

Éléments de littérature concernant les comportements tabagiques des populations migrantes, facteurs influents et recommandations pour l'action de prévention

Karin Zürcher
Myriam Pasche
CIPRET-Vaud
Ligues de la santé

Décembre 2010



*« L'échec absolu dans la protection des
populations les plus vulnérables
se fait de plus en plus évidente »*

(K. Slama « Le contrôle du tabac et l'équité en santé », 2010)



TABLE DES MATIERES

| | |
|---|----|
| INTRODUCTION..... | 7 |
| 1. METHODOLOGIE..... | 9 |
| 2. SYNTHÈSE DE L'INFORMATION..... | 10 |
| 2.1 Populations migrantes en Suisse et dans le canton de Vaud..... | 10 |
| 2.2 Etat de santé, comportements en matière de santé et facteurs influant sur la santé des populations migrantes en Suisse..... | 24 |
| 2.3 Prévalence du tabagisme au sein des populations migrantes et facteurs influents..... | 33 |
| 2.4 Prévention et promotion de la santé sensibles à la réalité des migrants..... | 47 |
| 2.5 Interventions de prévention du tabagisme spécifiques aux besoins des migrants..... | 49 |
| 3. ÉLÉMENTS DE RECOMMANDATIONS POUR L'ACTION DE PREVENTION..... | 56 |
| BIBLIOGRAPHIE..... | 60 |



INTRODUCTION

Le tabac est une des principales causes de mortalité en Europe. En Suisse, il est responsable chaque année du décès prématuré de près de 9'000 personnes. En raison du nombre de personnes concernées, le tabagisme et l'exposition à la fumée passive ont des conséquences importantes sur la santé publique, qui justifient une intervention des pouvoirs publics pour protéger la santé de chacune et de chacun.

Dans ce but, le Département de la santé et de l'action sociale du canton de Vaud a développé, avec le CIPRET-Vaud, le **Plan cantonal d'action pour la prévention du tabagisme 2008-2012 (PCA)**¹. Ce plan vise à réduire la mortalité ainsi que les atteintes à la santé dues au tabagisme et à l'exposition à la fumée passive. Il repose sur **4 axes** :

1. Promotion d'une vie sans tabac
2. Protection contre la fumée passive
3. Aide à la désaccoutumance pour tous
4. **Prévention auprès des groupes vulnérables**

Le dernier axe fait suite au constat suivant : bien que la prévalence du tabagisme, dans le pays occidentaux – dont la Suisse – a diminué de façon importante depuis les années 1980 parmi la population générale, les taux de tabagisme peinent à diminuer parmi certains sous-groupes, notamment ceux issus de milieux moins favorisés socialement. En cela, force est de constater que **les politiques de prévention du tabagisme déployées ces dernières décennies peinent à montrer leurs effets pour tous les groupes sociaux : certains restent vulnérables à la consommation de tabac** et présentent des taux de tabagisme sensiblement plus élevés (Greaves et al., 2006). Ceci est notamment le cas de certains sous-groupes de migrants dits « vulnérables », c'est-à-dire, comme les populations vulnérables dans leur ensemble, cumulant **vulnérabilité sociale** (précarité socio-économique voire pauvreté, processus de migration « forcée »), **vulnérabilité médicale** (comportements à risques, maladies chroniques ou stigmatisantes) et, de manière consécutive, **vulnérabilité clinique** avec des difficultés d'accès aux soins et un risque augmenté de prise en charge inadéquat en termes de qualité des soins, de diagnostic, de traitement, d'orientation, de suivi et de prévention². En cela, en l'absence d'approches et de prises en charge des comportements tabagiques spécifiquement adaptées aux trajectoires migratoires ainsi qu'aux conditions de vie dans le pays d'accueil, la migration pourrait devenir un facteur de risque essentiel du tabagisme (Bodenmann, 2003).

Dès lors, seules des interventions de prévention et de promotion de la santé ciblées spécifiquement vers les populations vulnérables à la consommation de tabac apparaissent comme des moyens pour contribuer à réduire les inégalités en matière de tabagisme³. C'est précisément dans ce but que le Plan cantonal précise qu'une des actions à mener est d' « évaluer le besoin de développer des actions de prévention et d'aide à l'arrêt du tabagisme destinées à des groupes particuliers (par exemple les migrants) ».

Le CIPRET-Vaud – Centre de compétence du deuxième canton suisse en termes de populations migrantes⁴ – entend réaliser une telle démarche, puis mettre en place un **plan d'intervention (propositions d'actions) de prévention du tabagisme pour/avec les-des populations migrantes du canton** (sur chacun des 3 axes du PCA précédemment décrit). Il envisage son rôle, sans se substituer aux structures en place, comme celui d'informer et de former les partenaires (individuel et/ou collectif) relais actifs auprès des populations migrantes. Cette réflexion a été amorcée en 2008 par A-C Merz, M. Pasche du CIPRET-Vaud et les Dr. J.Cornuz, PMU et P. Bodenmann, UPV – PMU. Elle est reprise ce jour pour être finalisée.

Le choix de mesures spécifiques est toutefois complexe et dépend fortement du contexte local. Seul un examen approfondi de la situation et une approche communautaire et participative peuvent amener un résultat positif. Le CIPRET-Vaud prévoit en ce sens une évaluation (enquête) des besoins en matière de prévention auprès d'informateurs-clés (experts) de la santé des migrants ainsi qu'auprès des institutions responsables ou en lien avec les populations migrantes, voir auprès des populations migrantes elles-mêmes.

Mais avant cela, et pour ce faire, il est nécessaire de **prendre connaissance de la littérature** (suisse, européenne, voire internationale) existante en matière de comportements tabagiques des populations migrantes d'une part, et,

¹ http://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/themes/sante_social/dependances/Brochure_Plan_Tabac_PRINT.pdf

² Vulnerable populations : *Definitions and determinants*. *Health Aff* 2007;26:1219 cité in Bodenmann, Wolff, Madrid, 2009.

³ Ceci est le cas lorsque l'on parle des inégalités de santé de manière générale (Bricard, 2010).

⁴ Voir chapitre 2.1 Populations migrantes en Suisse et dans le canton de Vaud.

d'autre part, des stratégies d'action conçues, mises en place, et éventuellement évaluées pour les protéger, et d'en tirer les éléments importants pour la décision en santé publique (recommandations pour l'action).

Cette revue de littérature⁵, présentée dans le présent document, tente d'apporter des **éléments de réponse aux questionnements suivants** :

- Quelle est la population étrangère (résidente et sans autorisation de séjour) de la Suisse en général et du canton de Vaud en particulier ? Quelles sont les nationalités représentées ?
- Quels groupes de migrants sont les plus vulnérables et pourquoi ?
- Quel est l'état de santé des groupes de migrants les plus défavorisés ? Quels risques pèsent sur leur santé ?
- Quelle est la prévalence de la consommation de tabac des groupes migrants ? Quels groupes de migrants sont davantage concernés ? Quels sont les connaissances et les comportements en matière de tabac des groupes migrants ? Y a-t-il des spécificités ?
- Quelles actions de prévention du tabagisme auprès de groupes migrants ont été conçues, mises en place, évaluées (sur le territoire vaudois, en Suisse, en Europe, ailleurs) ?
- Quelles actions de prévention d'autres problèmes de santé que le tabagisme ont été mises en oeuvre auprès de populations vulnérables et/ou migrantes ? Quels sont les éventuels enseignements à tirer/transposer pour des mesures de prévention du tabagisme ?
- Quels sont les impératifs, les facteurs de réussite en matière de prévention (notamment du tabagisme) à prendre en compte lors de la planification d'une intervention auprès de populations migrantes et/ou vulnérables ?

⁵ Bien que non systématique en raison des ressources temporelles disponibles.

1. METHODOLOGIE

L'étude a consisté en une analyse de la littérature⁶ accessible et pertinente sur la thématique citée. L'identification de documents a été réalisée tantôt par une recherche en ligne sur des bases de données scientifiques ou sur des sites officiels, tantôt par la sollicitation d'expert-e-s de la question Migrants – Santé – Prévention – Tabac. Cette démarche peut être résumée ainsi :

| Types de publications/documents | Sources |
|---|--|
| Articles scientifiques | PubMed-Medline |
| | Cochrane Library |
| | SAPHIR ⁷ |
| | Publications de l'IUMSP, UNIL |
| | CINAHL ⁸ |
| Littérature grise (données statistiques, rapports officiels, documents politiques, documents de projets, évaluations, etc.) | Google Scholar |
| | SFM ⁹ |
| | Sites Internet d'organismes fédéraux et cantonaux de relevés statistiques (OFS, SCRIS ¹⁰ , etc.) |
| | Sites Internet d'organismes fédéraux et cantonaux en lien avec la thématique santé et/ou migration (OFSP, OBSAN, SSP, etc.) |
| | Demande d'informations auprès d'experts suisses de la thématique santé et/ou migration et/ou prévention et/ou tabagisme : V. El Fehri (AT Suisse), P. Blatter (FPT), M. Graf et H. Kuendig (Addiction Info Suisse), L. Curt (OFSP, Section tabac et alcool), H. Jaccard (OBSAN), Y. Muller (MSF), J-F Etter (IMSP, UNIGE), G. Pannatier (RADIX), J. Dahinden (MAPS, UNIGE), R. Keller (tabac monitoring), C. Salis Gross (ISGF Zürich), Ph. Wanner (UNIGE), J-F. Savary (GREA) |
| | Demande d'informations auprès d'experts internationaux (ex. Section Migrant and Ethnic Minority Health, EUPHA ¹¹) |
| | Demande d'informations auprès de Collectifs de sans-papiers (suisse, vaudois, de la Côte). |

Nous précisons cependant que des informateurs-clés du dispositif cantonal vaudois de soutien/prise en charge de la santé des migrants seront questionnés, comme précédemment dit, de manière spécifique dans une seconde étape de la recherche.

Par ailleurs, nous recommandons de compléter ce travail préliminaire par une revue systématique et ciblée ainsi que par un recensement exhaustif des interventions (projets) menées dans le domaine de la prévention du tabagisme auprès des populations vulnérables, dont migrantes, en Suisse et ailleurs.

⁶ Non exhaustive (en raison des ressources temporelles disponibles).

⁷ Swiss Automated Public Health Information Resources.

⁸ Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature.

⁹ Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population (rattaché à l'UNINE).

¹⁰ Service cantonal (Vaud) de recherche et d'information statistiques.

¹¹ European Public Health Association

2. SYNTHÈSE DE L'INFORMATION

2.1 Populations migrantes en Suisse et dans le canton de Vaud

Immigrés, étrangers, réfugiés, sans-papiers ou encore " personnes d'origine étrangère ", l'usage parfois indifférencié de ces termes témoigne d'une certaine confusion dans l'ensemble de la société sur le statut des migrants en Suisse et ailleurs. Les éléments ci-dessous¹² devraient fournir au lecteur de plus amples précisions ; des informations et définitions complémentaires seront amenées plus tard dans le document.

|  Terminologies : résumé | |
|---|---|
| Personnes ayant une composante migratoire | → Personnes nées à l'étranger et dont un des parents au moins est également né à l'étranger et → Personnes nées en Suisse et dont un des parents au moins est né à l'étranger (OFSP, 2010) |
| Migrant | Personne ayant vécu à l'étranger et résidant désormais en Suisse, terme utilisé notamment en santé publique |
| Immigré | Personne née étrangère dans un pays étranger et résidant désormais en Suisse, terme et définition généralement utilisé pour le recensement démographique. Une personne reste immigrée même si elle acquiert la nationalité suisse |
| Étranger | Personne qui n'a pas la nationalité suisse, terme utilisé par les autorités de police et les associations de soutien juridique notamment. |
| Exilé | Personne contrainte de vivre hors de son pays d'origine, terme évoquant notamment les conséquences psychologiques des migrations forcées |
| Requérant d'asile | Personne qui, au titre de la Convention de Genève de 1951, demande formellement la protection de la Suisse et souhaite être reconnue comme « réfugié statutaire » et pouvoir bénéficier de la protection juridique et de l'assistance matérielle que ce statut implique (permis N ou F) |
| Non-entrée en matière (NEM) | Personne dont la demande d'asile – pour des raisons formelles (non collaboration, absence de documents valides, etc.) – ne connaîtra pas un traitement plus approfondi ; la personne doit en règle générale quitter immédiatement la Suisse. Si elle ne le fait pas, elle bascule du côté des sans-papiers, « clandestins » |
| Réfugié reconnu ou statutaire | Personne qui, dans son Etat d'origine ou dans son Etat de dernière résidence, est exposée à de sérieux préjudices ou craint à juste titre de l'être en raison de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un groupe social déterminé ou de ses opinions politiques et a, pour cela, obtenu un permis de résidence suite à l'obtention du droit d'asile, ainsi que les membres de sa famille. Les réfugiés reconnus ont droit à une autorisation de séjour (permis) puis, après 5 ans, à une autorisation d'établissement (permis B ou C) |
| Cas humanitaire | Personne d'origine étrangère disposant d'une autorisation de séjour consécutive à un cas personnel d'extrême gravité (permis B) |
| Sans-papiers ou clandestin | Personne de nationalité étrangère vivant en Suisse au-delà du temps d'un séjour touristique et qui n'a pas requis, ou n'a pas obtenu, ou a perdu une autorisation de séjour. De fait, le sans-papiers se définit par un étranger en séjour irrégulier, terme destiné par ses utilisateurs à souligner le caractère illégitime de la présence de la personne |

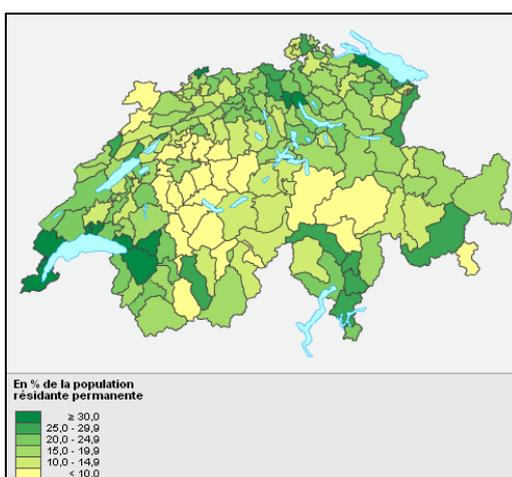
En Suisse, fin décembre 2009, **plus d'un million et demi (1'680'197)** de personnes de nationalité étrangère résidaient de manière permanente¹³ en Suisse, soit **un habitant sur cinq**. **En comparaison internationale, le taux**

¹² Adaptés à partir de : Aïna Stanojevich, 2007 ; Bodenmann et al. 2007 ; SCRIS, 2010 ; OFM, 2010.

¹³ La population résidente permanente étrangère se définit comme la population au bénéfice d'un permis annuel ou d'établissement. La catégorie « permis annuel » regroupe les titulaires d'une autorisation de séjour d'une année au moins, soit : permis de séjour (permis B) ; permis de séjour de courte durée (permis L) pour un séjour ininterrompu de douze mois ou plus ; permis de séjour pour les familles de fonctionnaires d'organisations internationales (permis Ci). La catégorie « permis d'établissement (ou permis C) » regroupe les personnes d'origine étrangère qui, après un séjour de plusieurs années en Suisse, ont reçu l'autorisation de s'y établir

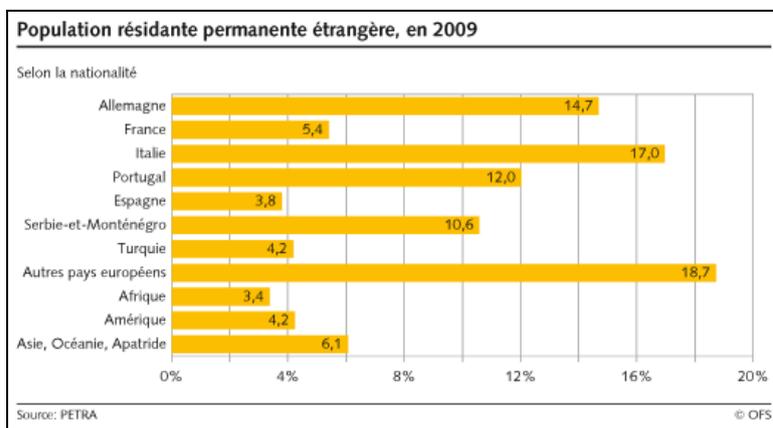
de 22% est très élevé. Il représente plus du double de la moyenne des Etats membres de l'Union européenne (ODM, 2010). Cette situation s'explique principalement par de grandes vagues d'immigration, par une politique de naturalisation restrictive, et par un taux de natalité élevé et un faible taux de mortalité de la population étrangère.

La proportion de ressortissants étrangers est **plus élevée dans les centres urbains** (phénomène encore renforcé dans les régions frontalières). Enfin, c'est dans la partie occidentale et méridionale de la Suisse que la part relative des ressortissants étrangers est la plus élevée ; les cantons de Zürich, **Vaud**, Genève, Argovie et Berne hébergent plus de la moitié de l'ensemble des ressortissants étrangers (voir carte ci-dessous).



© OFS, ThemaKart - Neuchâtel 2010

Les **ressortissants provenant d'un pays européen restent les plus nombreux** et représentent 86,3% de la population résidente permanente étrangère en Suisse (dont près des deux tiers provient d'un pays de l'UE ou de l'AELE). La population étrangère la plus importante est composée par les **Italiens (17%)**, suivis des ressortissants de l'**Allemagne (14,7%)**, du **Portugal (12%)** et de la **Serbie-et-Monténégro (10,6%)** (voir graphique ci-dessous).



Or, **de plus en plus de personnes proviennent de pays lointains**. Ainsi, la proportion de ressortissants provenant d'un pays hors de l'Europe a augmenté de 7 points depuis 1980 pour atteindre 13,7% aujourd'hui (OFS, 2010).

Contrairement à la population suisse où les femmes sont majoritaires, les **hommes sont plus nombreux** dans la population résidente permanente. Concernant la structure par âges de la population étrangère, plus de 55% de la population résidente permanente étrangère est recensée dans les groupes d'âges s'échelonnant de **20 à 49 ans** (ODM, 2010).

pour une durée indéterminée (SCRIS, 2010). De fait, la population résidente permanente étrangère comprend les réfugiés statutaire et humanitaires mais pas la population étrangère se référant au domaine de l'asile, pas les NEM et, évidemment, pas les sans-papiers. De fait, mais nous le verrons plus tard, la population résidente permanente étrangère, outre les réfugiés statutaires, ne comprend pas les migrants disposant des statuts le plus précaires, et donc étant reconnus comme les plus vulnérables.

La ventilation de la population résidente permanente étrangère selon l'**état civil** et la nationalité révèle de **grandes disparités**. Celles-ci sont expliquées essentiellement par le motif d'immigration, par la proximité d'origine et par l'appartenance à une nationalité présente en Suisse depuis des décennies. Ainsi, les ressortissants du Brésil et du Sri Lanka sont, dans la majorité, mariés. Les ressortissants italiens – appartenant à une immigration antérieure dont le flux s'est considérablement tari aujourd'hui – présentent un taux de célibat inférieur à la moyenne et un taux de veuvage important. Les ressortissants allemands, quant à eux, témoignent un taux de célibat, de divorce et de veuvage supérieur à la moyenne.

Les **réfugiés reconnus** représentent 1,4% de la population résidente permanente étrangère, soit environ **24'000 personnes** (fin 2009) (ODM, 29010). La **majorité d'entre eux proviennent d'Europe**, essentiellement de **Turquie, Bosnie-Herzégovine** ainsi que de **Serbie**. Un tiers des réfugiés reconnus sont originaires d'un pays d'Asie, en particulier d'**Irak**, du Vietnam ou d'**Afghanistan**.

A la population résidente permanente étrangère s'ajoute la **population résidente non permanente étrangère**. Cette dernière comprend la population étrangère au bénéfice d'une autorisation de séjour de courte durée (permis L)¹⁴. La part de la population résidente non permanente étrangère est minime en comparaison du total de la population résidente étrangère (ODM, 2010). La population majoritaire lorsque nous parlons de population résidente non permanente étrangère est la **population liée au domaine de l'asile**. Celle-ci comprend tous les ressortissants étrangers ayant déposé une demande d'asile en Suisse et se trouvant en phase de procédure ou d'exécution du renvoi (permis N), ou ayant été admis provisoirement (permis F). En 2009, le nombre de demandes d'asile s'est sensiblement accru, passant de 11'062 en 2008 à 16'005 en 2009 (ODM, 2010).

Les principaux pays de provenance sont, par ordre décroissant : le Nigeria, l'Erythrée, le Sri Lanka, l'Irak, la Somalie, l'Afghanistan, la Géorgie, la Serbie-et-Monténégro et la Turquie. Par contre, les personnes dans le processus d'asile (c'est-à-dire pour lesquelles il y a eu une entrée en matière de la demande) proviennent essentiellement de : la **Serbie-et-Monténégro, la Somalie, le Sri Lanka, l'Irak, l'Angola, la Turquie** et la **Bosnie-Herzégovine** (voir tableau ci-dessous).

| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|-----------------------|------|------|------|------|------|
| Total | 48.2 | 44.9 | 40.7 | 40.8 | 40.3 |
| Dont: | | | | | |
| Serbie-et-Monténégro | 10.5 | 9.5 | 7.8 | 7.1 | 6.1 |
| Bosnie et Herzégovine | 3.4 | 2.7 | 2.2 | 1.7 | 1.5 |
| Turquie | 2.7 | 2.3 | 2.1 | 1.8 | 1.6 |
| Sri Lanka | 2.5 | 2.3 | 2.3 | 3.1 | 4.0 |
| Somalie | 3.8 | 3.5 | 3.3 | 4.8 | 4.5 |
| Irak | 3.4 | 3.6 | 3.5 | 3.6 | 3.3 |
| Angola | 2.7 | 2.5 | 2.3 | 1.9 | 1.7 |
| Ethiopie | 1.6 | 1.5 | 1.1 | 0.7 | 0.7 |
| Algérie | 0.8 | 0.7 | 0.6 | 0.2 | 0.3 |
| Iran | 1.1 | 1.2 | 1.2 | 1.2 | 1.2 |

Source: PETRA

A toute cette population étrangère qui, de par son statut, est répertoriée par les statistiques fédérales, s'ajoute la population étrangère non recensée car sans autorisation de séjour, à savoir les **sans-papiers**¹⁵. Cependant, discuter de thématiques liant migration et santé oblige à les inclure malgré tout (et surtout) car ils se caractérisent, aux côtés des demandeurs d'asile et des réfugiés, par leur plus grande vulnérabilité, notamment dans le domaine de la santé (Bodenmann et al. 2007).

Les immigrés en situation irrégulière, exclus par définition du système de recensement (et de protection sociale), constituent effectivement la population la plus vulnérable, également très nombreuse. Le nombre d'étrangers en situation irrégulière ne cesse d'augmenter parallèlement à l'accroissement de la mondialisation de l'économie et à l'intensification des mouvements migratoires. L'administration fédérale n'a cependant aucune estimation de leur nombre. Aussi, collecter des informations quant à leur nombre exact, origines, statuts sociodémographiques et autres

¹⁴ Séjour de moins de douze mois.

¹⁵ Donnons une précision terminologique : « Etrangers en situation irrégulière », « clandestins », « sans-papiers », « illégaux »... la réalité est la même pour tous: elle désigne ceux dont la situation est irrégulière en Suisse – que les intéressés possèdent ou non un passeport de leur pays d'origine.

relève de l'approximation. Les données proviennent essentiellement des organismes de soutien (Collectif national des sans-papiers par exemple), d'organisations non gouvernementales (médicales notamment, comme la Croix-Rouge suisse, Médecins sans frontières ou encore Médecins du monde), de structures municipales à bas seuil (le Point d'Eau à Lausanne par exemple) ou encore, de structures hospitalières cantonales accueillant spécifiquement des populations vulnérables (l'UPV-PMU sur le territoire vaudois, l'UMSCO à Genève notamment).

Les représentants de ces structures estiment que leur nombre oscille, **en Suisse, entre 150'000 et 300'000 personnes** (soit 2% de la population), réparties entre les communautés **latino-américaines, africaines, asiatiques et d'Europe de l'Est**. Les immigrés en situation irrégulière se composent essentiellement d'immigrés économiques, de personnes ayant perdu leur permis de séjour (permis B) notamment suite à un divorce et de requérants déboutés (MSF, 2002).

Les caractéristiques sociales des sans-papiers en Suisse sont peu connues. MSF (MSF, 2002) a toutefois tiré d'observations sur le terrain et de propos recueillis diverses informations les concernant que nous présentons succinctement ci-dessous.

Le **phénomène des sans-papiers semble essentiellement urbain**. Les femmes travaillent surtout dans les ménages, la garde d'enfants ou de personnes âgées, parfois la prostitution, avec de grandes variations selon la communauté d'origine. Les hommes, eux, sont essentiellement employés dans les entreprises de nettoyage, la restauration, l'agriculture et dans une moindre mesure la construction. Venus en Suisse pour travailler, les sans-papiers forment **une population essentiellement jeune, soit plutôt féminine soit plutôt masculine selon les communautés**. Le salaire moyen d'un sans-papiers tourne autour de 1'000 à 1'500.-/mois. Parfois il ne dépasse pas quelques centaines de francs.

L'arc lémanique est un pôle d'attraction important pour les sans-papiers. Les avantages y sont nombreux : proximité de la frontière, possibilités d'emploi plus importantes, plus grande facilité à passer inaperçu en raison de la forte présence d'étrangers réguliers, meilleure reconnaissance politique locale et meilleure organisation des réseaux de sans-papiers.

Dans plusieurs cantons, les sans-papiers sont **organisés en collectifs**, plus ou moins soutenus par les associations locales et les sympathisants de la cause, qui luttent pour la reconnaissance de cette population. De nombreuses associations travaillent aussi, mais pas exclusivement, avec les sans-papiers dans les domaines du droit, du travail, de l'éducation, de la santé.

Dans le canton de Vaud, la population résidente permanente étrangère¹⁶ s'élève à **209'895 personnes** à fin 2009, **soit 30 % de la population vaudoise**. Ainsi, le canton de Vaud est le deuxième canton suisse (après Zürich) en termes de proportion de population résidente permanente étrangère (voir tableau ci-dessous).

