

Rapport de recherche
17 F / 2001

Denise Efionayi, Milena Chimienti, Stefano Losa,
Sandro Cattacin

Evaluation du programme global « migration et santé » de l'office fédéral de la santé publique

Etude mandatée par l'Office fédéral de la santé publi-
que. Contrat No : 99.000.835

Neuchâtel, 15.3.2001

Rapport de recherche
17 F / 2001

Denise Efionayi, Milena Chimienti, Stefano Losa,
Sandro Cattacin

Evaluation du programme global « migration et santé » de l'office fédéral de la santé publique

Etude mandatée par l'Office fédéral de la santé publi-
que. Contrat No : 99.000.835

Neuchâtel, 15.3.2001

Table des matières

Avant-propos	4
Glossaire	5
Résumé des résultats	7
Zusammenfassung der Ergebnisse	11
Riassunto dei risultati	15
Introduction	19
<i>Questions principales de l'évaluation</i>	20
<i>Démarche méthodologique</i>	21
<i>Structure du texte</i>	24
1ère partie: Contexte d'émergence du programme global „Migration et santé“	25
<i>1.1 Thèmes et groupes cibles du programme Migration et santé</i>	25
1.1.1 Groupes cibles	27
<i>1.2 Activités et approches</i>	28
1.2.1 Le concept des médiateurs comme approche participative, ciblée sur la communauté	29
1.2.2 Autres activités et processus du PMS	33
<i>1.3 Construction et organisation</i>	36
<i>1.4 Le Service migration</i>	40
1.4.1 Budget du programme global et sélection de projets	43
1.4.2 Activités et mandats du Service migration	45
2ème partie: Evaluation du programme „Migration et santé“	49
<i>2.1 Thèmes et groupes cibles du PMS</i>	49
<i>2.2 Activités et approches du PMS</i>	52
<i>2.3 L'approche par les médiateurs: résultats de la consultation des médiateurs et des experts</i>	53
2.3.1 Limites de l'approche de multiplication	53
2.3.2 Profil des médiateurs par communauté et par thématique	55
2.3.3 Activités des médiateurs dans le cadre du PMS	57
2.3.4 Constat intermédiaire sur le travail des médiateurs	69
<i>2.4 Organisation du PMS</i>	71
2.4.1 Adaptation stratégique et nécessité de légitimation	74
<i>2.5 Le Service migration</i>	75
<i>2.6 Conclusions finales et recommandations</i>	79
2.6.1 Dynamique générale de développement	81
2.6.2 Activités et approches du PMS	82
2.6.3 Recommandations spécifiques sur l'approche participative des médiateurs	85
2.6.4 Thèmes et groupes cibles	86
2.6.5 Organisation: gestion de programme, coordination, mise en réseau	88
2.6.6 Comment poursuivre avec le PMS? Etapes suivantes et réflexions sur un scénario alternatif	90

<i>Annexe 1</i>	93
Annexe 1a: Questions générales concernant le travail de médiation du projet migration et santé	93
Annexe 1b: Questionnaire pour les entretiens téléphoniques 4 Médiateurs	94
<i>Annexe 2: Guide d'entretien 4 chargés de prévention (experts PMS)</i>	106
<i>Annexe 3: Questions aux „spécialistes externes“</i>	108
<i>Annexe 4: Politique de la santé et la migration dans le contexte international</i>	109
Community Health	110
Exemples de projets dans le contexte européen	112
Commentaires intermédiaires sur le PMS dans le contexte international	117
<i>Annexe 5: Bref rappel des résultats majeurs de l'évaluation de 1996 4 période 1994-1995 : partie médiateurs</i>	119
<i>Annexe 6: Membre du groupe de suivi de l'évaluation</i>	122
<i>Annexe 7: Limites et problème de l'évaluation</i>	123
Table des tableaux	125
Bibliographie	127

Avant-propos

La présente évaluation, mandatée par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), a été effectuée durant l'année 2000. Outre la collecte d'un ensemble de documents, nous avons pu surtout compter, pour cette étude, sur la collaboration active et bienveillante de personnes impliquées dans le programme global „migration et santé“. Nous tenons à remercier ici tout particulièrement M. Thomas Spang, chef du service migration de l'OFSP et les experts du projet „Migration et santé“ (PMS) pour leur disponibilité au dialogue et à nous fournir les renseignements demandés. Denise Efionayi-Mäder a dirigé le projet, soutenue par Milena Chimienti, Stefano Losa (partie contexte international) et moi-même. Nous avons pu compter sur la contribution de Michael Duttwiler et Nicolas Haesslein pour les interviews avec les „médiateurs interculturels“. Merci enfin à Martina Kamm (allemand), Rosita Fibbi (italien) et Sylvia Stoeckli (français) pour les relectures des résumés respectifs et Erik Verkooyen (pour la traduction vers le français).

Neuchâtel, le 15.2.2001

Sandro Cattacin

Glossaire

Projet „Migration et santé“ (PMS): le projet Migration et santé de l’OFSP, appelé aussi „projet migrants“ en cours de route, est plus exactement un programme. La notion de „projet“, au sens large où on l’entend aussi bien au niveau interne qu’externe, reste toutefois assez satisfaisante pour que nous l’utilisions dans ce rapport. Le PMS occupe actuellement cinq experts¹ externes de provenance étrangère, ainsi qu’une cheffe de projet (à ne pas confondre avec le chef du programme global migration et santé).

Service migration (SM): afin d’assurer une assise structurelle et conceptuelle du domaine thématique de la migration, on a créé le service migration, issu du projet migrants précédent. Le SM est intégré à l’unité „dépendances et sida“ de l’OFSP. Avec des organisations partenaires, il soutient divers projets et activités d’envergure par des contrats de prestation. Son chef de service est en outre responsable de la direction stratégique du PMS. Son adjointe et sa secrétaire sont des collaboratrices externes, employées par l’Institut Tropical suisse (IST).

Programme global migration et santé: englobe toutes les activités et les initiatives de l’OFSP dans le domaine de la migration, donc aussi bien le SM que le PMS.

Spécialistes internes: dans ce rapport, nous désignons ainsi tous les spécialistes ou les collaborateurs travaillant pour l’OFSP ou le PMS, qu’elles soient ou non employées directement par l’OFSP à l’heure actuelle (chefs de sections, chargés de prévention, etc.).

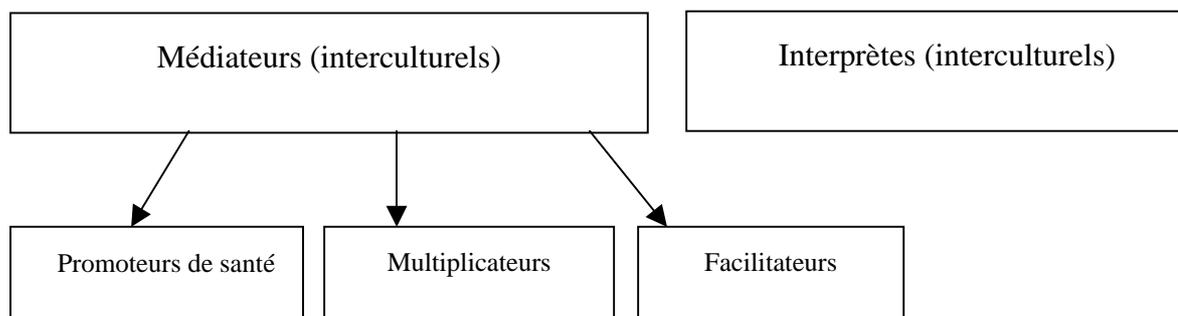
Spécialistes externes: termes désignant les spécialistes qui sont actifs dans le domaine de la santé et/ou de la migration, mais n’ayant aucun engagement auprès de l’OFSP ou du PMS (contrairement à la catégorie précédente).

Experts (externes): en accord avec la terminologie en usage de l’OFSP, cela désigne les experts, n’étant pas employés par l’OFSP, mais remplissant toutefois une mission contractuelle, directe ou indirecte, pour celui-ci.² Le terme „chargés de prévention“ (des communautés) est utilisé dans ce même sens. Contrairement aux „spécialistes externes“ qui n’ont aucun rapport contractuel avec l’OFSP, les experts (externes) travaillent pour l’OFSP ou l’un de ses projets à titre indirect (free-lance, consultants etc.).

¹ Dans cette version française du présent rapport d’évaluation, nous avons utilisé le masculin pluriel comme terme générique comprenant ici à la fois la forme féminine et masculine.

² Dans ce sens, la cheffe de projet du PMS est également une experte externe.

Médiateurs interculturels: comprend toutes les personnes qui, en Suisse, sont actives au sein du PMS, mais aussi au niveau de la prévention et de la promotion de la santé des migrants. Il s'agit donc de l'action de médiation prévue entre les structures locales et les migrants. Par médiation interculturelle, ce n'est pas la médiation des conflits qui est visée. Il ne faut pas non plus les confondre avec les interprètes interculturels. En revanche, cette appellation est utilisée comme terme générique pour les promoteurs de santé, multiplicateurs et facilitateurs. (voir graphique ci-dessous)



Promoteurs de santé: nous appelons ainsi les personnes sans qualification requise dans le domaine du social, de la santé ou de la formation. Elles sont en général mises à contribution au-travers des médiateurs interculturels professionnels pour répandre les messages et les informations auprès de groupes de migrants auxquels elles ont un accès privilégié. Les promoteurs de santé sont généralement issus des communautés mêmes dans lesquelles les informations sont induites, selon le principe de l'effet boule de neige. En principe, ce sont des bénévoles, susceptibles d'engagements ponctuels rémunérés.

Multiplicateurs: cette appellation couvre les personnes possédant des qualifications dans le domaine du social, de la santé ou de la formation. Selon les qualifications de chacun, ces personnes reçoivent une rémunération à temps partiel ou complet, mais sont payées (par le PMS ou une autre organisation). Cette catégorie de personnes ne provient pas forcément de la communauté dans laquelle elle travaille, mais la connaît très bien.

Facilitateurs: il s'agit de personnes qui ont une position clef dans la communauté et qui facilitent le contact avec le PMS ou qui, dans certains cas, accomplissent seules des actions préventives (ex.: consul, journaliste). Elles sont en général issues de la communauté même.

Interprètes (interculturels): les interprètes, travaillant selon des standards professionnels, permettent la communication entre les personnes de différentes langues dans les domaines du social et de la santé et ce dans le but d'améliorer la relation entre clients et prestataires de services. L'interprète se réfère au caractère oral de l'activité et intègre le niveau sémantique de la communication.

Institut tropical suisse (ITS): est pour ainsi dire l'employeur formel des experts externes du PMS (le contrat cadre avec l'OFSP, qui règle les rapports de travail, prévoit également un crédit de recherche pour cet institut dans le domaine de la migration et de la santé).

Résumé des résultats

Contexte de l'étude: après dix ans d'activités de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) dans le domaine de la migration, une vérification des lignes directrices de l'ensemble du programme toujours en cours s'imposait. Le Service Evaluation de l'OFSP a donné ainsi le mandat au Forum suisse pour l'étude des migrations en février 2000 d'évaluer l'ensemble des mesures menées dans ce domaine, en tenant compte en particulier de l'aspect organisationnel, afin de proposer des bases pour la prise de décision concernant l'avenir du programme. Dans ce sens, un bilan des activités passées et actuelles s'avérait nécessaire avant l'expiration du contrat, prévue pour février 2002, du « Projet Migration et santé », qui constitue le premier et le principal projet du programme global. La présente évaluation s'est focalisée par conséquent sur ce projet (abrégé « PMS » dans la suite du texte), qui est à l'origine des mesures mises en oeuvre par l'OFSP dans le domaine migration. Cette étude s'adresse en premier lieu aux sections et services de l'OFSP concernés ainsi qu'aux autres instances administratives et politiques de la Confédération ou des cantons intéressés.

Méthode : l'évaluation est basée sur une série d'entretiens personnels avec 12 responsables ou collaborateurs du programme (pour certaines personnes plusieurs interviews ont eu lieu) ; sur 11 entretiens téléphoniques et personnels avec des spécialistes externes de la migration et de la santé ; et sur des questionnaires standardisés adressés à 40 médiateurs et médiatrices encore actifs/ves dans le PMS ou qui l'ont été. Par ailleurs, plusieurs évaluations (partielles) et nombre de documents écrits ont été analysés. Enfin les connaissances acquises par l'observation participante lors de réunions internes et de séances d'information ont été aussi prises en compte dans l'étude. Pour des raisons évidentes et formulées d'emblée dans l'esquisse, l'impact des mesures n'a pu être recensé qu'à partir des appréciations des spécialistes interviewés et non sur la base de données vérifiables.

Historique : le « projet migration et santé » a été lancé en janvier 1991 par l'office fédéral de la santé publique comme projet pilote pour une durée de deux ans, après qu'une évaluation des connaissances du VIH/sida dans différentes communautés de migrants – en particulier parmi les ressortissants de Turquie (domaine de l'asile), d'Espagne et du Portugal (saisonniers) – eut révélé le manque considérable d'informations de cette population sur ce thème. L'initiative ayant créé un large écho et une importante mobilisation au sein de la communauté visée, le projet entra dans une phase de consolidation en 1993. Suite aux communautés espagnoles, portugaises et turques, celles d'Amérique latine, d'Afrique et du Sri Lanka furent impliquées dans le projet.

Un tournant décisif pour le développement du projet eut lieu en 1995/1996 avec d'une part, l'élargissement du rayon d'actions de la prévention du sida à celle des dépendances et à la promotion de la santé, et d'autre part, la prise en compte de deux

nouveaux groupes-cibles – la communauté italienne et les communautés de l'ancienne Yougoslavie. Un/e chargé/e de la prévention ayant une expérience migratoire fut employé/e pour chaque groupe d'origine (Espagne, Italie, Portugal, Turquie, ancienne Yougoslavie). Ces personnes sont toutes encore en service durant la présente évaluation. Egalement durant l'année 1996, une spécialiste d'origine suisse fut en outre engagée pour la coordination du PMS. La responsabilité des « petites » communautés d'Asie, d'Afrique et d'Amérique latine fut dès lors confiée à la chargée de prévention colombienne qui était avant tout active en Romandie. Ce poste ne fut pas repourvu en 1998, après la rupture du contrat de travail de cette personne.

En 1996, l'OFSP créa aussi, dans la nouvelle section prévention du Sida et des dépendances, un service chargé de questions relatives à la migration. Le responsable était chargé tant de la direction du PMS, qui constitue (constituait) environ deux tiers des moyens financiers, que pour toutes les autres mesures concernant la promotion de la santé des migrants et des migrantes. Par des contrats avec des organisations partenaires externes, le Service migration a promu et promeut par ailleurs des mandats qui ont comme but l'intégration des besoins des migrants dans les services sanitaires standards. Ces contrats couvrent principalement les secteurs d'activités suivants : la formation de base et continue d'interprètes interculturels et de spécialistes dans le domaine de la santé; le développement de centre de consultations concernant les questions migratoires; des évaluations ou des examens de situations.

Après le départ de la précédente équipe de direction et d'une direction vacante durant plusieurs mois à la direction du Service migration, un nouveau directeur du service et une nouvelle coordinatrice du projet sont entrés en fonction respectivement mi-1998 et début 1999. Une année plus tard, la direction opérationnelle du PMS a été confiée à la coordinatrice du projet, suite à un changement structurel ; dès lors le directeur du service a assumé seulement la direction stratégique et la supervision du programme général.

Résultats : La grande majorité des spécialistes externes interviewés reconnaissent au PMS un caractère innovateur, attribué en particulier au recrutement de membres issus des communautés et à l'approche participative de la médiation. Cette démarche permet de toucher des groupes d'habitude difficiles à atteindre. Selon les commentaires, le PMS a eu le mérite de rendre visible dans le domaine de la santé les besoins spécifiques liés à la migration et d'avoir sensibilisé les services publics ainsi que les organisations non étatiques à ces questions. En outre, le PMS a fourni de précieuses impulsions pour la réalisation d'autres projets et dans ce sens, a joué un rôle de modèle. Plusieurs répondants pensent que grâce aux activités du PMS, la revendication notamment, d'une professionnalisation des interprètes interculturels ou des médiateurs, fut prise plus au sérieux. Les avantages d'une « couverture » nationale dans un domaine structurellement éclaté, qui relève de la compétence cantonale, furent sporadiquement relevés. Les références tant temporelles que thématiques de ces commentaires généraux n'ont pas toujours pu être approfondies, car la plupart des spécialistes externes connaissaient le PMS et le programme global seulement superficiellement. En résumé, on peut affirmer qu'il existe un accord unanime sur le travail de pionnier opéré par l'ancien projet pilote qui a rendu visible les préoccupations et les besoins des migrants et migrantes résidant en Suisse, et qui a facilité la formulation de revendica-

tions correspondantes. Pour finir, on peut encore attribuer au PMS l'ancrage institutionnel réalisé par la création d'un service propre au sein de l'OFSP.

Par contre, le choix des groupes cibles fut critiqué pour sa rigidité et son caractère quelque peu arbitraire, de même que la (trop) forte orientation thématique sur la prévention du sida et des dépendances, mais aucun consensus n'a pu être dégagé concernant un choix alternatif de thématique. Par ailleurs, les lacunes d'ordre stratégique et organisationnel du programme actuel ont été signalées. Des observations semblables ont pu être confirmées par notre analyse, consécutives à une dispersion des activités et des thématiques prioritaires. Nous sommes ainsi arrivés à la conclusion, que l'origine des faiblesses actuelles remonte au moment de l'élargissement du programme global tant au niveau thématique que structurel. Le passage d'un projet pilote proche de la base et ayant un caractère expérimental, fortement basé sur l'engagement personnel, à une institution professionnelle avec des fondements conceptuels et une structure de communication a été certes visé, mais il a été manifestement planifié et encadré de manière insuffisante³.

Aux circonstances de la transition – qui sont déjà critiquables en soi – s'ajoutent non seulement les transformations contextuelles lors de la dite normalisation et le changement à la direction du PMS. Avec, en plus, la création du Service migration, des adaptations stratégiques et structurelles sont apparues en effet indispensables. Cependant une réorganisation fondamentale s'est fait attendre, ce qui a conduit à certaines ambivalences dans la relation entre le service et le PMS. Au même moment, le PMS a perdu de sa cohérence et de sa visibilité provoquant une incertitude et une désorientation parmi la majorité de ses collaborateurs. Ce contexte a occasionné un développement cloisonné des volets communautaires du PMS, qui se concentraient chacun sur leur environnement propre, ce qui n'a pas facilité une conduite cohérente de l'ensemble des communautés. Après un changement structurel récent, diverses mesures administratives et de planification ont été adoptées dans le but de mieux structurer le déroulement du travail. Cependant le problème de fond du manque de stratégie globale, de l'identité du programme ainsi que les lacunes existantes au niveau organisationnel ont persisté.

Par conséquent, il faut conclure qu'en dépit du succès précédemment mentionné, l'orientation et le mode de travail du PMS ne rejoignent plus de manière satisfaisante les présentes attentes liées au contexte actuel et que dès lors, une révision des bases thématiques et structurelles s'impose dans le programme global.

Recommandations : concernant le développement futur du programme global et du PMS il faut prendre en considération que l'orientation des deux structures doit correspondre à la stratégie d'ensemble de la Confédération dans le domaine de la migration et de la santé. Cela équivaut à la mise en place de conditions cadres favorables à l'ouverture des services sanitaires standards aux besoins et spécificités des migrants,

³ Comme la comparaison internationale le démontre, des projets similaires ont failli justement dans cette phase de transition.

ainsi que la promotion de bases d'interventions de proximité comportant une approche participative. Pendant que le Service migration se charge de tâches conceptuelles et stratégiques et de la promotion comme de la coordination des activités, la mise en œuvre des interventions devraient être menées en grande partie de manière autonome par le projet.

Nous sommes ainsi de l'avis que dans les prochains mois une nouvelle orientation stratégique sera nécessaire, dont le but serait, entre autres, de regrouper le PMS à l'extérieur de l'OFSP. La transition n'aura de sens en tous les cas seulement si, pour cette nouvelle structure, les buts et l'organisation, qui permettront de dépasser le manque provisoire de réflexibilité et d'adaptabilité, sont clairement définis. La structure de base du nouveau PMS – ou d'un programme analogue – devrait donc être revue en fonction des priorités thématiques futures et se baser sur des ressources humaines correspondant à des compétences appropriées. En vue de l'ancrage des besoins de la population migrante dans les services de santé standards, les projets devraient être observés selon des conditions contractuelles clairement définies et sur la base d'une collecte systématique d'indicateurs d'impact. Dans ce sens la complémentarité entre des approches intégratives et spécifiques devrait être promue.

Zusammenfassung der Ergebnisse

Ausgangslage: Nach zehnjähriger Tätigkeit des Bundesamts für Gesundheit im Bereich Migration drängte sich eine Überprüfung der Stossrichtung des laufenden Gesamtprogramms auf. Der Evaluationsdienst des BAG erteilte deshalb dem Schweizerischen Forum für Migrationsstudien im Februar 2000 den Auftrag, das gesamte Massnahmenpaket unter besonderer Berücksichtigung der organisatorischen Aspekte zu evaluieren, um Entscheidungsgrundlagen für die Planung der zukünftigen Ausrichtung zu liefern. Eine globale Bilanzierung der vergangenen und gegenwärtigen Aktivitäten erwies sich als umso erforderlicher, als der Vertrag für das älteste und grösste Projekt des Gesamtprogramms 4 das „Projekt Migration und Gesundheit“ 4 per Ende Februar 2002 ausläuft. Der Hauptfokus der Evaluation liegt somit auf diesem Projekt (in der Folge mit PMG abgekürzt), das gewissermassen den Ausgangspunkt für alle weiteren Massnahmen im Migrationsbereich bildete. AdressatInnen dieser Studie sind in erster Linie die interessierten Sektionen und Dienste des BAG sowie andere administrative und politische Instanzen von Bund und Kantonen.

Methode: Die Evaluation stützt sich auf eine Reihe von persönlichen Interviews mit zwölf Programmverantwortlichen bzw. –mitarbeiterInnen (mit einzelnen Personen fanden mehrere Gespräche statt), auf elf telefonische oder persönliche Gespräche mit externen Fachpersonen aus dem Bereich Migration und Gesundheit sowie auf eine standardisierte Befragung von 40 MediatorInnen, die im PMG tätig sind oder waren. Gleichzeitig wurden mehrere Teilevaluationen und zahlreiche schriftliche Unterlagen analysiert, sowie Erkenntnisse aus teilnehmenden Beobachtungen bei internen Sitzungen und Informationstreffen berücksichtigt. Aus naheliegenden und zu Beginn formulierten Gründen konnten Fragen in Zusammenhang mit der Zielerreichung nur aus den Einschätzungen der befragten Fachpersonen hergeleitet und nicht aufgrund feststellbarer Wirkungen erfasst werden.

Rückblick: Das „Projekt Migration und Gesundheit“ ist vom Bundesamt für Gesundheit im Januar 1991 als Pilotprojekt für eine Dauer von zwei Jahren lanciert worden, nachdem eine Evaluation bezüglich der Aufklärung über HIV/Aids in verschiedenen Migrantengemeinschaften 4 besonders in der türkischen (Asylbereich), teilweise auch in der portugiesischen und spanischen (Saisonniers) 4 wesentliche Informationslücken aufgedeckt hatte. Da das Pilot-Projekt ein grosses Echo fand und zu einer deutlichen Mobilisierung innerhalb der anvisierten Bevölkerungsgruppen führte, wurde das Projekt 1993 in eine Konsolidierungsphase übergeführt. Fortan wurden neben den portugiesischen, spanischen und türkischen vermehrt auch Migrantengemeinschaften aus Lateinamerika, Afrika und Sri Lanka angesprochen.

Ein einschneidender Wendepunkt in der Programmentwicklung fand 1995/1996 mit der Erweiterung des Aktionsradius von der Aids- auf die Suchtprävention und umfassende Gesundheitsförderung einerseits sowie auf die Aufnahme zweier neuer Ziel-

gruppen 4 der italienischen und aus dem Raum des ehemaligen Jugoslawiens stammenden Gemeinschaften 4 andererseits statt. Für jede Herkunftsgruppe wurde ein/e Präventionsbeauftragte/r mit entsprechendem Migrationshintergrund eingesetzt (Italien, ehemaliges Jugoslawien, Portugal, Spanien, Türkei). Diese Personen sind alle zum Zeitpunkt der Evaluation noch im Amt. Im selben Jahr (1996) wurde ferner eine weitere Expertin schweizerischer Herkunft für die Koordination des PMG eingestellt. Die Verantwortung für „kleinere“ Gemeinschaften aus Asien, Afrika und Lateinamerika wurde der kolumbianischen Präventionsbeauftragten übertragen, die vor allem in der Romandie tätig war. Diese Stelle wurde 1998 nach Auflösung des Arbeitsverhältnisses mit der Stelleninhaberin nicht mehr neu besetzt.

Ebenfalls 1996 schuf das BAG in der neuen Facheinheit Aids- und Suchtprävention einen Dienst für Migrationsbelange, der fortan sowohl für die Leitung des PMG, das rund zwei Drittel der finanziellen Mittel beansprucht(e), als auch für alle übrigen Massnahmen zur Gesundheitsförderung bei MigrantInnen zuständig war. Durch Verträge mit externen Partnerorganisationen förderte bzw. fördert der Dienst Migration ausserdem Mandate, die auf eine Integration der Anliegen von MigrantInnen in die Regelversorgung abzielen. Die Aufträge decken hauptsächlich folgende Tätigkeitsfelder ab: Aus- und Weiterbildung von interkulturellen DolmetscherInnen und Fachpersonen im Gesundheitswesen, Entwicklung von Beratungsstellen zu Migrationsfragen sowie Forschungen, Evaluationen oder Situationsabklärungen.

Nach Abgang des ehemaligen Leitungsteams und einer mehrmonatigen Vakanz an der Spitze des Dienstes, traten Mitte 1998 ein neuer Dienstleiter und Anfang 1999 eine neue Projektkoordinatorin ihre Stelle an. Ein Jahr später wurde eine Strukturbereinigung durchgeführt, wonach die operationelle Leitung des PMG der bisherigen Projektkoordinatorin übertragen und dem Dienstleiter nurmehr die strategische Leitung und die Supervision des Gesamtprogramms zugewiesen wurde.

Evaluationsergebnisse: Die überwiegende Mehrheit der befragten externen Fachpersonen attestieren dem PMG einen innovativen Charakter, der sich vor allem durch die gezielte Rekrutierung von Angehörigen aus den Gemeinschaften und das partizipative Mediatorenvorgehen auszeichnet. Dieses erlaubt, üblicherweise kaum erreichbare Gruppen anzusprechen. Den Aussagen zufolge hat das PMG migrationspezifische Anliegen im Gesundheitsbereich sichtbar gemacht und öffentliche Dienste sowie nichtstaatliche Organisationen auf migrationspezifische Belange hin sensibilisiert. Ausserdem hat es wertvolle Impulse für die Umsetzung anderer Projekte und Institutionen geliefert und in diesem Sinn eine Modellfunktion ausgeübt. Mehrere Befragte denken, dass u.a. dank den Aktivitäten des PMG beispielsweise die Forderungen einer Professionalisierung von DolmetscherInnen oder MediatorInnen zunehmend ernst genommen werden. Vereinzelt wird ferner auf die Vorteile der nationalen Ausrichtung des Projekts in einem sonst kantonal organisierten Bereich mit „aufgesplitterten Zuständigkeiten“ hingewiesen. Die zeitlichen und inhaltlichen Bezugslinien dieser generellen Aussagen konnten allerdings nicht immer vertieft werden, da die meisten externen Befragten das PMG wie auch das Gesamtprogramm nur oberflächlich kannten. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Einigkeit darüber herrscht, dass das ehemalige Pilotprojekt Pionierarbeit geleistet hat, indem es Anliegen und Bedürfnisse von

MigrantInnen in der Schweiz sichtbar gemacht und das Anbringen entsprechender Forderungen erleichtert hat. Letztlich kann man zu seinen Errungenschaften auch die institutionelle Verankerung durch die Einrichtung eines eigenen Dienstes zählen.

Teilweise kritisch beurteilt wurden hingegen die unflexible und schlecht begründete Zielgruppenauswahl sowie eine (zu) starke Ausrichtung auf die Aids- und Suchtprävention, wobei sich unter den befragten Fachpersonen kaum ein Konsens über eine alternative Themenwahl ausmachen liess. Ferner wurde auf strategische und organisatorische Mängel des gegenwärtigen Programms hingewiesen. Entsprechende Äusserungen lassen sich aufgrund unserer Analysen bestätigen, da sich in der Folge eine gewisse Verzettelung der Aktivitäten und thematischen Prioritäten abzeichnet. Wir sind zu der Schlussfolgerung gelangt, dass die Ursprünge der gegenwärtigen Schwachstellen auf den Zeitpunkt der inhaltlichen und strukturellen Erweiterung des Gesamtprogramms zurückgehen. Die Überführung von einem basisnahen Pilotprojekt mit Experimentiercharakter, das sich stark auf persönliches Engagement stützte, in eine professionelle Institution mit konzeptionellen Grundlagen und Kommunikationsstrukturen wurde zwar angestrebt, offensichtlich aber ungenügend geplant und begleitet.⁴

Zu den Umständen dieses an sich schon kritischen Übergangs gesellten sich die kontextuellen Veränderungen im Zuge der sogenannten Normalisierung sowie ein Leitungswechsel. Durch die Schaffung des Dienstes wurde ferner eine strategische Neuausrichtung mit entsprechenden strukturellen Anpassungen unumgänglich. Diese blieb aber aus, was zu Ambivalenzen im Verhältnis zwischen Dienst und PMG führte. Gleichzeitig verlor das PMG an Kohärenz und Sichtbarkeit, was bei den meisten MitarbeiterInnen Unsicherheit und eine gewisse Orientierungslosigkeit auslöste. Diese Umstände führten dazu, dass sich die ExpertInnen mit ihren Teilprojekten (des PMG) auf ihr eigenes Umfeld konzentrierten, was ein kohärentes, gemeinschaftsübergreifendes Vorgehen nicht eben erleichterte. Infolge der jüngsten Strukturbereinigung wurden nun mehrere administrative und planerische Massnahmen in die Wege geleitet, um die Arbeit besser zu strukturieren. Die Grundproblematik einer fehlenden Gesamtstrategie und Programmidentität blieb allerdings ebenso bestehen wie die organisatorischen Mängel.

Trotz der erwähnten Erfolge kommen wir daher zum Schluss, dass Ausrichtung und Arbeitsweise des PMG den heutigen internen und externen Erwartungen bzw. dem gegenwärtigen Kontext nicht mehr ausreichend gerecht werden. Eine Überarbeitung der bestehenden inhaltlichen und strukturellen Grundlagen des Gesamtprogramms drängt sich daher auf.

Empfehlungen: Was die zukünftige Entwicklung des Gesamtprogramms und des PMG anbetrifft, gilt es vorab festzuhalten, dass sich die Ausrichtung beider Strukturen an der umfassenden Strategie im Bereich Migration und Gesundheit des Bundes orientieren muss. Diese schliesst sowohl die Schaffung von günstigen Rahmenbedingungen

⁴ Wie der internationale Vergleich zeigt, scheiterten ähnliche Projekte in anderen Staaten ebenfalls gerade in dieser Übergangsphase.

für die Öffnung des Regelangebots für migrationsspezifische Belange als auch die Förderung basisnaher Interventionen mit partizipativem Ansatz ein. Während sich der Dienst Migration vor allem konzeptionell-strategischen Aufgaben und der Promotion bzw. Koordination der Aktivitäten zu widmen hat, sollte die Umsetzung der Interventionen in grösstmöglicher Projektautonomie stattfinden.

Wir sind deshalb der Ansicht, dass sich für die nächsten Monate u.a. eine organisatorische Neuausrichtung aufdrängt, die darauf abzielen sollte, das PMG ausserhalb des BAG anzusiedeln. Der Übergang kann in jedem Fall nur sinnvoll gestaltet werden, wenn für die neue Struktur genaue Zielsetzungen und Organisationsabläufe definiert werden, welche die jetzige mangelnde Reflexivität und Anpassungsfähigkeit zu überwinden helfen. Die Grundstruktur des neuen PMG 4 oder eines ähnlichen Programms 4 sollte überarbeitet werden und in Übereinstimmung mit den zukünftigen thematischen Schwerpunkten auf Fachpersonen mit entsprechenden Kompetenzen abstellen. Mit Blick auf die Verankerung der Anliegen von MigrantInnen in der Regelversorgung (integrativer Ansatz) sollten die geförderten Projekte an die gezielte Erhebung von Wirkungsindikatoren und klare vertragliche Bedingungen gebunden werden. In diesem Sinn ist die notwendige Komplementarität zwischen integrativen und spezifischen Ansätzen (eigens auf MigrantInnen zugeschnittene Angebote) gezielt zu fördern.

