de la drogue et de la sexualité.

Le canton de Vaud compte par ailleurs une population numériquement importante (estimée à plus de 10'000 personnes) composée de migrants en situation irrégulière (« sans-papiers »). Vivant la plupart du temps dans des conditions de grande précarité et malgré la possibilité (l'obligation ?) de s'affilier à une caisse maladie, la plupart d'entre eux se tiennent à l'écart des structures de soins par crainte d'être repérés et expulsés. Ils ne consultent généralement qu'en cas d'extrême nécessité et, faute d'adresse officielle et de contacts, n'accèdent en principe pas aux programmes de prévention et de promotion de la santé.

8.6.1.5 Autres priorités que la prévention

Plusieurs experts rappellent qu'une partie des migrants sont confrontés à de nombreux problèmes pratiques dont ils ne peuvent pas différer la solution : trouver un emploi, un logement, une solution de garde pour les enfants, donner suite aux exigences administratives, faire face aux dépenses

quotidiennes en distrayant souvent une partie de leurs ressources pour soutenir les proches restés au pays constituent quelques-uns des soucis qui accaparent leur énergie et les détournent de préoccupations à moyen ou long termes du type de celles qui fondent les actions de promotion de la santé et de prévention des maladies. Dans des situations où la vie au quotidien est source de nombreux tracasseries, les experts estiment au surplus qu'il est malaisé de renoncer au tabac ou à l'alcool lorsque ces produits sont consommés pour faire face à la pression ou encore oublier ses déboires et ses déconvenues.

8.6.1.6 Représentations sociales de la santé et de la maladie

Dans une mesure qu'ils ne peuvent guère préciser, les experts estiment que des habitudes acquises avant l'immigration en Suisse ainsi que certains traits de nature culturelle ou confessionnelle peuvent constituer des obstacles en matière d'accès aux programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies. Ces caractéristiques agiraient tout particulièrement dans le domaine de la psychiatrie et de la santé sexuelle et reproductive.

8.6.1.7 Migrants pas associés à la construction des projets

Le fait qu'une partie des offres en matière de promotion de la santé et de la prévention des maladies soit conçue pour les migrants et non pas par eux-mêmes est perçu comme un obstacle par certains experts qui estiment que les offres doivent tenir compte des caractéristiques culturelles et des habitudes des populations migrantes.

8.6.1.8 Limites des interventions des interprètes culturels

Devoir recourir à autrui lors d'interactions avec des professionnels du secteur sanitaire soulève divers problèmes. Les personnes qui interviennent à titre d'interprète sans bénéficier d'une formation spécifique (partenaires, enfants, connaissances) ne disposent pas nécessairement des compétences suffisantes pour traduire, dans les langues utilisées par les deux interlocuteurs, des termes et des concepts qu'elles ne maîtrisent souvent pas.

Le recours à des interprètes culturels dûment formés est très fortement souhaité, mais jugé insuffisant. Sans que les tarifs pratiqués soient remis en cause, les coûts de l'interprétariat peuvent représenter une dépense difficilement supportable pour les personnes qui en ont besoin ainsi que pour les institutions qui offrent cette prestation à leurs usagers tout en supportant elles-mêmes la charge financière.

8.6.1.9 Difficultés d'accès à certains groupes de migrants

Les experts estiment que certaines communautés sont difficilement accessibles. En dépit des tentatives de nouer des relations avec elles, elles tendent à se replier sur elles-mêmes et à se tenir à l'écart des prestations destinées à la population générale, en particulier dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention. Ce repli joue un rôle dans les difficultés rencontrées par les migrants de deuxième génération, tiraillés entre la culture de leurs parents et celle de la société d'accueil dont ils reçoivent les valeurs à travers leur scolarité et la fréquentation de leurs contemporains autochtones. Les populations les plus difficiles d'accès sont les communautés sri lankaise et somalienne.

8.6.1.10 Horaires inappropriés

Plusieurs experts notent que certaines prestations du domaine de la promotion de la santé et de la prévention sont offertes à des moments convenant mal à des migrants souvent déjà pris par leurs activités professionnelles.

8.6.2 Facilitateurs

8.6.2.1 Associer d'emblée les migrants à l'élaboration des programmes qui les concernent en allant à la rencontre des communautés

La dimension éthique de la conception des programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies constitue un élément particulièrement important pour certains experts qui estiment que les équipes qui travaillent sur les programmes ne possèdent pas nécessairement les compétences transculturelles nécessaires. La dimension éthique s'étend notamment au souci de ne pas nuire et, pour cela, de comprendre l'origine des comportements des migrants avant de leur imposer les conceptions de la médecine occidentale. Elle exige en outre de ne pas s'adresser à une communauté sans l'avoir consultée dès le stade de la planification des projets.