¹⁶ Définie comme la population au bénéfice d'un permis annuel ou d'établissement. La catégorie « permis annuel » regroupe les titulaires d'une autorisation de séjour d'une année au moins, soit : permis de séjour (permis B) ; permis de séjour de courte durée (permis L) pour un séjour ininterrompu de douze mois ou plus ; permis de séjour pour les familles de fonctionnaires d'organisations internationales (permis Ci). La catégorie « permis d'établissement (ou permis C) » regroupe les personnes d'origine étrangère qui, après un séjour de plusieurs années en Suisse, ont reçu l'autorisation de s'y établir pour une durée indéterminée (SCRIS, 2010).

| | En tout | | Variation annuelle 2008 | | |
|---------------|------------------|-----------------|-------------------------|-------------|----------------------|
| | Effectif | En % de la pop. | Absolue | En % | En % du total suisse |
| Suisse | 1 680 197 | 21.6 | +41 248 | +2.5 | 100.0 |
| Zurich | 319 274 | 23.6 | +6 764 | +2.2 | 16.4 |
| Vaud | 209 895 | 30.1 | +7 290 | +3.6 | 17.7 |
| Genève | 152 082 | 33.7 | +2 822 | +1.9 | 6.8 |
| Argovie | 128 500 | 21.4 | +4 815 | +3.9 | 11.7 |
| Berne | 124 359 | 12.8 | +3 497 | +2.9 | 8.5 |
| Saint-Gall | 102 946 | 21.7 | +1 869 | +1.8 | 4.5 |
| Tessin | 84 984 | 25.3 | +939 | +1.1 | 2.3 |
| Valais | 62 578 | 20.4 | +2 231 | +3.7 | 5.4 |
| Lucerne | 60 886 | 16.3 | +1 236 | +2.1 | 3.0 |
| Bâle-Ville | 58 480 | 31.1 | +1 718 | +3.0 | 4.2 |
| Autres | 376 213 | 18.6 | +8 067 | +2.2 | 19.6 |

Source : Office fédéral des migrations

L'attractivité particulière du canton de Vaud vis-à-vis de la population étrangère s'explique par sa situation de canton frontalier et par son développement économique. De plus, l'immigration de personnes actives d'origine étrangère a été encouragée par l'entrée en vigueur de l'accord sur la libre circulation des personnes (ALCP) avec l'Union européenne, en 2002. Entre 1950 et 2008, la population étrangère du canton a été multipliée par 7,3 (+175'000 personnes). En Suisse, elle a été multipliée par 5,9 durant la même période (SCRIS, 2010).

Outre le district de Lausanne (totalisant 26% de la population résidente étrangère), ceux de l'Ouest lausannois, de la Riviera – Pays d'Enhaut et de Nyon accueillent une proportion de la population supérieure à la moyenne cantonale (voir tableau ci-dessous).

|  | | | |
|---|----------------|-------------------------|----------------|
| Population résidente permanente par origine et district, Vaud, 2009 | | | |
| District | Suisses | Etrangers ¹⁾ | Total |
| Canton | 487'907 | 209'895 | 697'802 |
| Aigle | 26'311 | 12'569 | 38'880 |
| Broye-Vully | 27'110 | 8'153 | 35'263 |
| Gros-de-Vaud | 31'966 | 5'118 | 37'084 |
| Jura-Nord vaudois | 62'272 | 17'493 | 79'765 |
| dont La Vallée | 5'105 | 1'260 | 6'365 |
| Lausanne | 92'874 | 54'815 | 147'689 |
| dont Lausanne ville | 75'397 | 50'149 | 125'546 |
| Lavaux-Oron | 42'795 | 12'771 | 55'566 |
| Morges | 55'456 | 16'776 | 72'232 |
| Nyon | 59'458 | 26'419 | 85'877 |
| Ouest lausannois | 38'031 | 28'468 | 66'499 |
| Riviera-Pays-d'Enhaut | 51'634 | 27'313 | 78'947 |
| dont Pays-d'Enhaut | 3'656 | 933 | 4'589 |

1) Avec permis de séjour annuel ou d'établissement.

Source: SCRIS, Statistique annuelle de la population

La population étrangère dans le canton de Vaud se caractérise par une grande diversité ; plus de 160 nationalités différentes se côtoient et coexistent. La plupart des personnes étrangères vivant dans le canton sont originaires de l'Union européenne à 27 pays (UE-27), soit 71 % du total à fin 2009. Les Etats d'Europe les plus représentés sont, par ordre d'importance, **le Portugal, la France, l'Italie, la Serbie-et-Monténégro (y.c. Kosovo)¹⁷, l'Espagne, La**

¹⁷ Il n'est pas encore possible de faire la distinction entre les différentes nationalités (SCRIS, 2010).

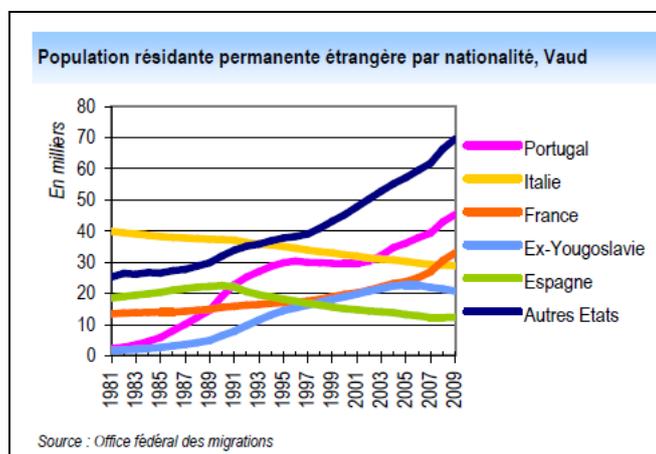
Grande-Bretagne, l'Allemagne, la Belgique, la Bosnie et Herzégovine et la Macédoine. Quant aux autres continents, ce sont l'Afrique et l'Asie qui sont surreprésentés (voir tableau ci-dessous).

| Population résidente permanente étrangère (1) | | |
|--|----------------|--------------|
| par nationalité, Vaud, 2009 | | |
| Nationalité | Effectif | En % |
| Union européenne (2) | 148 961 | 71.0 |
| Allemagne | 6'695 | 3.2 |
| Autriche | 770 | 0.4 |
| Belgique | 3'451 | 1.6 |
| Bulgarie | 288 | 0.1 |
| Chypre | 31 | 0.0 |
| Danemark | 578 | 0.3 |
| → Espagne | 12'317 | 5.9 |
| Estonie | 31 | 0.0 |
| Finlande | 379 | 0.2 |
| → France | 33'009 | 15.7 |
| Grande-Bretagne | 8'101 | 3.9 |
| Grèce | 703 | 0.3 |
| Hongrie | 473 | 0.2 |
| Irlande | 545 | 0.3 |
| → Italie | 28'924 | 13.8 |
| Lettonie | 100 | 0.0 |
| Lituanie | 79 | 0.0 |
| Luxembourg | 212 | 0.1 |
| Malte | 17 | 0.0 |
| Pays-Bas | 2'502 | 1.2 |
| Pologne | 1'406 | 0.7 |
| → Portugal | 45'288 | 21.6 |
| République tchèque | 365 | 0.2 |
| Roumanie | 929 | 0.4 |
| Slovaquie | 277 | 0.1 |
| Slovénie | 92 | 0.0 |
| Suède | 1'399 | 0.7 |
| Autres pays d'Europe | 26'552 | 12.7 |
| → Bosnie et Herzégovine | 3'229 | 1.5 |
| Croatie | 842 | 0.4 |
| Macédoine | 2'734 | 1.3 |
| Norvège | 324 | 0.2 |
| Russie | 1'576 | 0.8 |
| → Serbie-et-Monténégro (y c. Kosovo) (2) | 13'843 | 6.6 |
| → Turquie | 3'063 | 1.5 |
| Ukraine | 536 | 0.3 |
| Autres | 405 | 0.2 |
| Total Europe | 175'513 | 83.6 |
| Autres continents | 34'339 | 16.4 |
| Afrique | 11'304 | 5.4 |
| Amérique du Nord | 5'017 | 2.4 |
| Amérique latine | 7'002 | 3.3 |
| Asie | 10'397 | 5.0 |
| Australie/Océanie | 619 | 0.3 |
| Total (3) | 209'852 | 100.0 |

1) Avec permis de séjour annuel ou d'établissement. 2) Il n'est pas encore possible de faire la distinction entre les différentes nationalités. 3) Y compris 43 apatrides et personnes de nationalité inconnue.

Source: ODM, SYM/C

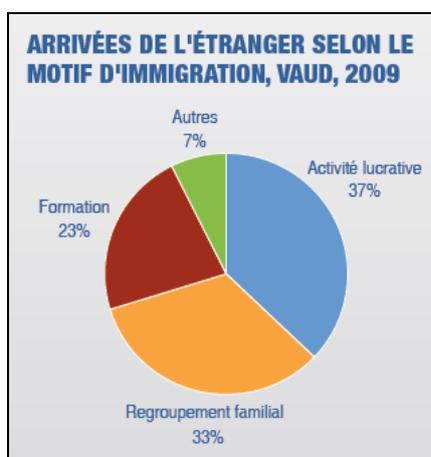
De manière résumée, les principales nationalités de la population résidente étrangère dans le canton de Vaud sont : 1) le Portugal 2) la France 3) l'Italie 4) l'Ex-Yougoslavie et 5) l'Espagne (voir figure ci-dessous).



Notons, pour clarification, que la Yougoslavie était le nom d'un État d'Europe du Sud-Est ayant existé sous différentes formes entre 1918 et 2003 et ayant regroupé les actuels pays de Slovénie, Croatie, Bosnie-Herzégovine, Monténégro, Serbie, Macédoine, ainsi que la république du Kosovo dont l'indépendance n'est pas unanimement reconnue.

En termes d'évolution, il est à souligner que, durant les cinq dernières années, ce sont **les communautés portugaise et française qui ont le plus augmenté**, suivies des communautés anglaise, allemande et brésilienne. En revanche, les communautés italienne et espagnole sont celles dont l'effectif diminue le plus, bien qu'elles soient toujours très présentes dans le canton. Nombre de leurs membres quittent la Suisse au terme de leur activité professionnelle ou obtiennent la nationalité suisse par naturalisation. Elles sont suivies des communautés macédonienne, sri lankaise et turque (SCRIS, 2010).

Les immigrants sont **essentiellement des travailleurs et leur famille, ou des étudiants**. La plupart des arrivants sont des **jeunes adultes ou des enfants**. L'activité lucrative concerne une majorité d'hommes, tandis que les regroupements familiaux et la formation sont majoritairement féminins. Avec les années, la part de la population active parmi les nouveaux arrivants s'accroît, au détriment des autres motifs d'immigration (de 24 % des arrivées en 2002 à 37 % en 2009) (voir figure ci-dessous).



Source : Office fédéral des migrations

Les motifs d'immigration se distinguent fortement d'une nationalité à l'autre. Si, en 2009, plus de la moitié des arrivées en provenance de l'UE-27 ont pour motif l'activité lucrative, ce n'est le cas que pour 11 % des arrivées en provenance des Etats tiers. Concernant ces derniers, c'est le regroupement familial et la formation qui expliquent l'essentiel de l'immigration ; pour ces pays, l'accès au marché du travail suisse est plus hermétique et réservé aux

personnes hautement qualifiées. **Le regroupement familial est même à l'origine de plus d'une arrivée sur deux en provenance d'Afrique (51 % en 2009) et d'Amérique latine (64 %), tandis que la formation arrive largement en tête pour les arrivées en provenance d'Asie (63 %).**

Parmi la population résidente permanente étrangère, près de **70% des individus appartiennent à la classe d'âge 20 – 64 ans** (contre 58% parmi la population suisse). Aussi, alors que la population vaudoise compte davantage de femmes, la population résidente permanente étrangère est composée **d'avantage d'hommes** (52%). Finalement, les hommes et les femmes de la population résidente permanente étrangère sont, dans la majorité des cas et à l'instar de la population vaudoise, **mariés**. (SCRIS, 2010).

A la population résidente permanente étrangère s'ajoute la **population résidente non permanente étrangère**. Cette dernière comprend la population étrangère en court séjour (permis L)¹⁸, les fonctionnaires d'organisations internationales et les requérants d'asile. Elle totalise 9'719 personnes (voir tableau ci-dessous).

| | Effectif | Variation annuelle 2009 (1) | | |
|--|----------------|-----------------------------|-------------|------------------|
| | | Absolue | En % | Var. suisse en % |
| Population permanente | 209 895 | +7 290 | +3.6 | +2.5 |
| Etablie (permis C) | 128 380 | +142 | +0.1 | +0.7 |
| Annuelle (permis B + L ≥ 1 an) | 81 515 | +7 148 | +9.6 | +6.3 |
| Population non permanente | | | | |
| En court séjour (permis L < 1 an) | 2 953 | +208 | +7.6 | -9.6 |
| Fonctionnaires d'org. internationales | 2 493 | +115 | +4.8 | ... |
| Population liée à l'asile (permis N + F) | 4 273 | -18 | -0.4 | -1.2 |

Source : Office fédéral des migrations

Parmi la population résidente non permanente étrangère, **les requérants d'asile**, au nombre de 4'273 (fin 2009), représentent les personnes demandant l'asile politique à la Suisse. Différentes situations sont à distinguer (SCRIS, 2010) :

- les cas en suspens en 1^{er} instance (permis N) : le dossier est en cours de traitement ;
- les cas en suspens en 2^e instance (permis N) : un recours est pendant ;
- les requérants déboutés (permis N) : demandes refusées au terme de la procédure, en attente de l'exécution du renvoi. Soulignons qu'un requérant d'asile débouté est un sans-papiers potentiel... (Schoch, 2004) ;
- les admissions provisoires (permis F) : demandes refusées mais pas d'expulsion, lorsque le renvoi est illicite (menace concrète, violation de la Convention des droits humains), non raisonnablement exigible (guerre, détresse personnelle grave) ou impossible (voyage techniquement impossible).

Les **personnes frappées d'une décision de non-entrée en matière (NEM)**¹⁹ regroupent les individus ayant déposé une demande d'asile mais déboutées d'office à leur entrée en Suisse, lorsque leur demande est jugée manifestement infondée ou non crédible. Dans ces cas, la procédure asile n'est pas enclenchée ; ces personnes ne reçoivent pas le statut de requérants et n'entrent pas dans la population relevant du domaine de l'asile. Le nombre de NEM est difficile à établir puisqu'il n'y a pas de traçabilité administrative pour la grande majorité d'entre eux. Cependant, **dans le canton de Vaud, ils sont estimés à 1'000** (Bodenmann et al. 2007).

Parmi les requérants d'asile, les **admissions provisoires (permis F) représentent la majorité des situations (66%)** (voir tableau ci-dessous).

¹⁸ Permis de séjour de courte durée pour un séjour de moins de douze mois.

¹⁹ Personnes dont la demande d'asile – pour des raisons formelles (non collaboration, absence de documents valides, etc.) – ne connaîtra pas un traitement plus approfondi ; la personne doit en règle générale quitter immédiatement la Suisse (Bodenmann et al. 2007).

| Requérants d'asile par statut, Vaud, 2009 | | |
|--|--------------|---------------|
| | T01.02.19 | |
| Statut | Vaud | Suisse |
| Cas en suspens 1 ^e instance | 905 | 12'395 |
| Cas en suspens 2 ^e instance | 448 | 4'744 |
| Admissions provisoires | 2'821 | 22'682 |
| Personnes déboutées | 75 | 380 |
| Cas spéciaux statistiques | 24 | 118 |
| Total | 4'273 | 40'319 |

Source: ODM, SYMIC

Les requérants d'asile recouvrent un large éventail de nationalités, dont la **Serbie-et-Monténégro (y.c. Kosovo), la Somalie et la Bosnie et Herzégovine** arrivent en tête (voir tableau ci-dessous).

| Requérants d'asile par nationalité, Vaud, 2009 | | |
|---|--------------|--------------|
| | T01.02.20 | |
| Nationalité | Effectif | En % |
| → Serbie-et-Monténégro (y c. Kosovo) | 940 | 22.0 |
| Somalie | 518 | 12.1 |
| Bosnie et Herzégovine | 366 | 8.6 |
| Erythrée | 283 | 6.6 |
| Irak | 269 | 6.3 |
| Congo RDC | 253 | 5.9 |
| Angola | 244 | 5.7 |
| Sri Lanka | 236 | 5.5 |
| Turquie | 104 | 2.4 |
| Afghanistan | 90 | 2.1 |
| Syrie | 88 | 2.1 |
| Ethiopie | 81 | 1.9 |
| Russie | 73 | 1.7 |
| Nigéria | 68 | 1.6 |
| Autres | 660 | 15.4 |
| Total | 4'273 | 100.0 |

1) Il n'est pas encore possible de faire la distinction entre les différentes nationalités.

Source: ODM, SYMIC

Le nombre total de personnes en cours de procédure d'asile dans le canton, qui s'élevait à 11'600 en 1999, a **fortement diminué** ces dernières années puisqu'il représente, fin 2009, que 4'300 personnes; un recul qui s'explique notamment par l'amélioration de la situation politique dans les Balkans (SCRIS, 2010).

Dans le canton de Vaud, parmi **les personnes ayant déposé une demande d'asile en 2008²⁰ plus d'un tiers sont originaires d'Erythrée, de Somalie ou du Nigéria**. L'Office fédéral des migrations met ce fait en lien avec la modification des routes migratoires depuis l'Afrique subsaharienne ; le nombre de personnes traversant la Méditerranée depuis la Libye en direction du Sud de l'Italie a doublé en 2008 ; une grande partie d'entre elles poursuivent leur route, notamment vers la Suisse. Par ailleurs, **les demandes d'asile de personnes provenant du Sri Lanka augmentent depuis 2006**. La reprise du conflit armé, début 2008, n'a fait qu'aggraver la situation dans le pays (SCRIS, 2010).

²⁰ Se réfère ainsi aux nouvelles demandes d'asile (par opposition aux procédures d'asile en cours).

Sans compter les admissions accordées à titre humanitaire²¹, le **taux de reconnaissance (octroi de l'asile²²) se fixe, pour le canton de Vaud, à près de 13% en 2009** (voir tableau ci-dessous).

| Demandes d'asile, cas réglés et demandes en suspens (1) en 1 ^e instance, Vaud | | |
|--|-----------|-------|
| | T01.02.21 | |
| Statut | 2004 | 2009 |
| Nouvelles demandes | 1'268 | 1'401 |
| Cas réglés en 1^e instance | 1'688 | 1'477 |
| Octrois de l'asile | 145 | 174 |
| Taux de reconnaissance en % (2) | 9.6 | 12.8 |
| Demandes rejetées | 960 | 489 |
| Non-entrées en matière (NEM) | 404 | 695 |
| Radiations | 179 | 119 |
| Demandes en suspens en 1^e instance | 537 | 905 |

(1) Recours non compris. (2) Octrois par rapport à l'ensemble des décisions (octrois + rejets + NEM, mais sans les radiations).

Source: ODM, SYMIC

La **population réfugiée** reconnue comprend diverses nationalités, dont²³ la **Bosnie et Herzégovine (10,5%)**, le **Vietnam (9,9%)**, la **Serbie-et-Monténégro (Y.C. Kosovo) (9,3%)**, l'**Irak (8,8%)**, la **Turquie (8,2%)**, l'**Erythrée (8%)** et l'**Afghanistan (5,4%)**.

De même, les bénéficiaires d'un permis de séjour délivré à titre humanitaire proviennent de différentes origines, dont la **Serbie-et-Monténégro (Y.C. Kosovo) (31,5%)**, la **Bosnie et Herzégovine (21%)**, le **Sri Lanka (11,3%)**, la **RDC (6%)**, l'**Ethiopie (5,7%)**, l'**Angola (5,3%)**.

Comme pour la Suisse dans son ensemble, à ces populations résidentes permanentes et non permanentes étrangères « officielles », doivent être ajoutés les immigrants en situation illégale, à savoir les **sans-papiers**. Ils sont, dans le canton de Vaud, estimés entre **10'000 à 12'000 personnes** (Bodenmann et al. 2007).

A l'instar de l'échelon national, il n'existe aucune donnée statistique cantonale sur ces populations. Nous proposons dès lors, malgré les limites évidentes que cela représente (tous les sans-papiers ne se rendent pas en consultation hospitalière) et ainsi de leur non-représentativité de la population des sans-papiers vaudoise dans son ensemble, de disposer des résultats d'une étude observationnelle menée de 2001 à 2003 à la PMU de Lausanne (Schoch, 2004) pour tenter de mieux saisir les éventuelles spécificités des immigrants en situation illégale dans le canton.

Les principales caractéristiques socio-démographiques de cette population de patients apparaissent dans le tableau ci-dessous :

²¹ Les cas humanitaires recouvrent les autorisations de séjour accordées à des personnes d'origine étrangère dans un cas personnel d'extrême gravité. Comme les réfugiés reconnus, elles sont comptées parmi la population résidente permanente (permis B) (SCRIS, 2010).

²² Les réfugiés reconnus sont les personnes ayant reçu un permis de résidence suite à l'obtention du droit d'asile, ainsi que les membres de leur famille ; les réfugiés sont donc comptés dans la population résidente permanente (permis B ou C) (SCRIS, 2010).

²³ Chiffres de 2008 (SCRIS, 2010)

Tableau 1 : Caractéristiques socio-démographiques des 477 patients sans-papiers

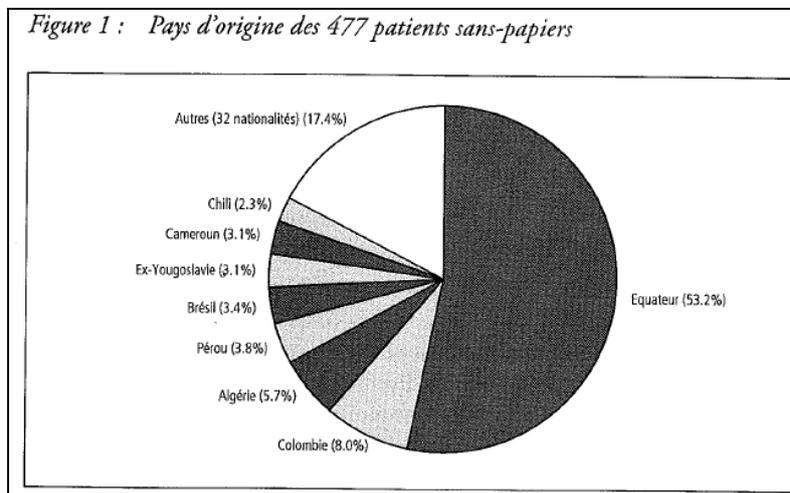
| | | IC ² 95% |
|-------------------------------------|------|---------------------|
| Genre (% femmes) | 60.2 | 55.8–64.6 |
| Age moyen (années) | 34.1 | 33.1–35.2 |
| État civil (%) célibataires | 51.6 | 47.1–56.1 |
| marié(e)s | 35.1 | 30.8–39.4 |
| divorcé(e)s | 7.3 | 4.9–10.5 |
| séparé(e)s | 3.2 | 1.6–4.8 |
| veuf(ve)s | 2.8 | 1.3–4.3 |
| Durée moyenne de scolarité (années) | 10.4 | 10.0–10.9 |
| Formation professionnelle (%) | 47.1 | 41.8–52.5 |
| Durée moyenne de séjour (mois) | 23.4 | 20.7–26.1 |

² Intervalle de confiance.

(Schoch, 2004)

Dans presque trois quarts des cas, ces patients proviennent de l'Amérique du Sud, et plus particulièrement de l'Equateur (voir figure ci-dessous).

Figure 1 : Pays d'origine des 477 patients sans-papiers



(Schoch, 2004)

Monsieur Philippe Sauvin du Collectif des sans-papiers de la Côte nous confirme cependant ces données²⁴. La provenance des sans-papiers séjournant sur le territoire vaudois regroupe en effet : **l'Amérique du Sud** (Chili, Brésil, Pérou, Colombie et, plus largement semble-t-il, l'**Equateur**²⁵), les **Balkans** (une large part d'albanophones), **l'Europe de l'Est** (Roumanie, Bulgarie), les Philippines²⁶, l'Afrique du Nord²⁷ et la **Chine**.

Langues et religions

Appréhender la pluralité culturelle du canton de Vaud nécessite, outre la prise en compte des différentes nationalités et des différents statuts migratoires, de porter aussi notre attention sur les différentes langues ainsi que sur les différentes religions représentées sur notre territoire.

Dans le canton de Vaud, 82% de la population résidante, soit 524'200 personnes, sont de langue principale française selon le recensement fédéral de la population 2000. Viennent ensuite l'allemand (5%), l'italien (3%), le portugais (2%) et l'anglais (2%) (SCRIS, 2010).

²⁴ Entretien téléphonique le 25.10.2010.

²⁵ Lausanne compte une population importante d'équatoriens.

²⁶ Quoi que plus nombreux à Genève.

²⁷ Quoi qu'également plus nombreux à Genève.

Population résidante selon la langue principale, Vaud, 2000

| | Nombre | En % |
|------------------------------------|----------------|--------------|
| En tout | 640'657 | 100,0 |
| Français | 524'234 | 81,8 |
| Allemand | 30'408 | 4,7 |
| Italien | 18'713 | 2,9 |
| Portugais | 15'494 | 2,4 |
| Anglais | 12'600 | 2,0 |
| Espagnol | 10'312 | 1,6 |
| Langues slaves de l'ex-Yougoslavie | 6'070 | 0,9 |
| Albanais | 5'551 | 0,9 |
| Autres | 17'275 | 2,7 |

Source : SCRIS, 2010

Près des trois quarts de la population du canton, soit 472'000 personnes en 2000, appartiennent aux communautés protestantes et catholique romaine. Cependant, depuis quelques années, les religions non chrétiennes ont gagné en importance ; en particulier, les personnes d'appartenance musulmane représentent aujourd'hui 4% de la population vaudoise avec 24 800 personnes. Les communautés islamiques sont devenues la troisième communauté religieuse du canton, y compris parmi la population de nationalité suisse (SCRIS, 2010).