Riassunto dei risultati

Contesto : Dopo dieci anni d'attività in ambito migratorio, l'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) ha intrapreso la verifica dell'intervento, tuttora in corso, e degli obiettivi del programma in favore della popolazione immigrata. In questo ambito, nel febbraio 2000 il servizio di valutazione dell'UFSP ha incaricato il Forum svizzero per lo studio delle migrazioni di valutare l'insieme delle misure adottate e in particolar modo gli aspetti organizzativi di tali progetti, al fine di decidere gli orientamenti delle attività future. La necessità di procedere ad una valutazione delle attività sia passate che presenti deriva inoltre dal fatto che alla fine del febbraio 2002 giunge a termine il contratto relativo al primo e più corposo progetto all'interno del programma globale. Per questo motivo la valutazione concerne specificamente questo "Progetto Migrazione e Salute" (PMS nel seguito del testo) che, per molti versi, è all'origine di tutte le misure adottate in ambito migratorio. Il presente studio è rivolto in primo luogo alle sezioni e ai servizi interessati dell'UFSP, nonché ad altre strutture amministrative e politiche della Confederazione e dei Cantoni.

Metodo: La presente valutazione si basa su interviste dirette con 12 persone responsabili o collaboratori del progetto (in alcuni casi una stessa persona è stata intervistata più volte) nonché su 11 conversazioni telefoniche o dirette con persone esterne al progetto, esperte in materia di migrazione e salute. Si è inoltre proceduto ad un'inchiesta tramite questionario presso 40 mediatori tutt'ora attivi nell'ambito del PMS o che lo sono stati in passato. Contemporaneamente si sono effettuate valutazioni parziali, si sono analizzati numerosi documenti e si sono elaborate le osservazioni raccolte tramite la partecipazione a riunioni e incontri svoltisi nell'ambito del progetto. Per evidenti ragioni, discusse all'inizio del documento, si è affrontata la questione del raggiungimento degli obiettivi unicamente a partire dagli apprezzamenti espressi dalle persone interrogate e non sulla base di fatti empiricamente constatati.

Cronistoria: Il "Progetto Migrazione e Salute" fu lanciato nel gennaio 1991 dall'Ufficio federale della sanità pubblica come progetto pilota di una durata di due anni, a seguito di uno studio che aveva messo in evidenza la grave mancanza di conoscenze in materia di HIV/Aids presso diverse comunità immigrate, in particolare presso i richiedenti l'asilo provenienti dalla Turchia nonché, sebbene in misura minore, presso gli stagionali provenienti dal Portogallo e dalla Spagna. Tale iniziativa suscitò una profonda eco e si tradusse in una vasta mobilitazione all'interno di queste comunità, tanto che nel 1993 si decise di procedere ad una fase di consolidamento del progetto, che comportò il coinvolgimento delle comunità provenienti dall'America latina, dall'Africa e dallo Sri Lanka.

Una svolta decisiva in merito allo sviluppo del programma ebbe luogo nel 1995/1996 con l'allargamento dell'azione dalla prevenzione dell'Aids alla prevenzione delle dipendenze e alla promozione della salute in generale e con il coinvolgimento di

nuove comunità immigrate, quella italiana e quella originaria dell'ex-Jugoslavia. Per ogni comunità immigrata (Italia, ex-Jugoslavia, Portogallo, Spagna, Turchia) si scelse una persona in funzione della propria esperienza migratoria e le si affidò l'incarico della prevenzione; essi esercitano il loro mandato ancora oggi, al momento della valutazione. Nel corso del 1996 inoltre venne assunta un'esperta di nazionalità svizzera con il compito di coordinare tutto il PMS. La responsabilità per le comunità di dimensioni ridotte provenienti dall'Asia, dall'Africa et dall'America latina, venne affidata all'incaricata colombiana della prevenzione che operava in tutta la regione romanda; questo posto è stato successivamente soppresso a seguito della rescissione del contratto di lavoro con la detentrica dell'incarico, nel 1998.

Sempre nel 1996, l'UFSP creò un Servizio migrazione all'interno dell'unità di prevenzione dell'Aids e delle dipendenze, cui fu affidata la responsabilità della gestione del PMS – che assorbiva due terzi dei finanziamenti – nonché degli altri dispositivi miranti a promuovere la salute presso le popolazioni immigrate. Con mandati affidati a organizzazioni esterne, il Servizio migrazione, ha promosso e promuove tuttora progetti miranti a garantire una progressiva e migliore presa in carico dei bisogni degli immigrati nei servizi sanitari standard, che si rivolge a tutta la popolazione. Tali contratti coprono principalmente i seguenti settori d'attività: la formazione e l'aggiornamento di interpreti e di persone specializzate in materia interculturale, lo sviluppo di strutture di consulenza su questioni legate alla migrazione e la promozione di attività di ricerca, di valutazione e di diagnostica situazionale in ambito migratorio.

In seguito alle dimissioni del precedente gruppo dirigente e dopo una assenza di direzione prolungatasi per diversi mesi, sono stati nominati un nuovo responsabile del Servizio a metà 1998 e una nuova coordinatrice del progetto all'inizio del 1999. Un anno più tardi, nell'ambito di una ristrutturazione organizzativa, la direzione operativa del PMS è stata affidata alla coordinatrice del progetto mentre che il capo del servizio ha assunto la direzione strategica e la supervisione del programma globale.

Risultati della valutazione: La maggioranza degli esperti esterni interrogati riconosce il carattere innovativo del PMS che si sostanzia in particolare nel reclutamento di persone appartenenti alle diverse comunità e nell'approccio partecipativo di mediatori, un metodo che consente di entrare in contatto con gruppi che in genere non si riesce a raggiungere. Essi attestano che il PMS ha avuto il merito di rendere visibili le preoccupazioni specifiche degli immigrati nell'ambito della salute e di aver sensibilizzato i servizi pubblici e le ONG a queste questioni. Inoltre, il progetto ha fornito preziosi stimoli all'attuazione di altri progetti e istituzioni svolgendo in tal modo una funzione di modello. Numerose persone interrogate affermano che le attività del PMS hanno contribuito a far prendere atto della necessità di professionalizzare le attività di traduttore o di mediatore. Alcuni hanno sottolineato l'utilità della portata nazionale del progetto nell'ambito della salute che peraltro è frazionato in ragione delle importanti competenze cantonali. Non è stato possibile approfondire a quali elementi temporali e tematici facessero riferimento tali commenti generali, poiché gli interlocutori esterni possedevano solo una conoscenza superficiale del PMS e del programma globale.

In sintesi: le persone interrogate concordano sul fatto che il progetto pilota ha svolto un ruolo di avanguardia nel far emergere le preoccupazioni e i bisogni della po-

polazione immigrata in Svizzera e nel facilitare l'espressione delle diverse esigenze. Infine, la creazione di un servizio autonomo rappresenta un successo sul piano istituzionale.

Per contro, esse hanno parole di critica per la scelta rigida e insufficientemente argomentata dei gruppi cui è stato mirato l'intervento nonché per la finalizzazione dello stesso alla prevenzione dell'Aids e delle dipendenze, senza peraltro riuscire a pervenire a un consenso sulle possibili alternative a questo orientamento. Hanno rilevato inoltre lacune d'ordine strategico e organizzativo nell'attuale programma. Tali affermazioni trovano riscontro nelle nostre analisi che hanno palesate una certa dispersione delle attività e una insoddisfacente identificazione dei temi prioritari. Siamo giunti alla conclusione che l'origine delle debolezze attuali risalgono al momento dell'ampliamento tematico e strutturale del programma globale. Si è tentato di trasformare un progetto pilota a carattere sperimentale, vicino alle esigenze della base, che molto doveva all'impegno personale, in una struttura professionalizzata, dotata di basi concettuali e strutture di comunicazione, ma la pianificazione e l'accompagnamento della transizione hanno manifestamente mancato di chiarezza.⁵

Alle circostanze della transizione – già difficile di per sé - sono venuti ad aggiungersi le mutazioni contestuali dovute al processo di “normalizzazione” e al cambiamento del gruppo dirigente. In effetti, con la creazione del Servizio, diventava inevitabile imprimere un nuovo orientamento strategico al progetto, ciò che comportava necessariamente adattamenti strutturali; tale ri-orientamento strategico non si è verificato, causando l'insorgere di ambiguità nella relazione tra Servizio e PMS. Allo stesso tempo, il PMS perdeva coerenza e visibilità provocando incertezza e un certo disorientamento nella maggioranza dei suoi collaboratori. In questo contesto, ognuno degli esperti ha progressivamente concentrato il suo impegno sulla propria attività comunitaria, a scapito di un approccio coerente e unificato per l'insieme delle comunità. Diversi provvedimenti amministrativi e di pianificazione adottati nel contesto della ristrutturazione hanno puntato a strutturare meglio il lavoro; tuttavia è rimasta aperta la questione della mancanza di una strategia globale e di un'identità del programma nonché le lacune sul piano organizzativo.

Per questa ragione la valutazione giunge alla conclusione che, nonostante gli innegabili successi menzionati precedentemente, il metodo di lavoro del PMS non soddisfa più le aspettative odierne che appaiono all'interno e all'esterno della struttura e non sembra più adeguato al contesto attuale. S'impone perciò una riconsiderazione dell'attuale impostazione tematica e della struttura del programma globale.

Raccomandazioni: In primo luogo, l'orientamento futuro del programma generale e del PMS deve conformarsi alla strategia globale della Confederazione nell'ambito migrazione e salute. Questa strategia comporta sia la creazione di condizioni-quadro favorevoli all'apertura dei servizi sanitari standard alla popolazione immigrata e ai suoi

⁵ Come si rileva da confronti con altri paesi, progetti simili sono falliti proprio in questa fase di transizione.

bisogni specifici sia la promozione di interventi vicini alla base che privilegiano un approccio partecipativo. Il Servizio migrazione dovrebbe privilegiare la concezione della strategia, la promozione e il coordinamento delle attività, mentre la concretizzazione degli interventi dovrebbe avvenire in un quadro di maggiore autonomia dei singoli progetti.

Riteniamo quindi che sia necessaria nei prossimi mesi una svolta sul piano organizzativo che ancori istituzionalmente il PMS al di fuori dell'UFSP.. Comunque la transizione avrà senso solo nella misura in cui si definiranno precisamente finalità e procedure organizzative per la nuova struttura, tali da consentire il superamento delle carenze attuali riscontrate sul piano della riflessività e della capacità di adattamento. Si dovrebbe quindi ripensare la struttura di base del nuovo PMS – o di un programma analogo – e fare appello alla competenza di esperti, in funzione delle priorità tematiche future. Per quel che riguarda l'approccio integrativo, che mira a far sì che i servizi sanitari standard si facciano pienamente carico della popolazione immigrata, è auspicabile che i contratti per progetti futuri siano agganciati al rilevamento di indicatori che misurino l'impatto degli interventi. In tal senso, si deve promuovere con determinazione la complementarietà indispensabile tra approcci integrativi e approcci specifici alle popolazioni immigrate.

Introduction

Depuis environ dix ans, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) lutte pour une promotion ciblée de la santé auprès des migrants en Suisse. Dans sa stratégie générale actuelle, cet engagement est également préconisé et souligné:

„Forschung und Praxis der vergangenen Jahre belegen, dass der Zugang zum Gesundheitssystem für den ausländischen Bevölkerungsanteil, der praktisch 20% der schweizerischen Wohnbevölkerung ausmacht, häufig schlechter ist als für Einheimische. Die Folge sind nicht selten gesundheitliche Defizite. Zwar gehen die Prognosen bezüglich der künftigen Migrationsbewegungen davon aus, dass die quantitative Bedeutung der innereuropäischen, wirtschaftlich motivierten Migration weiter abnehmen wird. Hingegen wird dem Asyl- und Flüchtlingsbereich in Zukunft mehr Bedeutung beigemessen. Das Gesundheitswesen steht vor der Herausforderung, die Gesundheitsdefizite der Migrationsbevölkerung zu reduzieren, deren vorhandene Ressourcen vermehrt zu nutzen und die Bestrebungen zu einer Kostenreduktion im Gesundheitswesen zu unterstützen“ (*Amtsstrategie* de l'OFSP 2000).

Issu à l'origine de la prévention contre le Sida, le programme global „Migration et santé“ comprend toute une série de mesures et de projets indépendants qui sont spécifiquement centrés sur la situation et les besoins de différentes communautés étrangères. En 1996, un service fut spécialement créé au sein de l'OFSP pour s'occuper du domaine particulier de la migration, pour établir des fondements conceptuels et pour sensibiliser les instances responsables à la prise en considération des besoins des migrants. Ce service dirige le „projet migrants“ (devenu désormais le „Projet migration et santé“, abrégé PMS ci-après) et soutient, avec des organisations partenaires, différents projets et activités d'envergure au-travers de contrats de prestation passés avec d'autres institutions.

Plusieurs évaluations partielles ont été effectuées depuis le début des années 90 concernant la réalisation de ces activités. L'évaluation du programme durant la période 1995-1996 représente l'étude la plus importante (Haour-Knipe et Fleury 1996). Citons également l'évaluation récente des services de consultation téléphonique. Or, depuis 1995, le „projet migrants“ initial s'est considérablement développé. Il semblait dès lors que le moment était venu d'entreprendre une évaluation-sommative⁶ de l'ensemble du paquet de mesures de l'OFSP dans le domaine de la migration, couvrant aussi largement que possible tant le projet „Migration et santé“ (ex-projet migrants) que les activités du Service migration. Ainsi, le Service évaluation de l'OFSP mandatait en jan-

⁶ Une „évaluation-sommative“ est généralement menée à bien durant la phase finale d'un projet ou d'un programme et sert en principe à déterminer si la poursuite de ce dernier se justifie ou non (voir Läubli-Loud 1997).

vier 2000 le Forum suisse pour l'étude des migrations pour effectuer un bilan des activités du programme global „Migration et santé“. Le but était d'examiner les thèmes, les contenus, l'orientation sur des groupes cibles et le montage, respectivement l'organisation des activités (pour la description du mandat, voir Ronco 1999). Bien entendu, il ne pouvait s'agir ici d'évaluer individuellement chaque initiative ou chaque institution impliquée dans la collaboration, mais bien de procéder à une estimation *du concept et du paquet de mesures dans leur ensemble*. L'*attention principale* a toutefois été apportée à l'initiative la plus importante et la plus ancienne de l'OFSP dans le domaine de la migration, à savoir le *projet migrants*. D'un point de vue méthodologique, une perspective de sociologie des organisations était au premier plan.

Questions principales de l'évaluation

Etant donné les dix ans d'existence du programme global et principalement le fait que le contrat du PMS expire à fin février 2002, un examen des fondements organisationnels et de la direction des activités passées et présentes s'imposait. Les questions majeures de l'évaluation, formulées d'un commun accord avec le mandant, sont les suivantes:

- ## Quelles ont été les étapes les plus importantes du développement du programme depuis la phase-pilote en 1991-1993 ?
- ## Quelles sont les stratégies, les activités primordiales, les caractéristiques, les forces et les faiblesses du programme ?
- ## Dans quelle mesure les adaptations structurelles et thématiques du PMS reflètent-elles les changements de la „réalité“ du domaine de la migration ?
- ## Comment les activités sont-elles construites et organisées (à l'intérieur de l'OFSP, au niveau de la collaboration avec d'autres institutions, ressources etc.) ? Comment cette organisation se répercute-t-elle sur le travail ?

Les effets concrets du travail de sensibilisation et de prévention à travers les années n'ont été abordés que superficiellement et des moyens supplémentaires seraient nécessaires pour approfondir cette question. Aussi n'avons-nous délibérément pris en compte les résultats obtenus que de manière très limitée dans nos interrogations de base, d'autant que nous les avons indirectement cernés par les réponses des spécialistes du domaine. L'accent a donc plutôt été mis aux niveaux stratégique⁷ et organisationnel (voir aussi démarche méthodologique). Seulement pour l'approche par des médiateurs dans le projet „migration et santé“, nous avons examiné les activités actuelles

⁷ Il faut mentionner que, parallèlement à cette étude, la Confédération avait entamé une recherche sur les orientations stratégiques et prospectives dans le domaine „Migration et santé“ dont nous n'avons guère pu tenir compte ici, vu la diversité des interpellations et la disparité temporelle des propos.

plus minutieusement afin de mieux appréhender cette activité clef. Dans ce cas, nous avons opté pour le même *setting* de recherche que celui utilisé lors de l'évaluation de 1994-1995 (Haour-Knipe et Fleury 1996) : les médiateurs ont été interrogés par téléphone sur leurs façons de travailler et le suivi institutionnel reçu. Enfin, nous voulions savoir comment les thèmes et les activités se sont développés et modifiés depuis l'évaluation de 1994-1995. Les conclusions de cette étude antérieure sont résumées et présentées dans l'annexe 4.

La présente évaluation s'adresse en premier lieu aux services et sections concernés de l'OFSP, ainsi qu'à d'autres instances administratives et politiques de la Confédération et des cantons. L'évaluation est destinée en outre aux spécialistes des domaines de la migration et de la santé, aux scientifiques concernés, aux organisations liées à la migration et aux services sanitaires (cf. mandat d'évaluation).

Démarche méthodologique

Les données de l'évaluation ont été récoltées entre janvier 2000 et janvier 2001. Notre recherche s'est basée d'une part sur un matériel écrit devenu très conséquent et d'autre part sur une série d'interviews approfondies.

L'évaluation a utilisé avant tout les documents suivants :

5 rapports d'activité représentant l'un des fondements les plus importants pour la description du développement du projet ;

3 évaluations partielles et plusieurs études préliminaires (Fleury 1989, Fleury et al. 1991, Burgi 1993, Haour-Knipe & Fleury 1996, Caluori 1999) ;

ainsi que de nombreux procès-verbaux des réunions de coordination du PMS.

En dehors de ces documents, un total de 63 *entretiens structurés* ont été menés entre juin et décembre 2000, la plupart de manière individuelle et directe, certains par téléphone. Dans des cas exceptionnels, des personnes ont été interrogées par écrit. Avant d'effectuer les différents entretiens, une séance de présentation des buts de l'évaluation et de l'équipe de recherche a été donnée aux experts et directeurs du PMS et du Service migration (le 27 juin 2000).

Les personnes interrogées avaient les profils suivants:

En tout 12 *entretiens* ont été effectués avec des (anciens) collaborateurs de l'OFSP ou du PMS. La plupart d'entre eux connaît le PMS assez bien, voire très bien et représentent différents cercles d'intérêts. Pour simplifier, nous les désignerons comme „*spécialistes internes*“ (voir glossaire). Les entretiens avec les experts du PMS, les directeurs du PMS et du Service migration et les autres experts internes à l'OFSP ont duré entre deux et trois heures. Il s'agit d'entretiens directs en profondeur. Le protocole des entretiens (voir annexe) ayant davantage un rôle d'aide-mémoire, l'intervieweuse a eu la possibilité d'en modifier la forme selon les circonstances.

Par ailleurs, 11 entretiens ou questionnaires écrits ont été effectués avec des „spécialistes externes“, relevant des domaines de la santé et de la migration. Parmi eux, trois sont eux-même issus d’une migration, les autres sont actifs dans le domaine de la migration. Les entretiens avec les spécialistes externes à l’OFSP et au PMS ont été réalisés surtout par téléphone ou par courrier électronique sur la base d’un mini-questionnaire (voir annexe 3). Concernant ce groupe, il faut mentionner les connaissances très diverses du programme.

Après chaque entretien avec un expert du PMS, celui-ci était prié de fournir la liste de ses médiateurs. Ainsi, les entretiens avec les médiateurs ont pu commencer vers la mi-août. Des entretiens téléphoniques largement structurés ont été effectués, mais également plusieurs entretiens personnels, avec 40 médiateurs (provenant d’Espagne, d’Italie, du Portugal, de la Turquie et de l’ancienne Yougoslavie). Les 40 entretiens standardisés ont été menés en français, espagnol, italien et allemand. Ils durent 1 heure en moyenne. La méthodologie utilisée pour les entretiens des médiateurs est basée sur celle de l’évaluation de 1996 (cf. annexe 5 et Haour-Knipe & Fleury 1996). Seuls quelques-uns de ces médiateurs avaient une bonne vue d’ensemble du projet et ils se sont donc davantage prononcés sur leur propre activité que sur le projet global. (voir aussi Tableau 1)⁸.

Tableau 1: Choix des médiateurs

Période d’évaluation	1994-1995	2000
Nombre de personnes sur les listes	115	150
Nombre de personnes interviewées	81	40
dont d’origine espagnole	31	10
dont d’origine italienne	---	7
dont d’origine portugaise	24	11
dont d’origine turque	26	6
provenant de l’espace ex-yougoslave	---	6
personnes inatteignables (numéros non valables etc.)	21	13
Entretiens refusés	5	10*
Estimation des personnes actives	100	{ 70**

* Raisons diverses de refus : cinq personnes nous ont dit ne pas connaître le PMS et/ou ne pas en avoir fait partie ; deux personnes ont refusé car elles ont le sentiment d’avoir été oubliées pendant trop longtemps et sont restées en froid depuis; 3 personnes n’ont pu être interviewées pour des raisons de santé.

** Sur la base du nombre de personnes ayant arrêté de travailler pour le PMS, des personnes n’ayant pu être contactées et du nombre de refus. Nous ne tenons pas compte des changements effectués dans les listes après le 01.12.2000.

⁸ Mentionnons encore que certaines listes d’adresses dont nous disposions n’étaient pas à jour et contenaient des personnes ayant cessé leur collaboration avec le PMS. Dans l’ensemble les répondants ont très bien accepté les entretiens et ont apprécié l’intérêt qui leur fut porté.

Outre les documents et ces entretiens, diverses réunions et discussions ultérieures ont contribué à renforcer les conclusions du point de vue du contenu:

Une séance de présentation des résultats intermédiaires de l'évaluation a eu lieu avec les mandants et les principaux intéressés par l'étude. Suite à cette séance, il est apparu nécessaire de rediscuter les résultats de l'étude avec les experts du PMS et selon leur opinion. Cette série d'entretiens n'a pas été basée sur un protocole et a été menée de manière ouverte. Les experts du PMS ont été de plus à diverses reprises recontactés par téléphone afin d'obtenir des précisions sur certains points de leur activité ou pour acquérir des documents. Par ailleurs, deux rencontres avec le directeur du Service migration 4 dont une avec la présence du directeur (intérimaire) du PMS 4 ont été organisées suite à sa demande. Ces entretiens ont eu pour objectif d'exposer encore une fois le point de vue de la direction.

Une réunion avec les experts du PMS et l'équipe de la recherche qui a servi à présenter les premières conclusions et à les discuter.

Une réunion avec le mandant (Service évaluation) et le Service migration a également eu lieu, afin de présenter et de discuter les premières conclusions.

Il faut encore signaler que l'équipe de recherche a bénéficié de l'appui méthodologique et analytique d'un comité de suivi (liste des membres de ce comité en annexe 6). Durant trois séances, certaines questions relatives à l'évaluation ont été abordées, de plus les résultats finaux ont été discutés lors d'une quatrième réunion⁹.

Les bases empiriques les plus importantes de l'évaluation sont résumées dans le Tableau 2.

⁹ Enfin, il faut mentionner que, pour la reconstitution du contexte international, divers experts ont été consultés, aussi bien en Suisse que dans les pays concernés par l'étude.

Tableau 2: Principales bases empiriques de l'évaluation

Analyses (secondaires):

- €# Plusieurs évaluations préliminaires et partielles (cf. références, ci-dessus)
 - €# 5 rapports d'activité (91-92, 93-95, 95-97, 98, 99)
 - €# Procès-verbaux de réunions, correspondance, notes de discussion, contrats, etc.
-

Entretiens structurés et téléphoniques avec:

- €# Collaborateurs PMS ou OFSP, c.à.d. spécialistes „internes“ (12)
 - €# Spécialistes „externes“ (11)
 - €# Médiateurs (40)
-

Structure du texte

Le présent rapport se divise en deux parties principales de volume inégal. La première partie contient une présentation des origines et des phases les plus importantes du programme global „migration et santé“ de l'OFSP et fournit les fondements d'une discussion critique. La deuxième partie évalue la situation actuelle et se penche sur les appréciations des spécialistes impliqués. Naturellement, une délimitation précise ne saurait toujours être faite entre les exposés „historiques“ et descriptifs de la première partie et l'analyse dans la deuxième. En effet, si la deuxième partie est essentiellement consacrée à la situation actuelle, la première contient, elle, aussi déjà des appréciations quant aux tournants et développements passés. Les chapitres sur les domaines thématiques correspondants doivent par conséquent être considérés comme complémentaires. En outre, dans les deux parties principales, que ce soit au niveau des thèmes abordés ou de l'orientation sur des groupes cibles, nous nous sommes efforcés de discuter aussitôt les activités et leurs prolongements conceptuels avant que ne soient abordées les questions structurelles et organisationnelles. Ensuite, un chapitre est consacré au Service migration, devenu indépendant depuis 1996. Dans l'avant-dernier chapitre de la deuxième partie principale, nous avons finalement tenté de résumer les conclusions finales, de mettre en évidence les théories d'action sous-jacentes et de dégager des recommandations pour une éventuelle réorientation future. Entre autres, nous avons essayé de discuter les résultats de l'évaluation à la lumière du développement de la nouvelle stratégie de la Confédération dans le domaine migration et santé et des propositions possibles allant dans le sens d'une réorganisation de ce champ.

Mentionnons également que, à titre d'exemple, quelques démarches dans le même sens accomplies dans d'autres pays sont présentées dans l'annexe 4. Cela afin de pouvoir mieux situer la signification du programme suisse. Le dernier chapitre est consacré aux limites et aux difficultés de cette évaluation.

1ère partie: Contexte d'émergence du programme global „Migration et santé“

Dans cette première partie, nous présentons le programme „Migration et santé“ au travers de l'histoire de sa création et de son développement, d'une description de ses activités et de ses approches et, enfin, d'une introduction à ses aspects organisationnels. Un aperçu international permettant de situer la position du programme se trouve dans l'annexe 4. Cette vue d'ensemble est en effet significative dans la mesure où les approches nouvelles ailleurs qu'en Suisse ont servi d'indicateurs au cours de la phase initiale du programme. Elle permet aussi de mettre en avant le caractère unique de la démarche suisse.

1.1 Thèmes et groupes cibles du programme Migration et santé

Tout a commencé par le „projet migrants“. En janvier 1991, celui-ci fut lancé par l'OFSP comme un projet pilote pour une période de deux ans. Une évaluation, conduite dans le sillage de la première grande campagne d'information sur le sida en Suisse (1987), avait décelé d'importants déficits de connaissance en ce qui concerne le VIH/sida auprès de différents groupes de migrants (Fleury 1989). De grosses lacunes d'information avaient été découvertes, en particulier parmi les migrants turcs 4 dont de nombreux requérants d'asile 4 et au sein des communautés portugaise et espagnole (saisonniers). L'écart constaté entre leur degré de connaissance et celui de la population indigène avait mis en lumière que les messages de prévention usuels avaient insuffisamment atteint les groupes de migrants. Dès lors, l'intention du projet pilote était de cibler certaines communautés avec des messages appropriés, aussi bien d'un point de vue linguistique que culturel. Cela devait se faire dans le cadre de l'effort général de prévention du VIH/sida, dont le but était d'éviter de nouvelles infections, les retombées négatives de l'épidémie, ainsi que de promouvoir la solidarité. Il fut alors clairement établi que les catégories de population citées n'étaient pas considérées comme des groupes à risque, mais nécessitaient, en raison de leurs caractéristiques socio-culturelles 4 tout comme les femmes ou les jeunes 4 une stratégie de prévention particulière.

Après que cette initiative de l'OFSP eut rencontré un large écho et eut amené à une mobilisation significative au sein des catégories de population visées (voir rapport d'activité 1993-1995), le projet est entré en 1993 dans une phase de consolidation qui devait durer jusqu'en 1995 (voir chapitre 1.3). La priorité demeurait alors centrée autour de questions relatives à la prévention du sida, d'autres maladies sexuellement transmissibles et de la contraception (planning familial), mais, progressivement, des thèmes nouveaux étaient incorporés également.

A partir de 1995/1996, un *élargissement du rayon d'action* fut entrepris, incluant la prévention des toxicomanies et une large promotion de la santé. Cette ouverture du contenu de l'action fut justifiée de la manière suivante:

„Globalement, la prévention du sida auprès des communautés étrangères doit s'inscrire davantage dans une perspective plus globale de prévention et promotion de la santé pour éviter un sentiment de stigmatisation et répondre dans une certaine mesure à d'autres préoccupations de santé exprimées. Une place particulière doit ici être accordée à la prévention des comportements de dépendance et à la sexualité au sens large.“ (Rapport d'activité 1993-1995 : 43).

Afin d'appuyer et de justifier cette nouvelle orientation, des résultats d'études prouvant une propagation supérieure à la moyenne des problèmes de toxicomanie auprès des jeunes des deuxième et troisième générations de migrants furent avancés. Pratiquement tous les protagonistes du projet, aussi bien ceux de l'OFSP que les spécialistes externes (Haour-Knipe & Fleury 1996) se sont prononcés en faveur de cet élargissement thématique qui eut lieu officiellement à partir de 1996⁴ dans les faits, même un peu plus tôt. Etant donné que l'accent devait être mis sur les champs d'action *prévention du VIH/sida et des drogues, ainsi que sur la promotion de la santé*, les chargés à la prévention avaient reçu une large marge de manœuvre pour agir en fonction des besoins de leurs communautés respectives. Ainsi, dans certaines communautés, l'accent était plutôt mis sur la prévention du sida (Turquie, Kosovo), tandis que d'autres recevaient manifestement plus d'attention sur le plan de la prévention des drogues (Portugal, Espagne) ou, presque exclusivement, dans le domaine des dépendances (Italie).

Il faut par ailleurs relever que, par la suite, relativement peu d'actions ont été observées dans d'autres domaines que celui de la prévention du sida et des drogues, entendue au sens large. Cela pourrait venir de ce que les chargés à la prévention ont régulièrement été rendus attentifs au fait que leurs ressources financières provenaient de ces domaines, car le programme était (et reste d'ailleurs) ancré dans le cadre précis du sida et des dépendances. De là provient l'impression que le concept de la promotion de la santé autoriserait davantage une interprétation relativement libre quant au contenu du message préventif, plutôt que d'attribuer une nouvelle orientation fondamentale au PMS. Ainsi, d'autres thèmes (tels que l'interruption de grossesse, l'incision et l'infibulation chez les migrantes) liés à la sexualité, mais n'ayant guère de rapport avec la problématique du sida, ont été davantage traités plus récemment, ce qui n'est peut-être pas sans rapport avec la sensibilité personnelle de la nouvelle cheffe du projet global. On ne saurait que spéculer si⁴ et jusqu'à quel point⁴ des considérations politico-stratégiques, des contraintes financières ou tout simplement le souci d'éviter un élargissement trop important des domaines abordés ont été à l'origine des choix thématiques.

1.1.1 Groupes cibles

Au départ, le „projet migrants“ visait deux des plus grandes communautés linguistiques de la Suisse, à savoir les communautés *espagnole et portugaise*, ainsi que la *diaspora turque* qui est plus petite en Suisse, où l'on présumait rencontrer une certaine „distance culturelle“ vis-à-vis de la Suisse. En ce qui concerne les migrants italiens, on escomptait une „bonne intégration“ et une information suffisante grâce aux campagnes de prévention contre le sida dans la troisième langue nationale. Les migrants de l'espace ex-yougoslave 4 dont le nombre avoisinait à l'époque celui des Italiens 4 furent, pour des raisons politiques et pratiques (ségrégation ethnique, début de la guerre etc.), laissés en arrière-plan. A partir de 1993 déjà, on a essayé d'impliquer davantage les communautés de migrants de *l'Amérique latine, de l'Afrique et du Sri Lanka*.

Après l'élargissement du champ thématique, c'est d'abord au tour de la communauté italienne d'être incluse dans le projet. D'après des études et l'expérience des spécialistes, la population italienne subissait en effet une extension supérieure à la moyenne des problèmes de drogue et devenait, du moins sur ce point, un groupe cible. Ce n'était donc pas une surprise si la mandat de prévention auprès de cette communauté fut confiée à un expert italien dans le domaine des drogues. Pour les ressortissants de l'espace ex-yougoslave, ce n'est qu'à partir de 1995 qu'un expert d'origine kosovo-albanaise, déjà impliqué depuis deux ans dans le travail auprès de ces groupes, fut mandaté.

De même que pour la stratégie fédérale en matière de sida et de toxicomanies, une attention particulière devait être donnée à certains *groupes cibles*, non seulement dans *l'ensemble de la population*, mais aussi auprès des migrants. Pour la période 1993-1995 et pour des raisons de cohérence, les groupes cibles suivants étaient visés, toutes communautés confondues: les jeunes et les enfants, les femmes, les saisonniers, les requérants d'asile, ainsi que des groupes aux comportements spécifiques: les homosexuels, les consommateurs de stupéfiants, les prostitués et les célibataires. Plus tard, on allait y ajouter encore d'autres groupes cibles aux conditions de vie particulières, comme les prisonniers et les personnes sans autorisation de séjour.