8.6.2.2 Saisir la situation des migrants dans toute sa complexité

Plusieurs experts insistent sur la complexité de l'état de migrant. Ils rappellent en particulier que la migration n'est pas une maladie, mais une sorte de crise à laquelle s'ajoutent d'autres crises – crise de l'adolescence, crise du chômage ou crise de la perte d'un statut –, chaque type de crise nécessitant une approche spécifique. L'importance de la question du genre est particulièrement soulignée, deux cultures distinctes pouvant subsister à cet égard à l'intérieur de ce qui apparaît extérieurement comme une culture homogène.

Ce constat implique un travail d'information préalable à toute construction de projet et renvoie à la nécessité d'associer d'emblée les migrants à l'élaboration des programmes qui les concernent.

8.6.2.3 Compétences transculturelles des soignants

La nécessité pour les intervenants d'acquérir des compétences transculturelles est dûment rappelée. Ces compétences constituent un ensemble d'attitudes, de connaissances et de savoir-faire permettant d'agir auprès de patients d'origines socioculturelles et linguistiques différentes. Il s'agit en particulier d'acquérir la capacité de percevoir et comprendre les individus dans leur monde vécu et leur contexte.

8.6.2.4 Trouver et former des agents de prévention au sein des communautés

L'utilité de disposer de relais au sein des communautés est soulignée. En mesure d'agir comme agents de prévention, ces personnes sont en mesure d'accompagner les messages diffusés sous la forme d'imprimés, de les commenter et de leur assurer un large écho en tenant compte des habitudes et des références de leur communauté. Reprenant une idée précédemment développée par l'association Appartenances, cette suggestion se fonde sur le constat qu'il existe suffisamment de personnes soucieuses du bien-être de leur communauté pour consentir à l'effort de formation et à l'investissement requis par un tel rôle.

8.6.2.5 Aborder globalement le thème de la prévention (prévention multi-cibles)

Plusieurs experts s'interrogent sur la pertinence d'agir domaine de prévention par domaine de prévention et de laisser les promoteurs des différents programmes prendre séparément contact avec les communautés issues de la migration pour aborder, chacun à sa manière, le thème de l'égalité des chances d'accès des migrants. A cet égard, l'idée de réunir l'ensemble des questions de promotion de la santé et de prévention des maladies (voire d'autres questions en relation avec la santé) et d'en débattre avec les communautés concernées est lancée. Certains experts estiment que les espaces de prévention des Ligues de la santé pourraient constituer un cadre idéal pour réaliser une telle opération.

8.7 EXPLICATIONS CONCERNANT LA PARTICIPATION DES MIGRANTS : OPINION DES REPRÉSENTANTS DES COMMUNAUTÉS

On a choisi de présenter les informations recueillies domaine par domaine, de manière à ce que les personnes en charge des différents programmes de prévention disposent de synthèses pour les objets dont ils ont la responsabilité. S'agissant des obstacles, on a en outre pris le parti de distinguer entre obstacles « généraux » (i.e. mentionnés à propos de plusieurs domaines) et obstacles « spécifiques » (i.e. clairement rattachés à un domaine de prévention).

8.7.1 Obstacles généraux

8.7.1.1 En relation avec une maîtrise insuffisante du français

Les obstacles qui empêchent ou limitent la participation des migrants en raison d'une maîtrise insuffisante du français sont de nature diverse :

- effectif insuffisant du personnel de santé en mesure de s'exprimer dans la langue des migrants ;
- rotation des médecins en milieu hospitalier (imposant de renouveler les explications souvent données avec difficulté) ;
- disponibilité d'heures d'interprétariat extrêmement restreinte
- difficulté à pouvoir toujours bénéficier de la présence de l'interprète qui connaît bien le migrant ;
- confiance limitée dans la capacité des interprètes de respecter la confidentialité⁹ ;
- connaissances linguistiques limitées des personnes de l'environnement familial servant d'interprètes – souvent des enfants – qui ne maîtrisent pas toujours suffisamment leur langue maternelle pour garantir une communication de qualité et crainte des erreurs qui peuvent en résulter ;
- non-remboursement par l'assurance maladie des interventions des interprètes^r ;
- absence d'une documentation facilement accessible (rédigée de manière simple, illustrée et traduite) ;
- coût de réalisation de cette documentation.

8.7.1.2 Autres

Deux groupes d'obstacles non liés aux problèmes de compréhension du français peuvent être identifiés. Le premier renvoie aux migrants eux-mêmes et à leur attitude face à la prévention et à la promotion de la santé. Le second concerne des difficultés situées à l'échelon des instances concernées par ces domaines.

Les membres des groupes focus attirent notamment l'attention sur le fait que la situation socioéconomique souvent précaire dans laquelle vivent maints migrants impose des choix qui conduisent à privilégier d'autres priorités que la promotion de la santé ou la prévention des maladies. Parmi les migrants, les personnes en situation irrégulière occupent une position particulièrement difficile parce que leurs ressources sont la plupart du temps extrêmement limitées et qu'elles redoutent d'être identifiées et expulsées si elles se font connaître auprès d'instances officielles. Enfin, les informateurs attirent l'attention sur les limites d'une approche « collective » des problèmes rencontrés

⁹ Souci surtout exprimé au sein des informateurs sri-lankais qui redoutent particulièrement que des affaires devant conserver un caractère privé soient rapidement connues de l'ensemble de la communauté.