Population résidante selon l'appartenance religieuse, Vaud, 2000

| | Nombre | En % |
|-------------------------------------|----------------|--------------|
| En tout | 640'657 | 100,0 |
| Eglises et communautés protestantes | 256'507 | 40,0 |
| Eglise catholique romaine | 215'401 | 33,6 |
| Communautés islamiques | 24'757 | 3,9 |
| Communauté de confession juive | 2'062 | 0,3 |
| Autres appartenances religieuses | 18'091 | 2,8 |
| Sans appartenance religieuse | 89'405 | 14,0 |
| Sans indication | 34'434 | 5,4 |

Source : SCRIS, 2010

① Populations migrantes dans le canton de Vaud : résumé

| | Précision | Nombre (fin 2009) | Origine | Données socio-démographiques + divers |
|--|---|-------------------|--|--|
| Population résidente permanente étrangère (dont réfugiés) | <p>Ressortissants étrangers au bénéfice d'un permis annuel ou d'établissement (y.c. cas humanitaires et réfugiés reconnus)</p> <p>Ne sont pas compris dans la population résidente permanente étrangère : les personnes relevant du domaine de l'asile, les diplomates, les fonctionnaires internationaux ainsi que les membres de leur famille</p> | Près de 210'000 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Portugal ▪ France ▪ Italie ▪ Serbie-et-Monténégro (y.c. Kosovo) ▪ Espagne ▪ Grande-Bretagne ▪ Allemagne ▪ Belgique ▪ Bosnie et Herzégovine ▪ Macédoine ▪ Afrique et Asie <u>Populations réfugiées :</u> ▪ Bosnie et Herzégovine ▪ Vietnam ▪ Serbie-et-Monténégro (y.c. Kosovo) ▪ Irak ▪ Turquie ▪ Erythrée ▪ Afghanistan <u>Cas humanitaires :</u> ▪ Serbie-et-Monténégro (y.c. Kosovo) ▪ Bosnie et Herzégovine ▪ Sri Lanka ▪ Congo RDC ▪ Ethiopie ▪ Angola | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Classe d'âge 20 – 64 ans ▪ Majorité d'hommes ▪ Majorité de personnes mariées <u>Districts de résidence :</u> -Lausanne -Ouest lausannois -Riviera – Pays d'Enhaut -Nyon |
| Population liée à l'asile (majorité de la population résidente non permanente étrangère) | Tous les ressortissants étrangers ayant déposé une demande d'asile en Suisse et se trouvant en phase de procédure ou d'exécution du renvoi (permis N), ou ayant été admis provisoirement (permis F) | Plus de 4'200 | <p><u>Personnes en cours de procédure d'asile :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Serbie-et-Monténégro (y.c. Kosovo) ▪ Somalie ▪ Bosnie et Herzégovine ▪ Erythrée ▪ Irak ▪ Congo RDC ▪ Angola ▪ Sri Lanka <p><u>Personnes ayant déposé une demande d'asile en 2009 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Erythrée ▪ Somalie ▪ Nigeria | |
| Non-entrée en matière (NEM) | Individus ayant déposé une demande d'asile mais déboutés d'office à leur entrée en Suisse, lorsque leur demande est jugée infondée. Dans ces cas, la procédure asile n'est pas enclenchée ; ces personnes ne reçoivent pas le statut de requérants et n'entrent pas dans la population relevant du domaine de l'asile | Env. 1'000 | | |

| | | | | |
|---------------------|---|------------------------|---|-------------------------------|
| Sans-papiers | Individus n'étant pas en mesure de présenter un document traduisant un séjour légal en Suisse. Ces personnes sans statut légal n'entrent dès lors pas dans la population résidente étrangère ni dans la population relevant du domaine de l'asile | Entre 10'000 et 12'000 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Amérique du Sud (Equateur, Chili, Brésil, Pérou, Colombie) ▪ Balkans (albanophones) ▪ Europe de l'Est (Roumanie, Bulgarie) ▪ Philippines ▪ Afrique du Nord ▪ Chine | Beaucoup dans l'arc lémanique |
|---------------------|---|------------------------|---|-------------------------------|

① Langues et religions dans le canton de Vaud

| | | | |
|------------------|---|--|--|
| Langues | 82% de la population résidante est de langue principale française. Viennent ensuite l'allemand (5%), l'italien (3%), le portugais (2%) et l'anglais (2%) | | |
| Religions | <p>Près des trois quarts de la population du canton appartiennent aux communautés protestantes et catholique romaine.</p> <p>Depuis quelques années, les religions non chrétiennes ont gagné en importance : les personnes d'appartenance musulmane représentent aujourd'hui 4% de la population vaudoise avec 24'800 personnes. Les communautés islamiques sont devenues la troisième communauté religieuse du canton.</p> | | |

2.2 Etat de santé, comportements en matière de santé et facteurs influant sur la santé des populations migrantes en Suisse

Le fait que la population migrante – nous l'avons vu dans le chapitre précédent en ce qui concerne la Suisse et le canton de Vaud – croisse de plus en plus engendre des défis en termes d'intégration pour les pays d'accueil. L'intégration est une tâche multisectorielle. Du point de vue sanitaire, elle signifie que la population migrante puisse réaliser son potentiel de santé au même titre que la population indigène. Atteindre cet objectif implique, premièrement, de saisir les particularités de son état de santé ; deuxièmement, d'identifier les facteurs susceptibles de compromettre son bien-être physique, psychique et social et, finalement, de mettre en place les mesures adéquates pour assurer l'égalité des chances²⁸ et l'accessibilité des soins et actions de prévention.

La santé des populations migrantes est dès lors devenue, depuis peu cependant, une source de préoccupations et un sujet d'études grandissants pour de nombreux pays d'accueil, occidentaux principalement. De fait, les études et écrits sur la thématique santé et migration sont de plus en plus denses et variés²⁹. Notre périmètre étant celui de la Suisse, et du canton de Vaud en particulier, nous privilégierons, dans ce chapitre du moins, les sources suisses.

L'état de santé des migrants en Suisse est moins bon que celui de la population autochtone. Une enquête s'inspirant de l'Enquête suisse sur la santé (ESS) – **Monitoring de l'état de santé de la population migrante en Suisse (GMM)**³⁰ – est menée actuellement pour la deuxième fois déjà auprès des migrants pour approfondir les connaissances sur leur santé. La collecte des données est programmée de septembre à décembre 2010. Le rapport final est attendu pour juin 2011 (GMM II).

Dans le cadre de la Stratégie Migration et Santé, une première enquête avait été menée en 2004 (GMM I) ; ce seront les données de celle-là que nous considérerons ici faute d'avoir en main celles de 2011. Des migrants ont été interrogés sur leur état de santé, leurs comportements en matière de santé, leur recours aux soins ainsi que sur d'autres aspects relatifs à leur intégration et à leur situation socio-économique. Ce monitoring a évalué la santé de migrants de diverses origines³¹, mais ne dispose toutefois pas de données sur les migrants originaires d'Asie, d'Afrique et d'Amérique latine ni sur les migrants sans autorisation de séjour.

Les conclusions de cette enquête sont reprises dans la publication « Qu'est-ce qu'on sait de l'état de santé des populations migrantes ? » de l'OFSP (2007). Nous en présentons les principaux résultats ci-dessous³².

Situation socio-démographique des migrants en Suisse

Sexe et âge

Dans la population suisse, les femmes sont légèrement en surnombre par rapport aux hommes. Chez les migrants interrogés dans le cadre du monitoring, le rapport est inverse, du moins chez ceux qui ont leur domicile permanent en Suisse : les hommes sont nettement majoritaires, surtout dans la population italienne mais aussi dans les autres groupes. Les rapports sont encore différents chez les requérants d'asile, où les femmes sont majoritaires.

Pour ce qui est de la structure par âge, les plus grandes similitudes s'observent entre les Suisses et les Italiens (population âgée nombreuse). Dans tous les autres groupes, la proportion de jeunes est nettement plus forte. La plupart des migrants interrogés sont mariés et ont des enfants.

Instruction, profession, revenu

Les niveaux d'instruction des migrants – à l'exception des Allemands, des Français et des Autrichiens – sont dans l'ensemble nettement moins bons que ceux de la population suisse. A leur arrivée en Suisse, les femmes ont dans

²⁸ Comme l'a fait la Confédération en définissant la Stratégie Migration et santé phase I (2002 à 2007) puis phase II (2008 à 2013).

²⁹ Outre les écrits sur la thématique Migration – Maladies sexuellement transmissibles comme le VIH-SIDA qui ont été généralement les précurseurs dans le domaine, la santé mentale des migrants fait l'objet de publications dans de nombreux pays européens (Wyssmuller, Bülent et Efonyi-Mäder, 2009).

³¹ La base de sondage du monitoring est constituée par la population suisse et la population étrangère âgée de 15 à 74 ans. Elle se subdivise en trois « modules ». Le module I reprend certaines données de l'Enquête suisse sur la santé 2002, à savoir celles sur les Suisses et sur la population migrante italienne, allemande, autrichienne et française ; le module II collecte les données, à l'aide de questionnaires traduits dans les langues d'origine des personnes interrogées, sur la population résidente permanente venant d'ex-Yougoslavie, du Portugal, de Turquie et du Sri Lanka (personnes qui résident toute l'année en Suisse ou au bénéfice d'une autorisation de séjour d'au moins douze mois). Le module III a pour cible les requérants d'asile du Sri Lanka et du Kosovo.

³² Issus de OFSP, 2007 et OFSP, 2008.

l'ensemble un niveau d'instruction inférieur à celui des hommes, sauf pour ce qui est de la population résidente tamoule.

La plupart des Italiens, des ex-Yougoslaves et des Turcs ont un emploi dans l'industrie, la construction et l'artisanat. On retrouve plus souvent les Albanais et les Portugais ainsi que les deux groupes de Tamouls dans l'hôtellerie ou le secteur des services.

Dans le groupe des personnes en formation, on remarque une forte proportion d'apprentis parmi les requérants d'asile albanais : 19 % contre 5 % par exemple dans la population suisse.

Au plan social, la population migrante en Suisse se subdivise en deux groupes dont la situation est totalement opposée : les Allemands, les Autrichiens et les Français constituent une classe privilégiée. Deux tiers d'entre eux font partie de la classe supérieure ou de la classe moyenne supérieure.

Les autres migrants renvoient une image totalement différente, puisqu'ils se retrouvent principalement dans les classes sociales inférieures. Les mieux lotis sont les Italiens. Dans les groupes turc et portugais, près des deux tiers des personnes interrogées se situent dans la classe inférieure. Tout en bas de l'échelle arrivent les requérants d'asile.

Un faible niveau de formation et une sur-représentation dans les branches à forte dépendance conjoncturelle expliquent un taux de chômage nettement plus élevé (6,6%) parmi la population active d'origine migrante. Du fait de leur bas niveau de formation, des conditions de travail défavorables ou du chômage, les étrangères sont exposées à un risque élevé de pauvreté.

Conditions de vie

Directement en lien avec la variable **Instruction, profession, revenu**, soulignons quelques éléments sur les conditions de vie des migrants de Suisse ; facteur, nous le savons et le verrons, influençant directement l'état de santé des individus et des populations.

Les membres de la majorité des communautés migrantes sont concentrés dans les strates socioéconomiques inférieures (Gabadinho, Wanner, Dahinden 2007) ; avec les conséquences reconnues en termes de précarité.

Dans ce sens, l'enquête sur les revenus et les conditions de vie (SILC, Statistics on Income and Living Conditions) – dont les résultats viennent d'être publiés – permet, pour la première fois en Suisse, d'étudier les conditions de vie de manière large, en prenant en considération les notions de bien-être et de répartition des revenus. Selon elle, en 2009, trois personnes vivant en Suisse sur quatre se disent très satisfaites de leur vie. Toutefois, 14,6% (contre 8,0% pour la moyenne de l'OCDE) de la population vivant en Suisse, soit près d'une personne sur sept, est exposée au risque de pauvreté. Les groupes sociaux les plus à risque sont les personnes vivant dans une famille monoparentale (31,7%) ou une famille nombreuse (27,2%), les ressortissants extra-européens (30,5%), les adultes ayant uniquement fréquenté l'école obligatoire (25,0%), les actifs non occupés (23,8%) et les enfants de 0 à 17 ans (18,3%). De plus, 6,7% de la population est confrontée à des privations matérielles conséquentes. La plupart des groupes sociaux qui sont particulièrement à risque de pauvreté sont également davantage privés matériellement : c'est le cas des actifs non occupés (taux de privation matérielle: 28,8%), des personnes vivant dans une famille monoparentale (23,5%), des ressortissants extra-européens (19,4%) et des adultes ayant uniquement fréquenté l'école obligatoire (10,8%) (OFS, 2010).

Statut migratoire

Les données relatives à l'histoire de la migration et à la durée de séjour mettent en évidence la grande hétérogénéité de la population migrante en Suisse. Le groupe de résidents le plus ancien est celui des Italiens, dont une grande partie sont nés en Suisse, et dont la deuxième et même parfois la troisième génération sont donc fortement représentées. Le même modèle se retrouve chez les Turcs, les Portugais et les immigrants d'ex-Yougoslavie. Les populations résidentes allemande, française et autrichienne ont aussi une longue tradition de résidence en Suisse, à la différence que dans ce groupe, la première génération reste la plus représentée.

Les Tamouls et les Albanais du Kosovo vivent depuis nettement moins longtemps en Suisse, et rarement depuis leur naissance. La plupart d'entre eux ont fui la guerre ou les persécutions politiques dans leurs pays. Les autres migrants sont venus s'installer en Suisse principalement pour des raisons économiques et personnelles. La plupart des personnes interrogées maîtrisent l'une des langues nationales suisses, le plus souvent l'allemand. A leurs propres dires,

environ deux tiers des personnes des groupes européens disposent de connaissances linguistiques actives bonnes. Les connaissances linguistiques des requérants d'asile sont dans l'ensemble plutôt mauvaises.

Santé

Santé autoévaluée

La population migrante – particulièrement les migrants turcs et ex-yougoslaves – estime que son état de santé est moins bon que celui de la population suisse. Les femmes immigrées en particulier se sentent nettement plus malades que les Suissesses.

Les requérants d'asile arrivent derniers selon ce critère : ils se sentent en nettement moins bonne santé que le reste des personnes interrogées. Par exemple 63 % des requérants d'asile du Kosovo évaluent leur propre état de santé comme bon ou très bon et cette proportion tombe même à 57 % chez les Tamouls. Il ressort, dans ce sens, que les Tamouls résidents se sentent en nettement meilleure santé que leurs compatriotes requérants d'asile.

Atteintes à la santé et incapacité de travail

Parmi les migrants – toujours à l'exception des Allemands, des Français et des Autrichiens – la proportion de personnes diminuées en raison d'un problème de santé est nettement plus forte (particulièrement élevée chez les Turcs et chez les requérants d'asile originaires du Kosovo). De fait, ces migrants relèvent davantage de problèmes de santé ayant réduit leur capacité de travail et leur productivité au point de perturber le bon déroulement de leurs activités quotidiennes, particulièrement les femmes.

Symptômes de maladie

Concernant les troubles corporels spécifiques (mal de dos ou lumbago ; faiblesse générale, fatigue ou lassitude ; mal de ventre ou ballonnement ; troubles du sommeil ; maux de tête ou douleurs du visage ; irrégularités cardiaques, etc.)³³, la population résidente turque se distingue à nouveau par ses statistiques plus élevées que celles des autres migrants. Les requérants d'asile souffrent eux aussi nettement des troubles susmentionnés. Finalement, de manière générale, les femmes sont plus sujettes à ces symptômes que les hommes.

Maladies liées à la violence

Les étrangers et étrangères qui ont connu la violence et/ou ont été contraints de s'exiler forment un groupe à part. Ils souffrent plus souvent de certains symptômes physiques et émotionnels que les personnes qui n'ont pas été exposées à de telles expériences. Les troubles caractéristiques (souvent chroniques) sont des douleurs de l'appareil locomoteur, des migraines, des douleurs dans l'abdomen et dans la poitrine ainsi que des insomnies.

Ils se sentent déséquilibrés psychologiquement et souffrent plus souvent de troubles psychiques que la population suisse. Les requérants d'asile et autres personnes avec un statut de séjour incertain se sentent souvent isolés. Les femmes sont plus souvent traitées pour des problèmes psychiques que les hommes.

De manière générale, les étrangers et étrangères qui ont été victimes de violence ou contraints de s'exiler sont souvent malades psychologiquement. Un grand nombre d'entre eux souffre de stress généralisé. Un état souvent aggravé par les conditions de vie instables et précaires ici en Suisse.

Différents taux de mortalité

En ce qui concerne la mortalité, la population migrante présente des valeurs tantôt meilleures, tantôt moins bonnes que la population suisse.

Les personnes d'origine migrante âgées de 35 à 60 ans sont nettement moins représentées dans les causes de décès les plus fréquentes en Suisse, à savoir les maladies cardio et cérébrovasculaires. Une explication possible est le fait que ce sont surtout les personnes les plus robustes qui vont chercher du travail à l'étranger (phénomène dit « du migrant en bonne santé » ou *healthy migrant effect* en anglais). Des habitudes alimentaires différentes ainsi que les dépenses physiques dans le travail peuvent également jouer un rôle. Soulignons par ailleurs que l'interprétation des

³³ Notons que ces troubles peuvent aussi avoir des causes psychiques et résulter d'une charge psychosociale élevée.

indicateurs de morbidité est malaisée en raison de la ré-immigration possible en cas de maladie ou d'incapacité de travail, du moins pour les personnes qui ne relèvent pas de l'asile (Chimienti, Efionayi, Losa, 2001).

En comparaison avec la population suisse, les étrangers et étrangères meurent plus souvent de pneumonies et autres maladies infectieuses.

On constate, dans la population migrante, un taux de mortalité plus élevé durant la grossesse et l'accouchement ; particulièrement chez les groupes défavorisés socialement et économiquement.

Concernant la mortalité due au cancer, la population migrante présente également des valeurs tantôt meilleures, tantôt moins bonnes. Les Suissesses meurent plus souvent du cancer du sein que les étrangères, alors que le cancer du poumon se révèle à peu près autant mortel pour la population migrante. Le pourcentage de décès dus au cancer de l'estomac est environ 50 % plus élevé chez les migrants que chez les Suisses. On observe des différences spécifiques au pays d'origine pour certains types de cancer. Par exemple, les personnes venues de Chine et de l'Asie du Sud-Est souffrent plus souvent d'un cancer rhinopharyngé. Les personnes originaires de l'Afrique subsaharienne meurent, elles, plus souvent du sida que les autres migrants.

Comportement en matière de santé

Recours au médecin et à l'hôpital

Les migrants – toujours à l'exception des Allemands, des Autrichiens et des Français – ont davantage tendance que les Suisses à avoir un médecin de famille attitré. D'après les résultats du monitoring, la population migrante va plus souvent chez le médecin que la population suisse en moyenne (les femmes ont tendance à consulter encore plus souvent que les hommes et les personnes âgées, également plus souvent que les jeunes). Selon le critère du nombre moyen de visites chez le médecin, les requérants d'asile kosovars arrivent largement en tête, suivis des Turcs. Aussi, les Italiens, Portugais et Ex-Yougoslaves ont plus souvent recours à un médecin que les Suisses. Les Tamouls au contraire se distinguent par le nombre relativement faible de leurs consultations chez le médecin.

Le recours accru des migrants au médecin est un fait connu dans la recherche sur la migration. Cela est en partie mis sur le compte des difficultés de compréhension d'ordre linguistique et socioculturel mais aussi les traitements inadéquats qui peuvent en résulter. Les Italiens ne sortent guère du lot sur ce point.

Les statistiques du recours aux prestations hospitalières recourent largement celles des visites chez le médecin : les migrants se rendent plus souvent à l'hôpital que les autochtones dans le domaine ambulatoire.

Examens médicaux préventifs

Les migrants ont la réputation de moins se soumettre au dépistage que la population autochtone, malgré leurs visites plus fréquentes chez le médecin. Par manque d'information, la population étrangère connaîtrait mal les possibles examens médicaux préventifs servant au dépistage du cancer du col de l'utérus (frottis) ou du cancer de la prostate et leur nécessité. Le monitoring ne permet de confirmer cette thèse qu'en partie.

En prenant l'exemple d'un domaine important de la prévention, le dépistage du cancer (dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes et dépistage du cancer de la prostate chez les hommes), une hétérogénéité des comportements peut être observée. Plus d'une femme suisse sur deux se font suivre par un gynécologue qui effectue régulièrement un frottis et un examen des seins. C'est aussi le cas des migrantes dans certains groupes, mais pas des Tamoules, ni des Albanaises du Kosovo, ni des Ex-Yougoslaves qui sont peu nombreuses à se soumettre au dépistage. Chez les hommes, ce sont les migrants d'Ex-Yougoslavie et les Tamouls résidents permanents qui se soumettent le moins à un examen de la prostate.

Les tests de dépistage du VIH sont, quant à eux, peu répandus dans la population migrante, les Tamouls arrivant de nouveau bons derniers à cet égard.

Aspects du recours aux soins spécifiquement liés à la migration

Les difficultés de compréhension linguistique sont un aspect déterminant de la prise en charge médicale des migrants et de leur comportement en matière de santé. Leur mauvaise connaissance de la langue empêche souvent les étrangers de formuler suffisamment bien leurs questions et leurs problèmes face aux médecins ou au personnel soignant. Si la majorité des étrangers interrogés dans le cadre de ce monitoring sont capables d'avoir une conversation avec le

médecin dans l'une des langues nationales suisses, seules 20 à 65 % des personnes interrogées disent bien maîtriser l'une des langues nationales suisses. On peut en conclure qu'un grand nombre de migrants a du mal à comprendre le médecin ou à communiquer avec lui pour des raisons linguistiques.

Dans ce cadre, les femmes font nettement plus souvent appel à un interprète que les hommes, en particulier chez les requérants d'asile. De nombreuses migrantes, en particulier celles qui ont quitté leur pays d'origine dans le cadre du regroupement familial, parlent nettement plus mal les langues nationales suisses que leurs maris

En règle générale toutefois, les amis et les proches aident les migrants moins bien intégrés au plan linguistique. Il s'agit principalement des époux et des partenaires, et suivant les groupes, également des enfants. Les Tamouls constituent un cas extrême à cet égard : dans ce groupe, 90 % des femmes font appel à un parent de sexe masculin pour les aider à communiquer avec le médecin et il est très rare qu'elles se fassent accompagner de connaissances ou d'amis du même sexe. En particulier pour les femmes tamoules, la santé est un sujet personnel qui se partage plutôt avec les proches de sexe masculin qu'avec des personnes extérieures à la famille.

Pour ces raisons, les auteurs concluent que la transmission de la langue nationale mais aussi la mise en place de structures professionnelles de médiation linguistique dans le domaine de la santé sont primordiales pour améliorer la prise en charge médicale et l'intégrité de la relation médecin-patient.

Dans ce même cadre, les auteurs mentionnent les résultats d'autres études montrant clairement que les personnes interrogées font des services d'un interprète professionnel la priorité numéro une. Les sources d'information dans la langue maternelle sont elles aussi fortement préconisées : entre un quart et la moitié des personnes interrogées ont regretté de ne pas en avoir bénéficié. Les moins bien informés sur le système de santé suisse sont les Tamouls. Les centres de conseil sont aussi considérés comme importants par les migrants, contrairement aux offres de soins spéciales ou aux groupes d'entraide. Les principales sources d'information sur les questions de santé de la population migrante sont les journaux, les magazines, la télévision, le médecin de famille ainsi que les parents et amis. Les brochures d'information et l'Internet sont moins utilisés et les groupes d'entraide ou le conseil direct encore moins.

Tabac, alcool, médicaments, drogues, activité physique

Au vu du fait que la thématique du tabagisme au sein de la population migrante est le principal sujet des chapitres suivants, nous ne discuterons pas ici ce thème mais concentrerons notre attention sur les autres éléments en titre.

Le Monitoring de l'état de santé de la population migrante de 2004 précise que la tendance est claire en matière de consommation d'alcool : tous les groupes de la population migrante ont un taux d'abstinence alcoolique plus élevé que la population suisse. Et comme pour le tabagisme, les femmes étrangères consomment en règle générale nettement moins d'alcool que les hommes. L'ivresse ponctuelle est également plus rare parmi les migrants et les migrantes.

La très forte consommation de médicaments par les femmes turques et les requérants d'asile originaires du Kosovo est particulièrement frappante. Il s'agit en premier lieu de tranquillisants et de somnifères généralement prescrits par un médecin, ainsi que d'antalgiques.

Au sujet des drogues, le monitoring montre que les Suisses consomment visiblement nettement plus de cannabis et autres stupéfiants que les migrants (à l'exception des Allemands, des Autrichiens et des Français, qui les dépassent encore). De même, les requérants d'asile n'ont aucune affinité avec les drogues. Les auteurs du monitoring admettent cependant que les données relatives à la consommation de drogue pourraient, du fait que la toxicomanie inclut des pratiques illégales, ne pas être totalement fiables et sous-estimer la réalité.

A l'exception des groupes originaires d'Autriche, de France et d'Allemagne, la population migrante fait moins de sport que la population suisse. Les Italiens et les Tamouls interrogés sont ceux qui ont le plus fort pourcentage de gens ne pratiquant aucune discipline sportive. Il convient toutefois de signaler que les étrangers et les étrangères occupent souvent des emplois qui sont pénibles physiquement.

Selon les critères retenus par les auteurs (IMC), la population migrante est plus fortement touchée par les problèmes de surcharge pondérale que la population autochtone. La proportion d'obèses est la plus forte chez les requérants d'asile kosovars (21 %). La différence entre les deux groupes du Sri Lanka est par ailleurs à souligner : seuls 38 % des requérants d'asile interrogés ont un excédent de poids, contre plus d'une personne sur deux (55 %) dans la population résidente permanente. Au sein de la population migrante, les écoliers et la classe d'âge des 51 à 60 ans sont

très souvent en surpoids. Les auteurs du monitoring en concluent que le séjour en Suisse et la probable adaptation des habitudes alimentaires ont un effet néfaste sur le poids de cette population.

Arrêtons-nous un instant sur l'état de santé de deux sous-groupes migrants spécifiques, spécialement vulnérables : les réfugiés et les sans-papiers.

La santé des réfugiés fait l'objet d'un rapport de l'ODM lancé dans le cadre du controlling de l'intégration (Bundesamt für Migration, 2008). D'après ce rapport, 28 % des réfugiés interrogés sont malades ou handicapés. De plus, la proportion de personnes souffrant d'une maladie ou d'un handicap augmente au fil du temps. Généralement, l'évaluation que font les réfugiés de leur propre état de santé est plus négative que celle faite par les travailleurs sociaux qui ont également été interrogés. Le rapport recommande des mesures pour promouvoir l'intégration sociale et professionnelle des réfugiés la plus rapide possible. En effet, selon le rapport, cette intégration a un impact positif sur la manière dont ils perçoivent leur état de santé.

Les sans-papiers – nombreux on l'a vu dans le canton de Vaud – échappent, de par leur statut spécifique, aux relevés statistiques ; peu de données médicales existent à leur sujet au niveau national (Bodenmann, 2003). Une étude observationnelle menée de 2001 à 2003 à la PMU de Lausanne nous livre toutefois quelques informations quant aux diagnostics retenus après la consultation des patients sans-papiers : ils présentent des pathologies diverses, les plus fréquentes étant d'origine digestives (dyspepsie, gastrite), ostéo-articulaires (lombalgies, douleurs thoraciques), urogénitales (infections urinaires, vaginites, etc.) et cutanées (eczéma, urticaires) (déjà citée ; Schoch, 2004).

Les auteurs de l'étude précisent par ailleurs que, comparativement aux autres patients en situation de vulnérabilité, les sans-papiers se présentent plus fréquemment avec une seule demande contrairement aux requérants d'asile. Les requérants d'asile présentent moins de demandes dermatologiques, et plus de motifs de consultation d'ordre psychologique, psychiatrique ou métabolique (Bodenmann, 2003).

Une évaluation réalisée par Médecins Sans Frontières en 2002 quant à l'« accès aux soins des personnes en marge du système de santé » dans les villes de Genève et Lausanne confirme les éléments ci-dessus et fournit quelques informations supplémentaires sur l'état de santé des sans-papiers (MSF, 2002) ; quelques éléments sont repris ci-dessous.

Les sans-papiers sont une population jeune, dont la santé n'est pas le premier souci. Toutefois, le cumul de conditions sociales défavorables et la désinsertion sociale qui en découle jouent un rôle dans la dégradation de l'état de santé du sans-papiers. D'autant plus que la prévention manque souvent parmi cette population.