Le développement décrit ci-dessus permet de dire que les critères ethniques, linguistiques et la sélection de groupes cibles nationaux, étaient essentiellement déterminés en fonction de critères quantitatifs (pourcentage de la population), même si d'autres caractéristiques avaient été prises en considération (en fonction des problèmes ou besoins spécifiques mis en évidence). Pour les communautés étrangères les plus importantes, le mandat de prévention était attribué à un(e) spécialiste issu(e) des rangs de cette communauté. Cette règle a été moins suivie pour les groupes plus petits d'Asie, d'Afrique ou d'Amérique latine, sans doute pour des raisons financières, mais peut-être aussi en raison de difficultés réelles à trouver des spécialistes de ces origines.

Il ne ressort toutefois pas toujours clairement des documents en notre possession dans quelle mesure les critères ethniques, culturels, linguistiques ou nationaux ont été déterminants pour la sélection des experts ou des médiateurs. Pour une collaboration étroite avec les autorités du pays d'origine, comme cela fut encouragé dans la phase initiale avant tout, l'appartenance nationale des collaborateurs peut bien avoir son im-

portance, tandis que la parenté linguistique et culturelle, voire ethnique dans certains cas, est vraisemblablement plus déterminante pour la proximité sur place avec les communautés concernées. Dans tous les cas, cela représente un point crucial dans le domaine de l'intervention.

1.2 Activités et approches

Les premières activités dans le cadre du „projet migrants“ avaient surtout consisté à *traduire et à adapter les messages de prévention* existants dans le but de faciliter l'accès à ces informations pour les migrants (rapport d'activité 1993-1995). Par la suite, la priorité de l'action s'est de plus en plus déplacée vers *le recrutement et la formation de personnes clefs* destinées à prendre une fonction de médiation à l'intérieur des communautés concernées (personnalités, pairs, représentants des médias etc.), sans le recours à d'autres ou à de nouveaux experts. Ici commence, dans une certaine mesure, l'élargissement des domaines de compétence sans que les ressources à disposition soient adaptées pour autant. En outre, comme la citation suivante l'indique, une importance particulière fut donnée à l'étroite collaboration avec les pays d'origine.

„Les échanges et la collaboration avec les organisations gouvernementales et non gouvernementales engagées dans la prévention du sida dans le pays d'origine sont indispensables pour assurer la cohérence de l'intervention et le rassemblement de matériel en langue maternelle. Ils sont également un bon indice du type d'informations reçues avant l'arrivée en Suisse.“ (Rapport d'activités 1993-1995 : 7)

La collaboration avec les pays d'origine (autorités et ONG) devenait ainsi une condition de la cohérence des interventions qui devaient tenir compte du contexte propre au pays de provenance. Afin d'éviter les attitudes „paternalistes“ et d'impliquer plus activement dans le travail de prévention aussi bien les communautés dans leur ensemble que les individus migrants, on eut recours à une approche amenant la *mobilisation* des migrants à devenir le principe directeur, que ce soit au niveau de la conception ou de la réalisation des interventions. La *démarche participative du concept d'élargissement (approche des médiateurs)* selon le principe de boule de neige constitue ici une idée centrale. Elle privilégie une orientation sensible à la culture, dans la perspective d'*empowerment*, où l'acceptation et l'efficacité de la prévention doivent être mises en avant. Etant donné que cette approche constitue un concept principal et un élément apparemment constitutif d'identité du PMS¹⁰, nous y reviendrons plus en détail dans les chapitres suivants.

¹⁰ Si l'on interroge les responsables du PMS sur les points communs du projet global, toutes communautés confondues, ils renvoient avant tout à cette approche participative, approche soutenue de façon unanime par tous les coordinateurs.

1.2.1 Le concept des médiateurs comme approche participative, ciblée sur la communauté

La prévention opérée dans le PMS s'inscrit dans le cadre plus large de la politique de santé prônée par l'OMS visant la „santé pour tous en l'an 2000“ et donc une „réduction des inégalités et les écarts de santé entre les différents groupes sociaux au sein d'une population donnée“ (Burgi 1996). Le PMS s'appuie sur les principes inscrits dans la Charte d'Ottawa formulée lors de la première conférence internationale pour la promotion de la santé en 1986 : „selon la Charte d'Ottawa (OMS, 1987), la promotion de la santé est un processus qui doit conférer à tous les hommes une plus grande prise sur leur propre santé. Ce processus renforce aux plans psychique et physique les conditions individuelles et collectives nécessaires à cette indépendance et tente de diminuer les atteintes à la santé pour les individus, les groupes et les populations entières“ (le projet migrants rapport intermédiaire 95-97).

La prévention et la promotion de la santé visent ainsi non seulement à informer mais à faire participer et à responsabiliser les individus pour prévenir et modifier leurs comportements.

Dans ce but, „le message doit être compréhensible (langue), acceptable (culture), accessible (canaux d'information et structures des communautés), avant d'être reçu ou accepté“ (Burgi 1996). Cette politique générale de santé a conduit les fondateurs du PMS à promouvoir un projet de santé pour les étrangers en Suisse en considérant que leur „situation (conditions de vie, statut juridique, accès à l'information et aux soins, aspects culturels, habitudes de vie, aspects socio-économiques...) justifiait une attention particulière (au même titre que d'autres groupes-cibles) dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé“ (Burgi 1996).

Le PMS retire donc ses fondements et sa stratégie de ce contexte général. Dans ce cas, la santé est appréhendée comme un phénomène dépassant la question sanitaire et biomédicale. Elle est dès lors pensée aussi en terme de bien-être et demande une prise en compte plus globale par la compréhension du contexte social, économique et culturel de l'individu. Il est logique par conséquent que *les principes généraux du PMS (santé communautaire, approche participative, empowerment) sont des principes cadres, communs à d'autres programmes de santé en Suisse et dans le monde et dépassant largement la prévention et la promotion de la santé des migrants*. Nous présentons ci-après plus précisément la manière dont ces principes sont définis dans le PMS.

En théorie, la prévention du PMS est caractérisée par une approche de multiplication consistant à diffuser un message préventif sur la base du schéma dit „boule de neige“. Le but de cette stratégie est de promouvoir et d'encourager des compétences et des ressources propres aux communautés. Il s'agit de plus de leur reconnaître le droit et la capacité d'identifier leurs propres besoins en matière de santé et de choisir les mesures pour atteindre les objectifs qu'ils se sont fixés. Pour atteindre ce but, la démarche du PMS se veut participative. Elle tend à mobiliser et à impliquer progressivement des communautés à la prévention tant au niveau de la conception qu'à celui de la mise sur pied et de la réalisation des interventions. Ce principe directeur s'inscrit dans une perspective d' „empowerment“ visant à éviter les procédés „paternalistes“ en

reconnaissant la responsabilité des migrants dans la prévention et la promotion de leur santé.

Dans le cadre du PMS la *stratégie de multiplication* comporte deux approches majeures : premièrement l'*approche communautaire* qui est appréhendée principalement sur un plan *ethnique* et *national*. Dans ce sens, la communauté est comprise selon sa dimension culturelle, linguistique et nationale, distinguant ainsi les personnes d'origine étrangère en Suisse et les autochtones. Dans sa phase pilote (1991-1992), le PMS était composé de trois experts : un d'origine turque pour les communautés turque et turque-kurde en Suisse, une coordinatrice d'origine espagnole et une colombienne pour la communauté espagnole et portugaise en Suisse. Ces deux coordinatrices n'étant pas issues de la communauté portugaise, les actions de prévention se sont développées, selon le rapport d'activités de 1991-1992, à un rythme plus lent que chez les hispanophones. De ce fait, le PMS suit, en 1993, une approche encore plus ethnique en engageant une chargée de la prévention d'origine portugaise pour s'occuper de la communauté portugaise. L'experte colombienne s'occupera dès lors de la communauté latino-américaine en Suisse. Par ailleurs, en 1995, un expert d'origine italienne et un d'origine yougoslave seront engagés pour leur communauté. C'est à cette date que le PMS dépasse l'information pour les populations générales des différentes communautés et mène également des actions de prévention visant différents groupes cibles (des jeunes, des femmes, des travailleurs saisonniers, des personnes homosexuelles, des toxicomanes, des personnes en rapport avec le milieu de la prostitution et des requérants d'asile). Depuis 1993, le PMS s'écarte toutefois pour certains petits groupes la définition ethnique et nationale de son approche communautaire¹¹. Depuis cette date, la coordinatrice colombienne s'occupera en effet à la fois des communautés latino-américaines et d'autres petits groupes ethniques en Suisse (communautés africaine et tamoule).

L'*approche participative* constitue le deuxième principe majeur de la stratégie de multiplication. Cette approche et la notion d'empowerment sont l'essence de toute prévention communautaire. Selon les rapports d'activités du PMS (cf. rapport d'activités 1991-1992 et suivants), elle consiste à impliquer, à mobiliser et à inciter une participation progressive de la communauté au niveau de la conception, de la planification et de la conduite de projet de prévention et de promotion de la santé. Tant la participation individuelle des migrants (encouragement à la responsabilité individuelle) que la participation collective des communautés au processus décisionnel (consultation des communautés de migrants) est voulue. Dans la pratique, les experts du PMS sont libres de décider des thèmes prioritaires et des projets de prévention pour leur communauté, même si ceux-ci doivent encore être soumis à la directrice du PMS et être discutés idéalement avec des représentants des communautés. En dehors de la représentation des cinq experts d'origine étrangère, il n'existe pas d'autre implication

¹¹ Les groupes cibles ont été définis aussi en fonction de la stratégie des campagnes nationales. Il s'agit des jeunes, des femmes, des travailleurs saisonniers, des personnes homosexuelles, des toxicomanes, des personnes en rapport avec le milieu de la prostitution et des requérants d'asile.

de la communauté au niveau décisionnel. Toutefois, une volonté de mobiliser les communautés (outre les cinq experts) à cet échelon est rendue officielle en 1998 : les experts du PMS ont pour tâche (cf. cahier des charges des experts du PMS de 1998) de mettre sur pied des plates-formes qui ont pour but de les aider à déterminer les besoins et les priorités de santé de la communauté dont ils sont responsables. Cependant, seule la plate-forme turque a commencé (début 1999) et depuis peu la plate-forme italienne (déc. 2000). Dans la perspective „bottom up“, il est en revanche difficile de déterminer dans quelle mesure une réelle participation a pu être opérée au niveau de la conceptualisation et de la planification de projet ; il apparaît dans *ce cas que la participation est limitée à la mise sur pied de projets*.

Sur le plan de la mise en oeuvre et de la conduite de projets de prévention, le PMS s'est principalement investi, à ses débuts, au niveau de la participation individuelle qui s'est effectuée par le travail avec et par des *médiateurs/multiplicateurs*¹². Ces personnes ont été définies comme faisant partie d'une communauté-cible, disposant si possible de réseaux étendus ou spécifiques et réalisant une activité liée à la prévention sida dans sa communauté¹³.

Le rôle des médiateurs est conçu pour fonctionner dans les deux sens suivants : d'un côté, en amenant des messages à la communauté, mais aussi en transmettant au Projet des informations de la communauté (cf. Haour-Knipe, Fleury 1996). Dans ce cas le principe veut que l'information parte „d'un petit nombre de personnes qui la font parvenir à un plus grand nombre (en utilisant leur réseau ou en élaborant un nouveau). Dans un deuxième temps certaines personnes de ce cercle plus large deviendront elles-mêmes sources et promotrices d'information pour leur propre réseau, recruteront d'autres personnes et ainsi de suite“ (Haour-Knipe et Fleury 1996: p.6). Chaque expert du PMS est chargé de recruter des personnes de sa communauté disposant si possible de réseaux étendus ou spécifiques, de les former afin qu'ils entreprennent des activités liées à la prévention dans leurs communautés. Le double rôle de ces personnes devrait consister à la fois à diffuser un message de prévention dans leur communauté et à transmettre des informations sur les besoins de la communauté à l'expert. Relevons qu'il n'existe pas de terminologie commune permettant d'appréhender la diversité des activités des médiateurs.

Pour clarifier *l'identification des médiateurs*, l'évaluation de 1996 a distingué deux types: les médiateurs réalisant des activités de prévention, et les dits facilitateurs (cf. glossaire) qui sont des personnes de contact aidant à la mise en place des activités. Avec l'élargissement du PMS à d'autres thématiques et à d'autres communautés, l'évaluation pour la période 2000 constate que la définition d'un médiateur est deve-

¹² Le PMS ne différencie pas les deux termes. Dans l'évaluation de 1996, comme pour la présente étude, le terme de médiateur est utilisé comme expression générique pour qualifier les personnes actives dans la prévention des migrants dans le PMS. Nous reviendrons sur les problèmes de terminologie dans les recommandations.

¹³ La définition peut inclure la prévention des dépendances et la promotion de la santé ainsi que la prévention en dehors de sa communauté d'appartenance.

nue encore plus complexe et hétérogène. De ce fait l'identification s'est encore compliquée et les médiateurs représentent des réalités encore plus variées aux différents niveaux suivants¹⁴ :

- ## degré de spécialisation, de compétences et de connaissances dans le domaine de la prévention en santé publique. Deux positions extrêmes peuvent être relevées : des volontaires sans compétences spécifiques dans ce domaine et des spécialistes et professionnels du domaine social, sanitaire et/ou éducatif ;
- ## inscription dans une institution et degré d'autonomie ;
- ## appartenance ethnique ou linguistique à la communauté ;
- ## activités et types d'interventions : information générale ou prévention pour des groupes ciblés, conseil informel et personnel ou thérapie, etc. ;
- ## rémunération : bénévoles, partiellement rémunérés, complètement rémunérés par le PMS ou un employeur tiers ;
- ## formation continue offerte dans le cadre du PMS portant sur des thèmes différents (sida, dépendances, traumatisés, etc.). La formation est donnée par diverses organisations et sa durée varie (simple information de quelques heures ou formation continue) ;
- ## manière dont la personne a été recrutée : sur le mode personnel (connaissance ou ami de l'expert du PMS) ou impersonnel (par le biais d'une organisation, lors d'une formation ou d'une séance d'information) ;
- ## Encadrement : personne encadrée directement par l'expert du PMS, personne encadrée par l'organisation où elle est insérée, personne complètement autonome.

Le recrutement et la formation de médiateurs ont représenté une des activités prioritaires du travail des experts du PMS : entre 1991 et 1995, le travail avec les médiateurs occupe la plus grande partie de l'emploi du temps des experts : dans une première étape pour les communautés espagnole, portugaise et turque, et de 1995 à 1998 pour les communautés italienne et yougoslave. A partir de 1998, on constate que le travail avec les médiateurs a une place beaucoup moins importante dans leurs tâches. Actuellement, ils consacrent en moyenne 20% de leur temps de travail aux médiateurs (recrutement, formation et suivi). Le temps de travail investi par rapport aux pays d'origine (collaboration, échange de matériel, accord pour la prévention dans les cours de langue et culture maternelle) et pour la traduction ou la création de matériel de prévention a également beaucoup diminué pour tous les experts du PMS.

¹⁴ Cette catégorisation s'inspire de celle proposée dans l'étude de Haour-Knipe (1999) sur les médiateurs dans la prévention du sida (voir aussi note de bas de page n° 32).

Pour résumer, il est important de souligner la place centrale que détient la stratégie de multiplication dans le PMS. Dès la phase pilote du projet (1991-1992), la stratégie de multiplication représente un des aspects fondateur du PMS et la base commune de la démarche des experts. Rappelons que chaque expert choisit quels sont les thèmes et les activités prioritaires pour sa communauté. L'approche de multiplication incarne ainsi l'élément identitaire et unificateur ainsi que le principe directeur entre les différentes activités des experts, qui trouvent leur cohérence de base dans cette approche. Pour cette raison, il découle de la diminution de la place accordée au travail relatif aux médiateurs (recrutement, formation, suivi) que le PMS se trouve quasiment face à une crise d'identité. Le projet perd ainsi au fur et à mesure de la visibilité qui aurait pu lui permettre de renforcer une cohérence d'ensemble.

1.2.2 Autres activités et processus du PMS

Si la stratégie de multiplication est constituée essentiellement du travail avec les multiplicateurs, trois autres types de relais ou de canaux participent également à certaines mesures de prévention du PMS :

- ✚ les *réseaux des organisations gouvernementales et non gouvernementales dans les pays d'origine et en Suisse* (ambassades, associations d'étrangers, etc.) : la collaboration avec les pays d'origine doit servir par exemple à utiliser le matériel de prévention du pays d'origine, à soutenir financièrement certaines interventions et à encourager la prévention dans le cadre des cours de langue et culture maternelle en Suisse.
- ✚ les *réseaux institutionnels suisses* : il s'agit d'institutions suisses du domaine politique, social, culturel ou sanitaire et qui sont en contact avec des migrants. L'objectif est de sensibiliser les autorités nationales, cantonales et locales à tenir compte des besoins et des spécificités des migrants dans la prévention et la promotion de la santé. Il est question également d'assurer la collaboration avec des institutions cantonales afin d'inscrire les interventions du PMS.
- ✚ les *médias suisses ou étrangers* (journaux, radios, télévision) : Le PMS se fait connaître par ce biais en tant qu'entité et au travers de certaines de ses activités. Les médias servent également à diffuser des informations sur les différents thèmes de prévention et de promotion de la santé. Ils permettent encore de faire de la publicité pour certaines interventions.

Les *activités les plus importantes du PMS* et des chargés de prévention étrangers sont énumérées dans le tableau 3 ci-dessous. Si l'activité des médiateurs et la collaboration avec les autorités dans les pays d'origine sont donc plutôt en recul dans l'ensemble, le temps consacré à la *gestion de projets*, élaborés et dirigés par les requérants de projets, est depuis deux ans en constante progression. Des initiatives analogues concernent aussi bien la réalisation de mesures dans le domaine de la prévention (information, groupes d'entraide) que les nouvelles activités de recherche

(l'accompagnement d'une étude sur le travail de prévention en matière de drogues auprès des migrants p.ex.¹⁵) ou la mise en réseau à l'intérieur des cercles d'experts. Les experts sont en particulier toujours plus occupés par *la collaboration avec des institutions suisses*. INTERNETZ est un bel exemple à cet égard.

Il s'agit là d'une initiative commune aux experts du PMS et à la ville de Bâle. Le projet pilote INTERNETZ fut lancé en 1995 dans les deux demi-cantons de Bâle-Ville et de Bâle-Campagne. Il fut développé avec l'intention de rassembler les autorités, les organisations du social et de la santé, ainsi que les communautés étrangères. Son but est de promouvoir la collaboration et les échanges de connaissances de part et d'autre. Depuis sa phase pilote, plusieurs autres cantons (BE, ZH, LU) ont créé des réseaux semblables (voir Zobel 2001). La plupart des experts du PMS collaborent désormais activement à des initiatives INTERNETZ dans différents cantons, financées par le budget du PMS, mais placées sous la responsabilité directe du chef de service.

Après que l'accent eut toujours été mis entre 1996 et 1998 sur la collaboration de tous les experts avec les institutions fédérales, (voir p.ex. les rapports d'activités 1995/1997), il fut décidé, en juillet 2000 et après un examen du cahier des charges, que cette tâche incomberait dorénavant à la cheffe de projet. Concernant la „collaboration avec les institutions“, le point nouveau suivant est mis en évidence :

„Diese Aufgabe soll gemäss Kompetenzen und vorhandenen Ressourcen der Präventionsbeauftragten in Zusammenarbeit mit der Programmleitung und der Leitung des Dienstes Migration angegangen werden. Die institutionelle Rolle (strategisch, Herstellung der instit. Verbindung) liegt bei der Programmleitung, und die operationelle Rolle (inhaltlich) bei den Präventionsbeauftragten“ (Tâche 2.6 du cahier des charges).

Dans cette collaboration entre chef de service, cheffe de projet, chargés de prévention et représentants de nos autorités, la répartition des devoirs respectifs n'est pas toujours claire dans la pratique, mais le but de ce changement aura apparemment été de décharger les experts des communautés.

Il faut mentionner, outre le déplacement des cibles majeures de l'activité, qu'une augmentation de la documentation sur ces activités est prévue, ce qui entraîne des pertes de temps supplémentaires. A cet égard, plusieurs experts déplorent une charge plus lourde au niveau administratif (rapports, propositions de projets etc.), représentant une surcharge par rapport aux moyens disponibles. Cependant, la direction du PMS a besoin de tels comptes rendus dans le but de superviser le travail et d'avoir une meilleure vue d'ensemble des activités de ses collaborateurs. Des évaluations globales systématiques (tous groupes confondus) des rapports d'activité mensuels et trimestriels n'ont pas été entreprises jusqu'ici.

Le changement du cahier des charges en juillet 2000 illustre aussi les exigences quant à la gestion du projet, demandant que les projets „se basent sur des concepts éla-

¹⁵ Voir Domenig et al. 2000.

borés“ et soient „soumis à un examen approfondi de la qualité par une auto-évaluation, respectivement par une évaluation extérieure“. Il n’a pas pu être clairement établi dans quelle mesure les chargés de mission de prévention tiennent compte de ces exigences de professionnalisation. Toujours est-il qu’au cours des entretiens particuliers effectués avec les experts et des médiateurs interculturels, les difficultés ponctuelles d’élaborer des esquisses de projets satisfaisant aux critères formels, linguistiques et de contenu sont évoquées.

Ce constat nous amène à relever la difficulté générale à laquelle les migrants se voient confrontés dans le cadre général de la professionnalisation et de la „normalisation“, car ils ne disposent pas des compétences linguistiques et professionnelles suffisantes pour faire face aux exigences institutionnelles (voir Zobel 2000). Comme le démontrent les médiateurs interrogés, la situation est toutefois fort différente d’une communauté à l’autre. Ainsi, ce n’est sans doute pas non plus un hasard si, au cours de ces dernières années, la plupart des projets émanent de la communauté italienne, pour laquelle il est beaucoup plus facile de mobiliser les personnes requises que, par exemple, pour la communauté portugaise.

Tableau 3: Activités du projet „Migration et santé“

Activités du PMS et des chargés de prévention étrangers (cahiers de charge ancien ou actuel)
⚡ Organiser les réunions d’information et de prévention
⚡ Entreprendre l’adaptation linguistique et culturelle et l’élaboration de messages préventifs et d’un matériel d’information
⚡ Construire, développer et accompagner le réseau de médiateurs (multiplicateurs et promoteurs de santé)
⚡ Former des médiateurs
⚡ Lancer, promouvoir et accompagner les projets de prévention et de promotion de la santé
⚡ Promouvoir l’ancrage institutionnel des projets de prévention et de promotion de la santé
⚡ Promouvoir la mise en réseau entre associations de migrants et institutions
⚡ Construire et mener une plate-forme de coordination au sein des groupes de population étrangère
⚡ Entretenir le réseau avec les institutions des pays d’origine
⚡ Promouvoir les relations publiques au-travers de l’organisation de colloques, de groupes de travail, de séminaires de formation continue et les relations avec les médias
⚡ Lancer et accompagner des recherches dans le domaine de la migration

On peut retenir, en guise de bilan, que - suite à la „normalisation“¹⁶ dans la prévention du sida, les nouvelles orientations thématiques du programme et d'une professionnalisation du travail - les points centraux de l'activité du PMS se sont déplacés. D'une *prévention de base essentiellement expérimentale*, où l'engagement personnel était au premier plan, l'accent s'est progressivement déplacé vers *la gestion de projets de prévention dans les communautés*, ainsi que vers d'autres activités telles que la construction d'une plate-forme de spécialistes, les contacts avec les cercles autochtones (Internetz), ainsi que sur la participation à des débats, voire, plus rarement, leur organisation dans les milieux concernés, etc. Nous expliquons ce déplacement aussi bien par les attentes explicites (cahier des charges) ou implicites (de la part de l'OFSP ou de partenaires externes) que par l'achèvement effectif de certaines activités.

Les implications du changement de rôle pour les experts qui ont découlé de la professionnalisation n'ont manifestement pas été assez anticipées et accompagnées. Le déplacement des points centraux du travail vers une collaboration plus intensive avec les institutions ne pouvait toutefois demeurer sans conséquence sur l'orientation du projet global qui avait en grande partie fondé sa cohésion sur l'approche participative.

Pour le formuler d'une manière un peu caricaturale, on peut d'ailleurs affirmer que, systématiquement, l'ancrage des initiatives du PMS auprès d'institutions locales ou cantonales semblent d'autant plus réussis que les efforts des experts sont peu visibles. Cela pour la simple raison qu'un engagement plus grand de leur côté est pour ainsi dire inutile. Ou, autrement dit: il est bien plus facile de rendre des comptes sur (ou de rendre visibles) des activités avec une orientation spécifique et dans des structures aux contours clairs 4 par exemple, l'information sur le sida auprès des communautés au nom et dans le cadre du PMS 4 que cela ne l'est pour l'aide à des tiers ou la collaboration avec d'autres organisations qui viseraient avec à-propos à rendre les efforts spécifiques du PMS superflus. Dans ce deuxième cas, le succès serait tout au plus attribué à l'organisation partenaire sans que la contribution effective du PMS soit clairement identifiable. Une ex-collaboratrice met en avant l'inconvénient de ce paradoxe en regrettant : „l'instrumentalisation du PMS par les institutions suisses“ (cit.). Dans quelle mesure cette affirmation se justifie ne saurait être discuté ici de façon isolée. Naturellement, il serait souhaitable de viser l'intégration d'aspects spécifiques à la migration dans les institutions régionales avec le soutien actif des experts. Pourtant une telle intégration rencontre le scepticisme des chargés de prévention, car sa fonction de soutien est difficile à démontrer (au moins dans les circonstances données) dans les coulisses et ne renforce même pas le profil du PMS vis-à-vis de l'extérieur.

1.3 Construction et organisation

Comme nous l'avons déjà indiqué, le projet migrants fut lancé à titre d'essai pour deux ans en 1991 par l'OFSP. En dehors du collaborateur de l'OFSP responsable de la

¹⁶ Voir à ce sujet Cattacin 1999.

coordination globale du projet, trois experts externes furent engagés en collaboration avec l'Aide suisse contre le sida:

- ☞ une *chargée de prévention espagnole* désignée pour les *communautés espagnole et portugaise en Suisse alémanique*;
- ☞ une *chargée de prévention colombienne* désignée pour les *communautés espagnole et portugaise en Suisse romande* et au Tessin (puis, plus tard, pour des communautés „plus petites“ de l'Asie, d'Afrique et d'Amérique latine);
- ☞ et un *chargé de prévention turc* pour la *communauté turque* dans toute la Suisse.

Le fait qu'au départ aucune des personnes compétentes désignées pour la communauté portugaise ne fût d'origine portugaise s'est révélé être un inconvénient, aussi bien au niveau du travail sur le terrain (formation des médiateurs) qu'au niveau de l'élaboration d'un matériel didactique (voir rapport d'activités 91-92: 5), si bien qu'une *chargée de prévention portugaise* supplémentaire fut engagée à partir de 1993 pour poursuivre efficacement le développement du travail auprès de la communauté portugaise. Selon plusieurs déclarations, cette mesure s'est plus révélée avantageuse au niveau socio-culturel que sur le plan linguistique, la nouvelle collaboratrice étant de nationalité et d'origine portugaises.

Après le succès du déroulement de la phase pilote de deux ans, le projet est entré dans une *phase de consolidation*, tout en élargissant ses activités aux migrants d'Amérique latine, d'Afrique et du Sri Lanka. La responsabilité pour ces communautés „plus petites“ en Suisse fut déléguée à la chargée de prévention colombienne, principalement active en Romandie. A partir de là, l'engagement des collaborateurs externes s'est fait au nom de l'Institut de médecine sociale et préventive de l'Université de Zurich qui devenait ainsi l'employeur des experts externes. Les chargés de la prévention étaient recrutés au-travers de contacts personnels dans les milieux de la recherche¹⁷, mais, plus tard, aussi dans les rangs des multiplicateurs qui étaient actifs au sein du PMS (voir aussi Tableau 4).

¹⁷ Deux collaborateurs avaient déjà été impliqués lors de la phase pilote du projet dans les évaluations sur le degré des connaissances de la population migrante.

Tableau 4: Les étapes les plus importantes du développement du programme global „Migration et santé“

Étapes du développement:	Phase pilote 1991-93	Phase de consolidation 1993-95	1995/96 Quasi-institutionnalisation
Désignation du projet:	“Projet migrants”/ “Migrantenprojekt”	“Projet migrants”/ “Migrantenprojekt”	Projet Migration et santé ¹⁸
Domaines thématiques:	Prévention du VIH/sida	Prévention du VIH/sida et des maladies sexuellement transmissibles	Prévention du VIH/sida, des maladies sexuellement transmissibles, prévention des dépendances et promotion de la santé
Groupes cibles nationaux, ethniques et linguistiques	espagnol, portugais, turc	espagnol, portugais, turc, sri-lankais, latino-américain, africain	espagnol, portugais, turc, sri-lankais, latino-américain, africain, italien et communautés de l’espace ex-yougoslave
Engagement de collaborateurs externes	trois chargés externes sous contrat avec Aide suisse de lutte contre le sida	l’Institut de médecine sociale et préventive de Zürich	5-6 chargés externes sous contrat avec l’Institut tropical suisse à Bâle
Direction globale du projet (responsable)	D. Burgi jusqu’en février 1998		Th. Spang d’août 1998 jusqu’au premier janvier 2000, puis par la direction stratégique du PMS
Coordination respectivement direction du PMS	aucune		dès 1.1.1996 coordination globale du PMS (Contrats externes également vis ITS) dès 1.1.2000 direction globale opérationnelle
			1.1.1996: Création du Service migration au sein de l’OFSP Dir. du service: D. Burgi/Th.Spang Suppléance: R. Carron / V. Hanselmann Secrétariat: vacant/E. Cracco (depuis 1.5.00)

Les années 1995 et 1996 ont représenté un tournant important (non seulement organisationnel, mais aussi du point de vue du contenu) avec l’élargissement du rayon d’action et l’inclusion de deux nouveaux groupes cibles 4 celui italien et celui yougoslave (kosovar, croate etc.) 4 chacun avec un expert responsable. Et, le 1er janvier 1996, le *Service migration* fut créé au sein de la nouvelle unité sida et dépendances. En

¹⁸ Pour se rapprocher du *Projet migrants* initial, les termes de „Projet migration et santé“ sont utilisés aussi souvent que ceux de „Programme migration et santé“. Le logo a été modifié en 1999 et, depuis lors, l’OFSP favorise l’utilisation de la notion de „Projet migration et santé“ (papier à lettre, carte de visite, etc).

outre, *une nouvelle experte* (d'origine suisse) fut engagée (à 90%) pour la coordination du projet global.

Désormais, l'Institut tropical suisse (ITS) s'occupe de l'engagement de tous les chargés de prévention, à l'exception du chef de service, sur la base d'un contrat de quatre ans (1995-98; prolongement: 1998-2002). La nécessité d'un engagement externe des collaborateurs du PMS résulte d'une part du caractère pilote du projet et du fait que l'OFSP ne conduit en principe pas d'activités de terrain et, d'autre part, de ses contraintes concernant l'engagement de nouveau personnel. Aussi bien l'ancien que l'actuel contrat de l'OFSP avec l'Institut tropical comprend l'engagement des experts externes. Un contrat supplémentaire avec l'ITS couvre le secrétariat du Service migration (actuellement un poste à 65%). Dans la convention courante, un poste, correspondant à une occupation à 60% d'un collaborateur de l'ITS, est par ailleurs prévu pour l'administration du PMS (gestion des salaires, indemnités etc.). Le budget du PMS inclut en outre un forfait pour des travaux de recherche de l'Institut tropical dans le domaine „migration et santé“.

Avec l'élargissement, à partir de 1995, du personnel lié au projet, la palette des *qualifications et des provenances professionnelles* s'est, elle aussi, agrandie, ce qui peut à la fois être considéré comme un enrichissement (interdisciplinarité, compétences diversifiées), mais aussi comme un défi pour la collaboration au sein du projet. A l'heure de cette évaluation, les groupes professionnels suivants sont représentés auprès du PMS: la médecine, la chimie, la sociologie, la pédagogie sociale, le droit et l'ethnologie. Tous les experts d'origine étrangère sont actifs dans le PMS depuis au moins 1995/96. La chargée de prévention colombienne, responsable des migrants d'Afrique, des Amériques et d'Asie, a quitté le projet en 1998, encore sous la direction de l'époque. Depuis lors, son poste n'a pas été repourvu et la responsabilité de ces groupes est venue s'ajouter aux charges déjà lourdes de la coordinatrice de l'ensemble du PMS. Il est difficile de s'imaginer que cette décision n'ait pas eu de conséquences négatives sur la prise en compte de ces petites communautés et, qui sont en partie du moins, particulièrement exposées¹⁹.