^r En dehors des institutions où elles sont offertes.

par les migrants, certaines collectivités n'étant pas en mesure d'aborder des thèmes particulièrement intimes en présence de personnes étrangères au noyau familial le plus étroit.

En ce qui concerne le second groupe d'obstacles, les informateurs ont regretté l'insuffisance des ressources allouées à des actions spécifiquement destinées aux migrants. Ils relèvent en outre que la protection des données (appartenance nationale en particulier) limite les possibilités de diffuser des informations adaptées aux besoins de communautés particulières. Enfin, plusieurs regrettent l'attention insuffisante (le manque de sensibilité) des professions de santé aux problèmes rencontrés par les migrants.

8.7.1.3 Pour améliorer la participation des migrants

Indépendamment des moyens de diffusion utilisés (brochures, émissions de télévision ou de radio, Internet), les informateurs soulignent la nécessité de disposer de matériel adapté. L'information doit être accessible au plus grand nombre (intelligibilité), illustrée et traduite. Elle doit être largement accessible dans les lieux de passage des communautés (commerces, cafés Internet, lieux de culte, etc.).

Sans exclure le recours aux médias électroniques tels que la télévision, les informateurs soulignent l'importance d'une communication « proche des communautés ». La plupart suggèrent d'organiser des séances d'information collectives tout en admettant qu'elles ne donneront pas nécessairement lieu à des échanges très riches^s. Divers cadres sont imaginés pour organiser ces séances d'information : hôpital, association Appartenances, écoles communautaires (de langue ou de culture), manifestations communautaires (fêtes, etc.), lieux de passage (commerces, mais aussi lieux de culte). Le recours aux autorités consulaires est imaginé pour garantir un caractère plus officiel aux invitations. Les séances devraient idéalement être animées par des spécialistes (médecins). Les parents devraient être sensibilisés au fait que participer à ces séances constitue une initiative dont leurs enfants pourront ultérieurement tirer parti.

8.7.2 Promotion de l'activité physique et d'une alimentation saine et équilibrée

8.7.2.1 A propos des besoins des migrants

De manière générale, les informateurs estiment que les communautés au sujet desquelles ils s'expriment font preuve d'une sensibilité croissante à l'égard de la nécessité de veiller à la qualité de son alimentation et d'avoir une activité physique. Cette sensibilité serait toutefois distribuée de manière inégale. Les plus jeunes membres des communautés (ceux scolarisés en Suisse) apparaissent globalement comme mieux informés que la première génération de migrants. Certains informateurs mettent par ailleurs en évidence des degrés de sensibilité variant en fonction d'une opposition urbain / rural ou du niveau de formation (l'un et l'autre argument renvoyant à la situation des migrants avant leur arrivée en Suisse).

De manière plus précise, les informatrices latino-américaines estiment qu'une partie des femmes appartenant à leur communauté n'ont pas conscience de la nécessité d'avoir une activité physique alors que les informateurs sri-lankais connaissent bien le risque élevé d'apparition du diabète au sein de leur communauté sans toutefois bien connaître ce à quoi il faudrait faire attention en matière d'alimentation.

^s Ces séances devraient avoir comme premier objectif de sensibiliser, la discussion sur les informations diffusées intervenant ultérieurement, dans le contexte communautaire (famille ou groupe plus étendu).

8.7.2.2 A propos de la connaissance du programme

Aucune communauté ne donne l'impression de posséder une idée globale des différentes composantes du programme « Ça marche ! » avec ses dimensions « alimentation » et « exercice physique ». Certains informateurs connaissent quelques projets (« Mon assiette, mes baskets », « Mosquée Vevey »), essentiellement pour y avoir participé eux-mêmes. D'autres ont entendu parler de la « Fourchette verte », mais ne sont pas en mesure de se représenter les différentes déclinaisons de cette opération (différents *settings* : crèches et garderies, cantines et restaurants scolaires, établissements publics, établissements médicosociaux). On notera en particulier que même les interprètes culturels donnent l'impression de ne pas posséder une vision du programme « Ça marche ! » leur permettant d'orienter les migrants en faveur desquels ils interviennent.

8.7.2.3 A propos de la participation au programme

A entendre les informateurs, elle serait pratiquement nulle si l'on s'en tient strictement aux projets déployés dans le contexte de l'opération « Ça marche ! », le seul élément de participation consistant en l'action « Mon assiette, mes baskets » et sa version initiale mise sur pied par le Forum des étrangers et étrangères de Lausanne^t.

En adoptant une perspective plus large, on constate toutefois que les messages préventifs (également ceux diffusés par les médias « nationaux » consultés par les migrants) contribuent à modifier certains comportements : repas sains organisés par la mosquée de Vevey ou par Appartenances (Centre Femmes), modification du choix des mets et des boissons servis à l'occasion des rencontres communautaires, activités sportives à l'échelon des communautés.