Même si les sans-papiers ne représentent pas un groupe homogène, les auteurs précisent que des tendances peuvent être dégagées quant à leur état de santé³⁴. Les conditions de travail difficiles sont souvent à l'origine de douleurs dorsales. Les conditions de vie précaires et la promiscuité favorisent la propagation de maladies contagieuses comme la galle ou la tuberculose. Le stress mental associé à l'émigration et à l'adaptation à une nouvelle culture ainsi que la souffrance psychologique provenant de l'angoisse constante de sortir dans la rue, de se faire contrôler et d'être séparé des siens occasionnent de nombreuses somatisations telles que des migraines, des insomnies, des problèmes gastriques ou dermatologiques. Finalement, selon les communautés, on relève aussi une prévalence plus importante de maladies, comme le VIH pour les migrants d'Afrique sub-saharienne. De plus, quelle que soit la maladie, celle-ci tend à s'aggraver car les sans-papiers renoncent aux soins ou les reportent dans le temps³⁵.

Facteurs influant sur la santé des populations migrantes

La nationalité a souvent été la seule variable présente dans l'analyse des données de l'état de santé des différents groupes de migrants. Toutefois, elle ne permet d'appréhender que très partiellement les profils migratoires variés des personnes composant la population étrangère. Et, surtout, elle ne permet pas de considérer les différences observées entre les groupes d'une même nationalité. A ce titre, on sait par exemple que **la situation socioéconomique est un facteur de variance extrêmement important** (OFSP, 2007). En effet, l'influence de cette dernière sur l'état de santé et les comportements en matière de santé est avérée.

³⁴ suivant les informations recueillies auprès des médecins rencontrés.

³⁵ en raison : du manque d'information ; des difficultés rencontrées dans le recours aux soins, qui s'ajoutent aux obstacles administratifs et au manque d'information et de formation des professionnels de la santé ; de la méfiance vis-à-vis des structures de soins qui pourraient dénoncer le sans-papiers s'annonçant à des structures officielles ou ne pouvant pas payer les frais médicaux à temps ; de la conception culturelle vis-à-vis de la maladie et l'« attitude médicale » (MSF, 2002).

De fait, dégager le rôle de différents facteurs sur l'état de santé, les comportements et les facteurs de risque, et le recours aux services sanitaires des populations migrantes paraît nécessaire ; c'est ce qu'a fait (sur mandat de l'OFSP) le Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population (SFM) à partir des données du Monitoring de l'état de santé de la population migrante en Suisse (Gabadinho, Wanner, Dahinden, 2007). **Parmi ces facteurs figurent la situation socioéconomique, le profil sociodémographique (âge, sexe, situation de vie, lieu de résidence), le profil migratoire (âge à l'arrivée en Suisse, raison de la migration) et le niveau d'intégration (maîtrise d'une des langues nationales, perception d'éventuelles discriminations).**

L'ensemble de ces facteurs sera repris et développé ultérieurement lors de l'analyse précise de la consommation de tabac, mais abordons toutefois rapidement et généralement quelques éléments³⁶ :

L'augmentation de l'**âge** correspond généralement à une détérioration de l'état de santé, sauf en ce qui concerne l'équilibre psychique, qui apparaît plus mauvais pour les jeunes et les personnes en âge de travailler que pour les retraités.

L'augmentation du **niveau socioéconomique** est associée de manière quasiment systématique à une amélioration de l'état de santé et à une raréfaction de certains facteurs de risque tels que la surcharge pondérale. Il s'agit, selon les auteurs, d'une piste importante pour l'explication des différences entre nationalités, car les membres de la majorité des communautés migrantes sont concentrés dans les strates socioéconomiques inférieures.

Malgré cela, des différences importantes subsistent en fonction de la **nationalité**. Des profils se dégagent pour l'ensemble des indicateurs de santé retenus. Le groupe composé par les hommes et femmes allemands, autrichiens et français présente un état de santé et des comportements proches de celui de la population de nationalité suisse. Ce groupe est constitué de personnes dont le niveau socioéconomique est dans l'ensemble élevé et dont l'intégration est facilitée par le fait que la langue du pays d'origine est une des langues nationales de la Suisse.

L'état de santé des **Italiens et Italiennes** est également proche de celui des Suisses, avec toutefois une situation qui apparaît plus mauvaise pour les femmes en ce qui concerne l'équilibre psychique et les handicaps limitant l'activité habituelle et/ou professionnelle. En revanche les comportements apparaissent différents, surtout la consommation quotidienne d'alcool et les comportements alimentaires, avec un risque de surcharge pondérale plus élevé que celui des Suisses pour les hommes comme pour les femmes.

La situation des hommes et femmes turcs et ex-yougoslaves apparaît en revanche nettement plus mauvaise que celles des Suisses, si l'on en juge par l'état de santé et la consommation de médicaments. Le niveau des recours aux services de santé (en particulier les traitements pour un problème psychique et le recours aux soins ambulatoires) apparaît également élevé pour les Turcs.

Les indicateurs de l'état de santé et de la santé psychique apparaissent également relativement mauvais pour les Portugais, mais leur consommation de médicaments est plutôt faible.

Au contraire, la situation des hommes et femmes sri lankais résidant en Suisse apparaît similaire ou meilleure à celle des Suisses pour plusieurs des indicateurs retenus.

Plusieurs pistes sont, selon les auteurs, à explorer pour interpréter ces différences qui subsistent après la prise en compte de la situation socioéconomique et des caractéristiques démographiques. Le profil migratoire et le niveau d'intégration des étrangers jouent un rôle évident. Par exemple, le fait de ne pas maîtriser une des langues nationales suisses apparaît dans plusieurs cas comme un facteur défavorable. Au-delà de la barrière linguistique qui pose un problème dans l'accès aux soins et aux services de santé, cette variable est sans doute le marqueur de personnes moins intégrées dont la situation socioéconomique est particulièrement mauvaise.

Le fait de subir ou d'avoir subi des discriminations (en Suisse), le sentiment de n'avoir plus de patrie et le fait d'avoir subi une répression politique ou des violences dans le pays d'origine se révèlent également significatifs.

Il apparaît, dans ce même sens, que ce sont les personnes les moins intégrées ou se sentant le moins intégrées qui pensent que, dans le cadre de leur expérience avec les services de santé, leurs besoins en rapport avec leur culture ou leur religion ne sont pas suffisamment pris en compte.

³⁶ Issus intégralement de Gabadinho, 2007 (b).

Indépendamment de la nationalité, la situation précaire des requérants d'asile apparaît également dans de nombreux indicateurs de santé : santé auto-déclarée et équilibre psychique particulièrement mauvais, utilisation fréquente des soins ambulatoires, traitements pour des problèmes psychiques et consommation de calmants et tranquillisants fréquents (chez les Kosovars), ainsi qu'une situation « déficitaire » en ce qui concerne la prévention et le dépistage.

Il est, selon les auteurs, toutefois évident que d'autres facteurs que le profil migratoire et le niveau d'intégration interviennent. Ainsi les ressortissantes et ressortissants turcs, dont le mauvais bilan sanitaire s'observe également dans d'autres pays, ont un profil migratoire potentiellement moins défavorable que d'autres communautés, avec une proportion parmi les plus élevées de personnes nées ou arrivées en Suisse avant l'âge de 15 ans et une proportion modérée (comparée aux Sri Lankais ou Kosovars) de personnes ayant subi des répressions politiques ou des violences dans le pays d'origine. Par contre les hommes et femmes turcs sont les plus nombreux à se sentir victimes de discriminations.

Au contraire la situation sanitaire globalement favorable des femmes et hommes sri lankais peut paraître surprenante si l'on tient compte de leur profil migratoire : une forte proportion de personnes arrivées en Suisse après l'âge de 14 ans, de victimes de répressions politiques ou de violences dans le pays d'origine, une proportion élevée de personnes ne maîtrisant pas l'une des langues nationales.

Les divergences de comportements selon la nationalité fournissent, selon les auteurs, une piste d'explication à ces éléments : Les femmes et hommes de nationalité turque se distinguent notamment par une forte consommation de tabac et une fréquence importante de surcharge pondérale, qui sont des facteurs de risque pour de nombreuses maladies. Les Sri Lankaises et Sri Lankais présentent une consommation d'alcool et de tabac réduite, et une proportion de personnes en surcharge pondérale similaire ou inférieure à celle des Suisses.

Notons que des différences d'ordre culturel dans l'évaluation de l'état de santé et la perception des symptômes de maladies sont également susceptibles d'intervenir.

Pour terminer, l'influence de la variable « nationalité » pourrait, selon les auteurs, être liée à d'autres facteurs qui n'ont pas été pris en compte directement dans cette analyse, tels que le rôle du réseau social et de la communauté et les raisons de la migration (Gabadinho, 2007 (b)).

① Etat de santé de la population migrante en Suisse et facteurs influents : résumé

| | |
|---|---|
| Population migrante résidente (dont requérants d'asile et réfugiés) | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Une moins bonne auto-évaluation de leur état de santé – particulièrement les migrants turcs et ex-yougoslaves ; les femmes et les requérants d'asile ✓ Davantage de problèmes de santé ayant réduit leur capacité de travail ✓ Plus de troubles corporels spécifiques tels que mal de dos ou lumbago ; faiblesse générale, fatigue ou lassitude ; mal de ventre ou ballonnement ; troubles du sommeil ; maux de tête ou douleurs du visage ; irrégularités cardiaques, etc. (particulièrement chez les Turcs et les requérants d'asile) ✓ Plus – particulièrement parmi les migrants ayant subi des violences – de désordres psychiques et état de stress généralisé (particulièrement parmi les requérants d'asile). Les femmes sont plus souvent traitées pour des problèmes psychiques que les hommes ✓ Moins représentée dans les causes de décès les plus fréquentes en Suisse, à savoir les maladies cardio et cérébrovasculaires (<i>healthy migrant effect</i> ?) (mais attention aux biais d'information) ✓ Plus de décès consécutifs à des pneumonies et autres maladies infectieuses ✓ Un taux de mortalité plus élevé durant la grossesse et l'accouchement (particulièrement chez les groupes défavorisés socialement et économiquement) ✓ Proche de la population suisse en matière de mortalité due au cancer (hormis décès dus au cancer du sein moins fréquents et décès dus au cancer de l'estomac plus fréquents) ✓ Migrants originaires d'Afrique subsaharienne meurent davantage du sida que les autres migrants ✓ Davantage tendance à avoir un médecin de famille attiré et va plus souvent chez le médecin (particulièrement les requérants d'asile kosovars) ✓ Se rend plus souvent à l'hôpital ✓ Tamouls, Albanais du Kosovo, Ex-Yougoslaves peu enclins à se soumettre à des examens médicaux préventifs (dépistage) ✓ Très forte consommation de médicaments (particulièrement les femmes turques et les requérants d'asile kosovars) ✓ Plus faible consommation de drogues (mais attention aux biais d'information) ✓ Pratique moins d'activités sportives ; plus touchée par les problèmes de surcharge pondérale (notamment les requérants d'asile kosovars) <p>Réfugiés</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 28 % (ODM, 2008) sont malades ou handicapés ✓ La proportion de personnes souffrant d'une maladie ou d'un handicap augmente au fil du temps ✓ L'évaluation que font les réfugiés de leur propre état de santé est plus négative. L'intégration sociale et professionnelle des réfugiés a un impact positif sur la manière dont ils perçoivent leur état de santé |
| Sans-papiers | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Population jeune dont la santé n'est pas le premier souci ✓ Le cumul de conditions de vie défavorables, le manque de prévention ainsi que la renonciation aux soins induit une dégradation de l'état de santé du sans-papiers ✓ Souffrent de douleurs dorsales, maladies contagieuses et de somatisations (migraines, insomnies, problèmes gastriques ou dermatologiques) ✓ Pathologies les plus fréquemment diagnostiqués (PMU, 2001 – 2003) : digestives (dyspepsie, gastrite), ostéo-articulaires (lombalgies, douleurs thoraciques), uro-génitales (infections urinaires, vaginites, etc.) et cutanées (eczéma, urticaire) |
| Facteurs influant sur la santé des populations migrantes | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Situation socioéconomique ✓ Profil sociodémographique (âge, sexe, situation de vie) ✓ Profil migratoire et niveau d'intégration (maîtrise d'une des langues nationales, perception d'éventuelles discriminations) ✓ Comportements à risque (consommation de tabac, manque d'activité physique, mauvaise alimentation) ✓ Réseau social, communauté et réseau familial ✓ Conditions et raisons de la migration |
| Sous-groupes vulnérables en termes de santé | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Migrantes ayant un bas niveau socioéconomique ✓ Migrants se sentant les moins intégrés ; s'estimant victimes de discriminations ✓ Migrants manifestant des comportements de santé à risque pour la santé ✓ Migrants disposant d'une autorisation de séjour précaire et incertaine (requérants d'asile, réfugiés) ; voire aucune autorisation de séjour (sans-papiers) (Bodenmann, 2007) |

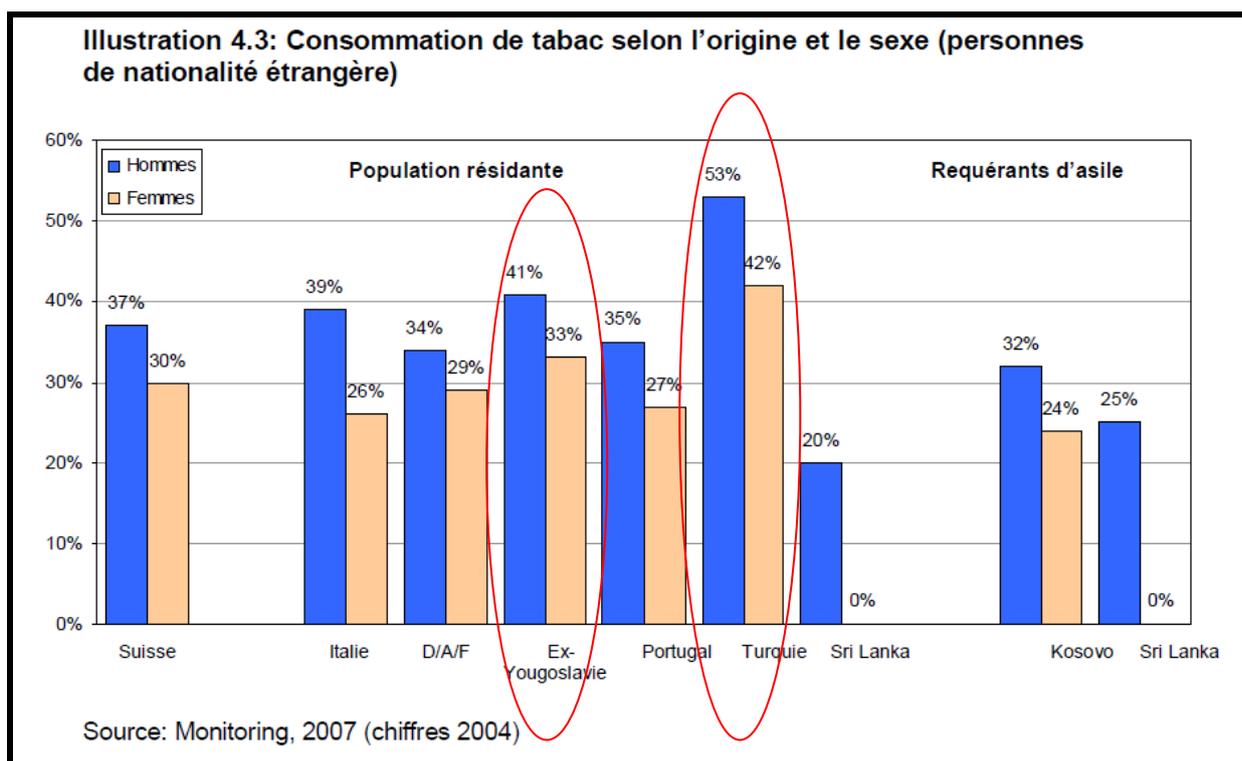
2.3 Prévalence du tabagisme au sein des populations migrantes et facteurs influents

Prévalence du tabagisme parmi les personnes d'origine migrante en Suisse

L'enquête suisse sur la santé (ESS) de 1992/93 arrivait à la conclusion que les personnes étrangères fumaient davantage que les Suissesses et les Suisses et que les plus gros fumeurs se recrutaient parmi les professions manuelles et les hommes originaires de France et des pays de l'ex-Yougoslavie (Vranjes, Bisig et al., 1996; Calmonte, 1998 cités in Pfluger et al. 2009). Les résultats de l'ESS suivante, celle de 1997, indiquaient que la population masculine étrangère fumait davantage que la population masculine suisse et que trois composantes en lien avec le statut socioéconomique (formation, métier et revenu) intervenaient, de manière complexe, dans cette consommation (Calmonte, Spuhler et al., 2000 cité in Pfluger, Biedermann et Salis Gross, 2009). Enfin, l'ESS de l'année 2002 (OFS, 2003 cité in Pfluger et al. 2009) mettait en évidence que la proportion de fumeurs était nettement plus élevée dans la population étrangère résidente sous revue que dans la population suisse (respectivement 33,7% et 29,8%). Elle relevait également que les différences entre les sexes étaient plus marquées que les différences entre les groupes de provenance sous revue.

Le **Monitoring de l'état de santé de la population migrante en Suisse de 2004** (dont nous avons discuté les principaux résultats dans le chapitre précédent) fournit, et dans l'attente des données du deuxième Monitoring de 2010, les données les plus récentes de la consommation de tabac pour certains groupes de population migrante en Suisse. Les données de l'ESS et du Monitoring doivent être interprétées avec prudence étant donné qu'elles se fondent sur les déclarations faites par les personnes elles-mêmes. Les différences dans la structure d'âge de la population étrangère et indigène ont été prises en compte lors de l'analyse des deux enquêtes.

Pour 2004 alors, la proportion de fumeuses et fumeurs atteint respectivement 28% et 37% pour l'ensemble des femmes et des hommes interrogés (Gabadinho, Wanner, Dahinden, 2007). Chez les hommes, cette proportion de fumeurs paraît relativement homogène selon les nationalités, à l'exception des Sri Lankais résidents (20%) et des requérants d'asile tamouls (25%) pour lesquels elle est inférieure et des Turcs, pour lesquels elle atteint 53%. Chez les femmes sri lankaises, le tabagisme est inexistant, aucune femme parmi celles interrogées ne déclarant fumer, alors qu'il est moins fréquent parmi les Italiennes et les Portugaises (respectivement 26% et 27%) et les requérantes kosovares (24%) (voir graphique ci-dessous).



Après la population turque, les ressortissants des pays de l'Ex-Yougoslavie se distinguent par une consommation légèrement plus élevée que celle de la population autochtone. Notons, comme les auteurs, que cette différence de prévalence n'est statistiquement pas significative, c'est-à-dire qu'elle disparaît une fois les chiffres ajustés sur les caractéristiques socio-économiques des individus. En d'autres termes, cela signifie qu'il y a, outre la nationalité, des caractéristiques socio-économiques qui expliquent probablement mieux les différences de tabagisme entre le groupe « ex-yougoslaves » et le groupe « suisse ».

Soulignons toutefois, pour corroborer ces résultats suisses, qu'une recherche danoise trouve une différence de prévalence du tabagisme statistiquement significative entre sa population autochtone et les migrants originaires d'Ex-Yougoslavie ; ils sont 43% à être fumeurs, contre 26% parmi la population danoise (Singhammer and al, 2008).

Revenons en Suisse et au Monitoring de 2004 : la population des requérants et requérantes d'asile, comparativement à la population autochtone et au reste de la population migrante, semble consommer sensiblement moins de tabac.

Notons, lors de l'analyse des taux de prévalence, que les résultats basés sur l'auto-déclaration sont susceptibles de sous-évaluer les proportions de fumeuses et fumeurs, particulièrement dans des catégories de population pour lesquelles le tabagisme est encore mal accepté, en particulier les femmes de certaines communautés migrantes (Gabadinho, Wanner, Dahinden, 2007).

Finalement, soulignons qu'il conviendra de confronter les données ci-dessus issues du premier Monitoring de l'état de santé de la population migrante avec celles du deuxième (GMM II, 2010) actuellement en cours et dont les résultats seront disponibles en juin 2011.

Comportements tabagiques parmi les populations migrantes et facteurs influents

Genre, âge, statut socioéconomique et situation de vie

L'analyse des données du Monitoring de l'état de santé de la population migrante en Suisse de 2004 (Gabadinho, Wanner, Dahinden, 2007) note que la probabilité d'être un fumeur ne varie pas avec l'âge pour les hommes, sauf pour la dernière classe d'âge (63 – 74 ans) pour laquelle elle diminue. Pour les femmes, le profil par âge est différent. La consommation est plus importante parmi les femmes âgées de 29-50 ans (par rapport à celles âgées de 15-26 ans), mais la probabilité est plus faible pour les femmes plus âgées (51-62 ans et 63-74 ans). Ceci reflète, selon les auteurs, le schéma d'expansion de « l'épidémie » du tabac chez les femmes, qui a concerné en premier lieu les générations nées après la Seconde Guerre mondiale.

Concernant les différences de comportements tabagiques selon le genre, les données issues du **projet « Prévention et promotion de la santé transculturelles**³⁷ (Pfluger, Biedermann et Salis Gross 2009) fournit également des éléments intéressants. Les hommes et les femmes perçoivent différemment le fait de fumer (Stuker et al., 2008 cité in Pfluger et al., 2009). Fumer est associé à la virilité. Souvent, le fait qu'une femme fume est moins bien accepté ; on y voit un manque de féminité. Fréquemment aussi, les femmes n'ont pas le droit de fumer à la maison. Parfois même, il leur est totalement interdit de fumer. Pour les personnes interrogées, il s'agit de codes de conduite dictés par la société, qui évoluent certes, mais qui, à ce jour, conservent leur validité.

Dans certains pays d'origine, la première cigarette constitue un rite d'initiation marquant l'entrée dans la société des hommes. Certaines personnes précisent que dans leur pays d'origine, on ne fume que lors de fêtes, et que c'est alors une pratique majoritairement réservée aux hommes.

Pour ce qui est de la consommation de tabac spécifiquement masculine, les personnes interrogées dans le cadre de l'enquête de Oggier et Ideli de 2005 (cité in Pfluger, Biedermann et Salis Gross et al., 2009) déclarent que c'est souvent dans les clubs de football et les clubs réservés aux hommes que l'on consomme du tabac.

³⁷soutenu par le Fonds de prévention du tabagisme, le fonds de l'article 43 de la loi fédérale sur l'alcool et par Promotion Santé Suisse ; réalisé en 2008
<http://www.transpraev.ch>.

Certaines personnes trouvent inacceptable et peu respectueux que des enfants (aussi à l'âge adulte) fument en présence de leurs parents. On peut en déduire que l'acceptation du fait de fumer est aussi une question de génération et de classe d'âge.

Le rôle du **niveau socioéconomique** dans les comportements tabagiques des populations migrantes ne semble, quant à lui, guère univoque.

L'analyse des données du Monitoring de l'état de santé de la population migrante en Suisse de 2004 souligne que, lorsque l'on compare tous les groupes de migrants inclus dans l'étude ainsi que le groupe suisse, le niveau socioéconomique ne représente pas un facteur de variation significatif : tant pour les hommes que pour les femmes, se situer dans une strate socio-économique supérieure ne représente pas un facteur de protection vis-à-vis de la consommation de tabac. Notons que cela va, étonnamment, à l'encontre de multiples études sur le tabagisme. Par contre, lorsque l'on compare uniquement entre eux les Portugais, les Turcs, les Sri Lankais (résidents et requérants d'asile), les requérants d'asile kosovars avec les Ex-Yougoslaves, les auteurs remarquent que la catégorie socioéconomique joue ici un rôle important : pour les deux sexes, le tabagisme est sensiblement plus développé dans les strates socioéconomiques moyennes et supérieures (Gabadinho, Wanner, Dahinden, 2007).

Ces niveaux et gradients socioéconomiques observés en Suisse pour les populations étrangères suggèrent, comme c'est le cas ailleurs (Nierkens et al., 2006), que les comportements de celles-ci sont proches de celui des pays d'origine, qui sont à des stades différents de l'épidémie de tabagisme. Dans les premiers stades, la prévalence est plus forte parmi les personnes ayant un niveau d'éducation supérieur, avant que le comportement ne se répande dans l'ensemble de la population. Par ailleurs, la différence entre sexes est particulièrement marquée dans le premier stade de l'épidémie, avec une prévalence très inférieure pour les femmes, mais qui augmente fortement dans le second stade.

Compte tenu de ce constat, Nierkens et al., (2006) concluent que, lorsque nous prévoyons des interventions de prévention spécifiques aux migrants non-occidentaux, il s'agirait de cibler, d'une part, les groupes d'hommes disposant d'un bas niveau socio-économique et, d'autre part, les groupes de femmes d'un haut niveau socio-économique (Nierkens et al., 2006).

Outre le genre, l'âge et le statut socio-économique, l'analyse des données du Monitoring de l'état de santé de la population migrante en Suisse de 2004 souligne aussi l'influence que peut avoir la situation de vie : le risque de tabagisme augmente pour les hommes et femmes veufs, divorcés et séparés alors qu'il diminue pour les femmes mariées ou vivant avec un enfant de moins de 15 ans (voir tableau ci-dessous).

Tableau 5: Comportements et facteurs de risque – Résultats pour le profil démographique et socioéconomique – Suisses et étrangers

| | Consommation actuelle de tabac | |
|--|--------------------------------|---|
| | M | F |
| 15-26 ans | | |
| 27-38 ans | | |
| 39-50 ans | | + |
| 51-62 ans | | - |
| 63-74 ans | - | - |
| Strate socio-économique inférieure | | |
| Strate moyenne inférieure | | |
| Strate moyenne supérieure | | |
| Strate supérieure | | |
| Région lémanique | | |
| Espace mittelland | | |
| Suisse du nord-ouest | | + |
| Zurich | + | |
| Suisse orientale | | |
| Suisse centrale | | - |
| Tessin | | |
| Celibataire | | |
| Married | | |
| Veuf(ve)/divorcé(e)/séparé(e) | + | + |
| Aucun enfant de moins de 15 ans dans le ménage | | |
| Présence d'un enfant de moins de 15 ans dans le ménage | | - |
| Une seule personne de plus de 15 ans dans le ménage | | |
| Au moins deux personnes de plus de 15 ans dans le ménage | | - |

+ / - : augmentation/diminution significative de la probabilité par rapport à la catégorie de référence (bleu clair)

(Source : OFSP, 2007)

Provenance/nationalité, profil migratoire et génération

L'analyse des comportements tabagiques en regard de la **nationalité** est sans doute celle qui a fait couler le plus d'encre. Les résultats selon la nationalité se focalisent sur l'aspect culturel des comportements.

L'analyse des données du Monitoring de l'état de santé des populations migrantes de Suisse de 2004 (Gabadinho, Wanner, Dahinden, 2007) montre que (voir tableau ci-dessous) seul le comportement des hommes turcs et sri lankais (résidents ou requérants d'asile) apparaît significativement³⁸ différent de celui des hommes suisses. On l'a déjà relevé, les Turcs sont plus fréquemment fumeurs et les hommes Sri Lankais, résidents ou requérants d'asile, le sont au contraire nettement moins fréquemment.