Une particularité du projet consiste dans le fait que les experts externes, à l'exception de la cheffe de projet travaillent dans des villes différentes (Bâle-Allschwil, Granges-Soleure, Lucerne, Thoune, Zurich) et pour une part d'entre eux à domicile, ce qui, officiellement, en termes de locaux et d'infrastructures, n'a été indemnisé que récemment. Des affirmations isolées indiquent que cet état de fait n'a même pas allégé la direction de l'équipe et l'effort d'identification vers l'extérieur. Au vu des ressources trop justes du secrétariat, les chargés de prévention doivent régler leur travail administratif par leurs propres moyens.

¹⁹ Certaines personnes interrogées déplorent par exemple le fait que les relations avec la communauté tamoule n'aient pas été conduites plus loin, ce qui pourrait s'avérer préjudiciable pour une reprise ultérieure des contacts.

Manifestement, *l'orientation linguistique* de l'équipe soulève des questions dans ce contexte. Cela dans la mesure où il est difficile d'attendre de la part des experts externes, outre la connaissance d'une ou de plusieurs langues des communautés étrangères, une bonne maîtrise de deux langues nationales (allemand et français). Le cahier des charges préconise „la maîtrise d'au moins une langue nationale en sus de la langue maternelle“ (point 4.4). Comme le chef de projet et sa suppléante étaient tous deux romands, jusqu'en 1998, c'est avant tout le français qui avait été utilisé au cours des réunions, même si de nombreux documents avaient été rédigés en deux langues (allemand et français). Avec l'embauche d'un chef de service et une suppléante suisse-allemands la situation s'est renversée, d'autant qu'il était plus facile de faire passer l'allemand comme langue majoritaire (à l'OFSP) que le français. Pour les personnes qui avaient été engagées sous la direction francophone et qui n'avaient pas de connaissances avancées de l'allemand, le travail, à ce niveau, est devenu difficile à partir de 1998, quand les réunions ont commencé à se tenir avant tout en allemand et que beaucoup de documents étaient d'abord 4 sinon exclusivement 4 rédigés en allemand (les protocoles de réunion p.ex.)²⁰. Fondamentalement, les experts ont quand même gardé la liberté de rédiger leurs textes en français et les contrats et autres rapports d'activités sont délivrés dans les deux langues.

Nous reviendrons sur la structuration de la collaboration interne au PMS (réunions, rédaction des rapports) dans le chapitre suivant sur le Service migration où, pour une meilleure compréhension de ces nouveaux développements, il va falloir éclaircir le contexte de la création de ce service et la répartition du travail avec le PMS.

1.4 Le Service migration

La direction du nouveau Service migration (dès 1996) fut confiée à celui qui avait alors la responsabilité du projet global et qui était le seul collaborateur directement engagé par l'OFSP. Ainsi, cette fonction cumulait désormais aussi bien la direction du Service que celle du PMS. La coordinatrice du projet global devenait la vice-directrice du Service migration, mais restait sinon sur le même niveau hiérarchique que les autres chargés de prévention. Cette répartition des tâches et le fait que le Service migration était pour ainsi dire issu du PMS a sans aucun doute contribué à ce que les deux structures 4 service et projet 4 ne soient guère perçues de l'extérieur comme étant distinctes et, même pour la plupart des personnes impliquées, elles sont vécues comme une seule unité. Cet „ensemble“ étroit se laisse également refléter dans plusieurs documents (p.ex. dans le rapport d'activités 1995-97), où il est difficile de trouver trace d'une distinction explicite entre les activités et les perspectives du projet et du service. Apparemment, la situation n'a pas posé de problème pour les collaborateurs sur ce

²⁰ Il faut toutefois signaler que tous les chargés de prévention parlent et comprennent l'allemand, mais pas forcément le français.

point, puisqu'on s'identifiait l'un à l'autre et que personne ne semble avoir aspiré à mieux répartir les tâches.

Avec le recul, l'impression se fait toutefois sentir que plusieurs difficultés qui ne devaient se révéler que plus tard étaient peut-être déjà tracées dans la situation décrite. L'absence de délimitation structurelle masquait ainsi un peu la nécessité de revoir en profondeur le positionnement du PMS par rapport à une stratégie globale du Service migration qui restait à mettre au point. Par ailleurs, une distribution de compétences plus conséquente aurait vraisemblablement pu éviter de nombreux malentendus et une surcharge manifeste pour le personnel du projet, du moins en partie. En fait, la direction, d'une équipe devenue plus grande et plus hétérogène et de nouveaux défis stratégiques, a dû 4 et plus particulièrement son principal responsable 4, après la création du service, faire face à la nécessité de se livrer davantage à un travail de lobbying en termes de politique sanitaire et ce sur un terrain où elle était souvent confrontée aux pressions critiques de la politique migratoire. Selon les affirmations de plusieurs spécialistes, les responsables sont effectivement placés sous pression du temps, des efforts de consolidation du Service au sein de l'OFSP et de coordination de toutes les sections de l'unité²¹. En outre, des indications concordantes attestent que, dans cette situation de stress, le climat interne s'est encore détérioré et qu'il a entraîné des conflits, de l'absentéisme et un certain *burn-out* des membres du personnel.

Dans ces circonstances délicates, une longue absence du directeur pour cause de maladie (entre février et août 1998) et le changement de direction du service (directeur et coordinatrice en 1998/99) ont contribué à précipiter la chute de l'assurance des collaborateurs, si bien qu'il devait s'avérer extrêmement difficile par la suite de créer une atmosphère de travail empreinte de confiance et de sérénité. L'aggravation de la situation a poussé la coordinatrice, entrée en fonction en mars 1999, à demander un soutien intense (*coaching*) qui, à l'instigation de la conseillère externe, aboutit à une réorganisation structurelle interne. A partir de janvier 2000, la direction opérationnelle du PMS fut confiée à la nouvelle collaboratrice avec une augmentation à 60% (45% pour la coordination précédemment). De plus, 30% du temps de travail (45% précédemment) sont dorénavant consacrées aux fonctions suppléantes de la direction du service. Le chef du service, en tant que supérieur direct des responsables de projet, reprit seulement à hauteur de 10% la direction stratégique du projet (voir Tableau 5 pour les ressources humaines).

Les deux premières séances sur *la réorganisation structurelle* (janvier, février 2000), dirigée par celle qui avait récemment été engagée pour conseiller l'organisation, furent consacrées à une introduction sur la réorganisation et la structure

²¹ Voir avenant contractuel (No 5715) avec l'ITS de novembre 1995, c'est-à-dire encore avant la création officielle du service: „Parallèlement, certaines questions se rapportant à la santé de la population étrangère demandent une collaboration soutenue avec d'autres divisions de l'OFSP. A cela s'ajoute l'augmentation considérable d'activités liées à la participation à des groupes de travail externes à l'OFSP où D. Burgi représente le domaine migration et santé. (...) L'élargissement de ses attributions ne lui permet finalement plus de suivre de manière satisfaisante les projets en cours et de garantir la coordination des experts externes (...)“

de la direction. Le changement estimé nécessaire ne fut pas présenté comme tel et discuté avec l'équipe, ce que certains experts ont interprété comme une violation du droit (prétendu) de cogestion. En revanche, le débat (qui avait déjà été entamé préalablement) a bien eu lieu sur la configuration de la nouvelle organisation et de sa „culture de réunion“. Sur l'initiative de la cheffe de projet, les réunions chaque quinzaine (une journée) ont été remplacées par des dites séances de coordination (*Koordinationsitzungen*, abrégé *KOS*) d'une demi-journée toutes les six semaines, mais précédées toutefois par un échange écrit d'informations, auquel participe également le chef du service. Les affaires liées au projet sont traitées avec la cheffe du projet à la demande des experts et de façon bilatérale (toutes les deux à trois semaines). Ces changements ont rencontré un écho positif dans l'ensemble. Depuis lors, les chargés de prévention livrent un rapport mensuel et un rapport de synthèse trimestriel sur leurs activités et qui sont relus par la direction. Par ailleurs, en septembre 2000, une supervision de groupe, planifiée depuis longtemps, fut initiée pour la première fois, suite à laquelle des besoins étaient formulés par les différentes parties.

Tableau 5: Ressources humaines du projet global en pourcentage de postes de travail (juillet 2000)

Service migration	
☞ Direction Service migration	80%
☞ Secrétariat du Service migration	65% (engagement externe)
☞ Direction suppléante du Service migration	30% (engagement externe)
Projet «Migration et santé»:	
☞ Direction stratégique du PMS	10%
☞ Direction opérationnelle du PMS	60% (engagement externe)
☞ Administration ITS	60% (engagement externe)
☞ Dir. projet communautés ex-yougoslaves	100% (engagement externe)
☞ Dir. projet communauté espagnole	90% (engagement externe)
☞ Dir. projet communauté italienne	80% (engagement externe)
☞ Dir. projet communauté turque	80% (engagement externe)
☞ Dir. projet communauté portugaise	70% (engagement externe)

Après toutes ces réformes structurelles et personnelles, il est aisé de se rendre compte que l'élaboration d'une stratégie commune pour le domaine de la migration et l'annonce d'une évaluation globale ne pouvaient guère contribuer à un apaisement de la situation, ni à rassurer les concernés. Selon des voix concordantes, le climat de travail est resté émotionnellement chargé l'année passée (2000) également, ce qui avait, du moins ponctuellement, des répercussions sur la coopération au sein du PMS, tout comme au Service migration. Ce ne sont pas seulement les personnes directement impliquées, mais aussi des observateurs extérieurs qui ont évoqué un clivage entre l'équipe du projet et la direction du Service au cours des entretiens. Nous montrerons plus loin que ce fossé est indiscutablement lié à des raisons structurelles et à une *délimitation du Service* à l'égard du PMS et qu'il a suscité un certain désarroi parmi les

chargés de prévention externes. En tous les cas, il a été perçu comme problématique, pratiquement par l'ensemble d'entre-eux, alors que les responsables de l'OFSP ont largement soutenu ce développement. Cette tendance s'est à nouveau reflétée dans le rapport d'activités de 1999 qui comporte exclusivement les activités du PMS, sans donner de renseignements sur les perspectives et les développements au sein du Service migration.

Depuis 1996-1997 déjà, divers documents, en partie internes (destinés à la direction du domaine, aux groupes de travail interdépartementaux etc.) mentionnent que les principaux objectifs stratégiques sont davantage portés sur *la mise en réseau avec des institutions existantes et l'intégration des préoccupations des migrants dans des projets existants* et destinés à l'ensemble de la population. Parallèlement, des mesures spécifiques aux migrants doivent également être soutenues (voir rapport d'activités 1995-1997: p. 67 et ss.). Selon différentes sources, il apparaît que le Service migration se tourne davantage vers les demandes citées en premier (approche intégrative), tandis que le PMS est chargé du travail de prévention ciblé sur les communautés, même si une pression se fait souvent sentir pour une orientation intégrative ici aussi. Il semble, dans les circonstances actuelles, difficile de combiner une approche intégrative et une approche de proximité dans l'orientation donnée au PMS, car cette combinaison se heurte à des contradictions structurelles. Il faudrait donc qu'elle soit fondamentalement repensée.

1.4.1 Budget du programme global et sélection de projets

Le programme global dispose d'un budget annuel d'environ 1,8 millions de francs, salaires compris, dont les deux tiers sont consacrés au PMS (voir Tableau 6). Dans le budget du PMS, env. 300'000 francs par an sont en principe destinés à des projets dans les communautés, soumis à l'approbation de la cheffe de projet (jusqu'à 5000 francs) ou du chef du Service (au-delà de 5000 francs) après une concertation avec les experts responsables. Environ 80'000 francs sont destinés à INTERNETZ, pris en charge par le chef du Service. Il faut encore soustraire quelque 80'000 francs pour la TVA et 60'000 francs pour la campagne Stop sida, mais il s'agit là d'une dépense unique en 2000. Ainsi, il reste encore env. 80'000 francs à disposition pour des projets et les frais afférents. Plusieurs chargés de prévention sont d'avis que les montants à disposition sont inférieurs en comparaison avec les années précédentes. Considérant les déductions (INTERNETZ, TVA), leur estimation est crédible. Le chef du Service souligne cependant que des moyens supplémentaires pourraient être débloqués, si plus de projets satisfaisant aux critères de sélection étaient soumis.

Tableau 6: Budget annuel du programme global – état en juillet 2000

€# Budget du Service migration:	env. CHF. 600'000
€# Budget du PMS:	env. CHF. 1'200'000 (dont env. 50% de frais de personnel)
En tout:	env. CHF. 1'800'000 ²²

En ce qui concerne la sélection de projets, et outre les exigences fondamentales quant aux thèmes (prévention du VIH/sida, des dépendances ou la promotion de la santé auprès de la population migrante), les critères suivants sont considérés:

- €# Caractère pilote (originalité, innovation)²³ ;
- €# Prise en compte réalité contextuelle (*Lebensweltorientierung*, près des besoins, participative, sensible aux différences de genres) ;
- €# Formulation claire du but poursuivi et faisabilité;
- €# Mise en réseau et caractère intégratif²⁴ (avec d'autres organisations ou institutions) ;
- €# Evaluation (pour les gros projets) ;
- €# Durabilité et reproductibilité (*Übertragbarkeit*)²⁵.

Le PMS fait état d'une douzaine de projets pour l'an 2000, INTERNETZ non compris, (voir 3.2 ; L'approche des médiateurs: résultats de la consultation des médiateurs et des experts des communautés). La répartition des dépenses par groupes d'origine atteste que les montants dans la communauté italienne sont considérablement plus élevés que dans les autres groupes, ce qui démontre une plus grande implantation de projets. Les dépenses du SM pour les missions externes peuvent être consultées dans le tableau 7 (ci-dessous). Il n'a pas pu être établi avec précision à quelles conditions des évaluations ou même des recherches seront financées par le budget de fonctionnement du Service.

²² Il faudrait ajouter env. CHF 520'000 au budget du Service migration, constituant la subvention à la Croix Rouge suisse pour la conduite d'un centre spécialisé „migration et santé“, somme réglée au-travers du Service.

²³ Ce critère vient d'être introduit, différant de la version de novembre 1997 (janvier 2000).

²⁴ „Le projet est-il centré sur l'intégration avec le but de faciliter l'accès de la population migrante aux services dans le domaine du social et de la santé et de rétablir l'égalité des chances?“ (Source: Critères de sélection des projets, Projet Migration et Santé).

²⁵ „Comment est planifié une éventuelle continuation du projet dans d'autres cantons ou communes? Un financement par des contributeurs locaux est-il compris dans la planification en cas d'une reconduite prévisible?...“ (Source: Critères de sélection des projets, Projet Migration et Santé).

1.4.2 Activités et mandats du Service migration

Afin de pouvoir se faire une idée des activités du Service migration, nous sommes pour l'essentiel remontés aux affirmations des (anciens) responsables. En ce qui concerne les contrats avec des organisations partenaires externes que nous avons pu examiner, le Service a donné jusqu'ici dix mandats, en partie en collaboration avec d'autres unités de l'OFSP (voir Tableau 7), sans compter les projets dans le cadre du PMS. Ces mandats se laissent regrouper selon les axes suivants:

Formation continue :

- ⌘ Formation de multiplicateurs et de promoteurs de la santé par Appartenances, Lausanne
- ⌘ Réalisation d'une organisation de formation continue pour les médecins et le personnel paramédical sur le rôle des interprètes interculturels
- ⌘ Elaboration de standards de qualité et de modules de formation pour les interprètes interculturels par la communauté d'intérêt 'INTERPRET'

(Bureaux de) Conseil pour les migrants et les personnes actives dans le domaine de la migration :

- ⌘ Centre de consultation Derman à Zurich (SAH)
- ⌘ Centro Scuola à Zurich
- ⌘ Service «Migration und Gesundheit» en Suisse orientale (Caritas)
- ⌘ Service «Migration und Gesundheit» à Berne (Croix Rouge Suisse)
- ⌘ Manuel *Santé et diversité : un guide de l'OFSP pour la promotion de la santé et la prévention avec les migrant(e)s* (IUMSP Lausanne)

Recherche et évaluation :

- ⌘ Travail de recherche régulier de l'ITS concernant le domaine «migration et santé» (une partie du contrat cadre pour l'engagement des experts externes)
- ⌘ Collecte systématique de documentation sur le thème migration et santé en Suisse et au niveau international
- ⌘ *Rapid Assessment* de l'offre dans le domaine migration en Suisse romande (Appartenances)
- ⌘ *Rapid Assessment* comme fondement pour un plan d'intervention VIH auprès des migrants d'Afrique subsaharienne (Institut d'ethnologie de l'Université de Berne)

Autres:

- ⌘ *Production de brochures* sur la prévention du VIH/sida (ITS) et élaboration d'une *vidéo didactique* sur les interprètes interculturels (INTERPRET)

Comme la structure des mandats du Service migration le montre, les mandats se concentrent nettement moins sur la réalisation d'activités de prévention que sur l'amélioration de l'accès à l'assistance médicale publique pour la population migrante (promotion des services spécialisés et formation). La clarification de la stratégie future de l'OFSP dans le domaine „migration et santé“, fondée sur une consultation largement étayée des experts, représente indiscutablement une étape importante pour cette approche „intégrative“ (recherche épidémiologique sur la clarification des besoins et de la stratégie).

En guise de résumé, on peut retenir que le Service migration s'est surtout concentré, au cours de ces deux dernières années, sur les buts à long terme au niveau institutionnel, autrement dit sur la canalisation des demandes des migrants vers l'offre régulière. Ainsi, un déplacement du point de focalisation a eu lieu vers la professionnalisation et l'intégration dans l'assistance médicale en place. Ce développement est lié à une orientation thématique élargie, dans la mesure où il ne vise plus prioritairement la prévention du sida et des toxicomanies. D'un point de vue institutionnel, ce déplacement soulève de nouvelles questions, puisque l'assistance médicale relève de la compétence cantonale, alors qu'un large consensus règne au sujet de la compétence de l'OFSP dans le domaine de la prévention. En dehors de ce point capital, le travail de proximité se poursuit au sein du PMS et des autres projets qu'il soutient, toutefois sans que l'orientation stratégique de ces activités n'ait été examinée de plus près.

Tableau 7: Mandats du Service migration jusqu'à présent

Organisation	But et activités	Utilisation	Durée	Budget – CHF.
Œuvres d'entraide ouvrière	Mise en place et en service du service de consultation „Derman“	aucune indication	8.94 – 7.97	aucune indication
FSM	Documentation et recherche dans le domaine migration et santé	Organis. de la documentation	1.96 – 12.98	255'000
FSM	Traduction et médiation culturelle: (rapport de) recherche et organisation de formation continue	Recherche et formation cont. pour médecins	12.98 – 6.99 (deux contrats)	84'700
ITS	Production de brochures sur le VIH/sida	Impression/production	6.00 – 12.00	50'000
Appartenances	Promotion de la santé auprès de migrants vulnérables, formation continue des multiplicateurs et des promoteurs de santé	2 postes à 100% (animateurs)	2.97 – 2.00	480'000
Centro Scuola ZH	Prévention des dépendances auprès des enfants/jeunes étrangers, Linea Verde, form. cont. d'enseignants, spécialistes, matériel de prévention	sept projets	4.97 – 3.01	325'000
IUMSP Lausanne	Manuel „santé communautaire“ pour les spécialistes	Rédaction	5.99 – 4.00	47'200
FSM	Orientation stratégique Migration & santé 2001 – 2005	Etude Delphi	11.99 – 10.00	*137'000
Croix Rouge CRS	Service Migration & santé	Subvention	7.00 – 12.01	1'067'000
INTERPRET'	Elaboration de standards et concept de formation de base/continue des interprètes	Concept et participation aux frais de base du serv. de coordin.	7.00 – 8.02	175'000
INTERPRET'	Réalisation de vidéo didactique sur la mission des interprètes	Production	11.00 – 9.01	123'000
Caritas	Service „Migration et santé“ Suisse orientale	Financement partiel des coûts	4.00 – 4.03	421'000
Appartenances	Rapid Assessment de l'offre dans le domaine migrations, Romandie	Rédaction de rapport	2.00 – 5.00	15'000
Institut ethnologique de l'Université de Berne	Rapid Assessment comme fondement pour un plan d'intervention sida pour migrants d'Afrique noire	pas financé directement par le Service migration	8.00 – 12.00	49'500

* dont environ 50'000 francs obtenus par d'autres offices (OFE, CFE, ODR).

2ème partie: Evaluation du programme „Migration et santé“

Après avoir décrit le contexte et l'évolution, ainsi que les approches et les activités du programme global „Migration et santé“, nous allons au cours des chapitres suivants tâcher de jeter une lumière critique sur les forces, les faiblesses et les défis de ses développements, tels qu'ils nous sont apparus au moment de cette évaluation. Cette appréciation se base aussi bien sur les dires des personnes interrogées 4 que ce soient des spécialistes externes, des médiateurs ou des collaborateurs du PMS et de l'OFSP 4 que sur l'analyse de tout autre matériel disponible pour cette évaluation (voir plus haut le chapitre „méthode“).

2.1 Thèmes et groupes cibles du PMS

La grande majorité des spécialistes interrogés n'étant pas directement actifs au sein du PMS ou de l'OFSP soutient l'opinion qui veut que le *PMS aurait rendu visibles les besoins spécifiques aux migrants dans le domaine de la santé* et qu'il aurait sensibilisé les politiques, l'administration et les ONG sur cette problématique. Dans la plupart des interviews, il est fait état du *caractère modèle* innovateur du PMS, non seulement dans le contexte suisse, mais aussi au niveau international (voir à ce sujet l'annexe 4): Dans une publication de l'UNAIDS qui vient de paraître sur les *best practices* dans le domaine de la migration, le PMS est cité comme une initiative unique:

„In 1990, Switzerland's Federal Public Health Office began an AIDS prevention programme designed especially for the almost 20 percent of the population living and working in the country who are non-nationals. (...) Outcome evaluation after some three to four years showed that when such efforts are placed within an overall national HIV/AIDS prevention strategy for everyone living in the country, a government-sponsored HIV/AIDS prevention programme can mobilise considerable engagement within migrant communities“ (UNAIDS 2001).

Outre l'importance de l'approche par des médiateurs, l'orientation nationale du projet est mise en exergue, dans un domaine où les compétences sont en principe „éparpillées“ au niveau des cantons. Plusieurs informateurs mettent par ailleurs l'accent sur *le caractère symbolique d'un engagement étatique pour la santé des migrants*. Le soutien de l'OFSP confère aux initiatives du PMS une certaine légitimité vis-à-vis de l'extérieur qui est important pour la collaboration avec des organisations ou des institutions partenaires. Comme les associations de migrants précisément rencontrent souvent une certaine méfiance, le soutien d'une autorité neutre, qu'on ne sau-

rait guère soupçonner d'être militante 4 comme cela est parfois le cas des œuvres d'entraide 4, s'avère particulièrement avantageux.

Selon plusieurs spécialistes externes, le caractère modèle du programme s'exprime également par le fait que le PMS a donné des *impulsions précieuses pour la réalisation d'autres projets et activités de prévention*. L'association Appartenances à Lausanne, le regroupement de spécialistes au sein d'INTERNETZ (au départ à Bâle), le service de consultation Derman ou un projet de prévention de l'Aide suisse de lutte contre le sida de Genève, qui vise les jeunes femmes d'Amérique latine aux statuts de séjour précaires (Projet-Parc), sont cités en exemple²⁶. Des projets de recherche sont aussi menés ponctuellement sur l'initiative d'experts du PMS, comme une étude récente sur la migration et les dépendances de l'Institut d'ethnologie de l'Université de Berne (Domenig et al. 2000) en atteste.

Comme la plupart des spécialistes interrogés ne connaissent qu'assez superficiellement le programme global „Migration et santé“, la discussion n'a cependant guère pu être approfondie sur les objectifs et le travail pratique du Service, respectivement le PMS. Par ailleurs, les références temporelles de leurs affirmations n'ont pas toujours pu être clarifiées en détail.

Quelques personnes isolées ont critiqué la *sélection rigide des groupes cibles*, n'accordant en particulier qu'une place marginale aux migrants des autres continents. Le fait que les migrants asiatiques et africains ne disposent pas d'interlocuteurs de leurs propres communautés (quoi que cela signifierait concrètement) a pu être perçu comme une violation de la stratégie, compte tenu de la démarche usuelle.

Il faut préciser dans ce contexte que la couverture de groupes de migrants plus petits est devenue encore un peu plus problématique après le départ de la chargée de prévention compétente, car, à partir de là, cette responsabilité incombe à la cheffe et coordinatrice de projet, déjà passablement surchargée. Les circonstances de cette retraite n'ont pu être établies qu'approximativement (orientation trop unilatérale sur les communautés latino-américaines). Le manque de ressources est évoqué pour justifier qu'aucun successeur n'ait été désigné. La chargée de prévention portugaise a bien repris un projet de prévention du sida pour les migrants d'Angola et des deux Congo, dont la réalisation s'est toutefois avérée très problématique. Plus aucun projet n'a pu être réalisé dans la population tamoule (voir aussi rapport d'activités 1999). Il semble que la rupture d'initiatives entamées, suite au départ de la responsable de projet, ait amené une certaine déception dans les cercles tamouls contactés.²⁷

Il convient de mentionner dans ce même contexte que la direction du Service, suite à la constatation d'une contamination par le sida supérieure à la moyenne chez les mi-

²⁶ Les propos émanent de personnes qui sont proches des organisations ou des projets et qui les connaissent bien.

²⁷ Cette affirmation se base les indications de deux spécialistes externes, mais n'a pu être vérifiée auprès des communautés concernées.

grants d'Afrique subsaharienne, a confié à l'Institut d'ethnologie de l'Uni Berne la mission d'en chercher les raisons et d'étudier les interventions envisageables.

En ce qui concerne le choix des thèmes, les spécialistes externes soulignent à diverses reprises que la prévention du sida, en comparaison avec d'autres préoccupations, se voit attribuer une trop grande place. D'un autre côté, aucun thème très important n'a pu être dégagé avec un minimum de consensus pour la promotion de la santé auprès des migrants. Comme nous l'avons déjà évoqué, l'élargissement du cercle de thèmes n'a d'ailleurs pas été remis en question par des spécialistes externes non plus. Ce dernier point doit faire l'objet d'un éclairage plus détaillé dans les chapitres suivants, car nous sommes d'avis, notamment de par notre analyse des documents, que *l'élargissement du rayon d'action thématique* à la prévention des drogues ne représente pas seulement le tournant majeur du développement du PMS, mais qu'il a aussi suscité de nombreuses questions, dont les retombées sur l'évolution ultérieure ne doivent pas être sous-estimées.

Au moment où la réorientation fut décidée, les responsables de projet avaient tout à fait conscience des difficultés probables à venir, conséquentes à l'extension du rayon d'action. Cet extrait du protocole d'un séminaire de réflexion de juillet 1995 met en évidence cette clairvoyance:

„Pour l'instant, la difficulté principale est de superposer une démarche de prévention des dépendances à une démarche de prévention du sida. Cela pose une question de stratégie, car il est plus facile de faire la prévention du sida (préservatif) que des drogues. Les drogues et les dépendances sont des domaines très complexes, car il n'existe pas de messages simples.“
(protocole du séminaire de réflexion de juillet 1995).

Il peut dès lors paraître un peu surprenant que l'élargissement thématique ait apparemment eu lieu sans une révision fondamentale des objectifs poursuivis. Les lignes directrices formulées en 1995 pour le travail à venir avaient plutôt décrit des champs d'activité possibles et des manières de procéder qu'une orientation stratégique cohérente qui énumère les différents chevaux de bataille – prévention du sida et des toxicomanies et la promotion de la santé – et nomme, si besoin en était, les priorités. Pour ce qui est de la prévention en matière de drogues et, *a fortiori*, de la promotion de la santé, le PMS n'avait pourtant que des indices très limités quant à des démarches éprouvées auprès de l'ensemble de la population et sur lesquelles il pouvait s'appuyer, comme cela était par contre le cas pour la prévention du sida. Dans ce sens, après la phase de consolidation dans le domaine du sida (1993 à 1995), le caractère expérimental et innovateur à un autre niveau thématique, qui avait déjà accompagné le lancement du projet, fut conservé. Il faut encore souligner que les messages de prévention destinés à l'information sur le sida ont été adaptés aux conditions réelles et mondes vécus, mais qu'il s'agissait d'informations relativement simples à transmettre (éviter les relations sexuelles non protégées). Le passage à la prévention des dépendances et à la promotion de la santé a en revanche entraîné un élargissement des procédés et, du même coup, une différenciation thématique et stratégique qui a apparemment rendu encore plus difficile la tâche de trouver un dénominateur commun entre les cinq communautés.

La complexité de la situation s'est encore aggravée par le fait que des *différences* accrues et fondamentales *en ce qui concerne le contexte de la migration* (en Suisse) se sont jointes aux particularités des communautés suite à *l'introduction de nouveaux groupes cibles* (ancienne Yougoslavie et Italie). Il faut ici rappeler que les situations spécifiques de séjour des réfugiés se distinguent fortement des travailleurs migrants, de par leur profil démographique et leur statut juridique, si bien que, du point de vue de la santé également, les priorités diffèrent (suite à un statut de séjour incertain, traumatismes, etc.). Une plus grande attention doit être donnée aux cadres social et juridique de séjour des migrants, si justement une promotion de la santé orientée sur les ressources propres est au centre de l'action, et non plus la seule transmission d'information. De cette manière, il est nécessaire de formuler des priorités diverses selon le contexte, ce qui ne facilite pas la collaboration, à moins qu'elle ne soit que superficielle. Pour les chargés de prévention, il devient par conséquent plus difficile, ne serait-ce que pour ces raisons, de développer des stratégies et des objectifs communs qui demeurent cohérents à l'égard des groupes cibles.

Tous les facteurs cités ont contribué à une *diversification imprévue des activités* du PMS qui ont dû faire face à des défis plus grands, la direction globale en particulier. C'est pourtant au cours de cette étape critique du développement à l'intérieur du PMS que la construction du Service migration a été entreprise. Cette évolution, de part et d'autre, nécessitait une réorientation de la collaboration et une répartition claire des tâches entre le Service migration et le PMS.

2.2 Activités et approches du PMS

Il est bien compréhensible que l'extension thématique du PMS ait également entraîné un élargissement de ses activités. Suite à l'institutionnalisation du programme, avec la création du Service migration, le point central des activités s'est déplacé du travail concret de réalisation (information, traductions, travail sur le terrain) vers une gestion de projet accrue. Le rapport d'activités 1995-1997 plaidait pour un déplacement de la priorité (du Service *et* du PMS) sur l'intégration des besoins des migrants dans les institutions existantes, ce qui exigeait une adaptation du cahier des charges des experts. La dite normalisation dans le domaine du sida renforçait encore cette évolution. Comme une répartition des tâches ne fut que très partiellement introduite et que l'idée de la prise de décision collective fut maintenue, afin de concrétiser l'approche participative également au niveau de la direction, le champ d'activité des chargés de prévention externes s'est lui aussi vu élargi.

Comme indiqué dans la partie précédente, le cahier des charges a été modifié plusieurs fois dans la foulée et la direction du PMS s'est efforcée de définir des priorités thématiques provisoires, après concertation avec les personnes impliquées. Cela sans pour autant procéder à un examen fondamental de l'orientation des activités. Il semble qu'une discussion de principe devrait constituer un préalable incontournable avant l'élaboration d'une nouvelle stratégie dans le domaine de la migration et de la santé, cela parut à vrai dire évident, seulement la situation du PMS ne s'était entre-temps pas précisément simplifiée, parce qu'il y avait une nécessité depuis longtemps de faire le

point (toujours est-il qu'une évaluation avec une focalisation principale sur le PMS a été commandité, ce qui indique que les problèmes existants ont été perçus).

Pour revenir au jugement des différentes activités, il faut retenir que les spécialistes interrogés ont particulièrement apprécié la *proximité du PMS et l'attitude des délégués des communautés de migrants*. L'engagement conséquent et conscient de migrants dans le domaine de la santé peut être considéré comme innovateur dans la mesure où il n'avait guère d'antécédents avant la fin des années 80, quand bien même 4 ou plutôt parce que 4 certains segments du marché du travail en Suisse avaient massivement recours à des travailleurs étrangers. Un autre mérite maintes fois cité du „travail de pionnier“ du PMS est d'avoir contribué à faire prendre toujours plus au sérieux, dans les milieux concernés et dans le domaine public, la nécessité de *professionnalisation des interprètes et des médiateurs*.

Tous les spécialistes externes préconisent en principe l'approche des médiateurs, en accord avec l'appréciation positive de l'utilisation ciblée des migrants, qui se trouve - ou qui s'est du moins longtemps trouvé - au centre des activités du PMS. En conséquence, cet aspect sera analysé en profondeur.