8.7.2.4 A propos des obstacles spécifiques

En matière alimentaire, deux obstacles apparaissent communs à toutes les communautés : les habitudes alimentaires acquises avant l'installation en Suisse (en termes de quantités absorbées et de recherche des saveurs du pays d'origine) ainsi que le coût d'une alimentation équilibrée, rarement supportable pour les ménages dont les ressources proviennent souvent d'emplois peu qualifiés et mal rétribués et dont les charges peuvent être importantes (plusieurs enfants, soutien financier accordé aux proches restés au pays).

L'attachement aux habitudes alimentaires est notamment mis en relation avec la situation des – jeunes – couples dont l'un des membres est arrivé en Suisse dans le cadre d'un mariage (arrangé). Dans une perspective analogue (« ethnique »), certains informateurs mettent en évidence des erreurs alimentaires renvoyant au fait d'assimiler générosité et « gavage » et à une attitude consistant à laisser les enfants dicter leur volonté (en matière de choix alimentaires). Enfin, s'agissant d'une communauté où les cas de diabète apparaissent particulièrement fréquents, les informateurs sri-lankais signalent une connaissance insuffisante des impératifs alimentaires concernant la prévention de cette affection et la diète des patients qui en sont atteints.

En matière d'exercice physique, plusieurs informateurs issus de communautés différentes observent qu'avoir une activité professionnelle requérant une importante dépense d'énergie est souvent perçu comme suffisant et qu'il n'est dès lors pas nécessaire de s'astreindre, en plus, à une pratique sportive. A cet égard, la fatigue accumulée durant la journée de travail apparaît appeler le repos plutôt qu'un surcroît d'activité. Au surplus, plusieurs communautés considèrent qu'il est difficile de continuer à s'astreindre à des activités de plein air à la mauvaise saison, alors que les conditions atmosphériques incitent plutôt à rester chez soi.

Chez certaines femmes, avoir une activité physique – avec tout ce qu'elle suppose de contraintes vestimentaires (porter une tenue de sport, un maillot de bain ou même tout simplement des pantalons)

^t « Le poids des migrants ».

– est considéré comme particulièrement inadéquat compte tenu du regard des autres membres de la communauté (sri-lankaise surtout).

8.7.2.5 Pour améliorer la participation des migrants

Les informateurs perçoivent deux types de solutions pour améliorer la participation des migrants aux programmes de prévention. Les premières portent plutôt sur des contenus tandis que les secondes renvoient aux modalités de transmission de l'information (déjà existante).

Réintroduire des cours de cuisine dans le cadre scolaire et publier un livre pour sensibiliser les jeunes migrantes arrivant en Suisse pour s'y marier avec un compatriote déjà établi^u doit permettre d'une part d'améliorer le niveau de compétence en matière de choix d'une nourriture saine et équilibrée et, d'autre part, de faire progresser l'idée selon laquelle il importe que les jeunes arrivantes apprennent rapidement le français et ne demeurent pas confinées à leur domicile. Dans cette perspective, les informateurs insistent sur la nécessité d'associer les médiateurs culturels à l'élaboration des projets et, surtout, de le faire dès les premières étapes.

Les informateurs soulignent que la seule diffusion d'informations écrites ne suffit pas. Les mesures proposées suggèrent de recourir aux compétences existantes au sein de certains organismes non gouvernementaux (Forum des étrangers et étrangères de Lausanne, association Appartenances, association Sport'ouverte) et de promouvoir la motivation « de proche en proche » (réseaux « socioaffectifs », enfants entraînant leurs parents).

8.7.3 Prévention de la dépendance au tabac et des maladies liées à sa consommation

8.7.3.1 A propos des besoins des migrants

Selon les informateurs, les migrants seraient bien informés des risques liés à la consommation de tabac. La connaissance paraît globalement moins bonne en ce qui concerne les risques découlant du tabagisme passif. Quelques groupes semblent moins concernés : femmes sri-lankaises et communauté équatorienne. Les personnes de confession musulmane devraient en principe s'abstenir de fumer, mais cette règle n'est pas nécessairement respectée de manière scrupuleuse, en particulier par les plus jeunes migrants.

8.7.3.2 A propos de la connaissance du programme

Les membres des communautés sont notamment sensibles aux messages diffusés sur les paquets de cigarettes et, d'une manière générale, dans les médias y compris ceux de leurs pays d'origine. Ils sont au courant de l'interdiction de fumer dans les espaces publics et les cafés, interdictions qui existent aussi dans certains de leurs pays d'origine. En revanche, peu paraissent au courant des solutions existant en matière de désaccoutumance (et des structures à disposition), laissant entendre qu'ils s'adresseraient au corps médical en cas de besoin (i.e. en présence de symptômes nécessitant une prise en charge médicale).