³⁸ Une fois les données obtenues ajustées sur l'âge et le statut socioprofessionnel.

Tableau 7: Comportements et facteurs de risque – Résultats pour la nationalité et le profil migratoire – Etrangers uniquement

| | Consommation actuelle de tabac | |
|--|--------------------------------|---|
| | M | F |
| ex-Yougoslavie (Mod. II) | | |
| Portugal (Mod. II) | | |
| Turquie (Mod. II) | | + |
| Sri Lanka (Mod. II) | | - |
| Kosovo (Albanais, Mod. III) | | - |
| Sri Lanka (Tamouls, Mod. III) | | - |
| Personne non victime de répression ou de violence | | |
| Personne victime de répression politique ou de violence | | + |
| Personne pas victime de discrimination | | |
| Personne victime de discrimination | | |
| Personne n'éprouvant pas le sentiment de n'avoir plus de patrie | | |
| Sentiment de n'avoir plus de patrie | | |

+ / - : augmentation/diminution significative de la probabilité par rapport à la catégorie de référence (bleu clair)

(Source : OFSP, 2007)

Soulignons en passant que la forte prévalence de consommation tabagique parmi les hommes turcs en comparaison des autres groupes de migrants et de la population autochtone est un fait vérifié par de nombreuses études européennes, dont néerlandaises (où la communauté turque est élevée) (Reijneveld, 1998).

De fait, du moins selon l'analyse des données du Monitoring de l'état de santé des migrants de Suisse de 2004 et au-delà des différences de prévalences brutes (discutées précédemment pour les ressortissants d'Ex-Yougoslavie), outre les Turcs et les Sri Lankais, les autres nationalités étudiées ne montrent pas de différences significatives (voir tableau ci-dessus). Et ceci contrairement à ce qui avait été observé une décennie plus tôt à partir de l'enquête suisse sur la santé, qui montrait une consommation plus fréquente parmi les Européens du Sud (Wanner et al., 1998).

Chez les femmes, un seul résultat significatif en termes de nationalité : les Portugaises consomment moins fréquemment du tabac (voir encore tableau ci-dessus).

Le statut migratoire est, on l'a vu, un élément déterminant de l'état de santé des migrants en cela que la vulnérabilité sociale – induite notamment par le type de permis de séjour – est source de vulnérabilité médicale évidente. Qu'en est-il spécifiquement pour les comportements tabagiques ?

L'analyse des données du Monitoring de l'état de santé des populations migrantes de Suisse de 2004 (Gabadinho, Wanner, Dahinden, 2007) souligne que, lorsque l'on compare uniquement les Portugais, les Turcs, les Sri Lankais (résidents et requérants d'asile) avec les Ex-Yougoslaves³⁹, les requérants et requérantes albanais du Kosovo ainsi que les Tamouls du Sri-Lanka consomment moins fréquemment du tabac (tableau ci-dessus). Une explication réside sans doute dans le coût important représenté par le paquet de cigarette au vu du budget journalier alloué aux requérants d'asile.

Encore selon l'analyse des données du Monitoring de l'état de santé de la population migrante en Suisse de 2004 (Gabadinho, Wanner, Dahinden, 2007), le fait d'être arrivé(e) en Suisse à 15 ans ou plus ne représente pas un facteur de risque particulier en terme de tabagisme, ni pour les hommes ni pour les femmes (voir tableau ci-dessus).

³⁹ en excluant les migrants d'Italie, d'Allemagne, d'Autriche, de France et les Suisses.

Tableau 6: Comportements et facteurs de risque - Résultats pour la nationalité et le profil migratoire – Suisses et étrangers

| | Consommation actuelle de tabac | |
|--|--------------------------------|---|
| | M | F |
| Suisse (Mod. I) | | |
| Italie (Mod. I) | | |
| Allemagne, Autriche, France (Mod. I) | | |
| ex-Yougoslavie (Mod. II) | | |
| Portugal (Mod. II) | | - |
| Turquie (Mod. II) | + | + |
| Sri Lanka (Mod. II) | | - |
| Kosovo (Albanais, Mod. III) | | |
| Sri Lanka (Tamouls, Mod. III) | | - |
| Ne(e) en Suisse, arrivé(e) avant 15 ans | | |
| Arrivé(e) à 15 ans ou plus | | |
| Ne maîtrise aucune langue nationale bien ou très bien | | |
| Maîtrise bien ou très bien une des langues nationales. | | + |

+ / - : augmentation/diminution significative de la probabilité par rapport à la catégorie de référence (bleu clair)

(Source : OFSP, 2007)

Par contre, et de manière intéressante, Gabadinho, Wanner, Dahinden (2007) soulignent que le fait de maîtriser une des langues nationales est associé à une augmentation de la probabilité de consommer du tabac chez les femmes. Ceci est sans doute à relier avec l'adoption du mode de vie de la société hôte et, par effet de miroir, une persistance, particulièrement parmi les personnes les moins intégrées, de valeurs et comportements provenant de la culture d'origine (tabagisme encore peu répandu dans certains pays, particulièrement parmi les femmes) (voir tableau ci-dessus).

Par ailleurs, les étrangères victimes de répression politique ou de violence sont plus enclines à consommer du tabac ; ceci, du moins dans cette étude, ne semble pas être le cas chez les hommes.

Outre les données issues du Monitoring de l'état de santé de la population migrante en Suisse de 2004, la littérature internationale nous fournit également diverses indications sur le lien entre **provenance** et comportements tabagiques.

Tenant compte du fait (présenté plus haut et mis en évidence par le Monitoring de l'état de santé des populations migrantes en Suisse de 2004) que les ressortissants des pays de l'Ex-Yougoslavie se distinguent par une consommation légèrement plus élevée que celle de la population suisse et considérant également que ce groupe représente une part importante de la population migrante du canton de Vaud, il convient de citer au moins trois études qui précisent divers éléments se rapportant aux comportements tabagiques des Albanais résidents à Florence (Italie) d'une part (Allamani et al., 2009), des Albanais en Albanie (Ross et al. 2008) et, finalement, de la population de la Fédération de Bosnie-Herzégovine dans son ensemble (Ivanković et al. 2010). Cela dans l'hypothèse que les comportements tabagiques d'un groupe de migrants sont/doivent être corrélés avec la prévalence tabagique dans leur pays d'origine.

Allamani et al. (2009) précisent que les Albanais vivant à Florence, spécialement les hommes, fument nettement plus (et consomment aussi nettement plus d'alcool) que les autochtones (50% contre 39.6%). Pour expliquer ce fait, les auteurs discutent différents éléments : la forte prévalence du tabagisme chez les hommes en Albanie (proche de 50% selon les données de l'OMS de la fin du XXème siècle) ; l'isolement et la vulnérabilité sociale, le stress de l'intégration, la marginalisation, la déqualification professionnelle (les Albanais ont majoritairement émigré, dans les années 90, pour des raisons de travail).

Ross et al. (2008) font un état des lieux du tabagisme en Albanie et de son évolution durant les dernières décennies. Tandis que les pays d'Europe occidentale rapportent un taux de tabagisme en-dessous de 25% et les pays de l'Est un taux en-dessous de 30%, les résultats d'une étude nationale représentative (*Albanian Adult Tobacco Survey*

(AATS)) menée en 2007 soulignent le fait que le tabagisme est un problème majeur avec une prévalence tabagique de 64% parmi les hommes albanais. Le problème est également des plus préoccupants parmi les femmes, la consommation ayant doublé depuis 1990, atteignant 19% en 2007. Le tabagisme actif et passif, selon cette enquête, tue 3'800 albanais par année, ce qui représente un décès sur 5. De même, la consommation de tabac est une part impressionnante des dépenses des ménages (totalisant en 2007, 359 millions de dollars). Les auteurs donnent un élément explicatif à cette prévalence tabagique vertigineuse parmi la population d'Albanie : l'importante augmentation de la disponibilité des cigarettes occidentales dès la chute du communisme.

Ivanković et al. (2010) nous livrent des éléments explicatifs supplémentaires : la guerre en Bosnie-Herzégovine (de 1991 à 1995) – et plus spécifiquement ses conséquences socio-économiques (déplacement populationnel, précarité des statuts de domicile, stress, traumatismes, chômage, mauvaise alimentation, etc.) –, a eu un impact important sur l'état de santé de ses résidents, dont une augmentation de la prévalence de maladies chroniques et des comportements à risque pour la santé tels que le tabagisme.

Toujours concernant le lien entre tabagisme et provenance, une revue de la littérature⁴⁰ a été réalisée par la Polyclinique médicale universitaire de Lausanne (PMU) en 2003 avec comme objectif de répondre aux deux questions suivantes : quel est l'effet de la migration sur les habitudes tabagiques ? Doit-on tenir compte du parcours migratoire dans la prise en charge des patients migrants et tabagiques chez qui nous souhaitons prendre en charge la désaccoutumance au tabac ? (Bodenmann, 2003). Profitons des éléments trouvés et des constats faits.

Bodenmann (2003), en préambule, souligne que la majorité des articles identifiés concernent le continent nord-américain, ce qui témoigne, à leurs dires, du développement de la recherche dans ce domaine dans cette région du monde comparativement à d'autres.

Concernant le **tabagisme parmi les migrants latino-américains**, diverses études⁴¹ font état du risque augmenté des populations hispanophones migrantes lors d'une importante **acculturation**⁴² à la société américaine ; la notion de *ill effect of immigration* est d'ailleurs utilisée dans ce cas. En explorant les facteurs prédictifs du risque de tabagisme, l'auteur mentionne une recherche⁴³ mettant en évidence le rôle de l'âge (risque accru avec l'âge) ainsi que la protection que représentent le support social, une communication de qualité avec les parents, une attitude claire envers le tabagisme associée à une vision négative de celui-ci. La même recherche a aussi montré l'intérêt de séances de prévention en groupes au cours desquelles participaient l'un des parents et l'adolescent et où des informations par rapport aux effets néfastes du tabac étaient véhiculées avec une emphase particulière sur le développement d'une relation parent/adolescent plus adéquate⁴⁴.

Cette vulnérabilité en termes de tabagisme chez les populations hispanophones migrantes ne semble, selon Bodenmann (2003), cependant pas généralisable à toutes les populations étudiées : il n'apparaît par exemple pas dans une étude réalisée dans la communauté salvadorienne (parmi les individus de 20 ans et plus) vivant à Washington⁴⁵. Dans ce cas, le processus d'acculturation (mesuré par la durée de résidence depuis l'arrivée aux Etats-Unis et l'âge lors de l'immigration) n'est pas vérifié et les comportements tabagiques des Salvadoriens aux Etats-Unis sont ceux des Salvadoriens dans leur pays d'origine, leurs habitudes tabagiques étant acquises très tôt dans la vie.

Et Bodenmann (2003) de conclure : « Même si une littérature exhaustive fait état du risque accru des populations hispanophones migrantes lors d'un processus d'acculturation important, ce n'est pas systématiquement le cas. Des habitudes tabagiques précoces dans leur pays d'origine associées à des facteurs prédictifs de risque présents ou absents sont également des éléments importants. Dans ce sens, des stratégies de prise en charge à spécificité ethnique semblent nécessaires. ».

40 Une recherche de 1996 à 2003 effectuée sur Medline (Pubmed et Ovid) avec les MeSH ou Medical Subject Headings suivants : smoking et Hispanic migrants, Latino-America/African/Yugoslavia, Bosnia-Herzegovina, Balkans/Asian/Arabian. 105 abstracts ont été retenus, parmi lesquels les chercheurs ont sélectionné quinze articles. Ces articles concernent les migrants latino-américains, africains, asiatiques et arabes.

41 Marin G, Pérez-Stable E, Marin B. Cigarette smoking among San Francisco Hispanics : The role of acculturation and gender. *Am J Public Health* 1989 ; 79 : 196-9. Palinkas LA, Pierce J, Rosbrook BP, et al. Cigarette smoking behavior and beliefs of Hispanics in California. *Am J Prev Med* 1993 ; 9 : 331-7. Citées in Bodenmann, 2003.

42 « L'acculturation est définie comme le processus par lequel les individus apprennent une nouvelle culture et s'adaptent à celle-ci ; les changements qui s'opèrent dans les attitudes, les normes et les valeurs des individus exposés à cette nouvelle culture, sont une part importante de ce processus et peuvent influencer notamment des comportements relatifs à la santé » (Bodenmann, 2003).

43 Elder JP, Campbell NR, Litrownik AJ, et al. Predictors of cigarette and alcohol susceptibility and use among Hispanic migrant adolescents. *Prev Med* 2000 ; 31 : 115-23. Citée in Bodenmann, 2003.

44 Selon l'étude, le risque de fumer diminuerait, dans cette situation, de 10% après huit séances d'une heure.

45 Shankar S, Gutierrez-Mohamed JL, Alberg AJ. Cigarette smoking among immigrant Salvadoreans in Washington, DC : Behaviors, attitudes, and beliefs. *Addictive Behaviors* 2000 ; 25 : 275-81. Citée in Bodenmann, 2003.

Pour ce qui est du tabagisme parmi les **migrants d'origine africaine**, il est à noter que malgré de nombreuses études sur le tabagisme au sein de la population afro-américaine, les différences de comportement par rapport à la cigarette entre les Afro-américains nés aux Etats-Unis et ceux nés sur le continent africain n'ont été que peu investiguées. Cependant, diverses études nord-américaines⁴⁶ mènent à la conclusion suivante : les Afro-américains nés en Afrique semblent maintenir leurs habitudes de vie, du moins sur le court terme, acquises dans leur pays d'origine ; la prévalence de tabagisme étant moins élevée. Il existerait des « facteurs protecteurs » tels que la religion, les mœurs sociales, le coût des paquets de cigarettes et une pression à l'encontre de l'acquisition des mœurs américaines notamment de la part des membres de la famille âgés qui fument moins et demeurent des modèles pour les nouvelles générations. Ainsi, la première génération ayant migré et gardant la culture ancestrale risquerait moins de fumer que la génération suivante née aux Etats-Unis.

Tenant compte de ces éléments, le défi du travail de prévention serait de faire perdurer cette influence transgénérationnelle positive, notamment lors du conseil médical (*counseling*) (Bodenmann, 2003). Bodenmann (2003) note cependant que, à terme, ce « poids générationnel » favorable pourrait néanmoins changer au vu de la croissance rapide du nombre de jeunes fumeurs dans ces pays d'origine, notamment en Afrique, en raison de l'augmentation du niveau de vie socio-économique, de la prolifération de la publicité et de la présence limitée, voire de la faiblesse, des cadres égaux.

Acevedo-Garcia et al. (2005), des chercheurs nord-américains, soulignent dans le même sens l'effet de la génération sur la consommation quotidienne de tabac des migrants. En analysant des données populationnelles de 1995-96, ils mettent en évidence l'effet protecteur, pour les migrants (particulièrement pour les femmes, les minorités ethniques/raciales et les migrants avec un faible revenu), d'être né-e dans leur pays d'origine ou d'être de deuxième génération mais avec deux parents immigrés nés à l'étranger : les risques d'être un fumeur quotidien est effectivement plus élevé chez les migrants nés aux USA et chez les migrants dont les parents sont nés aux USA et plus bas parmi les migrants nés à l'étranger. De fait, les auteurs concluent au fait que l'assimilation des migrants est reliée positivement à la consommation tabagique et, par effet de miroir, mentionnent, comme d'autres, les concepts de *healthy immigrant effect* et *anti-smoking socialization* comme facteurs protecteurs chez certaines familles migrantes (Acevedo-Garcia et al., 2005).

Dans le même sens, mais plus près de la Suisse, plus récemment et en y intégrant la dimension de genre, des auteurs allemands (Reiss, Spallek et Razum, 2010) montrent que la durée de séjour des migrants et migrantes ressortissant-e-s de l'Ex-URSS sur le territoire allemand est un facteur influent la prévalence tabagique : les femmes migrantes avec une courte durée de séjour consomment significativement moins de tabac que les femmes allemandes ; cependant, plus la durée de leur séjour s'allonge, plus leur prévalence tabagique tend à converger vers celle de la population hôte (soit, à augmenter). Par contre, pour les hommes migrants ressortissants de l'Ex-URSS le phénomène est inverse : la consommation tabagique parmi eux est, en début de séjour, significativement supérieure à celle des hommes allemands et tend à rejoindre la prévalence tabagique de ces derniers (soit, à baisser) avec l'allongement de leur durée de séjour. Et les auteurs de conclure : la convergence des habitudes tabagiques des migrants et migrantes (vers celles de la population d'accueil) plus la durée de séjour s'allonge est à lire selon l'hypothèse de la migration comme une *health transition*.

Plusieurs autres études mettent le doigt sur ce phénomène de convergence des habitudes tabagiques des migrants sur celles, au fur et à mesure de leur séjour, de la population hôte ; notamment Hosper et al. (2007) concernant les migrants et migrantes turcs et marocains de première et deuxième générations aux Pays-Bas ou encore Reeske et al. (2007) à propos des migrants turcs en Allemagne. Ces derniers, après avoir présenté des données sur la prévalence des facteurs de risque, dont le tabagisme, pour les maladies cardiovasculaires parmi les migrants turcs en Allemagne, soulignent la nécessité d'un travail de prévention du tabagisme au sein de ce groupe-cible, en particulier auprès des femmes de la deuxième génération (particulièrement celles ayant un bas niveau de formation) et des hommes ayant un faible niveau de formation. Les auteurs concluent, comme d'autres on l'a vu, sur le fait que les hommes turcs devraient être encouragés à arrêter le tabac, tandis que les femmes turques devraient être encouragées à ne pas commencer.

En bref, le fait que certains migrants (spécifiquement hommes ; en provenance d'un pays à haute prévalence tabagique) « importent » le risque et la consommation tabagique dans leur voyage et ensuite, au fur et à mesure de la

⁴⁶ King G. The «race» Concept in smoking : A review of research on African Americans. Soc Sci Med 1997 ; 45 : 1075-87 ; Cabral H, Fried LE, Levenson S, et al. Foreign born and US born black women. Differences in health behaviors and birth outcomes. Am J Public Health 1990 ; 80 : 70-2 ; Welte JW, Barnes GM. Youthful smoking : Patterns and relationships to alcohol and other drug use. J Adolesc 1987 ; 10 : 327-90 ; Taylor KL, Kerner JF, Gold KF, et al. Ever V.S. never smoking among an urban multiethnic sample of Haitian, Caribbean, and US born Blacks. Prev Med 1999 ; 26 : 855-65 ; King GP, Polednak A, Bendel R, et al. Cigarette smoking among native and foreign-born African Americans. Amsterdam : Elsevier Science Inc, 1999 ; 236-44. Citée in Bodenmann 2003.

durée de séjour (des générations), perdent en partie leurs habitudes pour s'aligner sur celles (plus basses) de la population hôte mais aussi le fait que certains migrants (femmes notamment) pas, peu ou moins fumeurs à leur arrivée perdent cette « bonne » habitude pour prendre celle de la population d'accueil mettent le doigt sur deux impératifs préventifs : la nécessité, d'une part, de soutenir les migrants en provenance de pays à plus forte prévalence tabagique que la Suisse dans le processus de désaccoutumance (aide à l'arrêt) et, d'autre part, de renforcer les compétences des migrants dont le tabagisme est peu fréquent (ou même absent) à leur arrivée en Suisse pour empêcher un début de consommation plus leur intégration/acculturation se réalise (promotion d'une vie sans tabac).

Toujours en lien avec l'origine et en amenant des recommandations d'action semblables, Bodenmann, Cornuz, Vaucher et al. (2008) soulignent, à l'issue d'une étude transversale auprès de 400 patients migrants et non migrants qui ont consulté les urgences du CHUV, que, tandis que les hommes migrants venant de pays développés consomment plus de tabac que les suisses, les hommes migrants en provenance de pays en voie de développement sont eux moins à risque de consommer du tabac que les migrants en provenance de pays développés. Les migrants de pays en développement semblent en ce sens posséder des caractéristiques protectrices (situation famille favorable, bagage culturel favorable à une santé saine). De fait, les auteurs concluent aussi que les efforts de prévention doivent être déployés dans le sens de soutenir les migrants en provenance de pays en développement à éviter les comportements à risque pris par les autres résidents du pays hôte. Aussi, les auteurs précisent que les messages de prévention devraient cibler les individus qui travaillent dans des conditions stressantes, qui manquent de soutien familial et qui ont un bas niveau d'éducation (Bodenmann, Cornuz, Vaucher et al., 2008).

Lors de la recherche et de l'analyse des facteurs influant les comportements tabagiques des migrants en Suisse, le projet « Prévention et promotion de la santé transculturelles⁴⁷ », qui a donné lieu à une analyse de la littérature et à plusieurs enquêtes réalisées auprès de professionnels de la prévention transculturelle, de professionnels de la prévention de l'alcoolisme et du tabagisme, de professionnels d'origine migrante et d'autres migrants, nous fournit des éclairages incontournables qui sont présentés en partie ci-dessous.

Concept de dépendance chez les personnes d'origine migrante en Suisse

Pfluger, Biedermann et Salis Gross (2009) (auteurs du rapport du projet) précisent qu'il ne semble pas y avoir véritablement de lien entre l'origine des personnes, leur perception du phénomène de dépendance et leur manière d'aborder les problèmes qui en découlent. La plupart des personnes interrogées parlent de dépendance uniquement dans les cas de consommation excessive d'un produit ou de consommation dans le but de surmonter un problème. Ainsi, le tabac (comme l'alcool) est principalement considéré comme une « substance plaisir », rarement comme une drogue.

Les personnes établies depuis un certain temps en Suisse, de même que les parents d'enfants qui ont été sensibilisés au problème de la drogue dans le cadre scolaire, ont une meilleure compréhension du concept de dépendance.

L'enquête de Stuker et al. de 2008⁴⁸ (citée in Pfluger et al., 2009) indique que les connaissances et les comportements en matière de consommation de tabac sont à peu près identiques dans la population migrante et la population suisse. Les personnes d'origine migrante interrogées considèrent que la cigarette fait partie du quotidien. Toutes les enquêtes réalisées dans le cadre du projet montrent que la consommation de tabac est normalisée et acceptée sur un plan socioculturel. La consommation est banalisée. Parallèlement toutefois, la cigarette est perçue comme dangereuse ; elle pose un problème d'ordre personnel.

L'enquête de Stuker et al. de 2008 montre aussi que les personnes qui ont vécu des expériences traumatisantes (guerres, tortures, actes de caractère raciste) dans leur pays, pendant l'épisode migratoire ou dans le pays d'accueil trouvent un soutien important dans le fait de fumer (*coping strategy*). Certaines personnes déclarent que la cigarette est leur « unique compagne ».

Appréciation/perception du risque⁴⁹

⁴⁷ soutenu par le Fonds de prévention du tabagisme, le fonds de l'article 43 de la loi fédérale sur l'alcool et par Promotion Santé Suisse et réalisé en 2008
<http://www.transpraev.ch>

⁴⁸ Stuker R, Salis Gross C, Schnoz D, Kayser A, Arn B, Moser C (2008). Umfrage bei ausgewählten ExponentInnen der Migrationsbevölkerung und Fachpersonen mit Migrationshintergrund zu den Bereichen Tabak und Alkohol. Bern: Schweizerisches Rotes Kreuz SRK.

⁴⁹ « La perception du risque peut être définie comme le processus par lequel un individu ou un groupe d'individus comprend et donne un sens à un menace ou à un danger » (Slovic P. (1987) « Perception of Risk » *Science*, 236 :280-5 cité in Bodenmann, Rossi et Cornuz, 2006.

Parmi les personnes d'origine migrante interrogée par Stuker et al. (2008), nombreuses sont celles qui ont eu dans leur entourage des personnes qui ont développé une maladie liée au tabac ou en sont mortes. La plupart sont conscientes que la fumée du tabac est nocive pour la santé, mais leurs connaissances sont peu précises. Il est rare que les gens soient capables de dire quels sont précisément les effets du tabac sur la santé.

Les personnes minimisent, justifient ou acceptent avec résignation les effets de la fumée du tabac. Certaines expriment leur volonté d'arrêter de fumer, que ce soit pour des raisons de santé, des raisons financières ou autres. De manière générale, les fumeurs interrogés ont conscience du problème. Les fumeurs dépendants, eux, ont tendance à refouler ce sentiment désagréable (dissonance cognitive). Soulignons que cette réaction est aussi largement répandue dans la population indigène. Un certain nombre de fumeurs remettent carrément en question la nocivité du tabac.

Nombreuses sont aussi les personnes migrantes qui déclarent être confrontées à des problèmes bien plus urgents que la préservation de leur santé.

Chez certaines personnes migrantes (surtout femmes et jeunes), le fait de fumer suscite un sentiment de honte ; elles ont dès lors tendance à ne pas dire qu'elles fument.

L'enquête réalisée par Bodenmann, Murith, Favrat et leurs collègues en 2005 (Bodenmann et al., 2005) auprès de 226 fumeurs patients de la PMU (suisse et étrangers) quant à leur perception du risque lié au tabagisme met en évidence que les patients d'origine migrante ont une moins bonne connaissance des effets du tabac que les patients suisses : 32% des personnes d'origine migrante n'ont pu citer aucun effet nocif de la fumée du tabac, contre seulement 10% chez les Suisses. Plus précisément, les migrants pas/peu intégrés/acclurés et/ou ne maîtrisant pas la langue locale ont un niveau de connaissance quant à la dangerosité du tabagisme plus bas que les autres migrants et que les patients suisses. Selon les auteurs alors, les faibles connaissances des personnes d'origine migrante quant aux effets du tabagisme sur la santé sont à lire en relation avec les éléments suivants :

- les personnes intégrées et qui **maîtrisent la langue locale** ont davantage conscience des méfaits du tabac ;
- les personnes originaires d'Europe de l'Est ont une moins bonne connaissance des effets dommageables de la fumée du tabac que les personnes venant d'Asie et d'Afrique ;
- dans l'ensemble, les hommes ont moins conscience que les femmes des effets nocifs de la fumée du tabac ;
- les **femmes** semblent être plus sensibles aux messages de prévention, bénéficient de davantage de soutien social et sont plus impliquées dans la gestion de leur propre santé ;
- par ailleurs, plus la **durée de séjour** en Suisse se prolonge, plus les personnes sont réceptives aux messages de prévention.

De ces résultats, les auteurs (Bodenmann et al., 2005) soulignent les pistes suivantes en termes de prévention : des efforts continus pour améliorer l'intégration des migrants, et en particulier pour améliorer leur maîtrise de la langue locale sont requis. Aussi et puisque les femmes semblent plus réceptives aux messages de santé, elles peuvent être le vecteur dans la diffusion de messages de prévention auprès de leurs proches.