2.3 L'approche par les médiateurs: résultats de la consultation des médiateurs et des experts

Dans cette partie, nous commencerons par discuter brièvement le concept de multiplication tel que pratiqué par le PMS. Nous exposerons les questions générales qu'il soulève sur la base de notre réflexion. Puis, les résultats de l'évaluation relatifs à l'approche axée sur les médiateurs seront étudiés. Ces résultats concernent surtout l'organisation du travail des médiateurs et dans une moindre mesure le contenu de celui-ci. Les points forts de ses entretiens sont: le profil des médiateurs, leurs activités et leur relation avec les experts du PMS.

2.3.1 Limites de l'approche de multiplication

La notion du *niveau de la participation* nous semble insuffisamment conceptualisée: si d'un côté, la participation du plus grand nombre paraît être généralement considérée comme une valeur positive, dont personne ne conteste le bien fondé, la question du degré de la participation reste ouverte. Selon la définition donnée par le PMS, la participation est voulue au niveau de la conception, de la planification et de la mise en œuvre de projets. On peut se demander s'il est réaliste dans la pratique de participer à ces trois niveaux ? A titre d'exemple mentionnons que l'implication et la consultation des communautés à ces trois niveaux demande un investissement en temps plus important, ce qui augmente le facteur coût et engendre également une perte de flexibilité dans la prise de décision.

La définition du PMS soulève encore des questions par rapport à *l'approche communautaire*, car elle limite l'approche communautaire à sa dimension ethnique. On peut se demander si cette définition dans le cadre du PMS devrait être élargie dans

certains cas partant davantage de l'environnement (linguistique, socio-économique, juridique, à savoir les permis de séjour, etc.) des personnes concernées plutôt qu'uniquement de leur *origine* ou de leur *nationalité*. Ainsi, la communauté ne serait pas réduite à sa seule spécificité culturelle, mais appréhendée dans une perspective *transnationale*²⁸ tenant compte non seulement du contexte du pays d'origine mais également de l'environnement du pays d'accueil des personnes immigrées. On pourrait par exemple préférer une approche multiculturelle pour les personnes d'origine étrangère ayant une bonne connaissance et maîtrise de la langue et de la culture du pays d'accueil.

Concernant plus concrètement le contenu du *travail des médiateurs dans le cahier des charges des experts*, on observe que la définition des tâches est inachevée et que les objectifs mentionnés sont définis de manière trop générale : il s'agit pour eux de recruter, former et encadrer des médiateurs en vue de créer un réseau. Le nombre de médiateurs que ce réseau doit contenir, les critères de recrutement, les activités et les projets que doivent mener ces médiateurs, le type de formation et d'encadrement requis, etc. sont laissés au libre choix des experts. Il faut souligner que ce manque de définition et de catégorisation complique la tâche de l'évaluateur qui ne peut dès lors se référer à aucun indicateur pour effectuer son étude.

Pour finir, il s'agit selon nous de considérer la place que doit occuper à l'avenir l'approche axée sur les médiateurs dans le cahier des charges des experts, en fonction des différents scénarii envisagés pour l'organisation future du PMS. A ce stade, nous avons pu constater sur la base des entretiens avec les experts du PMS que l'approche axée sur les médiateurs était devenue moins importante dans leurs activités. Alors qu'au début du PMS, le recrutement et la formation des personnes issues de la communauté sont au cœur de la stratégie de multiplication et le canal principalement utilisé pour la diffusion du message. Avec l'élargissement de la thématique, les priorités du travail se déplacent légèrement vers la sensibilisation des institutions dans le contexte de réception (p.ex. INTERNETZ), même si cette tâche incombe depuis peu à la direction du PMS.

Nous reviendrons sur ces différents points dans la présentation des résultats de la pratique des médiateurs. Mais, avant cela, précisons que le rôle de cette enquête est différent de celui de l'évaluation de Fleury et Haour-Knipe (1996) portant sur la période 1994-1995. Un résumé relatif à la partie sur les médiateurs de cette évaluation se trouve en annexe (annexe 5). La précédente étude était centrée sur le développement du PMS. Elle a été définie comme suit:

²⁸ Le modèle de transnationalité présente l'intégration comme un phénomène complexe où les appartenances sont multiples et ne se limitent pas uniquement au pays d'origine et au pays d'accueil, mais sont appréhendées comme un processus évolutif non linéaire (voir à ce sujet Glick Schiller et al. 1995).

“à la fois une évaluation de processus et une évaluation d’impact, qui cherche à cerner les résultats des efforts entrepris dans le cadre du Projet migrants et à déterminer les zones qui sont encore à développer”.

La présente évaluation est d’ordre sommatif. Son but est, comme on l’a vu précédemment, de faire le bilan de l’ensemble du PMS, ainsi que, dans une moindre mesure, du Service migration. C’est pourquoi, les activités des médiateurs ont été abordées dans une vision plus large en fonction de leur développement et de leur place dans le PMS. Il n’est donc pas question cette fois d’évaluer l’impact, ni de couvrir l’ensemble des médiateurs, mais de cerner l’évolution de leur travail dans le PMS et d’en faire le bilan. Nous nous interrogerons sur les différences entre les résultats des deux évaluations (1996 et 2000). Nous analyserons dans quelle mesure les recommandations de la précédente étude ont pu être réalisées et lesquelles sont encore valables.

2.3.2 Profil des médiateurs par communauté et par thématique

Il ne s’agit pas pour ce point de tracer un profil complet, mais d’observer les caractéristiques principales des différents types de personnes actives dans la prévention de la santé des migrants dans le cadre du PMS. Nous avons pu constater d’importantes différences dans le profil des ressources humaines entre les personnes actives p dans le PMS, issues des cinq communautés selon leur *profession, leur inscription dans une association et leur appartenance culturelle et/ou linguistique à la communauté*²⁹. Signalons pour commencer que les médiateurs interviewés ont en commun de faire davantage partie des associations d’étrangers en Suisse que le reste de la population de la communauté, comme c’était déjà le cas lors de la période 1994-1995.

Dans la communauté italienne, il existe une majorité de médiateurs spécialistes des domaines socio-sanitaires ou éducatifs. La majorité des médiateurs pour la communauté italienne sont actifs dans le cadre de leur cahier des charges professionnelles et mènent des actions de prévention en dehors de leur communauté d’appartenance. Les médiateurs italiens disposent d’une qualification plus reconnue ce qui explique sans doute pourquoi les projets proposés par cette communauté correspondent aux critères de qualité requis en vue d’une rémunération. Ils ont eu d’ailleurs davantage de projets acceptés et financés que les autres communautés. Relevons que parmi les personnes actives dans cette communauté, on trouve, contrairement aux autres groupes, des médiateurs suisses.

²⁹ Cette hétérogénéité des profils n’est de loin pas spécifique aux médiateurs du PMS, comme le montre l’étude de Haour-Knipe *et al.* (1999) qui analyse différents projets utilisant des médiateurs dans le cadre de la prévention du VIH/sida en Suisse : « La notion de « médiateur » recouvre un large éventail de « profils humains », actifs dans une grande variété de situation et recourant à plusieurs méthodes d’intervention ». L’étude propose une série de caractéristiques de l’activité des médiateurs dont nous nous sommes inspirés pour analyser le profil des médiateurs du PMS.

Dans les communautés portugaise et espagnole, on observe une majorité de médiateurs sans qualifications reconnues dans le domaine socio-sanitaire-éducatif, bénévoles ou partiellement rémunérés. Ces personnes font dans une moindre mesure des actions de prévention pour d'autres communautés que celle dont elles sont issues (pour les Latino-américains, les Italiens). On trouve toutefois davantage de spécialistes dans la communauté espagnole par rapport à la communauté portugaise. Par ailleurs, il existe un grand nombre d'associations espagnoles en Suisse ce qui n'est pas le cas pour la communauté portugaise. Dans ce sens, la communauté espagnole comporte des similitudes avec celle des Italiens, alors que la communauté portugaise s'apparente aux communautés dont les associations en Suisse sont plus récentes et moins structurées collectivement. En conséquence, elle semble plus difficile à atteindre par les institutions suisses.

Dans les communautés turque et des pays de l'ancienne Yougoslavie, les personnes mènent des activités exclusivement dans leur communauté d'origine, voire même la plupart du temps uniquement pour leur ethnie. Il s'agit pour la majorité, de médiateurs sans compétences spécifiques dans le domaine socio-sanitaire-éducatif. Ils sont bénévoles ou partiellement rémunérés. Il est intéressant de noter que parmi les médiateurs de l'ancienne Yougoslavie, plusieurs d'entre eux sont issus d'une migration d'asile et ont un statut de séjour de requérants d'asile ou des réfugiés.

Il faut souligner que les différentes caractéristiques mentionnées s'articulent non seulement en fonction de la communauté d'appartenance des médiateurs, mais également par rapport aux thématiques traitées. Sur la base de nos observations, nous avons esquissé une piste dans le Tableau 8 concernant le profil idéal qu'un médiateur devrait avoir selon le domaine de prévention. De manière caricaturale, il nous semble que pour la prévention du VIH/sida, le message préventif est assez simple. Pour ce domaine, les médiateurs n'ont que rarement une formation spécifique dans le domaine social, sanitaire ou éducatif et ils mènent des activités en dehors de leur cahier des charges professionnelles. A l'opposé, nous relevons que la promotion de la santé requiert des connaissances professionnelles dans les domaines socio-sanitaires ou éducatifs. Ainsi les médiateurs doivent effectuer ce type d'action dans le cadre de leur cahier des charges. Il faut pour finir souligner que malgré la volonté d'uniformisation des thèmes de prévention pour les cinq communautés, nous observons que les activités des médiateurs espagnols, portugais, „ressortissants des pays de l'ancienne Yougoslavie“ et turcs ont eu davantage de difficultés à se développer sur le thème des dépendances que la communauté italienne.³⁰

³⁰ Il ne nous a pas été possible de savoir s'il existe réellement davantage de spécialistes des dépendances dans la communauté italienne ou si cette plus grande présence au sein des médiateurs est due à un recrutement plus important de ce type de spécialisation par l'expert.

Tableau 8: Profil idéal et intégration professionnelle des multiplicateurs dans plusieurs domaines de la prévention et de la promotion de la santé

	Qualifications professionnelles dans les organes sociaux et médicaux	Specialisation/ formation complémentaire	Implication institutionnelle	Connaissance des communautés ciblées	Acceptation dans les communautés
Prévention sida	faibles	faible	pas nécessaire	importante	importante
Prévention des dépendances	moyennes	élevée	relativement importante	importante	importante
Prom. de la santé	élevées	très élevée	très importante	importante	importante

Résultats intermédiaires relatifs au profil des médiateurs interculturels: Les projets de prévention pour les migrants doivent être impérativement pensés en fonction du profil des médiateurs disponibles. Nous avons vu qu'il existe un manque de professionnels des domaines requis parmi les communautés portugaises, les ressortissants des pays de l'ancienne Yougoslavie et dans une moindre mesure parmi les communautés turques et espagnoles en Suisse. Par conséquent, nous pensons que si dans certains cas la prévention peut fonctionner sur le mode du bénévolat, avec des personnes peu spécialisées dans des domaines socio-sanitaires ou éducatifs, en revanche dans d'autres cas, elle doit être menée par des professionnels, des domaines requis, inscrits dans des institutions suisses. Dans ce sens, la stratégie ne peut être la même pour toutes les communautés.

2.3.3 Activités des médiateurs dans le cadre du PMS

Précisons pour commencer que dans la pratique chaque expert est amené à opérer certains choix en ce qui concerne ses activités et le travail avec les médiateurs. Ceux-ci ne sont donc pas communs à l'ensemble du PMS et varient dans le temps, car ils ne sont pas fixés sur le long terme. Dans le cadre de la prévention auprès des migrants, ce mode d'action est plus particulièrement problématique car on manque de connaissances (épidémiologiques ou psycho-sociologiques) sur les besoins des différentes communautés. De ce fait, les priorités et les buts choisis par l'expert sont difficiles à justifier. En effet la direction leur reproche de construire un choix personnel dans la hiérarchie des besoins ressentis et a de la peine à comprendre le fil conducteur de leurs activités. En considérant le nombre des tâches que doit mener l'expert, il nous semble néanmoins inévitable que celui-ci établisse des priorités dans les activités menées. Opérer une sélection des priorités en fonction de ses propres compétences n'est pas non plus selon nous problématique du moment que ce choix est déclaré comme tel. Le problème réside donc ici dans le fait que la plupart des experts ne déclarent pas, voire n'ont pas conscience d'établir des priorités. Par ailleurs, la position de l'expert ne serait pas équivoque s'il pouvait prouver sur la base de données fiables que son choix s'inscrit parmi les besoins prioritaires de la communauté. Cette absence de preuves explique sans doute pourquoi une partie des experts du PMS ne reconnaissent pas fixer de choix personnel.

Comme cela a été le cas partiellement les années précédentes, une tentative de définition de thèmes communs entre les experts a été réalisée en 2001 de manière concertée et sur la base des besoins ressentis dans les communautés. Bien que la question de l'identification des besoins reste ouverte, une cohérence importante a pu être réalisée par ce biais.

2.3.3.1 Types d'activités: quelques tendances

De manière générale, les types d'activités ont varié par rapport à la période de 1994-1995 et on note *d'avantage d'actions par rapport à des populations ciblées* dans l'ensemble des communautés. Selon le rapport d'activités de 1999 et les entretiens effectués, chaque communauté regroupe des populations et des thèmes spécifiques, en dehors des séances d'information s'adressant à la population générale de la communauté :

- ≠# Les médiateurs issus des communautés de l'ancienne Yougoslavie mènent des activités de prévention ciblées davantage pour les requérants d'asile, les femmes albanaises et les jeunes. Les mesures de prévention porte encore principalement pour cette communauté sur le thème du VIH/sida.
- ≠# Les médiateurs de la communauté turque se soucient en priorité de la prévention auprès des jeunes et des hommes consommateurs de sexe. La prévention porte sur le thème du VIH/sida et dans une moindre mesure sur les dépendances.
- ≠# Les médiateurs portugais focalisent leur prévention davantage sur les femmes et les jeunes sur les thèmes du VIH/Sida, des dépendances (au tabac surtout) et de la conception (y compris grossesse et contraception). Ce thème a été relevé comme un besoin par diverses publications (cf. par exemple Fontana 1994). Ce dernier thème est peut-être aussi davantage traité dans cette communauté parce qu'elle compte une majorité de femmes actives dans la prévention et un grand nombre d'enseignantes de langue et de culture portugaises. Parmi les migrants portugais arrivés en Suisse, on constate ces dernières années une forte féminisation (cf. OFS/BFS 2000).
- ≠# Les médiateurs de la communauté espagnole ont mené selon le rapport d'activités de 1999 des actions de prévention visant les sans emplois et portant sur la promotion de la santé. D'après les entretiens effectués, les médiateurs mènent encore beaucoup de séances „tout public“ sur le VIH/Sida et les problèmes de dépendances. Nous n'avons pas interviewé de médiateur hispanophone s'occupant exclusivement de promotion de la santé.
- ≠# Les médiateurs de la communauté italienne s'intéressent aux parents et membres de la famille des personnes toxicomanes et traitent de la question des dépendances. Il existe huit groupes d'entraides italophones composés de cette parenté et modéré par un médiateur et par un expert.
- ≠# Pour plusieurs communautés : une formation des enseignants de langue et culture maternelle sur le thème des dépendances a été organisée pour toutes les

communautés et de la promotion de la santé pour les hispanophones. Les femmes constituent également un groupe cible sur les questions de grossesse, de contraception et d'avortement pour plusieurs communautés (ex-yougoslaves, turques et portugaises).

Dans l'ensemble, nous constatons un plus grand nombre de *projets de prévention conçus et réalisés par des médiateurs de manière autonome* (par exemple : divers exposés sur le thème de la communication ; modération d'un groupe d'entraide sur le thème des dépendances ; projet de prévention par les chauffeurs de taxi auprès des consommateurs de l'industrie du sexe). Encore une fois, ce type d'action demandant des compétences relevant du domaine de la prévention sanitaire est davantage présent au sein de la communauté italienne.

Le travail de *conseil individuel* ou effectué en petits groupes *en lien avec l'activité et la formation professionnelle du médiateur* a augmenté. Avec la thématique des dépendances, on constate en effet que les activités de prévention secondaires sont plus importantes : nous notons davantage de thérapeutes (psychologues), assistants sociaux, qui opèrent dans le cadre de leur cahier des charges professionnelles. Il est vrai que ce type de conseil individuel est surtout présent dans la communauté italienne pour qui le thème des dépendances est prépondérant et dont la grande majorité des médiateurs sont qualifiés dans ces domaines. Pour la communauté italienne, il a été organisé également des groupes d'entraide pour des parents de personnes toxicomanes qui sont réunis avec la présence d'un médiateur. Parmi les autres communautés, les médiateurs actifs dans le cadre de leur activité professionnelle sont largement minoritaires.

Les activités de prévention par un *conseil de „proximité“, personnalisé* menées par des bénévoles ou des personnes indemnisées, qui transmettent leur message de prévention en partant de leur réseau de connaissances et d'amis, sont en revanche moins importantes que lors de la précédente évaluation. D'une part, nous remarquons une diminution du nombre de médiateurs due non seulement à des retours dans le pays d'origine, mais aussi à un épuisement de ceux-ci en raison, de leur manque d'encadrement, de reconnaissance et d'une certaine lassitude. D'autre part, ce type de prévention est plus difficile à faire pour des non professionnels des domaines socio-sanitaire ou éducatif. Enfin, la prévention des dépendances et de la promotion de la santé requiert souvent un message plus complexe difficile à faire passer par des non professionnels de ces domaines.

Le conseil anonyme par le biais de *permanences téléphoniques*. Celles-ci ont fait l'objet d'une évaluation externe qui a mis en avant différents problèmes d'ordre conceptuel et au niveau de leur efficacité. D'une part, l'étude relève le peu d'appels. D'autre part, il semble que ce type d'offre ne représente pas une réponse adéquate à la population cible et à ses besoins : il faut se sentir directement concerné par le Sida ou les dépendances pour téléphoner. De plus, ce mode d'information n'est pas suffisamment à bas seuil et trop difficilement accessible pour la population concernée. Ainsi ces permanences ont été stoppées depuis fin 1999, excepté la permanence pour les lusophones, celle-ci étant gérée par un autre projet (Entrelaçar) que le PMS et celle de la communauté espagnole (pour plus de détails voir Caluori 1999 et le rapport d'activités du PMS 1999).

Le Tableau 9 présentent les principaux types de projets des médiateurs du PMS. En bref, nous relevons une importante *diversification des tâches effectuées par les médiateurs*. Cette variété des activités est due principalement à l'élargissement du PMS à d'autres thématiques et à d'autres communautés : prévention primaire pour un large public lors de séance d'information, prévention secondaire par le biais de groupe d'entraide et de solidarité, conception de projets de prévention, conseil de proximité sur la base du réseau personnel. *Nous relevons que dans l'ensemble le PMS s'est adapté à l'élargissement de la thématique* selon les besoins ressentis dans les communautés et dans la mesure des types de médiateurs disponibles. Il est vrai que *cette diversification des thématiques s'est également produite en fonction des intérêts et des compétences des experts* ce qui est problématique sans preuves des besoins de la communauté.

Tableau 9: Types de projets (projets des médiateurs 2000-2001)

Types de projets
€# Prévention individuelle et de groupe en divers lieu informel (projets parcs, projets taxi, stands) ou formel (lieu de travail du médiateur, école, centre sportif, centre pour demandeurs d'asile).
€# Conseil personnalisé de particulier à particulier
€# Exposé et journée d'information
€# Consultation, thérapie, groupe d'entraide, dans des centres spécialisés: planning familial, service de consultation albanais, centre familial
€# Formation
€# Plate-forme du PMS
€# Traduction écrite
€# Interprétariat culturel
€# (Permanence téléphonique)

2.3.3.2 Indicateurs et monitoring des activités

Comme on l'a montré, les types d'interventions diffèrent largement entre les communautés et entre les médiateurs ce qui rend difficile le comptage du nombre d'interventions moyen par année. De même, le nombre de personnes touchées par année varie considérablement: selon les types d'activités, les personnes seront atteintes de manière multiple. Enfin les informations concernant strictement les interventions menées par les médiateurs ne sont pas systématiquement collectées ni centralisées par les experts.

Une grille visant à relever les interventions menées par les médiateurs a été créée lors de l'évaluation pour la période 1994-1995. Ce modèle contient des rubriques sur le type d'interventions, les thèmes abordés, les types de participants, le nombre de participants, etc. Actuellement ce questionnaire devant être rempli par le médiateur ou l'expert n'est pas utilisé de manière réglementée, ni par tous les experts. Les raisons évoquées par la majorité des experts sont que les *indicateurs et les catégorisations* proposées sont difficiles à utiliser et manquent de clarté. Ne voyant pas l'utilité de ces fiches, ils nous ont dit par ailleurs ne pas se sentir motivés pour les remplir. La direc-

tion, quant à elle, interprète cette attitude comme un manque de bonne volonté de la part des experts et a le sentiment que ses directives ne sont pas respectées.

A l'heure actuelle, les rapports d'activités mensuels sont toutes les six semaines remplis par les experts représentent le seul matériel régulièrement utilisé et de manière réglementée par la direction pour la collecte des activités. L'énumération de l'emploi du temps et de son contenu (activités, intervention, participant, etc.) est faite de manière personnelle. Elle n'est donc pas standardisée selon des catégories d'activité pour l'ensemble des communautés et on ne trouve pas de comptabilité centralisée rassemblant les données de toutes les communautés sur l'année. Mentionnons encore qu'il existait une liste centrale des médiateurs, celle-ci par manque de ressources n'est plus tenue à jour depuis plusieurs années. On constate par conséquent, un *manque de monitoring et de centralisation des données* concernant le travail des médiateurs (coordonnées des médiateurs actifs, activités, formations suivies, etc.).

A posteriori, il nous paraît ainsi irréaliste, même en interviewant l'ensemble des médiateurs actifs, de reconstruire des données fiables si celles-ci ne sont pas régulièrement recueillies et collectées sur la base d'un canevas comparable. Par conséquent, il est difficile de pouvoir estimer ce qui est fait par les médiateurs et de juger de la qualité du travail, ainsi que d'avoir une vue d'ensemble des activités.

2.3.3.3 Les plates-formes du PMS

A ces activités s'ajoute, pour la communauté turque (depuis juillet 1999) et italienne (depuis décembre 2000), la *participation de représentants des communautés à des plates-formes*. Ces plates-formes ont été mises en place par les experts du PMS de ces communautés. A ce jour, les plates-formes espagnoles, portugaises et yougoslaves sont encore en construction. Les plates-formes sont constituées dans les deux cas de spécialistes, représentants de la communauté et de diverses organisations. La volonté de mettre sur pied ces groupes de travail existe depuis approximativement 1997, mais elle n'a été formellement inscrite dans le cahier des charges des experts du PMS qu'en 1998 et signalée comme une priorité en 2000. En février 2000, le but général des plates-formes a été discuté dans le cadre du *coaching* de la direction du PMS effectué par une spécialiste externe au projet. „La plate-forme doit garantir la participation de la population migrante et montrer aux experts quels besoins doivent être pris en considération dans la planification“ (voir protocole de la deuxième journée de la conférence, février 2000). Les experts reçoivent CHF 5000 qui doivent servir à indemniser (transports et repas) les participants. Toutefois, aucune formalisation commune à tous les experts pour l'utilisation de cette indemnité n'est faite.

Les stratégies, l'organisation et la structure de ces plates-formes sont laissés au libre choix des experts. Plusieurs tentatives ont eu lieu pour établir une définition commune du rôle des plates-formes. La structure voulue des plates-formes devrait contenir „un groupe noyau (pour le soutien scientifique allant dans le sens d'une supervision) et

un groupe de suivi (appui partiel au travail quotidien)³¹“. Cependant il existe plusieurs interprétations par rapport à ces fonctions générales et dans la pratique ce qui fait foi et, qui est réaliste de mettre en œuvre, n’est pas clair. Les stratégies sont donc différentes pour les communautés, comme en témoignent les plates-formes turque et italienne : la plate-forme turque travaille actuellement à la mise sur pied d’un site web sur les questions de santé relatives à la communauté turque. La plate-forme italienne a pour premier objectif la réalisation d’un questionnaire sur les besoins de la communauté que les membres devront remplir à partir de leurs expériences. Les membres de la plate-forme sont choisis par l’expert du PMS. Le nombre de membres est actuellement plus ou moins équivalent entre les deux plates-formes en activités (dix personnes pour la plate-forme italienne et douze pour la turque). Il est prévu que les membres turcs se réunissent 3 à 5 fois par année et 2 à 3 fois pour les membres italiens. L’organisation et le secrétariat de la plate-forme turque sont délégués à l’organisation *Medico-Turc* qui regroupe des personnes du domaine médical d’origine turque. L’organisation de la plate-forme italienne est gérée par l’expert du PMS qui est supervisé par un des membres. Il est encore trop tôt pour estimer la valeur de ces plates-formes. Toutefois, les experts nous ont dit se sentir soulagés et trouver un appui à la décision par l’intermédiaire de ces groupes.

La situation momentanée des plates-formes est exemplaire des conséquences de l’absence de directives claires et communes. Les difficultés dans la réalisation résident à la fois dans une clarification insuffisante des buts et dans la mise en œuvre (recrutement, choix et nombre des personnes). Un expert nous l’explique en ces termes:

„Je dois avouer que les objectifs n’étaient pas clairs ni pour nous [les experts], ni pour l’OFSP. Ils ont changé : une fois, ils devaient permettre de représenter la communauté et de renforcer les contacts avec elle. Une autre fois, elles devaient d’abord servir comme point de contact entre la stratégie de l’OFSP et la communauté. Face à cette obscurité, la solution a été de nous laisser libres“.

La direction quant à elle a l’impression que, la durée prolongée de la mise en œuvre s’explique par une idéalisation trop forte, freinant la concrétisation en raison d’attentes irréalistes. L’élaboration d’une présentation commune du rôle des plates-formes sous forme écrite aurait pu être reprise et adaptée par les experts pour le recrutement.

Ajoutons pour finir que les plates-formes créées dans le cadre du PMS représentent à la fois un exemple et un contre-exemple de la possibilité de faire participer la communauté à tous les niveaux de la démarche préventive. Les deux plates-formes réalisées sont pour l’instant composées uniquement d’experts choisis par les chargés de la prévention. La participation de la base ne semble pas dans ce sens complètement assurée.

³¹ Précision apportée par la directrice du PMS.

2.3.3.4 Constat intermédiaire

A ce stade il semble d'abord indispensable de *s'entendre sur des buts relativement précis*, ce qui ne devrait pas empêcher par ailleurs une adaptation concertée aux situations particulières dans les communautés. La priorité accordée dans le cahier des charges des experts à la création de plates-formes, représente un pas dans cette direction, mais il s'agit encore de préciser des objectifs plus clairs : les plates-formes doivent-elles servir à déterminer les besoins de la communauté ? Doivent-elle représenter un moyen pour évaluer la manière dont le PMS est perçu dans la communauté ou encore représenter un „lobby“ des communautés face à l'OFSP ?

Par ailleurs, il est impératif, afin de mener une prévention éclairée, de *rassembler des données fiables sur les besoins des communautés*. De telles études (psychosociologiques et épidémiologiques) ne devrait pas cependant incomber aux experts du PMS, comme cela a pu être parfois le cas, mais à des chercheurs ou institutions spécialisées dans les domaines de la migration et de l'épidémiologie. Les experts du PMS et le service migration doivent dans ce sens promouvoir un travail de sensibilisation pour que de telles études soient menées et afin qu'on tienne davantage compte de la variable „origine“ par exemple dans l'enquête suisse sur la santé. En vue de données sur les besoins de la communauté, les plates-formes peuvent aussi représenter une aide et il faudrait dans ce sens, les poursuivre et en créer de nouvelles.

L'impact des activités de prévention est de manière générale difficile à juger. Il nous paraît de ce fait primordial, afin de *mieux valoriser le travail des médiateurs* du PMS, de réaliser un contrôle de la structure et du contenu des interventions. Dans ce sens, il s'agirait avant tout de:

- ≠ Réviser le matériel de récolte et se mettre d'accord sur des *indicateurs* facilement utilisable et consentis par tous et permettant de juger des activités effectuées
- ≠ Tester ces indicateurs afin de se rendre compte de leur faisabilité
- ≠ Assurer un suivi de l'application de ces indicateurs, comptabiliser et centraliser ces données régulièrement dans l'année

Il s'agit enfin de mieux réfléchir sur les activités de prévention en fonction des types de médiateurs disponibles. Le but du PMS doit aussi être d'anticiper quelles seront les compétences des médiateurs nécessaires dans le futur afin de prévoir une formation adaptée pouvant répondre aux besoins des ressources humaines recherchées.

2.3.3.5 Rémunération des médiateurs

Une ligne directrice a été établie et appliquée pour la rémunération à la suite des recommandations de l'étude de 1996. En décembre 1999, cette ligne directrice a été revue en fonction: des bénéficiaires d'une rémunération, des tâches pouvant être rem-

boursées et des tarifs en vigueur³². Ces principes ne tiennent pas compte des différents types d'intervention et de profil des médiateurs, mais considèrent ceux-ci comme un groupe homogène (p.ex. il n'y a pas d'indication pour les personnes travaillant dans le PMS dans le cadre en partie de leur activité professionnelle).

Comme le révèlent les entretiens avec les médiateurs, les principes ne sont pas suffisamment connus de la part des médiateurs, ni appliqués pour tous les médiateurs. Il subsiste de fait une part de bénévolat non définie. Une diversité des pratiques de remboursement entre les communautés persiste également mais dans une moindre mesure par rapport à la période précédent l'établissement de ces règles. Il faut préciser que la diversité des pratiques concernant la rémunération en soi n'est pas, selon nous, un problème. Elle peut/doit demeurer dans le cadre du PMS en fonction des différents types de médiateurs, mais dans ce cas, il s'agit d'éliminer son caractère aléatoire. En raison de la diversité des tâches et en fonction des thématiques (sida, dépendances ou promotion de la santé), nous pensons nécessaire que les médiateurs soient à la fois composés de professionnels et de bénévoles. Concernant les professionnels, le PMS devrait déterminer qui sont les personnes à indemniser selon les types de médiateurs, pour quelles tâches et appliquer ces principes de la même manière entre les communautés. Il devrait définir également quand ses activités de médiateurs peuvent/doivent être comprises dans son cahier des charges professionnel. Le PMS pourrait établir une charte pour les bénévoles, définissant jusqu'à quel pourcentage de travail une personne est bénévole, quels avantages cette personne doit recevoir de son travail de bénévole, et quelle formation elle doit suivre.

2.3.3.6 Recrutement des médiateurs

Bien que la formation et l'encadrement des médiateurs soient délégués de plus en plus à des autres organisations que le PMS, le recrutement reste à la charge des experts, même s'il arrive que les médiateurs soient déjà insérés dans des organisations avant d'être en contact avec un/e expert/e. L'évaluation de 1996 a montré qu'il existe d'importants mouvements dans le *pool* des médiateurs dus notamment à des retours dans les pays d'origine. Ces changements obligent par conséquent à renouveler ces groupes régulièrement. Durant la période de la présente étude, le recrutement est encore davantage problématique et soulève d'importantes différences entre les communautés.

Nous percevons depuis 1995 un certain épuisement et désistement parmi les premières communautés du PMS, à savoir la communauté espagnole et dans une moindre mesure la communauté turque. Un grand effort a pu être constaté dans le recrutement de médiateurs pour la communauté portugaise où, selon des témoignages concordants,

³² Les tarifs ont été fixés comme suit (d'après un document interne): Exposés : CHF. 200; Journée : CHF. 350 (plus frais annexes et logement jusqu'à CHF. 100); Stands : CHF. 32 / heure (pas plus de 3 heures et de 2 personnes par stands) ou forfait si stand dure plus longtemps (max CHF. 200 par pers et CHF. 400 par stand). Plus frais annexes et logement jusqu'à CHF. 100; Permanences téléphoniques : CHF. 35 / heure.

il semble particulièrement difficile de trouver des personnes intéressées en tant que bénévoles ou des professionnels des domaines socio-sanitaire ou éducatif. Enfin la liste des médiateurs italiens et de l'ancienne Yougoslavie s'avère être tenue relativement à jour. Il est vrai que ces deux communautés gèrent un nombre plus faible de médiateurs, ce qui leur facilite sans doute une surveillance régulière et un renouvellement des médiateurs plus fréquent. Il est intéressant de remarquer que les médiateurs de l'ancienne Yougoslavie sont davantage inscrits dans d'autres organisations, avant d'être engagé dans le PMS (Caritas a été le plus souvent cité). Dans ces organisations, ils travaillent sur appel en tant qu'interprètes culturels et sont indemnisés à l'heure ou sur la base d'un forfait. Ils bénéficient en contrepartie d'une formation gratuite.