8.7.3.3 A propos de la participation au programme

L'impact des messages préventifs sur le comportement apparaît contrasté. Il ne semble en tout cas pas dissuader les plus jeunes (i.e. ceux scolarisés en Suisse en particulier) de commencer à fumer. Selon les informateurs, beaucoup renoncent à fumer dans l'espace domestique, en tout cas lorsque des enfants

^u Solution préconisée par et pour les migrants en provenance du Sri-Lanka

sont présents. C'est surtout lorsqu'apparaissent des symptômes en relation avec le tabagisme qu'intervient le renoncement à la fumée.

8.7.3.4 A propos des obstacles spécifiques

Fumer constitue une habitude profondément ancrée dans la culture de certaines communautés. Bien que la confession musulmane proscrive la fumée, l'habitude d'offrir des cigarettes par paquets entiers à l'occasion de fêtes est rappelée au sein du groupe focus des populations balkaniques. Si cette habitude n'est pas signalée comme actuelle parmi les migrants de cet espace géographique, la difficulté d'interdire à un invité de s'abstenir de fumer dans l'espace privé de ses hôtes est bien réelle. Elle représente une situation malaisée à gérer.

Plus globalement, les informateurs soulignent combien la cigarette – à l'instar de l'alcool – représente un moyen de calmer ses angoisses, de faire face aux difficultés et au mal-être quotidiens. Certains migrants notent également l'existence d'une certaine ambiguïté de la part des figures d'autorité et font grief au corps enseignant de banaliser le fait que des adolescents se mettent à fumer en dépit des interdictions parentales.

8.7.4 Prévention de la dépendance à l'alcool et des maladies liées à sa consommation abusive

8.7.4.1 A propos des besoins des migrants

(Faute de temps, le groupe focus réunissant des femmes latino-américaines ne s'est pas exprimé sur ce thème).

Les membres du groupe focus des Sri-Lankais ont été particulièrement explicites au sujet des problèmes posés par la consommation excessive d'alcool au sein de leur communauté. Alors que l'alcool est peu accessible dans leur pays d'origine en raison de son coût et qu'il est de ce fait réservé aux personnes aisées, il est très facilement accessible en Suisse. Combiné avec cette facilité, l'alcool consommé comme dérivatif aux soucis et / ou lors de fêtes communautaires aboutit à des épisodes d'ivresse débouchant sur des actes de violence (notamment domestique) dont la fréquence alarme les informateurs.

Cette situation n'est pas propre à la communauté tamoule. Les interprètes communautaires signalent également des abus d'alcool et des épisodes de violence parmi les plus jeunes membres des communautés islamisées (arabophones, somaliennes, balkaniques), mais il semble que l'ampleur du problème y soit moins importante que dans la communauté sri-lankaise.

8.7.4.2 A propos de la connaissance du programme

Si les migrants connaissent en général l'existence de messages prônant l'abstention ou la modération émanant de différentes sources (y compris de règles en rapport avec leur religion), l'impression prévaut qu'ils ignorent ce qui a été déployé en la matière dans le canton de Vaud.

8.7.4.3 A propos de la participation au programme

Aucun informateur n'a fait état de données concernant la participation de migrants à des actions organisées dans le canton de Vaud (« Be My Angel » par exemple).

8.7.4.4 A propos des obstacles spécifiques

S'agissant de la communauté sri-lankaise, il semble que la consommation d'alcool lors des fêtes communautaires soit en quelque sorte entrée dans les mœurs. L'alcool y est consommé entre hommes,

souvent dans une ambiance de surenchère. Des informateurs font aussi état de consommation d'alcool sur des lieux de travail où l'on rencontre fréquemment des Tamouls (domaine de la restauration).

Les problèmes d'alcoolisme survenant au sein de la communauté tamoule sont souvent occultés par les familles, quand bien même elles sont victimes de leurs conséquences (violence, difficultés financières). Les personnes ayant tendance à abuser de l'alcool ont par ailleurs de la difficulté à admettre leur dépendance et à consulter à son sujet.

8.7.4.5 Pour améliorer la participation des migrants

Suggestion est faite d'organiser des conférences destinées aux membres de la communauté tamoule. Il s'agirait de lui transmettre des informations sur l'alcool, son rapport avec la société européenne, son action sur le corps, les différentes formes de l'alcool et leurs effets respectifs.

8.7.5 Promotion de la santé sexuelle et reproductive

8.7.5.1 A propos des besoins des migrants

Plusieurs informateurs appartenant au groupe des interprètes (Afrique arabophone, Amérique latine, Balkans) relèvent que le domaine de la santé sexuelle et reproductive est si intime et tabou qu'ils ne sont pas en mesure de dire quoi que ce soit à ce sujet à propos des communautés en faveur desquelles ils interviennent. L'image qui ressort des propos des autres informateurs n'est pas fondamentalement différente. Selon eux, les membres des communautés ont connaissance du caractère sexuellement transmissible du VIH/sida, mais cette connaissance ne semble pas s'étendre suffisamment à d'autres infections sexuellement transmissibles ni aux autres dimensions du domaine de la santé sexuelle et reproductive.