Toujours en lien avec la perception du risque pour la santé lié au tabagisme, Bodenmann, Cornuz et Rossi (2006) précisent que, chez les profanes (suisse et migrants), parmi les facteurs déterminants dans la perception d'un risque figurent **les caractéristiques propre au risque** : si un risque est considéré comme volontaire – tel le tabagisme actif – il sera perçu comme faible. Par contre, si un risque est considéré comme involontaire – tel le tabagisme passif – il sera plus fortement perçu (Bodenmann, Cornuz et Rossi, 2006). Ceci nous amène à un constat intéressant en termes de prévention : une marge d'action préventive peut-être plus ancrée du côté du tabagisme passif.

Nous l'avons déjà souligné, **le genre** est, selon ces mêmes auteurs, un facteur capable d'influencer la perception du risque lié au tabagisme : la femme a effectivement une perception du risque lié au tabagisme plus précise et plus proche de la réalité objectivée par les résultats d'études épidémiologiques et ce pour différentes raisons : elle s'occupe habituellement de la « santé au domicile », elle emmène les enfants chez le pédiatre, elle a des contrôles gynécologiques réguliers, ces contrôles pouvant favoriser la diffusion de messages de prévention (Bodenmann, Cornuz, Rossi, 2006).

Encore, **le niveau d'éducation** est un facteur pouvant influencer la perception du risque lié au tabagisme : la perception du risque est généralement évaluée de manière plus fine et plus proche de la réalité épidémiologique par les

individus ayant accès à une éducation supérieure (particulièrement pour les pathologies cardiovasculaires et oncologiques provoquées par le tabagisme) (Bodenmann, Cornuz et Rossi, 2006).

Finalement, **la religion** ainsi que **le pays d'origine et le parcours de migration** représentent également des facteurs susceptibles d'influencer l'appréhension du risque lié au tabagisme. Certaines pratiques de l'Islam par exemple prohibent le tabagisme et modèlent alors en partie la perception du risque. De même, le processus de migration forcée (favorisant les habitudes tabagiques), le degré d'intégration (avec, comme nous l'avons décrit précédemment, l'acquisition progressive des comportements à risque de la société d'accueil), et la génération d'immigrants à laquelle appartient le patient migrant (avec un facteur protecteur de la part des aînés non fumeurs), sont des dimensions qui sont en mesure d'influer sur la perception du risque lié à la consommation tabagique (Bodenmann, Cornuz et Rossi, 2006).

Et les auteurs de conclure : « Tout médecin devrait s'intéresser à la perception que le patient a du risque, notamment en vue de devenir un meilleur « communicateur du risque ». La perception du risque – concept complexe – regroupe à la fois une démarche analytique et rationnelle mais aussi affective et intuitive. Ce concept est multidéterminé ; son évaluation devrait se faire au travers de différentes questions permettant d'évaluer les différentes dimensions du risque » (Bodenmann, Cornuz et Rossi, 2006). Et nous d'ajouter : tout acteur de santé publique doit s'intéresser à la perception que les individus – notamment migrants puisque c'est eux qui nous préoccupent dans ce présent travail – ont du risque pour la santé lié à la consommation de tabac afin de devenir de meilleurs « communicateurs du risque »

D'après les enquêtes de Oggier et Ideli de 2005 ainsi que de Rusch de 2003⁵⁰ (citées in Pfluger, Biedermann et Salis Gross, 2009), les informations sur les effets nocifs de la fumée du tabac s'obtiennent dans la sphère privée, au contact de professionnels de la santé et par l'intermédiaire de campagnes publiques d'information, aussi bien dans le pays d'origine qu'en Suisse. Les campagnes publiques (dans les écoles par exemple) et les informations diffusées via la télévision (surtout des pays d'origine) semblent avoir un impact particulier.

Position de la famille et de l'entourage à l'égard de la consommation de tabac

L'environnement social des personnes d'origine migrante interrogées dans le cadre de l'enquête de Stuker et al. de 2008 est marqué à la fois par le cercle familial, les normes sociales du pays d'origine et les normes sociales suisses.

Si fumer est une chose parfaitement naturelle dans nombre de pays d'origine de la population migrante, la Suisse passe toutefois pour être un pays dans lequel on fume beaucoup.

Le cercle d'amis et la famille influencent dans une large mesure les habitudes de consommation (Stuker et al., 2008 cité in Pfluger et al., 2009). Alors que les amis et les collègues de travail légitiment la consommation de tabac par le fait qu'il s'agit d'un comportement social, les membres de la famille, en particulier s'il s'agit d'ex-fumeurs, peuvent exercer une forte pression anti-tabac.

La famille, les amis et la communauté peuvent avoir, en particulier dans certaines cultures, une influence plus importante que les professionnels de la santé (Bodenmann, Cornuz et Rossi, 2006).

Motivation pour arrêter de fumer

La raison la plus souvent avancée pour arrêter ou diminuer la consommation de tabac est la menace d'une affection cardiaque ou une affection cardiaque déclarée (Stuker et al., 2008 cité in Pfluger et al., 2009).

La santé des enfants (foetus inclus) a aussi un effet incitatif. Les femmes enceintes ainsi que les futurs pères semblent en ce sens être réceptifs aux messages de prévention indiquant les éventuels risques pour l'enfant à naître. La grossesse est donc propice pour inviter les parents à renoncer à fumer (voir également DiClemente, 2000 et Wakefield, 1999 cités in Pfluger et al., 2009). En revanche, la pression exercée par les proches demeure souvent vaine.

L'enquête de Stuker et al. montre que la connaissance des effets nocifs de la fumée du tabac, l'aide de professionnels, l'estime de l'entourage (à l'égard des personnes devenues abstinentes), des considérations financières ou religieuses ne sont en soi pas des motifs suffisants pour arrêter de fumer. De toute évidence, il faut une combinaison de l'un ou plusieurs de ces facteurs et la volonté sans cesse répétée d'arrêter de fumer.

⁵⁰ Oggier, J. und Ideli, M. (2005) „Bericht über Suchtverhalten und Prävention bei Migrantinnen und Migranten im Kanton Zürich“. Zürich: Fachstelle für Interkulturelle Suchtprävention FISP ; Rusch, M. (2003) „Migration und Suchtfragen. Eine Bedarfs- und Bedürfnisabklärung bei der Migrationsbevölkerung zu Angeboten der Suchtberatung und Suchtprävention Zug“. Zug: Fachstelle für Suchtfragen und Prävention des Kantons Zug.

La variable volonté se prête à un commentaire intéressant : d'après Stuker et al., les fumeurs n'admettent pas volontiers avoir eu besoin d'une aide extérieure pour se désaccoutumer au tabac ; ils préfèrent pouvoir dire y être arrivés seuls, par leur seule volonté.

En bref, les éléments déterminant le tabagisme chez les personnes en situation de migration sont complexes, multiples et souvent interreliés ; parfois « protecteurs » (présence d'un support familial et social, influence transgénérationnelle, etc.) parfois nuisibles et susceptibles d'augmenter le risque d'adopter les habitudes tabagiques du pays d'accueil (processus d'acculturation nuisible, etc.). La trajectoire de migration comprend en elle-même des facteurs pouvant tantôt protéger, tantôt fragiliser la santé d'une personne migrante, dont l'adoption de comportements tabagiques. Il s'agit, au niveau pré-migratoire, des raisons de départ, des spécificités individuelles, de la culture d'origine entre autres. Et, au niveau post-migratoire, des conditions d'existence, de la reconnaissance, par la société d'accueil, de l'altérité et de l'identité des migrants, des politiques d'accueil, des structures de santé du pays d'accueil et des possibilités d'accès par les migrants, du système assurantiel et des possibilités d'accès aux prestations pour les migrants, de l'existence ou non d'une communauté d'origine dans la société hôte notamment (Bodenmann, 2003 ; Massé, 1995).

① Consommation tabagique des populations migrantes et facteurs influents : éléments de résumé

Prévalence tabagique

Monitoring de l'état de santé des populations migrantes de Suisse de 2004 :

- ✓ Chez les hommes, la proportion de fumeurs paraît relativement homogène selon les nationalités, à l'exception des **Sri Lankais résidents et des requérants d'asile tamouls pour lesquels elle est inférieure et des Turcs, pour lesquels elle atteint près de 45%**.
- ✓ Les **ressortissants d'Ex-Yougoslavie se distinguent par une consommation légèrement plus élevée** que celle de la population autochtone.
- ✓ Les requérants et requérantes d'asile, comparativement à la population autochtone et au reste de la population migrante, semblent consommer sensiblement moins de tabac.
- ✓ Chez les **femmes sri lankaises, le tabagisme est pratiquement inexistant**
- ✓ Le tabagisme est **moins fréquent parmi les Italiennes, les Portugaises et les requérantes kosovares**

Monitoring de l'état de santé des populations migrantes de Suisse de 2004 :

- ✓ Nationalité : seul le **comportement des hommes turcs et sri lankais apparaît significativement différent de celui des hommes suisses**. Les Turcs sont plus fréquemment fumeurs, et les hommes Sri Lankais le sont au contraire nettement moins fréquemment. Contrairement à ce qui avait été observé une décennie plus tôt quant à une consommation plus fréquente parmi les Européens du Sud (Wanner et al., 1998), les données les plus récentes ne montrent pas de différences avec la population suisse. Même, les Portugaises consomment moins fréquemment du tabac
- ✓ Après la population turque, les **ressortissants des pays de l'Ex-Yougoslavie se distinguent par une consommation légèrement plus élevée** que celle de la population autochtone. Or, notons que cette différence de prévalence n'est statistiquement pas significative, c'est-à-dire qu'elle disparaît une fois les chiffres ajustés sur les caractéristiques socioéconomiques des individus. En d'autres termes, cela signifie qu'il y a, outre la nationalité, des caractéristiques socioéconomiques qui expliquent probablement mieux les différences de tabagisme entre le groupe « Ex-yougoslaves » et le groupe « suisse ».
- ✓ Age : la probabilité **d'être un fumeur ne varie pas avec l'âge pour les hommes, sauf pour la dernière classe d'âge (63 – 74 ans)** pour laquelle elle diminue. Au contraire, **les femmes appartenant à la tranche d'âge 39 – 50 ans consomment plus** fréquemment du tabac
- ✓ Niveau socioéconomique : lorsque l'on compare les groupes migrants et les suisses, se situer dans une strate socioéconomique supérieure ne représente pas un facteur de protection vis-à-vis de la consommation de tabac. Par contre, lorsque l'on compare uniquement les groupes migrants, la catégorie socioéconomique joue un rôle: pour les deux sexes, **le tabagisme est sensiblement plus développé dans les strates socioéconomiques moyennes et supérieures**. Ce fait est à mettre en lien avec le stade de développement de l'épidémie de tabagisme dans les pays d'origine
- ✓ Situation de vie : le **risque augmente pour les hommes et femmes veufs, divorcés et séparés alors qu'il diminue pour les femmes mariées ou vivant avec un enfant de moins de 15 ans**
- ✓ Profil migratoire : les **requérants et requérantes albanais(s) du Kosovo consomment moins** fréquemment du tabac ; le fait d'être arrivé(e) en Suisse à 15 ans ou plus ne représente pas un facteur de risque particulier en terme de tabagisme ; le fait de **maîtriser une des langues nationales est associé à une augmentation de la probabilité de consommer** du tabac chez les femmes ; les **étrangères victimes de répression politique ou de violence sont plus enclines à consommer**

Autres sources :

- ✓ **Religion, mœurs sociales, socialisation anti-tabac, coût des paquets de cigarettes, pression à l'encontre de l'acquisition des mœurs occidentales comme des « facteurs protecteurs »** chez certains groupes, générations
- ✓ **Risque de consommation tabagique plus accru chez certains groupes de migrants au fur et à mesure de la durée de leur séjour** dans le pays d'accueil (notamment femmes en provenance de pays où la prévalence tabagique parmi elles est faible), au fur et à mesure du **processus d'acculturation**. Acquisition progressive des comportements à risque de la société d'accueil (*ill effect of immigration*)
- ✓ Risque de consommation tabagique plus faible chez certains groupes de migrants au fur et à mesure de la durée de leur séjour dans le pays d'accueil (notamment hommes en provenance de pays où la prévalence tabagique parmi eux est élevée), au fur et à mesure du processus d'intégration. **Convergence (baisse) progressive des habitudes tabagiques vers celles de la société d'accueil** (migration comme une *health transition*)
- ✓ Certains hommes **en provenance de pays en voie de développement semblent moins à risque** de consommer du tabac que les migrants en provenance de pays développés : possession de caractéristiques protectrices telles que situation famille favorable (soutien familial), bagage culturel favorable à une santé saine, etc.
- ✓ Concept de dépendance chez les personnes d'origine migrante en Suisse : le tabac principalement **considéré comme une « substance plaisir », rarement comme une drogue** ; la cigarette fait partie du quotidien ; la consommation de tabac est normalisée et acceptée sur un plan socioculturel. Les personnes qui ont vécu des expériences traumatisantes dans leur pays, pendant l'épisode migratoire ou dans le pays d'accueil trouvent **un soutien important dans le fait de fumer**
- ✓ **Perception du risque :**
 - ✓ Nombreux sont les migrants qui ont eu dans leur entourage des personnes qui ont développé une maladie liée au tabac ou en sont mortes. La plupart sont **conscients que la fumée du tabac est nocive pour la santé, mais leurs connaissances sont peu précises**
 - ✓ Les fumeurs dépendants ont tendance à refouler les effets du tabagisme sur la santé (à l'instar des fumeurs autochtones)
 - ✓ Nombreux sont les migrants qui déclarent être **confrontés à des problèmes bien plus urgents que la préservation de leur santé**
 - ✓ Chez certains migrants (femmes et jeunes), le fait de fumer suscite un **sentiment de honte** ; ils ont lors tendance à ne pas dire qu'ils fument
 - ✓ Certains patients d'origine migrante ont une moins bonne connaissance des effets du tabac que les patients suisses ; éléments explicatifs : **manque de maîtrise de la langue locale**, provenance de l'Europe de l'Est, etc.
 - ✓ Genre : les **femmes sont plus sensibles aux messages** de prévention, bénéficient de davantage de soutien social et sont plus impliquées dans la gestion de leur santé ; elles **ont une perception du risque lié au tabagisme plus proche de la réalité** épidémiologique ; raisons : elles s'occupent habituellement de la « santé au domicile »
 - ✓ Plus la **durée de séjour en Suisse** se prolonge, plus les personnes sont réceptives aux messages de prévention
 - ✓ Caractéristique du risque : si un risque est considéré comme volontaire – tel le tabagisme actif – il sera perçu comme faible. Par contre, si un risque est considéré comme involontaire – tel le tabagisme passif – il sera plus fortement perçu
 - ✓ Niveau d'éducation : la **perception du risque est plus proche de la réalité épidémiologique chez les individus ayant accès à une éducation** supérieure
 - ✓ Les informations sur les effets nocifs de la fumée du tabac s'obtiennent dans la sphère privée, au contact de professionnels de la santé et par l'intermédiaire de campagnes publiques d'information ; **les informations diffusées via la télévision (surtout des pays d'origine) semblent avoir un impact particulier**

- ✓ **Influence de l'entourage** : la famille, les amis et la communauté peuvent avoir, en particulier dans certaines cultures, une influence plus importante que les professionnels de la santé sur les comportements anti-tabagiques
- ✓ **Motivations pour arrêter de fumer** :
 - ✓ La santé des enfants (foetus inclus) a un effet incitatif ; les femmes enceintes ainsi que les futurs pères semblent en ce sens être réceptifs aux messages de prévention
 - ✓ La raison la plus souvent avancée pour arrêter ou diminuer la consommation est la menace d'une affection cardiaque ou une affection cardiaque déclarée
 - ✓ La connaissance des effets nocifs, l'aide de professionnels, l'estime de l'entourage, des considérations financières ou religieuses ne sont en soi pas des motifs suffisants pour arrêter de fumer ; il faut une combinaison de l'un ou plusieurs de ces facteurs et la volonté

Facteurs « sociaux » (influant sur la santé dans son ensemble)

- ✓ **Au niveau pré-migratoire** : raisons du départ, spécificités individuelles, culture d'origine, etc.
- ✓ **Au niveau post-migratoire** ; conditions d'existence ; reconnaissance, par la société d'accueil, de l'altérité et de l'identité des migrants ; politiques d'accueil ; structures de santé du pays d'accueil et possibilités d'accès par les migrants ; système assurantiel et possibilités d'accès aux prestations pour les migrants, existence ou non d'une communauté d'origine dans la société hôte, etc.

2.4 Prévention et promotion de la santé sensibles à la réalité des migrants

Avant de nous pencher sur le cas spécifique de la prévention des comportements tabagiques auprès des migrants, il convient d'aborder les facteurs nécessaires à tout projet de prévention voulant s'adresser spécifiquement aux populations migrantes.

Pour ce faire, la publication élaborée sur mandat de Promotion santé suisse et de l'OFSP en 2008 intitulée « **Population migrante: prévention et promotion de la santé. Guide pour la planification et la mise en oeuvre de projets** » offre un cadre de référence fournissant des informations et des outils aux institutions souhaitant, comme nous, implémenter des projets tenant compte de la population migrante⁵¹ (OFSP, 2008). Ce guide propose une série de **considérations liées à la migration qu'il faut prendre en compte dans la conceptualisation et la réalisation** de tels projets ; nous les déclinons, de manière résumée, ci-dessous.

❶ Considérations liées à la migration à prendre en compte dans la conceptualisation et la réalisation de projets (OFSP, 2008)

| | |
|--|--|
| <p>Phase de réflexion</p> | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Contribuer à la réduction des inégalités de santé liées au contexte migratoire ✓ Tendre vers l'égalité des chances entre les populations migrantes et la population autochtone ✓ Opter pour une approche permettant d'adapter un projet s'adressant à un large public aux besoins de la population migrante (<i>Migrant sensitive</i>) ou alors, dans certains cas, pour un projet spécifiquement, exclusivement, ciblé sur cette catégorie de bénéficiaires (<i>Migrant specific</i>)⁵² <p>Dans un domaine où il existe peu de connaissances et d'expériences, il est parfois judicieux de passer par une approche spécifique, c'est-à-dire ciblée sur le contexte migratoire, dans un premier temps (ou à titre exploratoire), quitte à décider par la suite s'il est pertinent d'intégrer les leçons, qui peuvent en être tirées, dans un setting «généraliste»</p> |
| <p>Phase de conceptualisation</p> | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tenir compte du fait que les migrants sont touchés par un certain nombre d'inégalités que l'on peut réduire (situation initiale) ✓ Considérer que différentes catégories de migrants pourraient avoir des besoins spécifiques (en matière d'accès aux programmes de prévention ou de promotion de la santé). Soit, déterminer les besoins spécifiques. Cette détermination peut se faire de deux manières : <ul style="list-style-type: none"> - La première est une approche «objective» qui se réfère aux résultats des études scientifiques - La deuxième se veut plus «subjective» et se base sur les besoins exprimés (ou ressentis) par les institutions sanitaires, la communauté migrante, les professionnels de la santé, les experts, les personnes-clés, par exemple <p>Il est bien évident que ces deux approches ne s'excluent pas mutuellement et qu'une combinaison est souvent utile</p> ✓ Se rappeler que les migrant-e-s constituent un groupe très hétérogène et qu'il est important de combiner les dimensions socioéconomiques (formation, revenu, etc.), pouvant être déterminantes, avec l'origine, le genre, le statut migratoire, les connaissances linguistiques, etc. afin de déterminer les sous-groupes les plus défavorisés au sein de la communauté migrante. Autrement, dit, veiller à ce que les groupes migrants les plus défavorisés soient inclus dans les groupes-cibles du projet et que le facteur d'effets cumulatifs soit pris en considération dans la détermination des groupes-cibles (identification du groupe-cible) |
| <p>Phase de la réalisation</p> | <p>Atteindre le groupe-cible :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tenir compte des différents systèmes de valeurs et de représentations du groupe-cible ou groupe bénéficiaire à toutes les étapes du développement d'un projet. Mais ces dimensions deviennent particulièrement importantes dans la phase de réalisation et notamment lors de la prise de contact ✓ Ne pas oublier le fait que les migrant-e-s sont très mobiles ; l'accessibilité d'un groupe migrant (sans-papiers, par exemple) peut être particulièrement difficile ✓ Penser à l'importance des settings et des réseaux sociaux, aux modalités de prise de contact, et au choix des intermédiaires, etc. Prendre en considération non seulement des facteurs socio-culturels et traditionnels, etc., mais aussi ceux qui concernent le rythme de la vie professionnelle des migrant-e-s (les horaires de travail, etc.) ainsi que la qualité des personnes intermédiaires (inspirant confiance auprès de la communauté, par exemple) <p>→ Considérer l'importance du réseau migrant pour s'approcher des migrants (atteindre le groupe-cible)</p> |

⁵¹ Plus précisément encore, ce document offre un cadre de référence fournissant des informations et des outils aux personnes déposant une requête de fonds pour répondre aux questions-clés qui se posent dans le cadre de leur projet.

⁵² Spallek, Zeeb, Razum, 2010.

| | |
|--|--|
| <p>Participation et valorisation des ressources</p> | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Veiller à ce que les migrants participent de manière appropriée à toutes les phases du projet ✓ Considérer le fait que la participation est un élément essentiel de l'approche de la promotion de la santé proposée par l'OMS ✓ Intégrer des migrant-e-s du groupe-cible dans la gestion du projet (identification des problèmes et des besoins, exécution et évaluation des actions) <p>Quelques avantages de l'intégration des migrants dans les projets :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elle augmente le soutien social du projet et l'acceptation de l'intervention auprès de la population migrante - Elle permet de chercher une collaboration avec les migrants au lieu de les considérer comme seuls destinataires - Elle crée la proximité avec le public-cible potentiel - Elle influe positivement sur la motivation des participant-e-s migrants <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tenir compte et valoriser les ressources des migrants (humaines/sociales) dont l'utilisation peut être un atout pour le succès du projet <p>Apports de la valorisation des ressources des migrant-e-s :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elle renforce la capacité d'agir pour pouvoir maîtriser la santé et les facteurs qui la déterminent (<i>empowerment</i>). - Elle met à disposition des ressources humaines (connaissances transculturelles, compétences dans la langue d'origine, savoir-faire et expériences migratoires, etc.). - Elle met à disposition les ressources sociales des migrant-e-s (réseaux communautaires, liens sociaux, etc.) qui renforcent la capacité d'améliorer leur situation sanitaire au-delà de ce qui pourrait être possible par leurs seuls efforts individuels - Elle pourrait contribuer à réduire les coûts liés aux ressources humaines. |
| <p>Méthodes et instruments de travail</p> | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Veiller à ce que la méthode et les instruments de travail tiennent compte de la réalité des migrant-e-s et répondent à leurs besoins <p>Quelques suggestions relatives à la méthode et aux instruments de travail :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La méthode et les instruments de travail (entretiens individuels, réunions avec les groupes-cibles, méthode individualisée, ateliers thématiques, jeux de groupe, etc.) doivent tenir compte autant que possible de la forte variété des caractéristiques des participant-e-s migrants (niveau de formation, connaissances de la langue, styles de vie, etc.) - S'il s'agit d'un groupe-cible mixte (population autochtone et migrante), il faut s'assurer que la méthode choisie soit aussi efficace pour les participant-e-s migrants - Dans certains cas, il est peut-être nécessaire d'appliquer une méthode différente afin de mieux prendre en considération les spécificités des migrants - Il faut que le matériel de travail (documentation, langue, voire images, etc.) soit adapté aux besoins des migrants - Il faut veiller à ce que les instruments d'évaluation interne et externe tiennent compte des spécificités du groupe-cible migrant (besoins spécifiques, hétérogénéité en termes de systèmes de valeurs et de perception de la santé, etc.). |

2.5 Interventions de prévention du tabagisme spécifiques aux besoins des migrants

Projets ciblés spécifiquement sur la population migrante en Suisse

En Suisse, diverses démarches de prévention du tabagisme/des dépendances ciblées spécifiquement sur la population migrante ont été mises en œuvre cette dernière décennie. Cependant, elles restent globalement peu nombreuses, voir même quasi inexistantes en Romandie. Tentons toutefois de les lister rapidement ; l'enjeu étant bien plus d'en tirer des enseignements (évaluation) pour notre propre démarche (cf. p. 56 de ce présent document).

Les projets financés par le Fonds de prévention du tabagisme sont ceux possédant une visibilité et une communication.

Le **projet *Tiryaki Kukla*** est un projet de **prévention du tabagisme destiné aux migrants d'origine turque** soutenu par le Fonds de prévention du tabagisme (2010 – 2012). Il est conceptualisé et mis en œuvre par l'Institut de recherche sur la santé publique et les addictions ISGF de Zurich (Dr. C. Salis Gross) et Public Health Services.

Partant du constat que les migrantes et les migrants venus de Turquie font partie du groupe de population qui compte le plus grand nombre de fumeurs et de fumeuses en Suisse (42% parmi les femmes et 53% parmi les hommes) et qu'il existe encore très peu d'offres spécifiques destinées à ce groupe, cet institut a repris un projet de prévention réalisé avec succès en Grande-Bretagne et intitulé *Tiryaki Kukla* afin de le mettre en œuvre en Suisse en l'accompagnant d'une campagne de communication médiatique. L'institut s'est appuyé pour ce faire sur les expériences faites avec le projet pilote (2006 – 2008) intitulé « Thérapie de désaccoutumance au tabac destinée aux migrants d'origine turque », également inspiré d'un projet britannique.

Ce projet a pour objectif de transmettre des connaissances sur les dangers du tabagisme et de faire connaître les offres de désaccoutumance existantes (groupes d'aide à l'arrêt proposés pour et par des migrants turcophones). Il s'agit d'obtenir un changement de comportement parmi les groupes-cibles (arrêt de la consommation de tabac ou réduction du nombre de cigarettes) et une protection contre le tabagisme passif au sein des sociétés et des communautés.

Tiryaki Kukla est une campagne de communication prévue sur une année et demie. Durant cette période, les sociétés et les communautés reçoivent gratuitement du matériel d'information et sont accompagnées dans l'élaboration des mesures à prendre. Ces informations de prévention et de désaccoutumance ont parallèlement été diffusées par les médias de la communauté (TV, Internet, radio, journaux, magazines). Des membres de la population migrante d'origine turque sont directement impliqués dans l'organisation du projet.

L'évaluation réalisée permet actuellement aux responsables d'envisager de non seulement continuer la démarche, mais également de la multiplier auprès d'autres groupes de migrants particulièrement touchés par le tabagisme (ressortissant-e-s de l'Ex-Yougoslavie par exemple), voire à d'autres thématiques de santé (alcoolisme)⁵³.

Le **Projet Prévention du tabagisme via les cours d'allemand langue étrangère/seconde langue (Deutsch als Fremdsprache / Zweitsprache - DaF/DaZ)**, soutenu également par le Fonds de prévention du tabagisme, est réalisé actuellement (2010 – 2012) par l'Institut des langues étrangères pour le monde professionnel et l'enseignement (ISSB) de la haute école zurichoise des sciences appliquées (ZHAW) et l'association professionnelle du groupe de travail Allemand langue étrangère (AkDaF). Ils élaborent des leçons sur le thème de la prévention du tabagisme pour le cours d'allemand langue étrangère / seconde langue.