Il existe également des différences dans le mode de recrutement entre les communautés. La majorité des médiateurs italiens interviewés connaissaient personnellement l'expert, ce qui est le cas, mais dans une bien moindre mesure pour les communautés espagnole et turque. Par contre, les médiateurs yougoslaves et portugais ont été davantage recrutés par des modes impersonnels (par ex. lors de séances d'information ou de formation, par le biais d'autres organisations).

Dans ce contexte, il s'agit selon nous de déterminer des critères de recrutement des médiateurs communs à l'ensemble des experts et en fonction des types de médiateurs, ainsi que des domaines d'activités. Il serait également profitable de fixer un nombre moyen constant de médiateurs que l'expert devrait suivre. Enfin, il serait utile de distinguer les médiateurs actifs à la base de la communauté et ceux actifs au sein d'institutions suisses. Un pas dans ce sens a été fait entre-temps³³.

2.3.3.7 Formation des médiateurs dans le cadre du PMS

Par rapport aux trois types de formation relevés par l'évaluation de 1996 (participation à des cours mis en place par le PMS ou d'autres organismes, formation par travail direct, „sur le tas“ à des activités de prévention, auto-formation par des lectures personnelles), il apparaît que la formation au travail de prévention fait surtout l'objet, pour la période analysée, de cours *mis en place par des ONG*. D'autre part l'apprentissage sur le lieu de l'intervention par le travail direct avec un expert n'a été mentionné par aucun médiateur. Ce résultat a été confirmé par les experts qui ont affirmé ne plus former eux-mêmes actuellement de médiateurs.

Plus de la moitié des médiateurs interviewés ont suivi des cours. 13 personnes sur 40 n'ont pas suivi de cours pour des raisons différentes, relatives notamment à leur profil: Sur ces treize personnes, sept estimaient personnellement avoir suffisamment de connaissance pour ne pas avoir besoin d'une formation. Il s'agit de personnes issues de professions médicales ou sociales (infirmier/ière, infirmier/ière spécialisé/ée, psychologue, animateur socio-culturel). Trois personnes ne se sont pas vues proposer une formation et seraient intéressées à en suivre une (enseignants/es de langue et

³³ Une proposition allant dans ce sens avait déjà été faite en 1999 (cf. rapport de service de R. Carron 1999).

culture maternelle, psychologue). Cinq personnes ont signalé qu'elles n'ont pu suivre une formation en raison du manque de temps et, pour trois d'entre elles, en raison également du manque de reconnaissance et de l'absence de rémunération de cette formation. Cette dernière a précisé qu'en tant qu'enseignante de langue et culture maternelle, cette formation et les activités de prévention ne sont non seulement pas reconnues de la part du ministère de l'éducation mais, en plus, qu'il est mal vu par ce même ministère de consacrer trop de temps à la prévention en dépit du programme de langue et culture maternelles.

Au début du PMS un accord a été créé pour la formation des médiateurs entre Profamilia et le PMS. Actuellement, Profamilia a été remplacée par l'association Appartenances. Les *organisations les plus citées par les médiateurs pour leur formation* sont les suivantes :

Antenne régionale de l'Aide suisse pour la prévention du sida : il est intéressant de noter que les médiateurs insérés dans des groupes sida se voient proposer une formation continue et semblent très bien informés. De plus un suivi régulier et systématique de leurs activités est opéré

Centro Scuola e famiglia qui s'est ouvert grâce au PMS à d'autres communautés que la communauté italienne

Appartenances.

Les experts ont mentionné encore d'autres organismes en dehors de ces trois et qui sont utilisés par plusieurs communautés :

Profamilia : surtout au début du projet

ISPA : pour la formation des enseignants par rapport aux dépendances.

D'autres organismes ont été encore utilisés spécifiquement par certaines communautés : pour la communauté turque : Médico-turc (association de médecins et pharmaciens d'origine turque) et l'école Macolin (école fédérale de sport). Pour la communauté espagnole : les centres pestalozzi. Pour la communauté italienne, l'expert a fait appel aux Prof. A. Merlo, F. Fleury (Appartenances) et Andrea Lanfranchi (formation d'enseignants). Enfin pour la communauté de l'ancienne Yougoslavie, des cours ont pu être suivis sur les traumatismes psychologiques.

Estimation des médiateurs sur la formation suivie dans le cadre du PMS : Dans l'ensemble, la formation reçue est jugée de qualité et correspondant à la réalité rencontrée sur le terrain. Toutefois, une grande majorité de médiateurs trouvent la formation insuffisante et réclament toujours une formation plus longue et donnée de manière continue. Cette demande demeure depuis la période 1994-1995 et semble rallier cette fois tant les médiateurs très actifs que ceux moins actifs. La différence se situe par contre entre les professionnels des domaines socio-sanitaires et/ou éducatifs qui, eux, ne nécessitent pas de suivre une formation. Rien n'a encore été mis en place par le PMS dans le sens d'une formation continue malgré la recommandation faite par l'évaluation précédente.

Quelques personnes interviewées aimeraient une formation davantage axée sur la pratique et plus facile à la compréhension d'un public néophyte. Malgré l'attestation reçue à la fin d'un cours, la formation n'est pas ou du moins mal reconnue dans le cadre professionnel des médiateurs.

On peut conclure *que la formation s'est développée dans un sens relativement positif* depuis l'évaluation pour la période de 1994-1995 :

- ⚡ Un plus grand nombre de médiateurs a suivi une formation
- ⚡ Dans la majorité des cas, la personne en formation reçoit, après chaque cours, une attestation.
- ⚡ Depuis 1996, le PMS a pour objectif de mettre sur pied une formation nationale (cf. doc. internes sur les objectifs 1996-1998). Cette intention est toujours d'actualité et il est question de créer un module de formation (directrice actuelle du PMS). Cependant cette formation standardisée n'a pu encore être créée pour des raisons de temps.
- ⚡ La formation est appréciée par les médiateurs et les experts malgré certaines réserves.

Divers éléments relatifs à la formation peuvent être soulignés en guise de résumé:

- ⚡ Chaque expert choisit les organisations pour la formation de ses médiateurs. Il en résulte un manque de systématisation et d'échange des pratiques acquises entre les communautés qui peut représenter une perte de temps et d'argent.
- ⚡ Une formation continue structurée par modules permettrait d'obtenir une formation flexible, pouvant évoluer selon les besoins, et d'actualiser les connaissances des médiateurs. La formation continue favoriserait également un certain suivi des médiateurs et leur donnerait la possibilité d'entrer en contact et d'avoir des échanges au sujet de leurs pratiques respectives.
- ⚡ Formation flexible : devrait correspondre à la diversité des types de médiateurs et à leurs besoins spécifiques. Elle devrait répondre également à la diversité des groupes cibles et des domaines traités. Elle évoluerait de plus en fonction des différents thèmes prioritaires
- ⚡ En dehors de la nécessité d'avoir une offre flexible pour les raisons mentionnées supra, la limitation de quelques organisations chargées de la formation pour l'ensemble des communautés constituerait un gain de temps. Il s'agirait également d'assurer un échange des pratiques acquises par les organisations chargées de la formation et des offres de formation existantes.
- ⚡ Garantir une reconnaissance de la formation au niveau professionnel et par rapport aux ministères étrangers de l'éducation (notamment pour les enseignants de langue et culture maternelles).
- ⚡ Pour conclure sur la formation des "personnes actives dans la prévention et la promotion de la santé des migrants", les différentes faiblesses mentionnées

nous amènent à envisager également une formation unifiée sur le plan suisse, comme différents courants ont déjà incité à le faire pour l'interprétariat culturel (voir à ce propos: Weiss et Stuker 1998). Il est important de souligner que l'importance d'une formation dans le domaine migration et santé représente la priorité principale relevée par la récente stratégie globale de l'OFSP (OFSP 2001).

≠ Une unification permettrait par ailleurs une meilleure reconnaissance et une plus grande visibilité de la formation, ainsi que de ce type de fonction.

2.3.3.8 Accompagnement des médiateurs

La question de l'encadrement est sans aucun doute le problème le plus difficile à résoudre en raison non seulement de la diversité des besoins en fonction des types de personnes actives dans la prévention et de la dissémination géographique des médiateurs – comme le signalaient Haour-Knipe et Fleury (1996) –, mais surtout relativement à l'ampleur des tâches incombant aux experts. Dans ce sens plusieurs médiateurs nous ont dit qu'ils comprenaient ce manque de suivi, sachant que l'expert/e était seul/e pour superviser l'ensemble des médiateurs de sa communauté. Lorsque les médiateurs sont insérés dans des organisations, les experts délèguent, comme c'est le cas pour la formation, l'encadrement à ces organisations. Dans ce cas, les réclamations des médiateurs sont dues à un manque de clarté sur ce qu'ils peuvent s'attendre de la part des experts du PMS.

Par ailleurs, lorsque les médiateurs sont inscrits dans une organisation avant d'entrer en contact avec le PMS, il est difficile de déterminer quel est l'apport du PMS pour ces personnes. Ces médiateurs semblent avoir seulement bénéficié d'une formation organisée par le PMS.

Enfin, il faut signaler que chaque expert a sa manière d'encadrer ses médiateurs et que sur ce point également la direction du PMS n'a émis aucune directive précise. Suite aux changements directionnels, les experts apprécient que depuis 1999, la directrice (anciennement coordinatrice) du PMS rencontre à certaines occasions des médiateurs : durant des séances d'information (ex : journée sur la santé des femmes) et lors de projets dépassant 5'000 francs.

Les besoins signalés par les médiateurs sont davantage de reconnaissance des activités effectuées et de la fonction de médiateur ; des informations sur les activités menées dans le cadre du PMS ; des informations sur les besoins de la communauté ; des informations sur la formation pouvant être suivie ; l'organisation de contact avec d'autres médiateurs. Il est important de préciser que, si l'ensemble des médiateurs réclame davantage d'encadrement, le genre de suivi demandé diffère selon les types de médiateurs (simple feedback sur un projet, informations générales et épisodiques, besoin d'un suivi régulier).

En bref, l'encadrement représente une des plus importantes faiblesses du travail avec les médiateurs. Aucune amélioration n'a été signalée et on retrouve les mêmes revendications que pour la période de 1994-1995. Les recommandations faites dans la précédente évaluation n'ont pas été suivies. Le PMS ne s'est pas adapté également à la

demande diversifiée en fonction des différents types de médiateurs, apparus depuis 1995, au sujet de leur encadrement.

Forts de l'expérience acquise par l'évaluation de 1994-1995, il nous semble, en résumé, que si les mêmes recommandations sont toujours valables, elles ne peuvent suffire à elles seules à améliorer les faiblesses concernant l'encadrement, celles-ci étant toujours identiques pour l'évaluation 2000. A ce stade, il apparaît clairement que la structure actuelle du PMS constituée d'un expert par communauté pour l'ensemble des tâches (cf. section sur la description du cahier des tâches des experts) ne peut répondre notamment à ce manque d'encadrement.

Plusieurs structures peuvent être envisagées pouvant remédier à ce statut quo. Ces solutions tournent autour de deux pôles : soit le PMS continue à s'occuper du travail de terrain comprenant le travail avec les médiateurs, soit le PMS est chargé seulement de tâches de supervision et collabore avec des institutions existantes. Il ne s'occupe plus dans ce cas du travail avec les médiateurs (voir partie Recommandations). Par ailleurs, l'inscription de tous/la majorité des médiateurs dans des institutions régionales serait souhaitable dans les deux cas de figures. Il faudrait également adapter le genre d'encadrement en fonction du type de médiateur.

2.3.4 Constat intermédiaire sur le travail des médiateurs

2.3.4.1 Forces et succès de l'approche des médiateurs (depuis 1995)

Par rapport aux fondements : la prévention par le biais de médiateurs interculturels correspond toujours à une demande et un besoin de la communauté (selon l'ensemble des médiateurs et une majorité des experts externes et internes). Ce type de prévention permet encore de pallier les failles du système institutionnel en atteignant les personnes qui ont difficilement accès aux institutions étatiques. Il apparaît donc nécessaire de le poursuivre, mais sous une forme « retravaillée » (voir partie recommandations).

La prévention par des médiateurs a été mentionnée comme un point fort du PMS et un de ses aspects précurseurs (selon la majorité des experts externes et des médiateurs).

Par rapport aux aspects directionnels :

⌘ Meilleure reconnaissance du travail des médiateurs (réglementation sur le remboursement, attestation à la fin de la formation).

⌘ Etablissement d'une priorité dans le cahier des charges par rapport aux plateformes

⌘ Tentative de mettre sur pied un module de formation.

Par rapport à la mise en oeuvre du travail des médiateurs : nous relevons que le PMS s'est considérablement adapté à l'élargissement thématique qu'il a subi : les activités des médiateurs se sont diversifiées et les actions ciblées par rapport à des popula-

tions spécifiques ont augmenté par rapport à la période de la précédente évaluation (sur la base des rapports d'activités, des entretiens avec les médiateurs et avec les experts du PMS). Ceci a été possible dans la mesure des compétences et des ressources disponibles parmi les médiateurs de chaque communauté, ainsi que des besoins ressentis par les experts du PMS dans leur communauté.

Nous retenons l'effort du PMS pour professionnaliser et qualifier les médiateurs. De fait, la majorité d'entre eux a bénéficié d'une formation, adaptée à leur profil, et une réglementation concernant leur rémunération a été établie.

2.3.4.2 Difficultés principales de l'approche des médiateurs (depuis env. 1995)

Par rapport aux fondements : dans l'ensemble, tous les répondants déclarent le PMS proche de la communauté et signalent cette proximité comme positive. Toutefois, certaines réserves sont émises quant aux niveaux de participation possibles. L'ambition formulée par le PMS de permettre la participation à tous les niveaux (conception, planification, réalisation) pourrait être révisée dans un sens plus réaliste. Dans la pratique, nous observons que les trois niveaux prévus ne sont pas atteints. En effet, plusieurs médiateurs se sont plaints de ne pas être suffisamment consultés et informés par les experts du PMS. De leur côté ceux-ci ont déploré de ne pas être consultés lors de décisions de fond concernant le Service migration.

Une minorité d'experts externes et internes critiquent le caractère culturaliste basé sur des communautés ethniques et nationales du PMS. Plusieurs médiateurs sont d'avis que l'engagement privé sur une longue période pose des problèmes en ce qui concerne p. ex. la reconnaissance de leur statut et leur rémunération.

Par rapport aux aspects directionnels : selon la majorité des répondants, l'absence de données sur les besoins (épidémiologiques et psycho-sociologiques) de la communauté est une des plus grandes difficultés du PMS. Par ailleurs, les experts du PMS se plaignent d'un manque de directives et de conceptualisation (cf. par ex. le problème de la construction des plates-formes). De ces deux lacunes (besoins et directives) découlent, selon nous, une partie des difficultés suivantes (mentionnées par l'ensemble des experts du PMS) : une absence de hiérarchisation des priorités, des buts, des thèmes et des activités des médiateurs permettant notamment une planification sur le long terme et une certaine efficacité du travail.

Il est important de souligner que la place que doit occuper le travail relatif aux médiateurs dans les activités des experts du PMS n'est nullement définie, à notre connaissance, dans leur cahier des charges, ni dans d'autres documents.

Enfin, l'absence de standardisation et de catégorisation, permettant d'estimer les actions réalisées et par conséquent de les sanctionner ou de les valoriser est problématique (selon plusieurs experts externes et internes).

Par rapport à la mise en œuvre du travail des médiateurs : de manière générale, une certaine lenteur (ex : plates-formes) et mauvaise volonté (ex grille de collecte des interventions) dans la mise en œuvre de directives est reprochée aux experts du PMS

par la direction. L'absence de contrôle de l'efficacité est également un problème important signalé par la direction.

Une reconnaissance insuffisante du travail des médiateurs et un manque de clarification des différentes fonctions (médiateurs, multiplicateurs, facilitateurs, promoteurs de santé, interprètes culturels, etc.) sont des faiblesses relevées par une majorité de médiateurs et d'experts externes. L'encadrement et le recrutement des médiateurs constituent une des faiblesses principales de la pratique des médiateurs. Les experts du PMS sont conscients de ce problème, mais, paradoxalement, ils nous ont dit consacrer de moins en moins de temps pour le travail avec les médiateurs. Ainsi, la réaction par rapport à l'évolution du PMS, s'est produite dans le sens d'un désengagement de leur part du PMS dans le travail avec les médiateurs. De fait, leur intention est de déléguer au maximum la formation et l'encadrement des médiateurs à des ONG.

2.3.4.3 Bilan relatif à l'approche des médiateurs

Cette situation apparemment contradictoire et ces différentes faiblesses nous amènent encore à nous interroger sur la place que le PMS doit accorder à l'avenir au travail de terrain constitué du recrutement, de la formation et du suivi des médiateurs.

La collaboration accrue avec des *organisations et des autorités suisses, ainsi que la prise en charge de projets plus grands* implique de nouvelles contraintes et laisse progressivement la relation avec les communautés étrangères (approche participative) reculer à l'arrière-plan. Selon plusieurs personnes interrogées, le soutien se déplace de plus en plus sur des comités d'experts aux dépens d'une démarche faisant appel aux ressources des communautés de migrants (le questionnaire écrit Delphi sur l'élaboration d'une stratégie dans le domaine „migration et santé“ est à cet égard qualifié de typique).

Dans les déclarations des spécialistes externes cette évolution se reflète dans la mesure où ils ont souvent de la peine à situer le PMS et affirment qu'il a perdu de son profil. Ce qui soulève la question de savoir à quel point l'approche participative demeure réellement un credo central du PMS. Par ailleurs, la nécessité d'une démarche participative et ciblée sur des groupes spécifiques est clairement préconisée par tous les responsables (PMS), mais la question se pose toutefois si le cadre actuel du PMS se prête encore à cette approche.

2.4 Organisation du PMS

Depuis la fondation du Service migration, le directeur, qui est aussi resté chef de projet du PMS (jusqu'au 1.1.2000), a dû mettre sur pied une coopération du nouveau service avec les autres sections (sida, prévention des drogues, alcool et tabac etc.) de l'unité Dépendances et sida. *L'élargissement du rayon d'action* (depuis 1995) de la prévention et de l'intervention en matière de sida et de dépendances, tout comme d'autres mesures dans le domaine de la promotion de la santé, n'ont été que rarement ressentis comme problématiques, même si cette orientation, à côté de certains avantages, contenait des défis majeurs (compétences plus larges, nouvelles manières de pro-

céder, stratégies et nouveau type de collaboration, différenciation interne du projet etc.). Le fait que la „philosophie de base“ participative et démocratique, en tant que noyau du projet, ait été de plus en plus remis en question par l'élargissement des activités en paraissait d'autant plus problématique.

Les chargés de prévention perçoivent négativement la *quasi-institutionnalisation* progressive du PMS et la formalisation de ses activités dans la mesure où elles sont liées à une série d'inconvénients: plus de charges administratives sans le soutien correspondant (recours au secrétariat, aide pour les traductions), contrôle grandissant de la part du mandant, alors que 4 du point de vue des experts externes du moins 4 un grand engagement personnel dans le travail sur le terrain est attendu. Une meilleure structuration de la collaboration (nouvelle « culture de réunion », estimation du temps de travail, etc.) est toutefois aussi préconisée sur plusieurs points.

En même temps, on souhaite du côté institutionnel (OFSP) un meilleur contrôle et une meilleure visibilité des activités, alors que les collaborateurs déplorent de leur côté une perte de transparence, de contact direct et de droit de codécision. Apparemment, il s'est développé, de part et d'autre, diverses attentes et exigences légitimes qui deviennent de plus en plus difficiles de concilier. Ceci est lié à l'histoire de l'évolution du programme global, mais aussi au fait que différentes manières de travailler et conditions cadres de l'activité se heurtent les unes aux autres.

Comme la brève ébauche de l'histoire de son émergence le démontre, le Service migration a été créé par l'ancrage structurel du „projet migrants“ à partir de la thématique qui occupait, déjà à partir de 1995, tous les chargés de prévention actuellement en activité. Il faut tout de même signaler que pratiquement tous les chargés de prévention ressentent comme problématique la *séparation progressive du PMS du Service migration*, séparation entamée déjà avec la fondation du Service migration, début 1996. On évoque entre autres dans ce contexte le manque de réflexivité à l'OFSP (transfert de savoir), l'isolation du PMS, les restrictions budgétaires et la réduction des possibilités d'influence sur la politique en matière de santé. Les craintes relatives à ces différents points ont été explicitement exprimées lors du congrès initial sur la nouvelle structure le 18 janvier.³⁴ On peut dire que les experts externes ont vécu cette séparation comme un début de dissolution du PMS. Il n'est pas certain que ces craintes soient fondées. Ce qui l'est, c'est que le travail du programme, celui à venir, mais aussi celui accompli, semble remis en question sous cet angle et qu'il est par conséquent éprouvé d'une façon problématique.³⁵

³⁴ „(...) Befürchtet wird ausserdem eine noch stärkere Abkoppelung des PMG vom Dienst Migration und damit auch von den Wissens- und materiellen Ressourcen. Befürchtet werden auch eine noch grössere Machtlosigkeit des PMG und die Verringerung der Unterstützung und somit auch eine grössere Vereinsamung der Präventionsbeauftragten, die in ihren eigenen Bevölkerungsgruppen arbeiten und institutionell wenig angedockt sind“ (citation d'un procès-verbal de réunion).

³⁵ Bien entendu, des facteurs émotionnels et des réflexions personnelles ne peuvent pas non plus être négligés dans ce contexte. Ce d'autant plus que le travail du PMS, du moins à ses débuts,

Simultanément, on peut comprendre que, du point de vue des responsables de l'OFSP, la séparation organisationnelle est carrément considérée comme une évolution naturelle. Elle est facile à comprendre dans la mesure où l'Office fédéral ne conduit en principe pas (plus) lui-même des réalisations de projets de proximité, mais les délègue à des organisations proches du terrain ou du problème. Les objections des chargés de prévention contre une séparation croissante et une éventuelle organisation externe ne sont à vrai dire pas totalement réfutées, mais relativisées et attribuées à des motivations personnelles des personnes concernées (peur des changements et perte de statut).

Pour cette raison, il sera important, compte tenu de la possibilité d'une réorganisation, d'explicitier entre autres dans quelle mesure les difficultés anticipées par les chargés de prévention sont effectivement inévitables ou dans quelle mesure elles proviennent du concours supposé – mais en aucun cas inéluctable – de facteurs indépendants. Il s'agit concrètement de prouver si une organisation externe doit nécessairement aller de pair avec une diminution budgétaire et rendre la communication avec l'OFSP plus difficile de manière déterminante. Naturellement, les questions d'effectifs ne peuvent pas être ignorées, même si cette évaluation ne fait qu'effleurer cet aspect³⁶.

Tant la direction du Service que les chargés de prévention souhaitent davantage de gestion, mais ce ne sont pas toujours les mêmes attentes qui sont rattachées à ce concept. Du côté des chargés de prévention, on espère des impulsions stratégiques, des éclaircissements des priorités et des perspectives, alors que le chef du Service a l'impression que l'on fait la sourde oreille à ses efforts de gestion qui la plupart du temps se heurtent à une résistance, le PMS ayant développé une dynamique propre qu'il ne peut guère influencer.

Le fait que l'équipe, suite à une longue absence de direction (absence, puis départ de l'ex-directeur³⁷), est longtemps restée largement abandonnée à son sort, n'a apparemment pas facilité le changement qui a suivi. Ce qui n'est guère étonnant, si l'on considère les conditions peu favorables de la phase de transition: des effectifs insuffisants, une direction entièrement nouvelle (directeur, vice-directrice et secrétaire³⁸), une restructuration fondamentale du Service et de la culture de direction – et tout ceci sur fond d'une réorientation linguistique: alors que le français prédominait, la langue allemande prend le dessus (dès 1998). Le départ de l'ancienne vice-directrice dans un climat chargé de conflits avec un *burn-out* et, le fait que celle qui l'a succédée ne s'est „accrochée“ que grâce à un soutien intense et une adaptation de la structure de direc-

exigeait beaucoup d'engagement personnel et dont la reconnaissance est dans une certaine mesure en jeu.

³⁶ Le contrat de travail des experts n'expire à vrai dire qu'en 2002, mais il serait certainement plus utile de discuter avec les personnes concernées les perspectives d'une occupation prolongée dans le cadre modifié.

³⁷ Didier Burgi est parti en février 1998, des absences répétées en 1997, entrée en fonction de Thomas Spang en août 1998.

³⁸ La secrétaire actuelle est entrée en fonction au mois de mai 2000. L'occupation de ce poste à mi-temps, affilié à deux services différents, avait posé quelques problèmes auparavant.

tion, est symbolique de l'environnement difficile du Service migration et du PMS. Il faut encore ajouter à cela que l'agencement administratif du PMS à travers l'ITS a suscité des zones d'ombre supplémentaires quant à la localisation des collaborateurs isolés.

Il est facile de comprendre que la situation de départ n'était pas vraiment favorable pour la réforme fondamentale de la stratégie et la réorientation du programme qui s'imposaient, vu le nouveau contexte depuis la création du Service. Ce sont en partie les chargés de prévention qui ont subi les difficultés persistantes, ce qui a placé ceux-ci sur la défensive et rendu plus difficile une adaptation du concept et des procédés en accord avec la direction stratégique, qui revenait en dernier ressort à l'OFSP.

En ce qui concerne l'attitude des collaborateurs du PMS à l'égard de l'ITS, il faut retenir qu'elle est sans doute liée à plusieurs inconvénients, mais qui ont été jugés moins problématiques, du moins par les experts des communautés étrangères. Malgré cela, l'identité du PMS auprès du public et la création d'une *corporate identity* n'ont pas précisément été facilitées par cette double appartenance. On est pourtant en droit de se demander dans quelle mesure cette solution a entraîné du travail supplémentaire et des „frais de transaction“, puisqu'un poste à 60% a tout de même dû être créé rien que pour le travail administratif de l'ITS. Le fait que la suppléance du Service et le secrétariat ont été acquis à l'extérieur ne paraît pas plausible non plus (même s'il y avait des contrats individuels).

2.4.1 Adaptation stratégique et nécessité de légitimation

La différenciation interne *du PMS*, suite à l'élargissement du rayon d'actions et les changements des groupes cibles, devient un problème fondamental pour la cohérence des stratégies du PMS et pour la cohésion du projet. Faute de moyens, la *reformulation ou l'adaptation de la stratégie du PMS* n'a guère été abordée par la direction du Service migration au cours des années passées, car la priorité a été placée sur l'appui et l'intégration du Service au sein de l'Office fédéral. Dans ce sens, la séparation du Service et du PMS peut vraiment être jugée comme problématique, d'autant plus que les chargés de prévention et la coordinatrice étaient, dans les circonstances données, manifestement surchargés par la mise au point d'une stratégie pour leur programme et attendaient une orientation ou des directives plus claires. En outre, la formulation de la stratégie du PMS ne relève pas de la compétence décisionnelle des chargés de prévention, qui sont, sur le plan formel aussi, considérés plutôt comme des experts exécutifs.

De nombreuses questions administratives ont tout de même été réglées au cours de ces dernières années (décompte du temps de travail et des vacances, le défraiement des infrastructures, etc.) qui avaient apparemment été négligées. Des essais de développement des indicateurs montrent l'effort fourni pour mieux documenter le travail du PMS. L'importance de telles initiatives est soulignée par rapport au travail des médiateurs. Il s'agit dorénavant d'évaluer les nouveaux instruments, de les adapter à la rigueur, et de les appliquer systématiquement.

Pour ce qui est des mesures de soutien (sensibilisation des institutions, approches intégratives) et des efforts de mise en réseau en particulier, le fait que les prestations et

les mérites du PMS sont peu voyants, se révèle problématique, car il s'agit souvent d'efforts peu spectaculaires, dont les effets propres se laissent difficilement démontrer. Comme nous l'avons déjà laissé entendre, l'engagement intensif sur le terrain est peu visible, surtout quand l'ancrage dans les institutions locales ou cantonales est réussi. Un éventuel succès des efforts du PMS ne peut par conséquent pas être décelé aisément, ce qui mène à une certaine *difficulté pour se légitimer* (et une certaine frustration des personnes impliquées étant donné le manque de reconnaissance³⁹). On ne peut guère davantage se référer à la *durabilité des initiatives et nouveaux projets*, car dans les circonstances actuelles on relève plutôt des difficultés au niveau de l'ancrage institutionnel auprès des systèmes de santé cantonaux. On peut d'ailleurs parfois clairement déceler une opposition au niveau politique, si bien que les activités qui augmentent la légitimation doivent absolument être mises en valeur.

2.5 Le Service migration

Le déplacement d'accent sur une *orientation intégrative* des activités et des mandats, et qui se dessine de plus en plus clairement depuis la création du Service migration, est comme stratégie à plus long terme tout à fait compatible avec les axes prioritaires de l'OFSP allant dans le sens d'une „santé pour tous“. La spécification des besoins (épidémiologie et offres d'assistance), la sensibilisation des institutions existantes et la professionnalisation des spécialistes sont encouragées. Le récent mandat délivré pour l'élaboration de standards de qualité et de structures de formation pour les interprètes interculturels (voir première partie) en fournit un exemple intéressant. Cette initiative répond à un effort que confirme d'ailleurs nettement le questionnement des experts dans le cadre du développement de la stratégie dans le domaine santé et migration.

Etant donné que le programme global s'est davantage focalisé sur la problématique de l'accès au système de santé, au détriment de la primauté accordée à la prévention du sida et des dépendances, le développement d'une stratégie largement soutenue dans ce domaine est devenu pour ainsi dire incontournable. La consultation des Offices fédéraux (OFE, ODR, CFE) en vue d'une stratégie globale et concertée offre un bon point de départ pour un engagement explicite dans ce domaine (celui-ci était un peu ambigu jusqu'ici). Des orientations spécifiques du travail dans le domaine de la migration devraient cependant, lorsque c'est possible, rester confinées à l'intérieur d'une stratégie globale de la promotion de la santé, afin d'éviter une stigmatisation de groupes cibles et de renforcer les initiatives ponctuelles visant l'ensemble de la population. Dans ce sens, la promotion de la santé du reste de la population pourrait bénéficier des expériences d'approches du programme „migration et santé“, avant tout focalisées sur les communautés étrangères.

³⁹ Il faut ajouter à cela que le profil des coordinateurs ne correspond plus automatiquement aux nouvelles exigences (relations aux institutions établies, compétence linguistique en allemand et français etc.), ce qui renforce cette difficulté de légitimation.

Rien que pour cette raison, la collaboration que la direction du Service a entamée avec les autres Offices fédéraux et des représentants des cantons est judicieuse. De telles relations 4 comme d'ailleurs la collaboration avec la Fondation suisse pour la promotion de la santé 4 pourraient gagner en importance à l'avenir, car les activités plus récentes du Service (accès et interaction avec l'assistance régulière, promotion de la santé) relèvent plus nettement qu'auparavant du domaine de compétence des cantons. Plusieurs spécialistes renvoient d'ailleurs à la coopération souvent conflictuelle entre les cantons et la Confédération que l'on ne saurait ignorer à cet égard. La mise au point de l'offre d'assistance existante est donc une condition importante pour la promotion de l'approche intégrative, pour laquelle les possibilités et les limites de l'ancrage régional devraient être considérées en priorité.

La promotion de la *recherche* épidémiologique dans le domaine de la migration représente aussi une préoccupation importante du Service. Le manque de bases épidémiologiques concernant la situation de santé des migrants a déjà été souligné dans de nombreux documents depuis le début du programme global (voir p.ex. les rapports d'activité). Cette situation ne s'est guère fondamentalement modifiée depuis: même si quelques études ont été menées entre-temps sur l'interaction entre les migrants et le système de santé, les bases au sujet la situation sanitaire et le comportement sanitaire des migrants demeurent très limitées.

Néanmoins, il faut mentionner que l'OFSP avait en 1995 mandaté Regula Weiss, du Forum suisse pour l'étude des migrations, pour l'examen et la documentation des travaux scientifiques sur la migration et la santé (voir Weiss & Stuker 1998 et Weiss 2001). En outre, plusieurs études sur la situation sanitaire des migrants ont été menées dans le cadre des contrats du PMS avec l'ITS (avec une focalisation sur la relation médecin-patient et le domaine de l'asile). Il faut toutefois noter que les thématiques de recherche ont été coordonnées par l'ITS au début, mais depuis lors, ont été déterminées en régie propre et trop peu coordonnées avec les besoins du projet migration et santé, respectivement ceux du Service migration⁴⁰.

L'*insertion du Service migration* au sein de l'OFSP n'est abordée que marginale-ment dans la présente évaluation, dont l'objet premier est le PMS. Mais il ressort des entretiens avec les spécialistes internes que la collaboration entre les divers services et sections est plutôt faible, mais peu d'entre eux jugent cet état de fait comme un vrai problème⁴¹. Le contact entre les chargés de prévention d'origine étrangère et les collaborateurs de l'OFSP est réputé faible, si bien que les premiers, vu leurs emplois externes, n'avaient déjà avant que sporadiquement participé aux activités de l'OFSP (réunions). Abstraction faite de la situation spécifique du PMS, l'incorporation structu-

⁴⁰ Plusieurs spécialistes interrogés (internes et externes à l'OFSP/PMS) ont exprimé le voeu que la recherche sur la situation sanitaire des „migrants du travail“ et de leurs proches reçoive à son tour davantage d'attention.