L'absence des thèmes « contrôle des naissances », « reproduction » ou « conseil en santé sexuelle » dans les propos des informateurs suggère que ces thèmes n'apparaissent pas comme des problèmes aux yeux des communautés de migrants et qu'elles n'appellent donc pas de recourir aux solutions proposées par l'environnement socio-sanitaire.

Rien n'a non plus été dit du risque de grossesse non désirée et de l'interruption de grossesse.

8.7.5.2 A propos de la connaissance des programmes

Le domaine de la santé sexuelle et reproductive couvre des situations variées et concerne plusieurs intervenants. Il n'a pas été toujours aisé de déterminer à quoi les informateurs faisaient allusion et sur quels éléments portaient leurs énoncés.

Les interprètes s'entendent pour estimer que la plupart des migrants possèdent une mauvaise connaissance des acteurs des programmes intervenant dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive. Les jeunes issus de la migration font un peu exception à la règle. Profa et le Département de gynécologie et d'obstétrique du CHUV sont toutefois connus par la plupart des représentants des communautés interrogées. En matière de suivi des grossesses, bon nombre de femmes migrantes choisissent de se tourner aussi vers des gynécologues en pratique privée. Pourtant destiné aux femmes migrantes, le projet Pan-Milar semble pour sa part très globalement ignoré.

La possibilité de s'adresser au CHUV dans les situations où une interruption de grossesse est souhaitée n'est évoquée qu'au sein du groupe focus des Latino-Américaines. C'est également au sein de ce groupe que les informatrices évoquent l'existence de documents traduits disponibles auprès de Profa et de l'association Appartenances.

8.7.5.3 A propos de la participation aux programmes

Tant les interprètes communautaires que les participants aux autres groupes focus estiment que l'utilisation des prestations en matière de planning demeure l'apanage des jeunes migrants scolarisés en Suisse. Les informatrices latino-américaines font état d'une action à caractère théâtral organisée dans le cadre du Forum des étrangers et étrangères de Lausanne avec le soutien de Point Fixe. Aucune indication n'est cependant fournie à propos de la participation à ce projet.

Dans la mesure où elles sont concernées, les communautés recherchent des prestations surtout en présence de symptômes (de grossesse ou d'infection sexuellement transmissible), mais entreprendraient plus rarement une démarche à caractère préventif (prévention primaire). C'est tout particulièrement le cas de la communauté sri-lankaise au sein de laquelle les relations sexuelles hors mariage sont exceptionnelles^v et qui préfèrent s'adresser à des gynécologues installés en pratique privée ou à la maternité lorsqu'une grossesse se déclare.

8.7.5.4 A propos des obstacles spécifiques

Le domaine de la santé sexuelle et reproductive est celui à propos duquel le plus grand nombre d'obstacles ont été signalés. La plupart sont de nature culturelle, mais certains possèdent une dimension plus psychologique (tout en conservant une relation avec la dimension culturelle) ou renvoient à quelques facteurs contingents (disponibilité d'une information adaptée, rôle joué par certains intervenants, conditions dans lesquelles se déroulent les interventions).

De manière générale, les informateurs relèvent que le domaine de la sexualité est marqué par des « tabous » qui empêchent de l'évoquer, même dans le contexte restreint de la famille (voire du seul couple). Une partie de ces barrières relèvent de « normes » religieuses^w. Le tabou (réprobation sociale) est particulièrement marqué en ce qui concerne l'homosexualité. La difficulté d'aborder le thème de la sexualité est si marquée que même un informateur exerçant dans le domaine de la santé admet éviter de poser des questions à ce sujet aux personnes qu'il rencontre à titre professionnel.

Les tabous face à la sexualité se traduisent par une absence de curiosité et par un certain renoncement à rechercher activement de l'information. Ils expliquent aussi l'attitude de certaines femmes (Sri-lankaises immigrées de fraîche date) face aux examens gynécologiques dont le déroulement peut être particulièrement mal vécu, l'attitude gênée (au point de renoncer) face à l'achat ou à l'utilisation de préservatifs ou les critiques formulées à l'endroit d'autres contraceptifs.

Pour certaines communautés, la sexualité s'inscrit dans un contexte où les mariages arrangés sont assez fréquents et où les fiancés n'ont pratiquement aucune possibilité de se rencontrer hors de la présence d'autrui (éloignement géographique ou rencontres « chaperonnées »). Dans certaines communautés, la pression à la reproduction (avoir des enfants aussitôt mariés) est particulièrement forte, elle tend à retirer tout son sens à l'idée de grossesse non désirée. Elle est en contradiction avec les notions de planning et d'interruption de grossesse.

Les quelques obstacles non directement en relation avec les dimensions culturelles ou confessionnelles renvoient à la rareté du matériel d'information adapté accessible aux communautés et à la tendance à s'adresser à des gynécologues installés, spécialistes auxquels plusieurs informateurs font grief de ne pas penser à signaler à leurs patients les instances susceptibles de les accompagner.