En Suisse, les migrants qui ne maîtrisent pas les langues officielles sont moins informés des conséquences nocives qu'engendre la consommation de tabac (en cela que les messages et les offres de prévention ne semblent que peu ou pas les atteindre) ; l'intégration linguistique et culturelle permet de mieux comprendre les messages véhiculés par la prévention et les informations sur la consommation de tabac, influençant aussi bien le comportement vis-à-vis de la cigarette que les attitudes de consommation des fumeurs. Les migrants ne parlant aucune des langues officielles sont difficiles à atteindre car ils appartiennent à différents groupes socioculturels, socioéconomiques et ethniques, souvent

⁵³ Information donnée par Dr Corina Salis Gross, responsable du projet.

trop peu organisés en Suisse. Les cours de DaF/DaZ sont particulièrement adaptés pour toucher ces groupes-cibles dans une large mesure.

L'ISBB développe des leçons doubles (2x45 minutes chacune) pour les cours DaF/DaZ en basant, d'une part, son travail sur le rapport « Prévention et promotion de la santé transculturelles en Suisse ». L'institut a, d'autre part, tenu compte des avis des experts de la prévention transculturelle du tabagisme et de la dépendance travaillant à l'Institut de recherche sur la dépendance et la santé de Zurich (ISGF). Le matériel d'enseignement et d'apprentissage est constitué de cahiers et de feuilles de travail pour le cours, ainsi que de matériel complémentaire pour l'autoformation. Par ailleurs, un atelier d'initiation, ainsi que des aides et des instructions didactiques sont prévus pour les enseignants DaF/DaZ.

L'évaluation du projet est prévue et se réalisera en externe. En plus des compétences en langue, l'évaluation analysera l'évolution des connaissances en matière de prévention et d'arrêt du tabagisme.

L'Avant-projet DESIRE, soutenu par le Fonds de prévention du tabagisme (2010 – 2011), est mené actuellement par Fachverband Sucht (l'association des professionnels suisses allemands des addictions) et souhaite sensibiliser, par le biais d'un parcours découverte dans les foires, les adolescents et les jeunes adultes issus de l'immigration ou des couches sociales les moins instruites, étant donné que ces personnes sont difficiles à atteindre avec les mesures de prévention classiques.

Les mesures traditionnelles de prévention des addictions restent bien souvent inefficaces auprès des adolescents et des jeunes adultes - notamment lorsqu'ils sont issus de couches sociales les moins instruites ou d'un contexte migratoire. En lançant le projet DESIRE, l'association Fachverband Sucht souhaite sensibiliser de manière ciblée ce jeune public aux messages de prévention : elle prévoit de réaliser dans les foires un parcours découverte. Celui-ci suscitera l'intérêt des adolescents, qui iront d'eux-mêmes à la découverte du message, sans avoir besoin d'être motivés ou formés au préalable. De fait, l'expérience par soi-même augmente les chances d'une prise de conscience personnelle. Dans le domaine du tabac, le projet DESIRE souhaite avant tout empêcher les jeunes à fumer la première cigarette, les encourager à arrêter de fumer, les informer et les sensibiliser à cette addiction.

La faisabilité de DESIRE sera examinée dans le cadre d'un avant-projet. L'avant-projet détaillé constitue la première étape de la mise en œuvre du projet DESIRE : en collaboration avec des spécialistes de la prévention et de la diminution des risques, l'association Fachverband Sucht examine l'acceptation, la faisabilité et les possibilités de financement du projet. Elle définit le profil et les besoins des groupes-cibles et crée des réseaux avec des partenaires de la prévention dans les domaines du tabac, de l'alcool et de la prévention des dépendances en général.

La **Publication d'un dépliant à l'usage des parents issus de la migration**, soutenu par le Fonds de prévention du tabagisme (2010 – 2011), est réalisée par la « Fachstelle für interkulturelle Suchtprävention (FISP) », service spécialisé dans la prévention interculturelle des dépendances. Ce service traduit, imprime et distribue le dépliant « Elterliche Regeln für das Nichtrauchen ihrer Kinder – Eltern stärken » (« Règles à suivre par les parents afin d'empêcher que leurs enfants ne fument – Encourager les parents ») dans cinq langues de la population migrante suisse.

Chez les migrants issus de certaines régions comme la Turquie, la proportion de fumeurs est nettement plus élevée que chez les Suisses. Les documents et offres de soutien en matière de prévention du tabagisme ne sont pas toujours disponibles dans la langue des migrants ou sont difficiles à comprendre car ils contiennent des textes trop longs et complexes. Le FISP a déjà publié un dépliant en allemand. Il vise à sensibiliser les parents dont l'allemand n'est pas la langue maternelle à parler du tabagisme avec leurs enfants et à leur fournir une aide ainsi que des arguments facilement compréhensibles. Le FISP souhaite faire traduire le dépliant en albanais, en bosniaque/croate/serbe, en portugais, en espagnol et en turc. Les traductions tiennent également compte des particularités culturelles respectives.

Au total, le FISP imprimera 40 000 brochures traduites dans les différentes langues. 10 000 exemplaires seront distribués au cours du premier semestre 2011.

D'autres projets, non financés par le FPT, sont en réalisation ou l'ont été et sont à mentionner.

Le **Projet migesplus** consiste à mettre à la disposition des migrants de Suisse du matériel d'information sur la santé, conformément à la stratégie « Migration et santé 2002-2006 » arrêtée par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Cette stratégie porte sur cinq domaines d'intervention principaux. L'un d'eux est l'information, la prévention et

la promotion de la santé de la population migrante. En 2003, l'OFSP a chargé le département Migration de la CRS d'élaborer une plate-forme Internet sur la santé dans les langues des migrants.

Le projet s'adresse aux spécialistes de la santé, du social et de la formation, aux migrants et à toute personne qui s'intéresse à la thématique santé et migration. Il a pour but de : favoriser l'égalité d'accès des migrants vivant en Suisse à l'information sur la santé ; de donner une vue d'ensemble des principales brochures, vidéos, et autres supports d'information multilingues qui existent sur le sujet ; de responsabiliser les migrants dans la prise en charge de leur santé et de les aider à s'orienter dans notre système de soins ; de promouvoir la production de brochures d'information de qualité et de garantir que ces dernières tiennent compte des spécificités du contexte migratoire et de l'univers de vie des personnes migrantes ; de déceler et de combler le manque d'information.

Les thèmes prioritaires de cette plate-forme Internet sont les suivants : Alimentation & mouvement ; Vieillesse & santé ; Enfant & Santé ; Femme & Santé ; Amour & Sexualité ; Dépendances ; Psyché & Crise ; Santé & prévention ; Santé & soins. Dans la rubrique « Dépendances », certaines brochures d'informations sont reliées spécifiquement à la thématique du tabac, il s'agit :

- « **Domicile sans fumée** » (AT Suisse) proposée en albanais, allemand, espagnol, français, italien, portugais, serbe/bosniaque/croate et turc ;
- « **Les faits principaux sur le tabagisme et sur la fumée passive** » (AT Suisse) proposée dans les mêmes langues ;
- « **Tabagisme passif Protégez vos enfants** » (Ligue suisse contre le cancer) proposée en allemand, espagnol, français, italien, portugais, serbe/bosniaque/croate et turc ;
- « **Conseils aux futurs non-fumeurs** » (AT Suisse) proposée en albanais, allemand, espagnol, français, italien, portugais, serbe/bosniaque/croate et turc ;
- « **Les jeunes face au tabac, au cannabis et à l'alcool** » (Institut de médecine sociale et préventive de Zürich) proposée en albanais, allemand, anglais, arabe, espagnol, français, italien, portugais, serbe/bosniaque/croate, tamoul et turc ;
- « **Comment parler de la cigarette avec ses enfants?** » (AT Suisse) proposée en albanais, allemand, espagnol, français, italien, portugais, serbe/bosniaque/croate et turc ;
- « **Conseils pour arrêter de fumer** » (AT Suisse) disponible également en albanais, portugais, serbe/bosniaque/croate, espagnol et turc.

Concernant ce matériel d'information en langue étrangère, il est à noter l'élément suivant : une maîtrise insuffisante de la langue locale constitue une barrière qui empêche d'accéder à l'information et aux offres de prévention et de promotion de la santé. S'il existe, comme nous venons de le lister, déjà toute une série de matériel d'information dans les langues de la population migrante, ces offres ne constituent pas encore la norme (Pfluger, Biedermann et Salis Gross, 2009).

Une source d'information disponible pour prendre connaissance encore d'autres projets menés auprès de populations migrantes est le **Projet SUPPORT pour projets de promotion de la santé réalisés par et pour des migrant-e-s de RADIX**. Cette Fondation a, de 2003 à 2007, soutenu de nombreux projets dans toute la Suisse⁵⁴, dont, concernant (en tout ou en partie) la thématique du tabagisme :

- Le **Projet « Vive le football – Activité sportive pour des jeunes migrants »**, sous la responsabilité de l'Association culturelle Pérou, visant la Communauté latino-américaine (spécifiquement les jeunes 16-25 ans), dans la région de Lausanne, avec pour thèmes la promotion du bien-être et prévention de problèmes de santé (alcoolisme, tabagisme) via des activités sportives et des discussions
- Le **Projet « Gesundheitsprojekt für bosnische Kinder und Erwachsene »**, visant la Communauté bosniaque (spécifiquement les parents parlant bosniaque), dans la région de Bienne, avec pour thème le tabagisme passif à domicile via des séances d'information
- Le **Projet « Rauchen – ein Kavaliersdelikt gegenüber Kindern? »**, visant les Européens du Sud-Est (plus spécifiquement les parents d'enfants en bas âge), dans la région du Toggenburg SG, avec pour thème le tabagisme passif à domicile via des événements de sensibilisation et de partage d'expériences
- Le **Projet « Fumo passivo »**, sous la responsabilité de l'Association Diamant Abrashi (sommunità albanese) Termine di Monteggio, visant la Communauté albanaise, dans la région du Tessin, avec pour thème la Promotion de la santé, l'information sur les risques de la fumée passive via une brochure informative et des rencontres régulières.

⁵⁴ SUPPORT Liste des projets : <http://upload.sitesystem.ch/B2DBB48B7E/5B4613A676/16734BDD1D.pdf>

Outre les projets intégrés au projet SUPPORT de Radix, le rapport « Prévention et promotion de la santé transculturelle en Suisse » (Pfluger, Biedermann et Salis Gross, 2009) liste d'autres projets ciblés spécifiquement sur la population migrante en Suisse. Il s'agit notamment de :

- Le Projet « SuMiVE Prévention des dépendances en collaboration avec des associations de migrants », Caritas Aargau et Suchthilfe Bezirk Aarau ; direction : Commission fédérale des étrangers (CFE) (Région Argovie)
- Projet « Tabakprävention in der spanischen Gemeinschaft », Association faïtière espagnole FEMAES (Région Berne)
- Projet « Migration et dépendance », Réseau Contact ; direction : canton de Berne (régions de Berne, Thoune, Bienne, Haute-Argovie/Emmental).

Mentionnons pour terminer que le **Projet FemmesTISCHE** coordonné (via des coordinateurs régionaux) par la Fédération Suisse pour la Formation des Parents FSFP. FemmesTISCHE, marque déposée et reconnue comme structure de formation et de prévention d'accès facile, réunit, dans un cadre privé, des personnes qui élèvent un/des enfant/s pour parler de questions autour de l'éducation, des rôles de chacun dans la famille et la société, de la santé. Il offre des moments d'information et un échange d'expériences des participants, ce qui augmente les compétences de chacun/e et ouvre de nouveaux horizons. Le contact informel, respectueux et chaleureux permet de créer des liens et d'améliorer le réseau social.

Pour pouvoir atteindre les mères (grand-mères, etc) d'origine étrangère la publicité (sous forme de cartes A5) existe en 13 langues. Il est important que les animatrices de groupes de langue étrangère soient issues de la même ethnie que les participant-e-s, afin que chacun-e puisse parler dans sa langue maternelle. Ceci permet d'atteindre des femmes qui ne parlent pas ou peu notre langue et de les mettre en contact avec des compatriotes intégrées à des niveaux différents. Elles peuvent s'informer au sujet du système suisse de formation, de santé, de possibles cours de langue, etc. L'animatrice est une personne à l'aise dans les deux milieux et joue ainsi un rôle important de lien et de modèle.

Grâce à l'organisation légère, l'accueil dans un cadre privé et le réseau de proximité, FemmesTISCHE atteint des femmes de toutes les couches sociales, même celles qui ne participeraient jamais à une activité de formation traditionnelle. En novembre 2007 FemmesTISCHE a été récompensé par le prix d'excellence de Caritas Zurich.

La Romandie, jusqu'à aujourd'hui parent pauvre de cette action, initie actuellement la démarche : la section romande de la Formation des Parents CH - faïtière suisse de la formation des parents, en collaboration avec le Groupe d'experts Formation des dépendances (GFD), est effectivement en train de développer un projet de rencontres pour parents migrants en Suisse romande. Un groupe de personnes intéressées par la thématique s'est réuni en juin 2010 afin de mieux définir les besoins. Les efforts de développement avec un groupe plus restreint d'institutions intéressées à mettre sur pied des rencontres pour parents à bas seuil se poursuivent.

L'intérêt de collaborer, dans le cadre de notre projet de prévention du tabagisme auprès des populations migrantes du canton de Vaud, est évident.

D'autres démarches de prévention du tabagisme ont certainement été mises en place régionalement, ou cantonalement en Suisse, or l'absence de publication publique (article scientifique, littérature grise, document de projets, etc.) amène un manque de connaissance et d'information évident.

Evaluation des projets existants sous l'angle de la bonne pratique

Le rapport du projet « Prévention et promotion de la santé transculturelles en Suisse (Pfluger, Biedermann, Salis Gross, 2009), après avoir listé les projets ciblés spécifiquement sur la population migrante en Suisse, livre une évaluation des offres existantes sous l'angle de la bonne pratique. Les conclusions sont les suivantes :

① **Éléments d'évaluation des projets de prévention du tabagisme (et de l'alcoolisme) existants sous l'angle des bonnes pratiques (Pfluger, Biedermann, Salis Gross, 2009)**

- ✓ Avec la stratégie Migration et santé de l'OFSP, la Confédération met davantage l'accent sur les mesures de prévention et de promotion de la santé en faveur de la population migrante. La Confédération et les cantons apportent leur soutien à toute une série d'offres dans les domaines de la migration et de la santé
- ✓ Les structures et projets destinés aux personnes d'origine migrante sont encore peu nombreux. En particulier, les offres et institutions en matière de dépendance, d'alcool et de tabac sont rares. Deux organismes s'occupant de problèmes de dépendance visent spécifiquement la population migrante : FISP (Fachstelle für interkulturelle Suchtprävention und Gesundheitsförderung) et MUSUB (Multikulturelle Suchtberatungsstelle beider Basel). Pour sa part, en ouvrant toutes ses prestations à la transculturalité, la fondation Réseau Contact (Berne) a mis en œuvre le concept transculturel de manière exemplaire
- ✓ Dix projets de prévention du tabagisme et de l'alcoolisme axés spécifiquement sur la population migrante ont été recensés en Suisse. L'éventail des mesures proposées dans le cadre de ces projets est relativement important, mais l'approche prévention structurelle fait totalement défaut. Des supports d'information dans la langue des migrants sont proposés pour différents thèmes. Ces projets ne couvrent pas, et de loin, tous les domaines de la promotion de la santé et de la prévention, ni même ceux de la prévention du tabagisme et de l'alcoolisme. Des lacunes essentielles sont constatées
- ✓ La plupart des projets mentionnés dans ce rapport concernent des mesures ponctuelles de durée limitée, dotées d'un petit budget et dont le financement n'est pas garanti à plus long terme. Les projets en question ne s'inscrivent pas dans une stratégie globale supérieure
- ✓ Parmi les dix projets mentionnés, cinq visent un changement transculturel. Toutefois, il n'existe pas de documentation précise quant aux mesures envisagées. A ce jour, quelques institutions seulement ont ancré l'approche migratoire ou transculturelle dans leur organisation
- ✓ Quelques projets seulement ont procédé à une analyse détaillée de la situation de départ et des évidences. L'analyse et la documentation systématiques des méthodes choisies, des moyens de communication, du cadre de vie des groupes-cibles et des paramètres socioéconomiques et socioculturels font pratiquement toujours défaut
- ✓ Souvent, les objectifs ne sont pas suffisamment précis ; surtout, ils ne sont pas définis à l'aide de critères quantifiables. Le projet ISGF de désaccoutumance au tabac pour les migrants d'origine turque en Suisse fait exception
- ✓ Certains projets mentionnent avoir sollicité des personnes de référence et utilisé leur connaissance du groupe cible et leurs contacts dans ce groupe. Cependant, les données disponibles ne sont pas suffisantes pour analyser la position des personnes sollicitées ni leur degré de connaissance du groupe cible, excepté une fois encore le projet de désaccoutumance au tabac de l'ISGF
- ✓ Le projet « Contact Netz »⁵⁵ est le seul projet à avoir été soumis à une évaluation externe. Le projet de l'ISGF de désaccoutumance au tabac pour les personnes d'origine turque fait l'objet d'une évaluation permanente ; l'efficacité des coûts du projet doit être analysée. S'agissant des autres projets, les documentations livrent, au mieux, une appréciation subjective des participants ou des responsables de projet

En résumé, il est possible de dire que les offres utilisables par la population migrante sont encore en nombre insuffisant. Certaines ont permis de collecter des expériences en matière de prévention et de promotion de la santé en faveur de la population migrante ; toutefois, un ancrage institutionnel de l'approche transculturelle ne peut être observé que de cas en cas. La plupart des projets concerne des mesures à court terme et leur financement n'est pas garanti. Les projets qui analysent et définissent les objectifs, les méthodes, les groupes-cibles et la communication en se référant à l'évidence scientifique sont l'exception. La documentation et l'évaluation des offres sont rarement suffisantes.

A son issue, ce **projet « Prévention et promotion de la santé transculturelles en Suisse »** fournit des informations et pistes incontournables en termes d'actions de prévention du tabagisme auprès des populations migrantes.

⁵⁵ La fondation Contact Netz (groupement bernois d'aide en matière de dépendances s'adressant aux jeunes et aux parents) propose une aide ambulatoire et en milieu hospitalier pour les problèmes de dépendances dans plusieurs villes du canton de Berne. L'organisation est plus particulièrement active dans le domaine des drogues illégales. L'expérience de la scène ouverte de la drogue des années 80 et l'étude Domenig et al. (2000) ont amené Contact Netz et l'organisme bernois Centro Familiare Emigrati à développer le concept « Migration et dépendances ». Bénéficiant du soutien financier de l'OFSP et du canton de Berne, le projet d'une durée de trois ans a démarré en automne 2001 dans le cadre de Contact Netz (Réseau Contact, 2001). Pour la première fois en Suisse, une institution travaillant dans le domaine des dépendances ciblait systématiquement, conceptuellement et stratégiquement les besoins et la situation particulière des personnes d'origine migrante (Réseau Contact, 2004). L'organisation a mis l'accent sur l'évolution transculturelle du système de soins et, partant, sur l'ouverture de l'institution aux personnes d'origine migrante. (Pfluger, Biedermann, Salis Gross, 2009)

Nous l'avons vu, les personnes originaires de différents pays (Allemagne, France, Autriche, Italie, Portugal, Sri Lanka) fument autant ou moins que les Suisses d'origine (GMM 2004). Seules les personnes originaires de Turquie et des pays de l'Ex-Yougoslavie fument davantage. Les personnes interrogées ont une meilleure connaissance de la question que ce que pensaient les professionnels. Toutefois, comme dans la population indigène, le facteur dépendance tend à être sous-estimé, certainement en raison d'une information insuffisante. Les raisons qui incitent à fumer sont les mêmes dans la population migrante que chez les Suisses d'origine, par exemple : la dépendance et l'acceptation sociale du phénomène. S'ajoutent à cela des problèmes spécifiquement liés à la migration, comme la solitude, la peur d'être expulsé, la menace qui pèse sur la famille restée au pays ou encore le chômage. Toutes ces raisons font que, même connues, les conséquences de la consommation de tabac ne sont souvent pas considérées comme prioritaires. L'accès aux offres de prévention est mal connu. Fréquemment, les prestations sont sollicitées tardivement, et seulement avec l'aide d'un professionnel (Pfluger, Biedermann, Salis Gross, 2009).

Ces éléments amènent l'équipe de recherche à la formulation d'un certain nombre de recommandations pour une prévention du tabagisme centré sur la migration ; nous les présentons ci-dessous de manière courte mais invitons le lecteur à prendre connaissance de l'entier des résultats du projet.

① Recommandations pour une prévention du tabagisme centrée sur la migration (Pfluger, Biedermann, Salis Gross, 2009)

- ✓ Il est primordial de **proposer davantage d'offres de prévention à la population migrante ou d'axer plus fortement les offres existantes sur cette population**. Moyennant des adaptations négligeables, de nombreuses offres peuvent aussi être utiles à la population migrante ; inversement, des mesures en faveur des groupes socialement défavorisés de la population migrante peuvent aussi profiter de d'autres groupes de la population
- ✓ Les projets actuels et à venir de lutte contre le tabagisme doivent **traiter la population migrante de manière différenciée**
- ✓ Des **mesures spécifiques au sexe et à l'âge doivent être introduites**. Il faut plus particulièrement s'adresser aux hommes, car ils fument nettement plus que les femmes, indépendamment de leur origine. Le Monitoring de l'état de santé de la population suisse indique un besoin de prévention chez les femmes âgées de 29 à 50 ans. Les femmes bien intégrées au niveau de la langue ont tendance à fumer davantage, suivant ainsi une habitude largement répandue chez les Suissesses (Gabadinho, Wanner et al., 2006)
- ✓ Des **interventions axées spécifiquement sur certains groupes sont recommandées pour les grands groupes ou sous-groupes et en cas de fréquence de consommation élevée** car l'impact escompté est grand
- ✓ Les **informations sur le syndrome de la dépendance doivent être transmises spécifiquement**. L'accent doit être mis sur les effets de la nicotine au niveau physiologique et l'efficacité des médicaments en cas d'arrêt de consommation
- ✓ De nombreux fumeurs ont, ou ont eu, dans leur **entourage des personnes qui ont développé une maladie liée au tabac ou qui en sont mortes. Cette expérience peut être utilisée** dans le cadre de mesures de prévention
- ✓ La **prise de conscience croissante des dangers du tabagisme passif, en particulier pour les enfants, peut être exploitée**
- ✓ Des **informations ciblées à l'intention des parents sont conseillées, p. ex. dans le cadre de cours de préparation à la naissance** ou de soins aux nourrissons
- ✓ L'**image du non-fumeur digne d'admiration doit être valorisée ; voir quelles personnes dans la population migrante peuvent être des modèles** pour le groupe-cible
- ✓ Dans certains groupes de migrants, **le comportement à l'égard du tabac de personnes qui bénéficient d'une estime particulière influence considérablement celui des autres personnes. Voir quelles personnes au sein du groupe peuvent tenir ce rôle**
- ✓ **Chez les musulmans, le ramadan peut être une bonne occasion d'inviter les fumeurs à arrêter de fumer** (pendant cette période, les musulmans pratiquants ont l'interdiction de fumer durant la journée)
- ✓ Renforcer l'accès aux prestations via des personnes de confiance (famille, médecin traitant) et **miser davantage sur l'aide et le soutien de l'environnement personnel** et de la société civile plutôt que sur celui (les offres) de professionnels.
- ✓ **Aide d'un professionnel** pour la bonne utilisation et le dosage des substituts nicotiques

Au plan international, l'élaboration de « bonnes pratiques » en matière de projets de prévention du tabagisme ciblés spécifiquement sur des populations migrantes est, à notre connaissance (et selon les sources d'informations sélectionnées) absente. Notre recherche bibliographique dans la *Cochrane Library* (*Cochrane Database of Systematic Reviews > Tobacco, drugs, & alcohol dependence > Tobacco > Interventions in specific groups*) fut limitée en termes de résultats : aucune revue systématique d'interventions de prévention ciblant spécifiquement une-des population-s migrante-s, du moins auprès de populations vulnérables n'a [encore] été réalisée.

Ceci témoigne, à notre sens, du peu d'interventions à ce jour mises en oeuvre – du moins publiées et/ou évaluées – en matière de prévention du tabagisme auprès de populations migrantes. En effet, la majorité des articles trouvés (pour la réalisation de ce document) porte sur des différences de prévalence et/ou sur l'exploration de facteurs influents mais très peu relatent des actions de prévention concrètes.

Deux revues systématiques réalisées par la *Cochrane Collaboration* peuvent néanmoins retenir notre attention. La première, réalisée en 2008 et analysant l'impact des interventions mass médiatiques sur l'arrêt du tabac, affirme qu'aucun lien n'a, dans les différentes études prises en compte, pu être observé entre l'efficacité des campagnes et l'âge, l'éducation, le sexe ou l'origine ethnique (Bala and al., 2008). Cet élément est en mesure de nuancer un fait pourtant souvent évoqué, celui selon lequel les campagnes de prévention large public n'atteindraient pas les groupes migrants. La seconde, réalisée en 2006 et analysant l'efficacité des interventions communautaires pour réduire la prévalence de tabagisme parmi la population adulte (Secker-Walker et al. 2006) conclut que, malgré le fait que les approches basées sur la communauté restent une part importante des activités de promotion de la santé, les études réalisées peinent à mettre en évidence leur efficacité.

A l'instar de la *Cochrane library*, le *National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)* (Grande-Bretagne) n'a, pour l'heure, rédigé aucun guide de recommandations pour les interventions de prévention du tabagisme spécifiquement ciblées sur des populations migrantes.

Un guide, édité en 2008 et intitulé "Smoking cessation services in primary care, pharmacies, local authorities and workplaces, particularly for manual working groups, pregnant women and hard to reach communities" est susceptible de comporter des éléments intéressants pour notre pratique. Or, seule une recommandation en termes de recherche (Recommendations for research) aborde la question de la migration et précise justement que des recherches devraient analyser l'accessibilité et l'utilisation des service d'aide à l'arrêt, l'observance du traitement et le maintien des résultats selon le statut socioéconomique des personnes, l'âge, le sexe, le handicap et l'origine ethnique (NICE public health guidance, 2008)

Comme le *NICE*, *The Guide to Community Preventive Services*, édité part le *Centers for Disease Control and Prevention* (Amérique du Nord) n'a, pour l'heure, rédigé aucun guide de recommandations pour les interventions de prévention du tabagisme spécifiquement ciblées sur des populations migrantes et/ou vulnérables.