⁴¹ Le Service migration a reconnu ce problème et lancé une initiative à ce sujet au cours de la réorganisation interne demandant que chaque section mobilise un poste à 10% pour la migration.

relle de services avec des tâches transversales soulève des questions fondamentales d'ordre organisationnel. Par contre, le chef de service s'est efforcé avec succès d'introduire les intérêts de son domaine dans la nouvelle stratégie globale de l'Office fédéral (voir introduction).

En revanche, une appréciation critique peut être portée sur la forte concentration de la direction du Service sur les priorités du Service et les buts à long terme de l'approche intégrative vis-à-vis des activités courantes. Les questions stratégiques et organisationnelles du PMS, accumulées suite à l'absence de direction, sont apparemment trop peu abordées. La séparation du PMS et du SM et les nouvelles modalités de coopération auraient en particulier dû être mieux préparées et accompagnées. Ce n'est qu'avec l'aggravation de la situation que la coordinatrice du projet a fait une demande de *coaching*, suite à laquelle une clarification structurelle fut entreprise et dont les conséquences sur la situation actuelle n'ont pu encore être estimées. Le doute demeure quant à savoir si les problèmes de ressources ont été suffisamment clarifiés: un poste à 90% est justement dans la phase de transition qui exige une adaptation de la stratégie du Service *et* un remaniement de l'orientation du PMS, aussi peu satisfaisant qu'un poste à 60% pour la direction opérationnelle du PMS. Rappelons qu'un poste à 60% a été créé rien que pour l'administration du PMS auprès de l'ITS.

Nous sommes encore d'avis que les tâches du Service devraient être attribuées à des temporalités différentes, de manière à ce que les approches intégratives et spécifiques soient considérées comme des champs d'activité complémentaires et en aucun cas interprétées comme des orientations antagonistes comme on pourrait être tenté de le penser à première vue. Dans une perspective à long terme, il s'agit certainement de pousser l'approche intégrative aussi loin que possible. En même temps, les tâches à court et à moyen termes ne peuvent pas être subordonnées aux impératifs du long terme, sans que cela ne porte préjudice à leur exécution. Le vide stratégique et l'incertitude structurelle qui depuis longtemps entourent le PMS ont mené à de nombreux problèmes et qui ont rendu passablement plus difficile l'accomplissement du travail. Ce n'est sans doute pas par hasard que plusieurs spécialistes externes affirment que le PMS a perdu en visibilité et en dynamique au cours des dernières années.

Nous ne voudrions en aucun cas contester que des problèmes „conjuncturels“ (symptômes d'épuisement, absences dues à la maladie, insuffisance de motivation ou de compétence de certaines personnes, etc.) ont aussi leur responsabilité dans la perte mentionnée de dynamique du programme, à côté des manques structurels et stratégiques. Néanmoins, vu la problématique mise en évidence, de tels phénomènes sont plutôt secondaires, même si leurs conséquences doivent être absolument pris au sérieux. Avant que nous passions à la partie prospective, il faut souligner pour conclure qu'il est en effet important, vu le développement constructif du programme global, d'identifier les points faibles, mais qu'il ne peut en aucun cas s'agir d'accabler des individus isolés de ces difficultés. En fin de compte, les responsabilités doivent être

FSM
SFM

exercées aux différents niveaux hiérarchiques, ce qui a d'ailleurs été fait par différentes personnes à leurs échelons respectifs.⁴²

⁴² Le rapport de service de l'ex-coordinatrice de projet contient ainsi p.ex. plusieurs approches analytiques intéressantes et des propositions constructives quant aux solutions.

2.6 Conclusions finales et recommandations

Le programme global „Migration et santé“ qui avait été lancé par l’OFSP au début des années 1990 est considéré comme unique sur le plan international. Cela en vertu de ses manières de procéder (avec au départ une approche participative radicale), de sa largeur thématique, de sa large orientation sur plusieurs communautés très différentes, ainsi qu’en raison du soutien national reçu (avec les avantages et les inconvénients que cette localisation amène). Sur ce point, le PMS a même souvent récolté les louanges au niveau international. Le travail des médiateurs s’est avant tout avéré comme un élément important au début, mais il a aujourd’hui toutefois reculé plutôt à l’arrière-plan.

La reprise de la responsabilité par la Confédération au début des années 1990 contribue sans doute à expliquer que les instances nationales passent pour des acteurs centraux dans la prévention du sida. Alors que d’autres Etats ont plutôt laissé l’initiative à d’autres organisations en prenant une part subsidiaire, en Suisse, dès le départ, on a misé sur un rôle instigateur fort de la part de l’Etat (Cattacin et al. 1997). Suite à la „normalisation“ et la distribution des tâches dans le domaine du VIH/sida auprès de partenaires, des projets de réalisation fédéraux se sont plus tard révélés superflus et la Confédération s’est à partir de là concentrée sur le niveau stratégique. Cette histoire à succès a certainement aussi influencé les initiatives dans le domaine „migration et santé“. Comme pour le VIH/sida, la position fédérale s’est aussi modifiée dans le domaine étudié à l’égard de ses partenaires au fil des ans.

Le programme global „Migration et santé“ se trouve aujourd’hui dans une phase de changement radical qui se reflète dans l’accomplissement d’études stratégiques. Avec la présente évaluation, l’élaboration d’une stratégie pour ce domaine est ainsi demandée, des aperçus de l’offre disponible de consultation médicale établis et des concepts dans le domaine des „interprètes“ commandés. Après une longue phase de développement et d’expérimentation, il semble en tous les cas qu’une rationalisation et une professionnalisation soient en cours. Celles-ci ne profitent pas seulement du climat politique qui a replacé les questions de migration et d’intégration dans l’agenda, mais aussi de la possibilité de pouvoir se baser sur l’expérience cumulée avec les années et plusieurs évaluations partielles dans le domaine „migration et santé“.

Notre évaluation reconstruit ces efforts de rationalisation et tente de faire un bilan. Celui-ci n’est sans doute pas définitif et beaucoup de questions resteront posées après ce travail. Pensons par exemple au rôle disputé de la Confédération dans l’assistance médicale, toujours réclamée par les cantons, à l’opposition entre les approches orientées sur les communautés et celles universelles ou encore aux nombreuses questions que le concept de médiation interculturelle soulève.

Malgré cela, des conclusions finales doivent être tirées des présentes analyses et des recommandations formulées, susceptibles d’être utiles pour apprécier le programme global et pour l’orientation à venir des activités. Ces propositions prospectives n’ont cependant de sens que si elles peuvent être rattachées à des notions concrètes, à l’intérieur du développement de programmes et de stratégies. Il s’agit à cet égard

de mettre au clair que, selon les présents résultats de l'évaluation, toute une série de changements s'impose pour améliorer le programme global en général et le PMS en particulier. Comme nous ne disposons pas de points de repère concluants pour un abandon des activités du PMS ou même du Service migration, la plupart des recommandations s'orientent sur les perspectives d'une poursuite remaniée du programme global. Ainsi, divers champs d'activité seront par exemple indiqués auxquels le PMS pourrait à l'avenir se consacrer avec une attention toute particulière.

Naturellement, des scénarii totalement différents sont envisageables, par exemple une dissolution du PMS avec l'encouragement de projets locaux et particuliers. Du côté du mandant, nous avons été priés d'adjoindre des possibilités appropriées à nos réflexions. Par conséquent, nous nous sommes efforcés au-delà des recommandations concrètes en fin de rapport, de formuler des variantes alternatives de promotion de la santé des migrants (voir „Comment poursuivre avec le PMS?“). Comme de tels scénarii proviennent peu des observations concrètes et des analyses de l'évaluation, ils ont bien entendu un caractère fortement spéculatif.

Il doit encore être souligné qu'aucun scénario idéal et pour ainsi dire scientifique ressort des résultats de l'évaluation. Cela vient du fait que les effets concrets des activités du SM et du PMS – du moins dans les circonstances données – ne se laissent pas „mesurer“ et cela pour plusieurs raisons: d'abord, le programme global n'a fortement changé que juste avant, et même pendant, l'évaluation. La ventilation des responsabilités par exemple entre le Service migration et le PMS n'a été formellement mise au point qu'il y a une année (séance inaugurale sur la clarification structurelle en janvier/février 2000), même si des intentions de détachement avaient déjà été esquissées. On comprendra par conséquent qu'il n'y a actuellement que peu de points de repère disponibles sur le fonctionnement du Service migration en tant qu'organe indépendant. Pour ce qui est du PMS, l'établissement d'un bilan des effets ne serait-ce qu'approximatif, qui puisse défendre la poursuite du programme sur des bases purement scientifiques, ne serait envisageable que par une longue et dispendieuse étude⁴³.

Nous sommes par conséquent d'avis que le choix d'un scénario de développement précis ne saurait dans l'immédiat incomber qu'au mandant lui-même qui, en accord avec les cercles concernés, devrait prononcer une décision de principe quant à la forme sous laquelle il aimerait poursuivre l'engagement en faveur de la population migrante. Par la présente évaluation, nous pouvons toutefois fournir de nombreuses recommandations et suggestions quant à la réalisation des différents scénarii.

Etant donné que personne ne remet à notre connaissance sérieusement en question le maintien du Service migration, nous nous sommes concentrés sur l'exposition des diverses modalités de la poursuite du programme et sur l'implication d'activités possibles au sein du PMS. Elles suivent l'organisation des chapitres qui a été légèrement

⁴³ Nous rappelons que même le sondage largement étayé auprès des communautés de migrants et des médiateurs dans le cadre de l'évaluation de 1994/95 (Haour-Knipe & Fleury 1996) n'avait pas réussi à dégager une réelle évaluation de l'impact.

modifiée par rapport à l'ordre de la première partie: d'abord nous abordons le développement global, ensuite les activités et les approches (en tenant particulièrement compte de l'approche participative), les thèmes et les groupes cibles et, enfin, le niveau organisationnel. L'avant-dernier chapitre est consacré à la réorganisation concrète du PMS, d'un point de vue des court et moyen termes. Il contient aussi un brainstorming quant au scénario alternatif où le PMS serait démantelé. Enfin, nous terminerons par des considérations sur les difficultés et les limites de l'évaluation.

2.6.1 Dynamique générale de développement

Analyse: La dynamique de développement du programme global se caractérise par différentes phases et des changements abrupts. L'élargissement n'a à vrai dire pas été affecté par cela, mais il a fallu à chaque fois redéfinir le cap. La phase pilote au début des années 90 avait réussi à compenser les déficits conceptionnels et organisationnels, grâce à l'engagement personnel. Le but principal était la réalisation exemplaire d'un modèle participatif de la prévention sanitaire dans le domaine du VIH/sida dans l'intention de propager une nouvelle approche de la prévention sanitaire – peut-être même un nouveau paradigme.

Puis, le programme global a été continuellement réorienté avec l'arrivée de nouveaux thèmes et groupes cibles, qui l'a fait gagner en compétences ce qu'il a perdu en orientation et spécificité. Le succès de la phase pilote a en quelque sorte amené une extension non coordonnée des domaines thématiques et des groupes cibles. La cohésion a toutefois été préservée par l'orientation méthodique. Cela avait pour conséquence, pour le „projet migrants“ surtout, l'apparition d'une organisation *catch all*, amenant des problèmes de contrôle sur le plan interne et du contenu, auxquels il n'a pas encore pu être remédié. En particulier, la relation entre les responsabilités sur les plans opérationnel et conceptuel, SM et PMS confondus, a longtemps été trop peu thématique, ce qui a mené à un éparpillement des activités et, revers de la médaille, à un manque de cohérence interne. Le programme global „Migration et santé“ a perdu ainsi une perspective de développement et les projets isolés ont dû compenser cela par leurs propres conceptualisations partielles. Ces dernières ont été rendues solides par rapport aux thèmes et aux groupes cibles et complétées par d'autres conceptions partielles, sans mettre en cause les conceptions existantes. Ceci a entraîné une perte de l'identification claire des initiatives de l'Office fédéral de la santé publique dans le domaine de la migration. L'orientation sur des approches participatives est donc restée le signe distinctif des activités fédérales, mais la pratique correspondait toujours moins à cette orientation.

Recommandations: Cette hydre de concepts à plusieurs têtes ne saurait retrouver une dynamique ordonnée que si le programme global est astreint à une stratégie globale, avec des cibles claires à moyen terme, tout en restant flexible. L'Office fédéral de la santé publique a déjà reconnu cette faiblesse et posé les fondements pour une redéfinition des activités, avec le développement d'une stratégie (voir OFSP 2001). Cela signifie qu'au niveau des projets isolés des adaptations s'imposent, à court et à moyen termes, à cette stratégie globale dans le domaine migration et santé.

D'une façon générale, on peut dire que l'OFSP soutient clairement par la nouvelle stratégie aussi bien la poursuite du développement de l'approche intégrative, visant l'achèvement de l'extension de l'offre générale, que l'intervention au niveau du terrain (communautés). Les présents résultats issus des réponses fournies par les spécialistes externes et les médiateurs préconisent en principe, à leur tour, les deux directions. Ils mettent en outre l'accent sur l'introduction d'approches (de médiateurs) participatives, indépendamment de la forme concrète qu'elles prendront⁴⁴. De nombreux aspects du travail de proximité et son rapport au SM doivent toutefois être repensés. Il faut aussi examiner la distribution à l'avenir des tâches entre le PMS (s'il reste tel quel) et une structure encore à dresser.

2.6.2 Activités et approches du PMS

Analyse: Le programme global „Migration et santé“ s'est avant tout fait connaître par les activités dans le domaine de la médiation interculturelle et de l'*empowerment* de personnes issues de la migration. Comme l'indique l'importance de l'interculturalité et du concept de médiation, des questions importantes relatives à l'approche sont sans doute encore restées ouvertes (les experts du PMS doivent-ils p. ex. être originaires du pays concerné par une intervention et, si oui, la distance nécessaire peut-elle être garantie?). Les activités développées au début du programme correspondaient cependant à une innovation dans le domaine de la santé où l'effet symbolique de la démarche prédominait largement sur la revendication d'une démarche systématique.

Les activités étaient réparties très diversement sur le territoire. Même en ce qui concerne les thèmes et les groupes cibles, les initiatives étaient moins orientées et réalisées en fonction de critères de besoins que selon les opportunités qui se présentaient simplement à elles. Ainsi, très vraisemblablement, une partie importante de la population migrante en Suisse n'a pas profité des activités réalisées ou soutenues par la Confédération. Il en va à peu près de même pour l'orientation peu systématique des thèmes. Ce qui ne signifie nullement que le programme a échoué, mais bien plutôt qu'il n'est jamais vraiment sorti d'une sorte de phase expérimentale pour se consacrer à une réalisation systématique. Après l'élargissement du rayon d'actions, le programme global est demeuré privé de documentation quant aux priorités poursuivies. Par conséquent, il n'y a guère eu de priorité générale formulée ou d'actions communes développées pour le PMS non plus, les discussions portant davantage sur le plan des projets partiels et des communautés particulières.

Le jugement critique sur la situation actuelle ne doit cependant faire de l'ombre à l'écho positif généré sur le travail accompli. Les expériences du PMS ont entre-temps été reprises à leurs comptes par d'autres organisations, affinées et même scientifiquement analysées (voir Haour-Knipe et al. 1999 pour une connaissance des réalisations

⁴⁴ Dans les chapitres consacrés à l'activité de médiation, le besoin de clarification et le manque de conceptualisation des modèles de médiation sont traités plus en profondeur.

pratiques en Suisse). Le concept du modèle d'intervention n'a en revanche guère été poussé plus loin à l'intérieur du PMS. En outre, tout porte à croire que la clé pour l'orientation à long terme des activités de proximité dans le domaine „migration et santé“, qui devaient se répandre de façon décentralisée dans diverses organisations et services sanitaires en Suisse (hôpitaux, centres de consultation sida, dispositions pour toxicomanes etc.), se trouverait précisément dans cet effet d'émulation observé.

On peut en tout état de cause conclure à un succès sous forme de légitimation de l'approche participative, même si les *outputs* concrets (au sens d'activités participatives de proximité) n'ont pu être analysés en détail, puisqu'en plus aucune récolte systématique de données n'a été effectuée ces dernières années. Malgré cela, l'analyse permet d'établir que le nombre de projets a plutôt diminué et sont inégalement répartis dans l'espace. On ne saurait tenir compte que de façon limitée de l'adaptation flexible aux changements de la „réalité“ dans le domaine de la migration reposant sur les experts selon les origines. Étonnamment, ce sont précisément les rares chargés de prévention qui n'étaient pas responsables pour une seule communauté qui, après leur départ en 1998, n'ont pas été „remplacés“. Nous reviendrons sur les questions organisationnelles que cette observation soulève.

Recommandations: L'effet pilote et symbolique des activités du PMS n'a apparemment pas manqué de se faire sentir, surtout en ce qui concerne le travail des médiateurs. L'élargissement à venir des activités doit toutefois être révisé. Le déplacement des activités du champ de travail concret en direction de la promotion des connaissances et de la conscience reflète en particulier un développement rationnel et dirigé sur le futur des projets.

Les activités existantes du PMS et de ses experts ont bougé ces dernières années sur une sorte de champ intermédiaire entre la réalisation directe à la base (priorité au départ du PMS) et des fonctions organisationnelles au niveau institutionnel (direction et accompagnement de projets dans le domaine de la réalisation, collaboration avec des institutions, mise en réseau). Dans ce sens, divers champs d'activité sont tout à fait imaginables pour une structure retravaillée du PMS dans le futur. Ce qui nous semble plus problématique, ce serait la poursuite telle quelle de la palette d'activités existantes, sans poser clairement des priorités et une orientation définie pour chaque unité.

Quelques exemples de domaines possibles pour des mandats sur lesquelles le PMS pourrait à l'avenir se concentrer avec assiduité:

- ## Prévention et promotion de santé de proximité (approche médiateurs), traduction et développement de matériel de prévention. Cette activité correspond pour ainsi dire à un retour à la source des activités du PMS, mais dont l'orientation et l'approche des activités devraient être conceptuellement revues et adaptées. Dans quelle direction cette adaptation devrait aller sera davantage exposé dans le chapitre suivant (recommandations spécifiques sur le travail avec approche participative des médiateurs).
- ## Organisation de conférences spécialisées, de modules de formation pour les médiateurs interculturels, activité de consultation pour les organisations publiques et d'intérêt général, etc.

- ## Sensibilisation d'institutions et de groupes professionnels dans le domaine de la santé aux besoins spécifiques des migrants, travail de mise en réseau sous la direction des autorités fédérales (voir p.ex. INTERNETZ).
- ## Instauration et accompagnement de commissions (régionales) qui pourraient reprendre une fonction de renseignement sur la situation et des besoins spécifiques dans les communautés (sorte de monitoring), ainsi qu'en ce qui concerne la légitimation de projets de prévention.
- ## Organisation et direction de communautés d'intérêt à l'intérieur des groupes de provenance en vue de promouvoir une représentation active des intérêts des minorités à un niveau plus élevé de décision (p.ex. création d'une commission fédérale de la migration, appelée à devenir l'interlocuteur privilégié des autorités sanitaires sur les questions relatives à la santé)⁴⁵.

Une sélection ou une combinaison de ces champs d'activité, avec des cibles aux contours clairs ne saurait naturellement se faire sans consultation préalable des parties intéressées sur les besoins, la faisabilité ou les avantages et les inconvénients des variantes de développement possibles. Si, par exemple, la promotion d'activités de proximité devait encore rester sur l'avant-scène du PMS (variante avec priorité au 1^{er} champ d'activité), la sélection de thèmes et de groupes cibles devrait être faite en fonction de données épidémiologiques, afin que les expériences méthodiques du travail accompli puissent se refléter dans une intervention systématique et orientée par des priorités. Par ailleurs, en ce qui concerne les experts, il faudrait renoncer au profil exigé d'une personne pour ainsi dire omnisciente et soit restreindre la largeur des thèmes, soit augmenter le nombre de ces experts.

L'instauration de communautés de travail ou des commissions dans le domaine de la migration, qui pourraient informer l'OFSP et autres institutions nationales ou cantonales sur la situation sanitaire des migrants et sur la réceptivité aux efforts de prévention, représenterait une continuation de l'approche plate-forme sous une forme plus déterminée (voir variante avec priorité sur le 4^{ème} champ d'activité). La consultation des communautés ne passerait ainsi plus seulement à travers des chargés de prévention isolés, mais une liaison directe pourrait être établie avec le Service migration et autres sections diverses de l'OFSP. De telles commissions pourraient aussi induire d'intéressantes impulsions aux projets de prévention en cours et devenir des partenaires crédibles pour les services spécialisés suisses.

⁴⁵ Des spécialistes interrogés sont d'avis que les migrants pourraient tout à fait se constituer en commissions, actives au niveau de la santé et de la scolarité, après que les structures syndicales ou religieuses d'origine aient perdu en influence.

2.6.3 Recommandations spécifiques sur l'approche participative des médiateurs

En ce qui concerne le travail avec une approche participative de médiation en particulier, il faut à notre avis prendre en considération les *recommandations* suivantes:

- €# Il semble d'abord indispensable de s'entendre sur des buts relativement précis (thèmes, groupes cibles, activités) et de fixer des priorités communes à l'ensemble des communautés, afin de faciliter l'implantation et de permettre une réalisation rapide. Cette relative uniformisation ne devrait pas empêcher par ailleurs une adaptation concertée aux situations particulières dans les communautés (voir recommandations générales).
- €# Il est impératif afin de mener une prévention éclairée et de choisir une stratégie de rassembler des données fiables (épidémiologiques et psycho-sociologiques) sur les besoins des communautés (voir recommandations générales).
- €# Il s'agit de fixer des indicateurs et des catégories sur les activités des médiateurs acceptés par tous et d'un usage simplifié pour obtenir une comptabilité de leurs interventions comparable et facilement accessible et pour centraliser ces données. Ceci a pour but de mieux valoriser le travail des médiateurs du PMS et d'avoir un suivi optimal des activités. Il faudra également tenir les listes des médiateurs à jour sous une forme centralisée (cf. recommandation terminologie).
- €# L'appartenance des médiateurs et des experts à la communauté ne sera pas nécessaire pour toutes les nationalités. En revanche, les médiateurs non issus de la communauté devront avoir une excellente connaissance (culture et éventuellement langue) et être acceptés par celle-ci. Ils devront avoir fait l'objet d'une expérience de la migration (1ère ou 2ème génération).
- €# Etablir une terminologie claire et commune semble fondamentale pour la coordination entre les différentes activités. Actuellement la terminologie illustre parfaitement la difficulté d'identifier les personnes actives dans la prévention puisqu'il n'existe aucune unification au niveau des termes dans le PMS et pour la Suisse entière. Afin de faciliter l'identification déjà complexe des médiateurs, nous pensons qu'il est essentiel d'utiliser une typologie commune à tous les coordinateurs du PMS. Pour la construire, nous proposons de se baser sur la pratique des structures réfléchissant sur la question de la médiation depuis longtemps, à savoir des organisations telles que : Caritas, Croix Rouge, HEKS ou Appartenances, etc.⁴⁶.

⁴⁶ Les différentes notions utilisées sont par exemple: Les *promoteurs de santé*, sans qualifications reconnues dans le domaine socio-sanitaire-éducatif, bénévoles. Issu de la communauté. Les *multiplicateurs* ou *intervenants* : sans qualifications reconnues, rémunérés partiellement ou complètement (par le PMS ou une autre organisation), ou encore, actifs dans le cadre du cahier des charges professionnelles. Pas nécessairement issu de la communauté mais ayant une excellente

- €# Les projets de prévention pour les migrants doivent être impérativement pensés en fonction du profil des médiateurs disponibles et des besoins de la communauté. Dans ce sens, la stratégie ne peut être la même pour toutes les communautés.
- €# Fixer des critères pour le recrutement des médiateurs, afin de conceptualiser le choix des collaborateurs.
- €# Créer un module national de formation pour les médiateurs, pour améliorer l'intelligibilité des initiatives et pour renforcer le vocabulaire commun.
- €# L'encadrement doit être revu quelque que soit le scénario choisi pour la nouvelle structure du PMS. Nous recommandons l'inscription de tous ou de la majorité au moins des médiateurs dans des institutions régionales. On peut imaginer notamment un encadrement de tous les médiateurs par un seul expert pour toutes les communautés dont ce serait l'unique tâche: recruter des médiateurs, insérer les médiateurs dans des structures, par contre la formation serait déléguée à une autre organisation que le PMS.

2.6.4 *Thèmes et groupes cibles*

Analyse: L'élargissement continu du programme global se reflète avant tout dans la sélection de thématiques et, dans une certaine mesure, dans les groupes cibles. Bien que cette tendance au changement soit perçue positivement par tous les acteurs, de réels problèmes de ressources sont apparus au sein du PMS, car, au niveau des moyens matériels et spécialisés, cet élargissement n'a que partiellement été suivi. A cause de cela, le projet a perdu en cohérence interne et les experts se sont spécialisés sur leurs propres points forts dans le désordre. En d'autres termes, une situation de surmenage est apparue, car on attendait des chargés de prévention du PMS à la fois qu'ils développent des compétences méthodiques, qu'ils assimilent des connaissances sur divers domaines thématiques, qu'ils connaissent mieux les groupes cibles et renforcent leurs contacts avec eux. En fait, les experts n'ont pas tenu compte de ces exigences et ont plutôt réagi en se spécialisant sur certains thèmes.

Recommandations: La couverture d'une quantité de thèmes, champs d'activité et groupes cibles doit être vérifiée et, du point de vue des ressources, avoir pour conséquence de n'entrer en matière sur de nouveaux thèmes que dans la mesure où l'on pourra s'y consacrer de façon systématique et sans pour autant remettre en question les activités déjà en cours. Les projets pilotes, sciemment menés à titre expérimental dans

connaissance de celle-ci. Les *experts du domaine socio-sanitaire ou éducatif*: membres des plates-formes du PMS, indemnisés ou dans le cadre de leur cahier des charges. Pas nécessairement issu de la communauté mais ayant une excellente connaissance de celle-ci. Les *facilitateurs*: personnes ayant une place clé dans la communauté et favorisant les contacts du coordinateur du PMS mais ne faisant pas d'action de prévention régulièrement (ex : consul, journaliste). Issu de la communauté. Les *interprètes interculturels* : traduction orale. Issu de la communauté.

le but d'atteindre de nouvelles connaissances, font naturellement exception à cette exigence. Le renouvellement de projets courants devrait être soumis à cette logique pour que le PMS puisse à moyen terme se développer sur une base conceptuelle solide.

Comme cela a déjà été mentionné concernant l'approche des médiateurs, des points forts thématiques communs doivent être convenus et déterminés une fois pour toutes, en rendant les bases décisionnelles plus transparentes. Il faudrait éviter que des experts individuels n'aient à réclamer aux communautés des justifications de besoin *ad hoc*, dont la validité sera remise en question plus tard. Là où les besoins ne sont pas assez éloquentes (manque de fondements), d'autres critères peuvent naturellement orienter la sélection des thèmes, par exemple les compétences ou les intérêts à disposition des divers protagonistes. Mais ces critères devraient être rendus transparents et demeurer intelligibles par la suite. L'établissement de la liste générale de thèmes à caractère prioritaire devrait si possible être fait d'entente avec les responsables des autres unités au sein de l'OFSP (sida, drogues, tabac etc.), mais en tous les cas en accord avec le chef du Service. Ainsi, l'agencement cohérent des activités doit pouvoir être facilité au sein des stratégies spécifiques et prioritaires de l'OFSP.

Si des intérêts ou des besoins particuliers (p.ex. l'explication des conséquences possibles de l'incision du clitoris) se font sentir dans une communauté donnée, des adaptations spécifiques à de tels groupes, d'entente avec les responsables principaux, sont bien entendu entreprises et des exceptions trouvées par rapport aux lignes générales décidées. Mais on ne saurait admettre que, sous prétexte de points de départ différents d'une communauté à l'autre, de gros efforts d'accorder les activités soient négligés. Rappelons à ce sujet que la prévention du sida n'était pas initialement la réponse à un besoin exprimé parmi les groupes de migrants. Nous sommes d'avis que l'orientation stratégique ne peut obéir à une logique *bottom-up* radicale, mais que la responsabilité des lignes directrices principales revient en définitive au mandant. Il est important en revanche que des structures soient instaurées permettant une consultation ciblée des migrants et disponibles pour le *feed-back* régulier des communautés.

L'orientation sur des groupes cibles doit également rester ouverte et permettre l'incorporation de nouvelles communautés 4 fût-elle partielle et provisoire. Il faut ici encore une fois que les critères de sélection (vulnérabilité, grandeur d'une communauté etc.) soient aussi transparents que possible et qu'ils soient convenus avec toutes les parties concernées. Il faut à l'avenir éviter une fixation sur des communautés données, liées à des contraintes structurelles, comme c'est actuellement le cas au PMS (voir chapitre suivant). Nous partageons par ailleurs l'avis de plusieurs spécialistes externes selon qui les groupes de migrants, dont la présence en Suisse est récente, doivent être pris davantage en considération même si leurs nombres respectifs sont plus dérisoires que ceux des communautés de migrants „traditionnelles“. Ces communautés issues d'Asie, d'Afrique et d'Amérique latine ne disposent que rarement de structures collectives et sont difficilement atteignables au travers des réseaux régionaux. Par conséquent, dans leur cas, une intervention au niveau national s'impose vraiment.

2.6.5 Organisation: gestion de programme, coordination, mise en réseau

Analyse: Le programme global „migration et santé“ a désormais mis en place des réseaux complexes, internes et externes, qui ont été soulignés à divers égards dans cette évaluation. Au niveau interne, les domaines à responsabilités sont mal définis et les commissions de décision et celles de consultation ne sont pas séparées. Au niveau externe, certaines loyautés entre acteurs se sont développées qui provoquent des ambivalences au sein du programme global.

Au fil des ans, la gestion du programme a perdu en profil et les efforts de coordination ont perdu en effets. Apparemment, les structures dirigeantes – tant au niveau opérationnel qu’au niveau stratégique – sont trop mal équipées pour mener à bien un programme aussi complexe que celui du PMS. Une ré-appropriation de la compétence de gestion par l’OFSP et le Service migration a par ailleurs échoué par manque d’indicateurs d’efficacité. Plus tard, après l’introduction d’un système de *reporting*, c’est le manque d’exploitation analytique des données réunies qui fait défaut, données qui auraient au moins pu permettre d’établir une vue générale des activités et des interventions. Il faut encore mentionner que jusqu’ici jamais des indicateurs probants n’ont été récoltés sur une base obligatoire au sujet des interventions des médiateurs interculturels.

Recommandations: Le programme global „Migration et santé“, associé à l’Office fédéral de la santé publique, doit se concentrer sur la promotion et la coordination d’activités, de pourvoir si possible plus de moyens à celles-ci et de promouvoir la réalisation des stratégies générales élaborées. Cette tâche doit être déléguée au Service migration.

Comme à l’avenir des questions doivent être réglées aussi bien du point de vue du contenu que de l’organisation, le profil idéal des collaborateurs, en dehors d’une expérience indispensable dans le domaine de la migration (des migrants ou de la migration), réunirait une connaissance spécialisée étendue dans le domaine de la promotion de la santé, ainsi qu’une connaissance importante de la gestion de projets participatifs dans un contexte relatif aux minorités. Comme certains spécialistes le soulignent, il faudrait veiller à ce que les connaissances ne couvrent pas seulement le domaine bio-médical, mais aussi celui psycho-social. Il faut en outre prendre en considération, lors de l’engagement, la complémentarité des compétences, tout comme la disposition à la collaboration interdisciplinaire. Une alternative envisageable serait naturellement une coopération, savamment conçue, avec des professionnels externes qui disposent des ressources et des compétences exigées. On peut citer en exemple d’autres sections de l’OFSP, la Fondation 19, Radix, divers ONG (Croix Rouge, Caritas etc.) et, bien entendu, les organisations et programmes soutenus par l’OFSP.

La réalisation des interventions de proximité devrait, contrairement aux tâches conceptuelles ou stratégiques, avoir lieu dans la plus grande autonomie possible et, par conséquent, se situer plutôt à l’extérieur de l’OFSP. Cela ne signifie toutefois pas que la collaboration constructive ne devrait pas subsister entre le Service migration, les activités de proximité en général et, en particulier, les activités du PMS. Si elle encou-

rage le travail de proximité, la Confédération tire vraisemblablement un bénéfice en termes de reconnaissance de la population migrante et de l'opinion publique. De même, les projets soutenus gagnent en force de frappe et de légitimation s'ils disposent du soutien de la Confédération.