8.7.5.5 Pour améliorer la participation des migrants

Les informateurs ne formulent guère de suggestions se rapportant aux obstacles comportant une dimension culturelle plus ou moins importante. Evoquant la situation de la communauté sri-lankaise,

^v Les informateurs disent même qu'il n'y a pas de relations sexuelles avant le mariage.

^w Certains informateurs relèvent que les interdits confessionnels sont parfois énoncés par des prédicateurs connaissant mal les valeurs de leur religion.

ils rappellent que les jeunes femmes reçoivent des informations concernant la sphère de la sexualité par l'intermédiaire de femmes âgées qui se limitent la plupart du temps à délivrer des messages allusifs. Se fondant en partie sur ce constat, mais aussi plus généralement, les informateurs rappellent la nécessité de dispenser des connaissances, mais de ne pas se limiter à une documentation imprimée traduite^x. Il convient de favoriser les relations interpersonnelles et de saisir l'occasion des consultations médicales où la patiente se trouve généralement seule avec le médecin. Les informateurs attirent aussi l'attention sur le rôle des interprètes communautaires en situation de « triologie ». Il leur revient souvent d'avoir à expliquer le sens et le déroulement d'exams médicaux et de rassurer les patientes. Cela postule notamment l'établissement de relations de confiance et suppose une formation dépassant le simple rôle de traducteur ainsi que la disponibilité d'un nombre suffisant d'interprètes.

Le recours à des activités théâtrales est aussi préconisé lorsqu'il s'agit d'aborder des thèmes aussi délicats que ceux compris sous la dénomination de vie sexuelle et reproductive.

8.7.6 Programme organisé de dépistage du cancer du sein

Faute de temps, le groupe focus des interprètes ne s'est exprimé que très brièvement à propos de ce domaine, ainsi que le groupe focus d'hommes des Balkans.

8.7.6.1 A propos de la connaissance du programme

A l'exception d'une médiatrice culturelle ayant participé à la traduction du questionnaire médical du programme de dépistage, aucun des participants aux divers groupes focus n'ont connaissance de ce programme qui suscite pourtant beaucoup d'intérêt.

8.7.6.2 A propos de la participation au programme

Aucune connaissance de la participation de membres des différentes communautés.

8.7.6.3 A propos des obstacles spécifiques

Comme d'autres thèmes en relation – même indirecte – avec la sphère de la sexualité, la question du cancer du sein paraît trop intime pour être abordée, situation expliquant que les membres des groupes focus n'aient recueilli aucune information à son sujet. Ne pas pouvoir imaginer solliciter l'aide d'une tierce personne pour se faire comprendre à l'occasion de l'examen (même sa fille) pourrait conduire les femmes tamoules à y renoncer.

Au-delà de ce type d'obstacle, les représentants des communautés s'interrogent sur la visibilité de l'invitation et sa possible confusion avec du matériel publicitaire. Ils voient en outre l'invitation à participer rédigée en français comme un obstacle majeur.

8.7.6.4 Pour améliorer la participation des migrants

Sensibiliser les associations de migrants ainsi que les médecins de famille prenant en charge des migrants pourrait permettre d'améliorer la connaissance de la campagne au sein des communautés. Par ailleurs, donner un caractère plus officiel à l'invitation contribuerait sans doute à éviter que celle-ci soit assimilée à une opération publicitaire et finisse à la poubelle.

^x Dont la nécessité n'est cependant pas été remise en cause.

8.8 LISTE DES PERSONNES INTERVIEWÉES

Programme	Personnes interviewées	Fonction
Tabac	M. J. Cornuz (interviewé aussi en tant qu'expert)	Directeur adjoint de la PMU, Co-Resp. du Cipret-Vaud, Vice-président de la Commission fédérale prévention du tabagisme
	Mme M. Pasche	Co-Resp. du Cipret-Vaud
	Mme K. Zürcher	Chargée de projet Cipret- Vaud (Petite enfance, Fumée passive, Populations vulnérables)
	Mme A. Delmonico	Chargée de projet Cipret- Vaud (Législation, communication, Ecoles)
	M. V. Falcy	Chargé de projet Cipret- Vaud (Centres de loisirs et associations sportives)
Alcool	M. S. Caduff	Resp. Fondation vaudoise contre l'Alcoolisme
	M. J-B. Daeppen (interviewé aussi en tant qu'expert)	Direction du Centre de Traitement en Alcoologie, CHUV
Alimentation et activité physique	Mme A. Fournier	Resp. du programme cantonal
	M. D. Gonzalez	Projet « Mon Assiette, Mes Baskets »
	Mme L. Margot	Diététicienne ligue de la santé, projets Fourchette verte et Tutti Frutti
	Mme A. Longchamp	Psychomotricienne, Coordinatrice du projet « Youp'la bouge »
	M. F. Peduzzi	Resp. projet « Allez Hop » Romandie et « Paprica »
Dépistage du cancer du sein	M. C. Ducros	Directeur de la Fondation pour le dépistage du cancer du sein
	Mme C. Cesco	Administratrice du programme
Santé sexuelle et reproductive	Mme A. Descuves	Cheffe de Service à Profa, Consultation de santé sexuelle
	Mme N. Pasquier	Cheffe de Service à Profa, Conseil en périnatalité
	M. J-P Cand (interviewé aussi en tant qu'expert)	Chef de Service à Profa, Prévention Santé Sexuelle
	Mme E. Roulet et Mme M. Maag	Pan Milar