3. ÉLÉMENTS DE RECOMMANDATIONS POUR L'ACTION DE PREVENTION

Dans l'objectif d'un plan d'action de prévention du tabagisme auprès de-s populations migrantes du canton de Vaud, les éléments de littérature présentés précédemment nous permettent d'émettre quelques recommandations à prendre en compte pour/lors de la planification. Ces recommandations sont présentées davantage ici sous forme de questionnement dans la mesure où les étapes suivantes de notre réflexion et démarche – enquêtes auprès d'informateurs clés et démarche communautaire auprès des bénéficiaires directement concernés (recueil des représentations et évaluation des besoins de prévention) – devraient permettre de les préciser.

|  Recommandations pour un plan d'action de prévention du tabagisme auprès de populations migrantes du canton du Vaud | |
|---|--|
| Réflexions préliminaires et précautions | <ul style="list-style-type: none"> → Le canton de Vaud étant, avec 30%, le deuxième canton suisse en terme de proportion de population résidente permanente étrangère (sans même compter la population liée à l'asile et les sans-papiers) le CIPRET-Vaud – centre de référence cantonal – se doit de réfléchir quels sont parmi cette population les sous-groupes plus vulnérables en termes de tabagisme et de proposer des actions spécifiques → Dans la mesure où il n'existe que peu de connaissances et d'expérience en matière de prévention du tabagisme auprès de populations migrantes, il convient d'opter pour une intervention spécifiquement ciblée sur cette catégorie de bénéficiaires (Migrant specific; en opposition à <i>Migrant sensitive</i>). De telles interventions devraient permettre de tendre vers l'égalité des chances entre les populations migrantes et la population autochtone vaudoise en matière d'accès aux mesures de promotion d'une vie sans tabac (informations), de protection contre la fumée passive et d'aide à la désaccoutumance → Afin de compléter ces premières recommandations et d'ajuster notre plan d'action (notamment en termes de groupe-s cible-s et d'activités), il conviendra, une fois publiés, de prendre connaissances des résultats du deuxième Monitoring de l'état de santé de la population migrante (GMM II, 2010). La collecte des données est programmée de septembre à décembre 2010. Le rapport final est attendu pour juin 2011 → Afin d'intégrer notre démarche de prévention du tabagisme à l'ensemble des actions et des acteurs de santé publique oeuvrant sur le canton de Vaud auprès de populations migrantes (et de viser ainsi une meilleure efficacité), il conviendra, une fois publiés (printemps 2011) de prendre connaissance de l'analyse des besoins du canton de Vaud en matière de promotion de la santé et de la prévention (réalisée actuellement par l'IUMSP sur mandat de l'OFSP dans le cadre du projet « Analyse de besoin des cantons dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention (PS+P) ») |
| Objectifs d'action | <ul style="list-style-type: none"> → Empêcher le début de la consommation de tabac parmi les sous-groupes de migrants plus à risque de commencer à fumer (femmes, migrants dont la durée de séjour en Suisse est relativement grande, nouvelle génération, jeunes par ex.) (→ Renforcer la <i>anti-smoking socialization</i> et le <i>health immigrant effect</i> et contrer le <i>ill effect of immigration</i> et le risque représenté par l'acculturation par rapport aux habitudes tabagiques) ; → Promouvoir l'arrêt de la consommation de tabac parmi les sous-groupes de migrants présentant une prévalence de tabagisme surélevée par rapport à la population autochtone / par rapport aux autres groupes migrants (ex. migrants hommes ressortissants d'un pays dont la consommation tabagique est élevée en comparaison internationale, ex. Turquie, Albanie, etc.) (→ Utiliser la <i>health transition</i> que peut représenter la migration et contrer le <i>imported risk</i>) ; → Protéger la population migrante du tabagisme passif |
| Population-s ou lieu-x cible-s | <ul style="list-style-type: none"> → Favoriser des interventions axées spécifiquement sur certains groupes pour les grands groupes ou sous-groupes et en cas de fréquence de consommation élevée car l'impact escompté est grand → Considérant le fait que les migrant-e-s constituent un groupe extrêmement hétérogène avec des comportements tabagiques et des besoins de préventions diversifiés, il est judicieux de focaliser, du moins dans un premier temps, notre plan d'action sur un seul sous-groupe de migrants vulnérables en termes de tabagisme (selon nationalité, profil migratoire, âge, genre, niveau d'éducation, etc. ?). <p>Nous pouvons, sur la bases des éléments en notre possession, imaginer cibler notre plan d'action sur un sous-groupe de migrants selon son origine, tels que</p> <ul style="list-style-type: none"> → Migrant-e-s originaires de Serbie-et-Monténégro (y.c. Kosovo), compte tenu des éléments |

suyvants :

- La Serbie-et-Monténégro (y.c. Kosovo) – avec près de 14'000 ressortissants sur le territoire vaudois – représente la quatrième nationalité la plus représentée parmi la population migrante résidente du canton (après le Portugal, la France, l'Italie)
- Le Monitoring de l'état de santé de la population migrante en Suisse de 2004 montre que la prévalence de consommateurs/trices de tabac chez les ressortissants d' « Ex-Yougoslavie » est légèrement supérieure à celle de la population suisse et à celle des autres groupes de migrants (excepté Turcs). Notons toutefois, que cette différence de prévalence n'est statistiquement pas significative, c'est-à-dire qu'elle disparaît une fois les chiffres ajustés sur les caractéristiques socioéconomiques des individus. En d'autres termes, cela signifie qu'il y a, outre la nationalité, des caractéristiques socioéconomiques qui expliquent probablement mieux les différences de tabagisme entre le groupe « ex-yougoslaves » et le groupe « suisse ». A ce propos, Philippe Wanner, co-auteur de l'analyse des données du Monitoring de l'état de santé de la population migrante en Suisse de 2004, nous a précisé les éléments suivants : « vous pouvez faire une politique de prévention ciblée sur les ex-Yougoslaves, si elle est efficace, elle réduira leur tabagisme dans la population. Mais vous feriez peut-être mieux de vous concentrer sur les variables effectivement significatives (par ex. catégories socioprofessionnelles), vous obtiendrez peut-être de meilleurs résultats en intégrant l'ensemble des ouvriers (ou les ouvriers ex-yougoslaves)

Préalable : Identifier/préciser, au sein de ce groupe de migrants, lesquels précisément : Kosovars ? Albanais du Kosovo ? Albanophones ?

→ **Migrant-e-s turcs / turcophones**, compte tenu des éléments suivants :

- Le Monitoring de l'état de santé de la population migrante en Suisse de 2004 précise que la prévalence de consommateurs/trices de tabac est nettement supérieure chez les migrants turcs et turques (comparativement à la population suisse et aux autres groupes de migrants)
- Un concept et une intervention de prévention pour les Turcs et Turques / turcophones existe en Suisse et demande à être développés/multipliés, d'une part en Romandie, et d'autre part, auprès d'autres sous-groupes de migrants
- En dépit du fait qu'ils ne représentent pas un des groupes de migrants numériquement majoritaires dans le canton de Vaud ; ils ne sont « que » 3'000 environ (chiffres pour fin 2009)

ou cibler un sous-groupe de migrants **selon son statut migratoire** ; en visant un statut reconnu comme un facteur de vulnérabilité en termes de santé et/ou de tabagisme :

→ **Requérants d'asile**, compte tenu des éléments suivants :

- Le Monitoring de l'état de santé de la population migrante en Suisse de 2004, bien qu'il précise que les requérants et requérantes albanais(s) du Kosovo consomment moins fréquemment du tabac, précise en même temps que le fait d'être victimes de répression politique ou de violences est un facteur de risque notoire en termes de tabagisme (chez les femmes particulièrement)
- Les requérants d'asile sont reconnus comme un étant un sous-groupe de migrants présentant une vulnérabilité en termes de santé

→ **Personnes sans autorisation de séjour (sans-papiers)**, compte tenu des éléments suivants :

- Le canton de Vaud estime le nombre de sans-papiers sur son territoire entre 10'000 et 12'000, ce qui représente une part importante de la population de sans-papiers suisse (estimée entre 150'000 et 300'000) ; l'arc lémanique étant un pôle d'attraction important pour eux (en raison des possibilités d'emploi et des offres associatives notamment)
- Les sans-papiers sont reconnus comme un étant un sous-groupe de migrants présentant une vulnérabilité en termes de santé

Préalable : Clarifier la position/légitimité d'un centre de référence cantonal tel que le CIPRET-Vaud en matière d'action auprès de populations sans autorisation de séjour valable

Ou, encore, cibler un sous-groupe de migrants **selon son statut socioéconomique** ; en visant un statut reconnu comme un facteur de vulnérabilité en termes de santé et/ou de tabagisme :

→ **Migrants appartenant à une catégorie socioéconomique (catégorie socioprofessionnelle inférieure**

Or, dans ce cas, une difficulté apparaît et nécessite d'être maîtrisée : contrairement à ce qui se passe dans la population générale suisse, le Monitoring de l'état de santé de la population migrante en Suisse de 2004, précise que, lorsque l'on compare entre eux les Portugais, les Turcs, les Sri Lankais (résidents et requérants d'asile), les requérant d'asile kosovars avec les Ex-Yougoslaves, pour les deux sexes, le tabagisme est sensiblement plus développé dans les strates socioéconomiques moyennes et

| | |
|---|---|
| | <p>supérieures (hypothèse : comportement à mettre en lien avec le stade de l'épidémie de tabagisme dans leur pays d'origine).</p> <p>→ Outre, ou en parallèle à, une approche par population-s cible-s, une démarche par lieux cibles (partenaires cibles) pourrait être envisagée. Les acteurs sociaux (privés et associatifs) travaillant sur la problématique santé/précarité sont multiples sur le territoire vaudois mais l'accès aux soins des personnes en marge du système est passablement structuré et centralisé : l'essentiel de l'activité se concentre autour du Point d'Eau et de la Policlinique médicale universitaire. Notons toutefois que ces acteurs/structures ne s'occupent pas uniquement de migrants vulnérables mais également d'autres populations vulnérables telles que peuvent être les Suisses « désocialisés », les patients toxicomanes, etc.</p> <ul style="list-style-type: none"> → Soins primaires <ul style="list-style-type: none"> — Point d'eau Lausanne (PEL) — Associations travaillant avec des infirmières sur place telles que l'« Armée du Salut » et « Fleurs de pavé » (prostituées) (MSF, 2002) — Réseaux de médecins (dont réseau FARMED) → Soins secondaires et hospitaliers <ul style="list-style-type: none"> — Policlinique Médicale Universitaire (PMU), dont l'Unité Populations Vulnérables — CHUV ? → Santé mentale <ul style="list-style-type: none"> — Association « Appartenances » → Prévention <ul style="list-style-type: none"> — Associations : Le Collectif des sans-papiers a formé un groupe santé qui s'occupe, une fois par semaine dans les associations de communauté, du planning familial et de la prévention MST/SIDA pour les adultes et les adolescents (MSF, 2002). Plusieurs associations Sida font de la prévention, dont Point fixe — La fondation PROFA + PEL Depuis 2007, la fondation Profa et Point Fixe ont un projet commun intitulé Migration & Intimité (Information, prévention et formation dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive auprès des migrants) |
| <p>Précisions sur actions pour atteindre les objectifs</p> | <p>Général :</p> <ul style="list-style-type: none"> → Des mesures spécifiques au sexe et à l'âge doivent être introduites. Il faut plus particulièrement s'adresser aux hommes, car ils fument nettement plus que les femmes, indépendamment de leur origine. Le Monitoring de l'état de santé de la population suisse indique un besoin de prévention chez les femmes âgées de 29 à 50 ans. Les femmes bien intégrées au niveau de la langue ont tendance à fumer davantage, suivant ainsi une habitude largement répandue chez les Suissesses. Mais, en même temps, il est avéré que plus la durée de séjour en Suisse se prolonge, plus les personnes sont réceptives aux messages de prévention. Il s'agira dès lors de jouer entre ces deux effets de l'acculturation/intégration... → Favoriser des interventions (information, sensibilisation, aide à l'arrêt) dans et avec les associations et groupements fréquentés par le-s groupe-s cible-s (cadres familiaux, de confiance) → Accompagner les actions de supports d'information (écrit, image, etc.) adaptés (à la langue, aux codes et habitudes culturels, aux médias, etc.) <p>Pour objectif « Empêcher le début de la consommation de tabac parmi les sous-groupes de migrants plus à risque de commencer à fumer » :</p> <ul style="list-style-type: none"> → L'image du non-fumeur digne d'admiration doit être valorisée. Voir quelle-s personne-s dans la population migrante peut-vent être des modèles pour le groupe-cible. → Formation de personnes dans la communauté cible pour relayer les messages de prévention : dans certains groupes de migrants, le comportement à l'égard du tabac de personnes qui bénéficient d'une estime particulière influence considérablement celui des autres personnes (plus parfois que les professionnels de la santé). Voir quelle-s personne-s au sein du groupe peut-vent tenir ce rôle. Concernant ce point, envisager les femmes migrantes comme des vecteurs de la transmission des informations reliées à santé/tabagisme à leurs proches/communauté en cela qu'il est avéré qu'elles sont plus réceptives aux messages de prévention, au bénéfice de davantage de soutien social et plus impliquées dans la gestion de leur propre santé → Campagne de sensibilisation et d'information dans les médias (radio, TV, journaux) de la langue des groupes cibles ; les informations diffusées via la télévision (surtout des pays d'origine) semblent avoir un impact particulier → Contenu des messages : des informations sur les effets du tabagisme sur la santé et sur le syndrome de la dépendance doivent être transmises spécifiquement. Un accent doit être aussi mis sur les effets de la nicotine au niveau physiologique <p>Pour objectif « Promouvoir l'arrêt de la consommation de tabac parmi les sous-groupes de migrants présentant une prévalence de tabagisme surélevée par rapport à la population autochtone / par rapport aux autres groupes migrants » :</p> |

| | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> → Cours pour arrêter de fumer donnés par et pour des membres des groupes-cibles, dans les communautés et dans leur langue (à l'instar du projet <i>Tiryaki Kukla</i>) → Formation de personnes dans la communauté cible pour relayer les messages de prévention et soutenir l'aide à l'arrêt : dans certains groupes de migrants, le comportement à l'égard du tabac de personnes qui bénéficient d'une estime particulière influence considérablement celui des autres personnes. Voir quelle-s personne-s au sein du groupe peut-vent tenir ce rôle → Campagne dans les médias (radio, TV, journaux) de la langue des groupes-cibles pour transmettre des informations sur l'offre de soutien au sevrage tabagique ; les informations diffusées via la télévision (surtout des pays d'origine) semblent avoir un impact particulier → Contenu des messages : un accent doit être mis sur les effets du tabagisme sur la santé (notamment cardiaque vu que la raison la plus souvent avancée pour arrêter ou diminuer la consommation est la menace d'une affection cardiaque ou une affection cardiaque déclarée) et l'efficacité des médicaments en cas d'arrêt de consommation → Contenu des messages : de nombreux fumeurs ont, ou ont eu, dans leur entourage des personnes qui ont développé une maladie liée au tabac ou qui en sont mortes. Utiliser cette expérience dans le cadre de mesures de prévention → Chez les musulmans, le ramadan peut être une bonne occasion d'inviter les fumeurs à arrêter de fumer (pendant cette période, les musulmans pratiquants ont l'interdiction de fumer durant la journée) → Au vu du fait que la santé des enfants (foetus inclus) représente un effet incitatif, une motivation pour l'arrêt, cibler les femmes enceintes ainsi que les futurs pères. Exploiter le moment de la grossesse pour inviter les parents à renoncer à fumer → Renforcer l'accès aux prestations via des personnes de confiance (famille, médecin traitant) ; miser davantage sur l'aide et le soutien de l'environnement personnel et de la société civile plutôt que sur celui (les offres) de professionnels. <p>Pour objectif « Protéger la population migrante du tabagisme passif »</p> <ul style="list-style-type: none"> → Considérant le fait que, chez les profanes, un risque considéré comme volontaire (tabagisme actif par exemple) sera plus faiblement perçu qu'un risque considéré comme involontaire (tabagisme passif par exemple), cibler le tabagisme passif comme objectif d'action semble pertinent en termes de marge de réussite → La prise de conscience croissante des dangers du tabagisme passif, en particulier pour les enfants, doit être exploitée → Des informations ciblées à l'intention des parents (plus spécifiquement des mères) sont conseillées, par exemple dans le cadre de cours de préparation à la naissance ou de soins aux nourrissons |
| <p>Evaluation du projet</p> | <ul style="list-style-type: none"> → Cf. mandat Addiction Info Suisse |
| <p>Méthode de travail pour la suite</p> | <ul style="list-style-type: none"> → Acceptant le fait que les éléments « objectifs » présentés dans ce présent document (se référant à des résultats d'études, de rapports scientifiques) peuvent ne pas refléter la réalité du territoire vaudois, il convient de croiser/coupler ces données avec des éléments plus « subjectifs » basés sur les problèmes et besoins exprimés (ou ressentis) par les experts – personnes-clés et par la communauté migrante cible elle-même. C'est précisément l'objectif des prochaines étapes de recherche → Une fois le groupe cible clarifié, il s'agira d'intégrer un-des migrant-e-s de ce groupe dans la construction et la gestion du projet afin de permettre l'identification des problèmes et des besoins en termes de prévention du tabagisme « de l'intérieur », la détermination des actions de prévention/promotion pertinentes et « sensées » pour eux et, finalement, de favoriser l'exécution et l'évaluation des actions telles que réellement demandées. Cette intégration/participation à la démarche permettra de tenir compte des différents systèmes de valeurs et de représentations du groupe-cible en matière de tabagisme et de prévention, de faciliter l'accès au groupe-cible (par la compréhension et la proximité du réseau migrant) et d'augmenter le soutien du projet et l'acceptation de l'intervention auprès de la population migrante cible → Collaborer avec des acteurs de santé publique clés (individus, institutions, projets, etc.) du canton de Vaud actifs auprès de populations migrantes afin de favoriser le soutien, l'acceptation et la mise en œuvre de notre intervention sur le territoire (création d'un groupe de projet ?) |

BIBLIOGRAPHIE

- Acevedo-Garcia D., Pan J., Jun HJ., Osypuka L., Emmons KM. (2005) **“The effect of immigrant generation on smoking”** *Social Science & Medicine*, Volume 61, Issue 6 : 1223-1242.
- Aïna Stanojevich (2007) « **Repères sur la santé des migrants** », Dossier " La santé des migrants ", *La Santé de l'Homme*, no 392.
- Allamani A, Innocenti FB, Innocenti A, Cipriani F, Voller F. (2009) **“Alcohol and tobacco consumption among Albanian immigrants in Florence”**, *Subst Use Misuse*, 44(2) :282-300.
- Bala M, Strzeszynski L, Cahill K. (2008) **“Mass media interventions for smoking cessation in adults”**. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1. Art. No.: CD004704. DOI: 10.1002/14651858.CD004704.pub2.
- Bodenmann P., Schoc M., Vaucher P., Favrat B. (2003) « **Les "sans-papiers", des migrants particuliers : expérience de la Policlinique médicale universitaire de Lausanne durant l'année 2001** ». *Bulletin Officiel de la Société Neuchâteloise de Médecine* 37 : 25-26.
- Bodenmann P. (2003) « **La migration est-elle un facteur de risque du tabagisme ?** » *Revue Médicale Suisse*, N° 548.
- Bodenmann P., Murith, N., Favrat, B., Vaucher, P., Bissery, A., Vannotti, M., Cornuz, J., Pécoud, A. Zellweger, J. P. (2005). « **Perception of the damaging effects of smoking, and brief cessation counselling by doctors. A comparison between native Swiss and immigrants** ». *Swiss Medical Weekly*, 135:256-262.
- Bodenmann P, Cornuz J, Ruffieux C, Pin M, Favrat B. (2006) « **Perception du risque pour la santé lié à la consommation excessive d'alcool, au tabagisme et aux comportements sexuels à risque chez les migrants et les autochtones : nécessité d'une prévention différente ?** », OFSP, Recherche Migration et santé - Dans le cadre de la stratégie « Migration et santé 2002-2007 » de la Confédération, rapport 2006.
- Bodenmann P, Rossi I, Cornuz J. (2006) « **Perception du risque lié au tabagisme : données et interrogations** ». *Revue Médicale Suisse*, 72.
- Bodenmann P., Madrid C., Vannotti M., Rossi I., Ruiz J., (2007) « **Migrations sans frontières mais... barrières des représentations** », *Revue Médicale Suisse*, N° 135.
- Bodenmann P, Wolff H., Madrid C. (2009) « **Vulnérabilités et santé : pourquoi une nouvelle rubrique ?** » *Revue Médicale Suisse*, N° 15 : 849.
- Bricard D., Justot F., Tubeuf S. (2010) « **Les modes de vie : un canal de transmission des inégalités de santé ?** » *Questions d'économie de la santé*, no 154.
- Bundesamt für Migration (2008) **Controlling der Integration von BFlüchtlingen. Schlussbericht und Empfehlungen 2006**. Migration, Bundesamt für. Bern-Wabern, Bundesamt für Migration, Direktionsbereich Bürgerrecht, Integration und Bundesbeiträge.
- Chimienti M., Efionayi D., Losa S. (2001) **Caractéristiques épidémiologiques des étrangers en Suisse**, Neuchâtel, Forum suisse pour l'étude des migrations (SFM) (Discussion paper).
- Gabadinho A, Wanner Ph. et J Dahinden J. (2007) (b). **La santé des populations migrantes en Suisse : une analyse des données du GMM. Résumé**. Neuchâtel, Forum suisse pour l'étude des migrations (SFM).
- Greaves L, Jategaonkar N., Johnson J. et al. (2006) **“What Are the Effects of Tobacco Policies on Vulnerable Populations? A Better Practices Review”**. *Revue comédienne de santé publique*, Vol. 97, no 4 : 3010 – 315.

- Hosper K., Nierkens V., Nicolaou M., Stronks K. (2007) „**Behavioural risk factors in two generations of non-Western migrants: do trends converge towards the host population?**“, *European Journal of Epidemiology*, 22 : 163-172.
- Ivanković A, Ravlija J, Skobić H, Vasilj I, Ivanković Z, Pejanović-Skobić N, Pavleković G. (2010) “**Health status of population in Federation of Bosnia and Herzegovina in 15 years of transitional period**”. *Coll Antropol*;34 Suppl 1:325-33.
- Massé R. (1995) **Culture et santé publique**. Montréal, 395.
- Médecins Sans Frontière (MSF) (2002) **Accès aux soins des personnes en marge du système de santé Genève – Lausanne, Rapport d'évaluation**, août-septembre 2002, Genève, MSF.
- Nierkens, V., de Vries, H., Stronks, K. (2006) “**Smoking in immigrants: do socioeconomic gradients follow the pattern expected from the tobacco epidemic?**” *Tobacco Control*, 15(5), 385-91.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2008) “**Smoking cessation services in primary care, pharmacies, local authorities and workplaces, particularly for manual working groups, pregnant women and hard to reach communities**”, *NICE public health guidance*, 10, London.
- Office fédéral de la santé publique (OFSP) (2007) **Qu'est-ce qu'on sait de l'état de santé des populations migrantes ?** Berne, OFSP.
- Office fédéral de la santé publique (OFSP) (2008) **Migration et santé. Résumé de la stratégie fédérale phase II (2008 à 2013)**, Berne, OFSP.
- Office fédéral de la santé publique (OFSP) (2008) **Population migrante: prévention et promotion de la santé**, Berne, Promotion santé suisse et OFSP.
- Office fédéral de la santé publique (OFSP) (2010) **Variables clés pour le relevé de la composante migratoire dans les enquêtes suisses sur la santé**, Berne, OFSP.
- Office fédéral des migrations (ODM) (2010) **Statistiques des étrangers et de l'asile 2009/1**, Berne, ODM.
- Office fédéral des migrations (ODM) (2010) « **Vaud, pays d'immigration** », *NUMERUS* No 4 septembre 2010, Berne, ODM.
- Office fédéral de la statistique (2010) **Les conditions de vie en Suisse en 2009. Résultats de l'enquête sur les revenus et les conditions de vie (SILC)**, OFS, Neuchâtel.
- Pfluger Th., Biedermann A., Salis Gross (2009) **Prévention et promotion de la santé transculturelles en Suisse. Informations de base et recommandations**, Berne, Public Health Services.
- Reeske A, Spallek J., Razum O. (2007). “**Changes in cardiovascular risk factors among first and second generation Turkish migrants in Germany – an analyses of the Mikrozensus 2005.**” *European Journal of Public Health*, 17, Suppl. 2: 64.
- Reijneveld, S. A. (1998) “**Reported health, lifestyles, and use of health care of first generation immigrants in The Netherlands: do socioeconomic factors explain their adverse position?**” *Journal of Epidemiology and Community Health*, 52 (5), 298-304.
- Reiss K., Spallek J et Razum O. (2010) „**Imported risk' or 'health transition'? Smoking prevalence among ethnic German immigrants from the Former Soviet Union by duration of stay in Germany - analysis of microcensus data**”, *International Journal for Equity in Health*, 9:15.

- Ross H, Zaloshnja E, Levy DT, Tole D. (2008) “**Results from the Albanian Adult Tobacco Survey**”, *Cent Eur J Public Health*. 2008 Dec;16(4):182-8.
- Schoch M, D'Acremont V, Bodenmann P., (2004) « **Prise en charge des populations vulnérables à la Policlinique Médicale Universitaire de Lausanne** ». In: Migration - eine Herausforderung für Gesundheit und Gesundheitswesen. Editions Seismo, Croix-Rouge suisse.
- Secker-Walker R, Gnich W, Platt S, Lancaster T. (2002) “**Community interventions for reducing smoking among adults**”. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2. Art. No.: CD001745. DOI: 10.1002/14651858.CD001745.
- Service cantonal de recherche et d'information statistiques (SCRIS) (2010) **Annuaire statistique du canton de Vaud 2010**, Lausanne, SCRIS.
- Singhammer J. et al. (2008) « **Etniske minoriteters sundhed** », Center for folkesundhed region Midtjylland.
- Slama K (2010) « **Le contrôle du tabac et l'équité en santé** », *Global Health Promotion* 1757-9759 ; Supp (1) : 81-85.
- Spallek J., Zeeb H., Razum O. (2010) „**Prevention among immigrants: the example of Germany**“ *Public Health*, 10:92.
- Wanner Ph., Bouchardy Ch., Raymond L. (1998) « Comportement des étrangers en Suisse en matière d'alimentation, de consommation d'alcool et de tabac et de prévention », *Démos*, n° 2, p. 1-20.
- Wyssmüller Ch., Bülent K., Efiionayi-Mäder D. (2009) **Migration et santé : vue d'ensemble d'un choix d'ouvrages spécialisés publiés de 2006 à 2008**. Neuchâtel: Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population.

Webographie

- Dictionnaire suisse de politique sociale (édition 2002) <http://www.socialinfo.ch/cgi-bin/dicoposso/alpha.cfm>
- Service cantonal de recherche et d'information statistiques (SCRIS), Rubrique Population étrangère (état à fin décembre 2009) http://www.scris.vd.ch/Data_Dir/ElementsDir/6123/1/F/Partie%201_Pop%20residente%202009.pdf
- www.prevtrans.ch – Le projet « Prévention et promotion de la santé transculturelles »