	Mme S-C Renteria (interviewée aussi en tant qu'experte)	Médecin adjointe, Dpt Gynécologie et obstétrique, CHUV
Experts	Personnes interviewées	Fonction
	Mme E. Volkmar	Directrice, Appartenances
	Mme I. Eiris	Resp. du secteur formation, Appartenances
	Mme M. Hanselmann	Déléguée cantonale à l'intégration des étrangers, Bureau cantonal pour l'intégration des étrangers et la prévention du racisme
	Mme G. Amarelle	Bureau Lausannois pour l'Intégration des Immigrés
	M. R. Rimaz	Infirmier, Chef de services, Centre de Santé Infirmier, Unité de Médecine des Violences, PMU
	M. O. Duperrex	Médecin responsable des médecins scolaires canton de Vaud, ODES
	M. T. Diouwara	Président du Forum des Etrangers et Etrangères de Lausanne (FEEL)
	Mme F. Tribolet	Infirmière à Point d'Eau
	M. R. Bize	Chef de clinique IUMSP

9 REFERENCES

- 1 Observatoire suisse de la santé, DSAS du canton de Vaud. La santé dans le canton de Vaud. Analyse des données 2007 de l'Enquête suisse sur la santé. 2010. Obsan rapport 46.
- 2 Office fédéral de la santé publique (OFSP). Qu'est-ce qu'on sait de l'état de santé des populations migrantes? Les principaux résultats du monitoring de l'état de santé de la population migrante en Suisse. Berne: Office fédéral de la santé publique (OFSP); 2007.
- 3 Burri Sharani B, Efionayi-Mäder D, Hammer S, Pecoraro M, Soland B, Tsaka A, et al. La population kosovare en Suisse. 2010.
- 4 Haab K, Bolzman C, Kugler A, Yilmaz Ö. Diaspora et communautés de migrants de Turquie en Suisse. 2010.
- 5 Eyer P, Schweizer R. Les diasporas somalienne et érythréenne en Suisse. 2010.
- 6 Moret J, Efionayi D, Stants F. Diaspora sri lankaise en Suisse. 2010.
- 7 Rommel A, Weilandt C, Eckert J. Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung: Endbericht. Bonn: Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD) gem. e.V.; 2006.
- 8 Bodenmann P, Cornuz J, Vaucher P, Ghali W, Daepfen JB, Favrat B. A health behaviour cross-sectional study of immigrants and non-immigrants in a Swiss urban general-practice setting. *Journal of Immigrant & Minority Health*. 2010 Feb;12(1):24-32.
- 9 Gabadinho A, Wanner P, Dahinden J. La santé des populations migrantes en Suisse : une analyse des données du GMM. Le rôle du profil socioéconomique, sociodémographique et migratoire sur l'état de santé, les comportements et les recours aux services de santé. Etude du Swiss Forum for Migration sur mandat de l'OFSP. 2007;49.
- 10 Meystre-Agustoni G, Spencer B. Interruptions de grossesse dans le canton de Vaud en 2009. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2010.
- 11 Bollini P, Fall S, Wanner P. Vers un système d'indicateurs de la santé maternelle et infantile auprès des collectivités d'origine étrangère en Suisse. Rapport final pour l'Office fédéral de la santé publique. Evolène. 2010.
- 12 Bollini P, Wanner P. Santé reproductive des collectivités migrantes. Disparités des risques et possibilités d'intervention. Neuchâtel: Swiss Forum for Migration and Population studies; 2006.
- 13 Koutaissoff D, Ischy F, So-Barazetti B, Meystre-Agustoni G, Dubois-Arber F. Rapport d'évaluation des prestations du service d'éducation sexuelle de Profa en milieu scolaire. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2009.
- 14 Bulliard JL, Landtsheer J-P, Levi F. Fidélisation aux programmes de dépistage du cancer du sein en Suisse: rôle central du médecin. *Praxis*. 2005;94:1381-7.
- 15 Bulliard JL, De Landtsheer JP, Levi F. Profile of women not attending in the Swiss Mammography Screening Pilot Programme. *Breast*. 2004;13(4):284-9.
- 16 Bulliard JL, De Landtsheer JP, Levi F. Reattendance in the Swiss mammography screening pilot programme. *J Med Screen*. 2004;11(2):59-64.