Pour ce qui est de *l'organisation future du PMS*, il faut encourager un travail qui stabilise les antagonismes entre un projet centré sur le „travail de terrain“ et un service fédéral, en vue d'un soutien réciproque. Afin de configurer une telle relation, il faut naturellement des accords contractuels. D'autre part, des structures doivent être créées qui offrent des soutiens organisationnels à celles qui existent, focalisées sur des individus, pour rendre des orientations stratégiques possibles et garantir la continuité. Nous sommes convaincus que, malgré le succès de la démarche, la pluralité thématique et l'orientation spécifique par groupe ne sauraient guère être concentrées sur un/e expert/e par pays d'origine et que l'élargissement du programme exige une augmentation des personnes employées en conséquence.

La structure fondamentale du programme devrait reposer sur des spécialistes avec des compétences adéquates, en accord avec les points centraux thématiques actuels, en essayant dans la mesure du possible de choisir des migrants de provenances différentes. Ceux-ci devraient être chaque fois prêts à organiser les interventions avec les représentants de plusieurs communautés de migrants. Les responsabilités devraient être réparties selon les champs d'intervention et non pas selon les groupes d'origine: on parle donc soit de domaines thématiques (drogues, prévention du sida) ou de *settings* spécifiques du contexte de migration (requérants d'asile dans les institutions d'enregistrement, *sexworkers* sans permis de séjour, etc.).

Au contraire de la structure actuelle du PMS, il faudrait faire attention à ce qu'il y ait une collaboration régulière avec les chargés de prévention. Afin d'être reconnue comme une structure identifiable – non pas personnalisée – le nouveau PMS devrait par conséquent promouvoir le déploiement *corporate identity*, avec un local commun et une infrastructure minimale.

Une *répartition claire des tâches entre Confédération et institutions partenaires* est par ailleurs également recommandée dans le papier stratégique. La ventilation entre l'intervention, la promotion et la gestion étatique (modération) est aussi considérée comme porteuse d'avenir par l'OFSP et déjà en voie de préparation. Cela confirme aussi notre recommandation à l'égard du PMS. Une séparation institutionnelle dans ce cadre ne s'impose pas seulement à la lumière des résultats de l'évaluation, mais aussi en vertu de la nouvelle orientation en général de l'Office fédéral.⁴⁷

Les mesures structurelles proposées permettraient une ventilation des relations et des loyautés qui pourraient être perçues dans un autre cadre. Comme déjà indiqué, l'OFSP pourrait prévoir une représentation d'intérêt des migrants à l'échelon fédéral,

⁴⁷ Plusieurs spécialistes externes craignent toutefois que la séparation organisationnelle de l'OFSP puisse constituer une perte de légitimité symbolique pour le projet.

cela par exemple sous forme d'un accompagnement participatif de la réalisation de la stratégie fédérale (voir champs d'activité possibles du PMS). Beaucoup de travail relationnel a déjà été accompli auprès de communautés de migrants, dont il s'agit à tout prix de récolter les fruits, à condition de travailler dans un climat de partenariat avec une participation active de migrants (intégration en tant qu'apprentissage *réciproque*) et non pas à travers des experts et par-dessus les têtes des migrants. Mais cette collaboration nécessite toutefois de nouvelles structures permettant une représentation de ces derniers plus consistante.

La direction du Service migration doit du reste à l'avenir construire à partir d'analyses des effets des projets. Cela peut se faire par l'obligation de subventions aux rapports sur les projets et qui contiennent des indicateurs et des descriptions détaillées des effets. Ainsi, le programme global gagnerait en informations qui permettraient des adaptations à moyen terme selon des critères d'efficacité. Il pourrait également être utile dans le domaine „migration et santé“ d'introduire une gestion qualitative comparable, au niveau du projet, à ce que l'OFSP pratique au sein d'autres de ses unités pour s'assurer un *feed-back* systématique des projets subventionnés⁴⁸.

Aussi, en vue de l'ancrage des besoins des migrants dans l'offre générale, les projets encouragés devraient être tenus de suivre des lignes directrices contractuelles claires (p.ex. des cofinancements par les autorités cantonales) et des indicateurs d'effet. Dans ce sens, il faut promouvoir de manière ciblée la complémentarité nécessaire entre les approches intégratives et spécifiques, afin d'éviter des attitudes „opportunistes“ des autorités cantonales ou locales au détriment des initiatives financées par la Confédération. A moyen et long termes, des adaptations des fondements administratifs et juridiques de l'offre sanitaire devraient être prises en considération.

2.6.6 Comment poursuivre avec le PMS? Etapes suivantes et réflexions sur un scénario alternatif

Dans cette évaluation, nous avons tiré le bilan de dix ans d'activités dans le domaine „migration et santé“ de l'Office fédéral de la santé publique. Il n'a pas été possible d'aller plus en avant sur les effets. D'abord parce que le programme global s'est sans cesse modifié. Ensuite parce qu'il aurait fallu compter sur des dépenses beaucoup plus importantes pour une analyse détaillée des effets du projet principal du programme, à savoir le PMS. Malgré tout, cette évaluation dégage aussi bien une série de conclusions, présentées dans les dernières pages, que quelques réflexions quant au sens de telles activités dans le domaine „migration et santé“.

Notre évaluation montre en tous les cas le besoin d'action et d'amélioration à différents niveaux. Ainsi, afin de garantir une poursuite cohérente et systématique des activités menées jusqu'ici, il est urgent de trouver l'orientation future quant à la stratégie fédérale dans le domaine de la santé en général et dans le domaine „migration et

⁴⁸ Voir p.ex. les efforts faits en matière de thérapie stationnaire.

santé“ en particulier. Les deux stratégies renforcent les tendances à l'amélioration mises en évidence et qui, selon les résultats de l'évaluation, devraient être poursuivies. La stratégie générale de l'OFSP exige des activités dans le domaine de la migration qui suppriment les barrières d'accès au système de santé et qui doivent mobiliser des ressources parmi la population migrante. L'évaluation montre que le programme global „migration et santé“ avance dans le bon sens sur les deux plans. La promotion d'une ouverture du système de santé, tout comme le soutien aux approches participatives (avec une orientation spécifique), peuvent tout à fait demeurer des buts complémentaires.

En conséquence, nous pensons qu'une réorientation organisationnelle s'impose pour les mois à venir et qu'elle devrait viser à établir le PMS à l'extérieur de l'OFSP. Différents scénarii sont envisageables, mais partant tous du principe que le service migration concentre ses efforts futurs sur les tâches de coordination et de promotion et qu'il ne s'engage dans l'intervention directe que pour de courtes périodes (p.ex. lorsque des projets pilotes sont lancés). Concernant la réorganisation du PMS, nous voyons les possibilités suivantes:

- œ# D'abord, la possibilité subsiste que le PMS se restructure en projet de proximité, dans le sens d'une répartition du travail, afin de devenir un interlocuteur de la Confédération. Cela signifie en particulier qu'une base structurelle doit être créée pour le PMS à moyen terme qui permette de promouvoir et de réaliser des projets en faveur de la population migrante, cela en partenariat avec la Confédération, mais aussi avec la liberté de critiquer. Pour permettre cette transition, les responsables du PMS devraient dans les mois à venir se concentrer sur la conception d'une indépendance organisationnelle. Celle-ci pourrait prendre différentes formes: de la fondation d'une organisation à l'annexion à une organisation existante comme par exemple la Croix Rouge ou d'autres œuvres d'entraide. La dernière solution aurait l'avantage d'une action inclusive et non ségrégative. A cet égard, la question doit être posée de savoir s'il ne serait pas préférable de travailler à un niveau de couverture régionale, plutôt que nationale. Les expériences du PMS rendent évident le fait qu'une réalisation systématique sur le plan national s'avère extrêmement difficile.
- œ# Une variante au niveau du contenu de ce détachement structurel pourrait consister à ce que le PMS se concentre à l'avenir sur des tâches de sensibilisation des institutions et, par la même occasion, à ses nouvelles activités centrales. Ce scénario répond à une réorientation avec l'accent placé sur les champs d'activité 2 et 3⁴⁹ qui sont décrits dans le chapitre „Activités et approches“. Cela n'est pas seulement compatible avec la stratégie future de la Confédération

⁴⁹ 2. Organisation de conférences spécialisées, modules de formation pour les médiateurs interculturels, activités de consultation pour des organisations publiques ou d'intérêt général etc. 3. Sensibilisation des institutions et de groupes professionnels dans le domaine de la santé sur les besoins spécifiques des migrants, travail en réseau sous la régie des autorités fédérales (voir p.ex. INTERNETZ).

dans le domaine „migration et santé“, mais aussi avec les compétences que les experts du PMS ont partiellement développé ces dernières années. D'un point de vue organisationnel, cette variante suppose un établissement similaire à celui de la première variante. En outre, des synergies avec les activités des oeuvres d'entraide seraient bien plus faciles à produire.

¶# Enfin, il reste la possibilité d'établir différents projets au sein du PMS où ils seraient efficaces ou devraient le devenir, c'est-à-dire dans des organisations ou des institutions cantonales ou locales. Cela revient toutefois à une solution décentralisée qui signifierait *de facto* la dissolution du PMS existant. L'avantage serait ici l'ancrage des expériences cumulées des experts isolés dans un contexte institutionnel. Les possibilités et les conditions préalables d'un agencement régional ou local devraient être systématiquement clarifiées ce qui n'a malheureusement pas été possible dans cette étude. L'inconvénient de ce modèle intégratif radical serait la perte de „mémoire“ que représente le PMS. Pour compenser cette perte, une association nationale pourrait être créée qui s'organise davantage dans le sens d'une communauté d'intérêt des médiateurs interculturels et qui pourrait alors aussi se prêter à un partenariat avec la Confédération sur des questions spécifiques qui relèvent des catégories professionnelles (à créer) des médiateurs interculturels.

La transition ne peut en tout état de cause être judicieusement configurée que si des visées précises et des processus organisationnels sont définis pour la nouvelle structure et qui aident à surmonter le manque de capacité actuel d'adaptation et de flexibilité. Dans l'ensemble, nous sommes toutefois d'avis que la réorientation de la Confédération dans le cadre de la stratégie formulée, si celle-ci est réellement réalisée, peut mettre suffisamment d'éléments et des ressources à disposition pour laisser à l'OFSP, comme à la Confédération d'une façon générale, sa place d'acteur privilégié dans ce domaine.

Annexe 1

Annexe 1a: Questions générales concernant le travail de médiation du projet migration et santé

- ☞# Qui sont les médiateurs?
- ☞# Quelles activités mènent-ils dans le cadre du Projet Migrants/Migration et santé?
- ☞# Comment leurs activités se sont-elles développées depuis qu'ils travaillent dans le PMS ?
- ☞# Comment voient-ils leurs relations avec le PMS?
- ☞# Quels problèmes et quels succès ont-ils rencontrés dans leur activité?
- ☞# Comment les problèmes et réussites rencontrés ont-ils évolué dans le temps ?
- ☞# Quels sont leurs besoins pour améliorer leur action?
- ☞# Quel développement imaginent-ils pour leurs activités ?

Annexe 1b: Questionnaire pour les entretiens téléphoniques 4 Médiateurs

Légende :

⇓ *Indique une précision pour l'interviewer seulement*

Présentation (lorsque la lettre de présentation n'a pas été envoyée avant) Bonjour, je m'appelle et je travaille au Forum suisse pour l'étude des migrations – institut de recherche rattaché à l'université de Neuchâtel. Nous avons reçu le mandat de l'Office fédéral de la santé public de faire l'évaluation du projet migration et santé de l'OFSP. Dans ce cadre nous avons obtenu vos coordonnées par le coordinateur/rice du projet migration et santé (Monsieur ou Madame ...). En effet, nous prévoyons de contacter par téléphone toutes les personnes ayant participé à la prévention et la promotion de la santé pour leur communauté pour un entretien.

Si vous acceptez de faire cet entretien nous vous assurons que vos réponses resteront confidentielles et seront traitées de manière anonyme. Votre nom ne sera cité en aucun cas. Vous pouvez refuser de répondre à certaines questions si elles vous paraissent indiscrettes. Nous tenons encore à préciser qu'il n'y a pas de mauvaises réponses, car nous voulons connaître votre opinion.

Seriez-vous d'accord de répondre maintenant à quelques questions, cela prendra env. 30 min ? Avez-vous des questions sur ce travail ?

⇓ *Si la personne accepte mais ne peut faire l'entretien tout de suite, fixer avec elle un autre rendez-vous téléphonique.*

I Fiche signalétique

Nom interviewer :		Numéro Identification :
Entretien :	Complet	
	Partiellement complété	
	Refusé	
Date :	Heures :	Durée de l'entretien :

II. Profil de l'interviewé :

⇓ *les différents points de cette partie II. seront complétés à la fin de l'entretien.*

⇓ *Prévenir la personne que pour l'étude nous avons besoins de quelques données personnelles sur son profil démographiques.*

1. Nom et prénom de l'interviewé :

Numéro de téléphone :

2. Lieu de domicile (ville)

3. Sexe: Femme Homme

4. Origine :

Italienne

Portugaise

Espagnole

Turque

Albanaise

Autre, laquelle ?

5. Avez-vous une activité professionnelle actuellement ?

Oui // préciser

Non // préciser Chômage

Assistance

Retraite

Travail au foyer

6. Dernière formation suivie :

7. Depuis quand êtes-vous en Suisse : (année)

8. Permis de séjour :

C

B

Autre, lequel ?

9. Age :

10.Etat civil : Célibataire

Marié avec enfant

Marié sans enfant

Divorcé

Veuf

II. Rôle dans le PMS

11. Avez-vous été actif dans la prévention et la promotion de la santé pour votre communauté ?

Non ⇓ Si non Remercier et demander pourquoi la personne est sur la liste.

Oui

11a. Si oui depuis quand ?(année)

12. Etes-vous toujours actif dans la prévention et la promotion de la santé pour votre communauté ?

Oui

Non ⇓ *Continuer l'interview seulement jusqu'à la question 14 (y compris)*

12a. Si non quand avez-vous cessé vos activités ? (année)

12b. Si non pour quelles raisons avez-vous cessé vos activités ? ⇓ *Plusieurs réponses possibles*

- ÿ · Manque de temps
- ÿ · Activité non rémunérée
- ÿ · Manque d'intérêt
- ÿ · Sujet trop délicat / tabou
- ÿ · Manque de reconnaissance pour ce type d'activité de la part des institutions suisses.
- ÿ · Manque de reconnaissance pour ce type d'activité de la part de ma communauté.
- ÿ · Autres raisons (préciser)

13. Dans le cadre de vos activités pour le PMS que faites-vous / faisiez-vous exactement : ⇓ *Plusieurs réponses possibles*

- ÿ · Mener et présenter des séances d'information et de prévention de manière autonome
- ÿ · Accompagnement d'un expert lors des séances
- ÿ · Organiser des séances d'information et de prévention
- ÿ · Organiser des contacts pour le coordinateur du PMS
- ÿ · Répondre à des permanences téléphoniques
- ÿ · Traduction écrite de brochure

- ÿ · Interprétariat
- ÿ · Conseils
- ÿ · Autres activités, Lesquelles ?

Résumé des activités

14. Est-ce que vos activités pour le PMS font / faisaient partie du cahier des charges de votre activité professionnelle ?

- ÿ · Non
- ÿ · Oui // Si oui (préciser pour quelle organisation et fonction dans cette organisation)

15 Est-ce que vos activités pour le PMS s'inscrivent / s'inscrivaient dans des activités au sein d'une ou plusieurs autres associations ?

- ÿ · Non
- ÿ · Oui Si oui (préciser pour quelle(s) association(s))

III. Activité dans la prévention et la promotion de la santé au sein de la communauté (suite)

16 Dans le cadre de ces activités pour le PMS sur quels **thèmes** avez-vous /aviez-vous travaillé ? // *Plusieurs réponses possibles*

- ÿ · Sida
- ÿ · Drogues
- ÿ · Tabac
- ÿ · Alcool
- ÿ · Alimentation
- ÿ · Conception
- ÿ · Sexualité
- ÿ · Autre (préciser)

16a. Est-ce que ces thèmes ont changé depuis que vous travaillez pour le PMS?

- ÿ · Non
- ÿ · Oui Si oui // préciser

16b. Pensez-vous que les thèmes actuellement traité correspondent dans la réalité aux besoins de la communauté?

ÿ· Oui

ÿ· Non Si non: quels sont à votre avis les problèmes de santé les plus importants de la communauté avec laquelle vous êtes en contact?

1)

2)

3)

17 **Auprès de qui** exercez-vous dans la majorité des cas ces activités ?

a) Enfants, jeunes, adultes, retraités ? Enfants

ÿ· Adolescents

ÿ· Adultes

ÿ· Retraités

b) Plutôt des hommes, des femmes ou mixte?

ÿ· Hommes

ÿ· Femmes

ÿ· Mixte

c) Exclusivement dans votre communauté

ÿ· Oui

ÿ· Non Si non dans quelle(s) autre(s) communauté(s) ?

d) S'agit-il de personnes

Arrivées récemment en Suisse (moins de 5 ans)

ÿ· En Suisse depuis un certain temps (plus de 5 ans)

ÿ· Les deux

18 Dans quel cadre exercez-vous dans la majorité des cas ces activités ? ↯ *Max trois réponses*

ÿ· Rue

ÿ· Ecole

ÿ· Eglise/Mosquée/Temple

ÿ· A votre domicile

ÿ· Lors de fêtes (populaire, culturelles)

ÿ· Clubs de la communauté

- ÿ· Bars, discos
- ÿ· Milieu sportif
- ÿ· Votre lieu de travail (préciser)
- ÿ· Lieu de travail des personnes concernées
- ÿ· Hôpital
- ÿ· Au domicile des personnes concernées
- ÿ· Autres (préciser)

19 Quelle est la fréquence de vos interventions de contact avec ces personnes ?

Par semaine :

Par mois :

Par année :

20 Quel pourcentage de travail représentent ces activités pour le PMS ? (100% = 8 heures par jour)

Par année : %

21 Pour combien de personnes en tout par année ces interventions ont-elles été adressées ?

22 Ces interventions ont-elles été faites le plus souvent avec : ↯ *une seule réponse*

- ÿ· De grands groupes (plus de 10 personnes)
- ÿ· De petits groupes (moins de 10 personnes)
- ÿ· Individuellement

23. Dans le cadre de vos activités pour le PMS quelles sont les institutions avec lesquelles vous avez collaboré le plus souvent ? (mentionner les trois plus importantes)

ÿ· Aucune collaboration

ÿ·

ÿ·

24. Utilisez-vous le matériel de prévention mis à disposition par le projet migration et santé ? (ce matériel peut ne pas avoir été fait par le PMS)

ÿ· Non 24a. Si non pour quelles raisons ?

ÿ· Oui 25b Si oui quel matériel utilisez-vous ?

ÿ· Brochure

ÿ· Casette audio

ÿ· Casette vidéo

- ÿ· Préservatif
- ÿ· Affiche
- ÿ· Autre (préciser)

24.c Dans quelle langue avez-vous le plus souvent besoin de matériel ?

25. Comment trouvez-vous les réactions des personnes touchées ?

- ÿ· Plutôt positives ↓↓ *Préciser:*
- ÿ· Plutôt négatives ↓↓ *Préciser:*
- ÿ· Plutôt indifférentes ↓↓ *Préciser*

26. Selon vous quels sont les aspects les plus positifs de vos activités au sein du PMS et du PMS ?

-activité au PMS :

-PMS :

27. . Quels sont les principaux problèmes que vous avez rencontré ? du PMS ?

-activité au PMS :

-PMS :

28. A votre avis qu'est-ce qui pourrait être changé en vue de rendre ces activités plus efficaces ? PMS ?

-activité au PMS :

-PMS :

IV. Recrutement et formation

Comment s'est effectué le premier contact avec le projet Migration et santé

- ÿ· Prise de contact par un coordinateur du projet
- ÿ· Prise de contact par un ami
- ÿ· Prise de contact par mon employeur
- ÿ· Prise de contact par moi-même
- ÿ· Autres (préciser) :

29. Avez-vous reçu une formation depuis le début de ces activités ?

- ÿ· Oui
- ÿ· Non

30. Si non pour quelles raisons ?

- ÿ· Manque de temps
- ÿ· Formation non payée
- ÿ· Manque d'intérêt
- ÿ· Assez de connaissances
- ÿ· Manque de reconnaissance de cette formation
- ÿ· Autres raisons (précisez)

⇓ *Passer à la question n° 46*

31. Si oui En quelle année?

⇓ *Combien de temps après le début de l'activité*

32. Quelle formation avez-vous reçue ?

- ÿ· Cours
- ÿ· Travail direct avec quelqu'un du projet
- ÿ· Autres (préciser)

34 Quel est le nom de cette formation ?

35. Qui a payé cette formation?

- ÿ· Vous-même
- ÿ· Le PMS
- ÿ· Autre?

36. Par quelle organisation a été donné cette formation ?

37. Combien de temps a-t-elle duré ?

- | | | |
|--------------|--------------|-------------|
| De (mois) 19 | à (mois) 19 | Nb. de jour |
| De (mois) 19 | à (mois) 19 | Nb. de jour |
| De (mois) 19 | à (mois) 200 | Nb. de jour |

38. Comment la formation fut-elle organisée ?

- ÿ· Modules
- ÿ· 1 seul cours
- ÿ· théorie et pratique

39. Avez-vous reçu une attestation à la fin de la formation ?

- ÿ· Oui
- ÿ· Non

40. Avez-vous été évalué à la fin de la formation ?

ÿ · Oui

ÿ · Non

41. A votre avis est-ce que la formation suivie était adéquate au type d'activité que vous faites ?

ÿ · Oui ∩ Préciser:

ÿ · Non

42. La formation a-t-elle été suffisante?

ÿ · Oui ∩ Préciser:

ÿ · Non

42B. Si non: Qu'auriez-vous désirez différemment ?

43. Quels changements pourrait-on faire dans la formation que vous avez suivie afin qu'elle soit plus performante ?

ÿ · Plus de pratique

ÿ · Plus de reconnaissance de la formation

ÿ · Plus centrée sur les thèmes

ÿ · Plus de profs.

ÿ · Autre (préciser)

ÿ · Pas de réponse

44. Pensez-vous qu'il est indispensable de suivre une formation pour ce type d'activité ?

ÿ · Non

ÿ · Oui

44a. Si oui pour quelles raisons ?

45. Seriez-vous prêt à poursuivre une formation ?

ÿ · Oui

ÿ · Non

45a Si non pour quelles raisons ?

ÿ · Manque de temps

ÿ · Formation non payée

ÿ · Manque d'intérêt

- ÿ· Assez de connaissances
- ÿ· Manque de reconnaissance de cette formation
- ÿ· Autres raisons (précisez)

45b. Si oui pour quelles raisons ?

V Encadrement

46 Avez-vous des contacts réguliers avec le coordinateur du PMS de votre communauté ?

- ÿ· Non
- ÿ· Oui

46a Si non Quelle est la dernière fois que vous avez été en contact avec le coordinateur du PMS de votre communauté ? (mois et année)

46b A quelle occasion ?

46c Si oui préciser combien de fois êtes-vous en contact avec lui/elle ?

Par année :

46d Comment s'appelle cette personne ? Quelles sont ses coordonnées ?

46e Par quel mode avez-vous le plus souvent des contacts avec lui/elle ?

- ÿ· Téléphone
- ÿ· E-mail
- ÿ· Séance de groupe
- ÿ· Plate-forme
- ÿ· Rencontre personnelle

47 Etes-vous suffisamment encadré pour ces activités ?

- ÿ· Oui
- ÿ· Non Si non qu'auriez-vous souhaité différemment ?_

48 Lorsque vous avez besoin d'aide pour ces activités à qui vous adressez-vous ?

⇓ *Préciser:Plusieurs réponses possibles*

- ÿ· A personne
- ÿ· A un coordinateur du PMS
- ÿ· A un autre intervenant du projet (médiateur, multiplicateur, promoteur de la santé)

• Autres (préciser)

49. De quoi auriez-vous besoin pour vous aider dans ce travail ?

• De la part du coordinateur du PMS`

• De la part des responsables

• De la part de l'OFSP

50 De quoi auriez-vous besoin pour être indépendant du PMS tout en continuant ces activités ?

VI Rémunération

51 Etes-vous rémunéré pour votre activité au sein du PMS ?

• Non je travaille de manière bénévole

• Oui partiellement √ Préciser: Préciser nb. de %

• Oui entièrement

51a. Si oui: Qui vous rémunère ?

• Votre employeur

• Les institutions auprès de qui vous intervenez

• Le PMS

VII Motivations

52 Quelles sont vos raisons principales pour travailler dans le PMS ?

• Motivation/raison professionnelle √ Préciser:

• Motivation/raison personnelle √ Préciser:

53 Quels avantages (autre que financier) recevez-vous pour votre travail au PMS ?

VIII Communauté

54. Selon vous comment votre rôle est perçu dans votre communauté ou dans celle où vous oeuvrez?

55. A votre avis quels sont les trois problèmes majeurs en matière de santé dans votre communauté et/ou dans les communautés avec lesquelles vous êtes en contact ?

1)

2)

3)

56. Comment votre activité s'est-elle développée au sein du PMS?

57. Comment estimez-vous ce développement?

58. Aimerez-vous ajouter quelque chose ?

⇓ *Remercier*

⇓ *Peut-on vous re-contacter si nous avons besoin d'une précision ?*

⇓ *Pourriez-vous me donner les coordonnées d'un autre médiateur travaillant pour le PMS*

Remarques de l'interviewer sur l'entretien :

1. Brève description de l'entretien (impression, climat, raison de refus)
2. Résumé de la situation de la personne interviewée (activité, engagement, situation professionnelle)
3. Précision pour certaines questions

Annexe 2: Guide d'entretien 4 chargés de prévention (experts PMS)

1. Regard rétrospectif: entrée dans le projet

☞ comment et pourquoi, motivation et background prof. (selon quels critères candidature retenue) etc.

2. conception du rôle et des tâches principales

☞ explicite (stratégies définies par le PMS, originalité), sida, dépendances, pro-mo-santé...

☞ subjectif (sa propre conception); priorités fixées...

☞ particulière selon sa communauté

3. activités principales actuelles (et développement au cours des années)

☞ dans la communauté respective

☞ par rapport aux institutions/système de santé suisse etc.

☞ évolution des activités, étapes importantes dans le développement du programme

4. organisation du travail et aspects administratifs

☞ contrat, taux d'activité

☞ rapports institutionnels avec l'OFSP (stratégies, soutien, contrôle...); ITS; collègues

☞ rapports avec d'autres projets, institutions etc. (autorités pays d'origine, associations...)

☞ rapports avec les médiateurs/facilitateurs (et la communauté)

☞ sélection des médiateurs et projets et priorités

☞ formation, contrats etc.

5. formation des coordinateurs, supervision, intervision...

6. appréciations du programme et de la situation actuelle

☞ forces et faiblesses, difficultés du programme en générale, de la démarche multiplicateurs, de l'organisation

☞ perception et légitimité du PMS dans la communauté

☞ perception par les institutions et le système de santé/social suisse

☞ dans quelle mesure les objectifs sont-ils atteints?

∅# perception de la fonction de médiateur

7. Propositions, souhaits

∅# améliorations possibles

∅# souhaits, craintes etc.

DOCUMENTS: liste de médiateurs/multiplicateurs; tableau des activités; matériel de prévention, autres documents conseillés ...

Annexe 3: Questions aux „spécialistes externes“

- ## Connaissez-vous le Projet migration et santé (PMS) de l'Office fédéral de la santé publique et depuis quand?
- ## Comment et par qui avez-vous connu le PMS?
- ## Savez-vous à quelles communautés le PMS s'adresse?
- ## Quelles sont à votre avis les forces du PMS (veuillez préciser si vous vous référez à des activités particulières ou destinées à des communautés particulières)?
- ## Quelles sont à votre avis les faiblesses du PMS (cf. précision question précédente)?
- ## Quelle est votre appréciation concernant l'évolution du PMS (prière de préciser à quelle période vous faites référence)?
- ## Comment voyez-vous l'avenir du PMS (buts, stratégie, organisation)?
- ## Avez-vous d'autres remarques concernant le PMS, le service Migration de l'OFSP ou la politique dans ce domaine ?

Annexe 4: Politique de la santé et la migration dans le contexte international

En 1986, la première Conférence internationale pour la promotion de la santé, qui s'est tenue à Ottawa, a abouti à l'élaboration d'une Charte visant à promouvoir, d'ici l'an 2000 et au-delà, les conditions d'une « Santé pour tous ». En ce qui concerne les migrants et les minorités ethniques, c'est seulement depuis la dernière décennie que le domaine de la santé est devenu une question centrale, et ce aussi bien pour les acteurs tant politiques que sociaux, que pour la recherche scientifique. Le fait que la première Conférence internationale portant spécifiquement sur la santé des populations migrantes et des minorités ethniques – organisée et soutenue par l'OIM et l'OMS – eût lieu en février 1990, en est un exemple frappant (IOM 2000). La conférence s'intitulait „Migration Medicine Seminar“. Depuis, d'importants changements sont intervenus. Non seulement dans le fait de considérer la santé des migrants et des minorités ethniques comme un domaine important, mais également dans le sens d'une redéfinition de la façon d'approcher les problèmes sanitaires des populations migrantes. Ces changements étaient déjà visibles dans la deuxième Conférence internationale, en 1992. Avec la dénomination „Migration and Health“, la Conférence montrait l'orientation dans l'approche de la santé des migrants et des minorités ethniques vers une „Salutogenese“, c'est-à-dire en insistant sur les facteurs qui contribuent à maintenir ou redécouvrir la santé chez l'être humain⁵⁰.

En ce sens, le changement fondamental a donc été celui d'approcher la santé des personnes migrantes – comme d'ailleurs celle de la population en général – en termes de „Gesundheit“ (Health) et non plus uniquement en termes de maladies dans le sens de „Diseases“, c'est-à-dire selon des paramètres strictement biomédicaux. Ceci a permis d'aller au-delà des diagnostics et des gestions de la santé classiques en approchant et en appréhendant cette dernière en termes plus globaux ou holistiques, notamment à travers l'approche du contexte et des spécificités sociales et culturelles (Illness, Sickness). Une compréhension et une intervention plus adaptées et efficaces ont ainsi été possibles. Parallèlement, le fait qu'au cours des dix dernières années le nombre de populations et individus entreprenant un processus migratoire ait augmenté et que les déterminants et les conditions de ces mouvements aient changées, a également contribué à montrer aux professionnels de la santé, ainsi qu'aux acteurs scientifiques et politiques, la nécessité d'une meilleure compréhension des questions liées à la santé des populations migrantes (IOM 2000).

Une prise de conscience particulière par rapport à l'importance du phénomène migratoire a eu lieu dans le contexte de la prévention du VIH/sida. Dans ce domaine, on s'aperçoit que les facteurs de risque d'entrer en contact avec le virus suite au processus migratoire, sont multiples. Parmi ces facteurs, nous pouvons mentionner le mouve-

⁵⁰ Voir: www.promotiondelasante.ch/fr/ges/con_ges_glo.asp.

ment d'une zone où le VIH/sida est peu connu vers une autre où le risque d'entrer en contact avec le virus est plus élevé. La séparation d'avec le partenaire habituel, la solitude et les conditions d'anonymat peuvent amener à assumer des comportements à risque. Le bouleversement des styles de vie, des normes et des habitudes, engendré par un environnement nouveau à quoi s'ajoutent souvent la misère et l'extrême pauvreté auxquelles font face les migrants, peu être à son tour, de part la vulnérabilité engendrée, un facteur de risque. De façon générale, les migrants se retrouvent dans des situations où d'autres questions que celle du sida leur paraissent prioritaires, comme par exemple le logement, l'emploi, le statut légal. Les femmes et les travailleurs/euses de l'industrie du sexe représentent une population particulièrement vulnérable aux risques du VIH/sida, en raison des conditions de travail, sans protection ou alors insuffisante, et d'exploitation qui caractérisent leur condition (Haour-Knipe 2000). Dès lors, en ce qui concerne la prévention et la lutte contre le VIH/sida, les projets et les programmes existants semblent viser – bien que beaucoup d'efforts restent à faire - à une sensibilité culturelle de plus en plus accrue permettant de mieux atteindre la diversité des situations et des populations cibles. Ainsi donc, l'isolement socioculturel et les conditions de vie souvent précaires auxquelles s'ajoutent l'insuffisance à la fois des informations sociosanitaires, et de l'accès aux soins, montrent l'importance et l'opportunité de programmes sensibles à la diversité des situations des différentes communautés de migrants et des minorités ethniques. Il nous semble encore utile de souligner le fait que la question du sida et de sa prévention ont servi de moteur au développement de programmes s'articulant autour de la question de la sensibilité sociale et culturelle et s'adressant aux migrants et aux minorités ethniques.

Pour situer le „Programm Migration und Gesundheit“ (PMS) dans le contexte international relatif au domaine de la prévention contre le VIH/sida, nous présenterons quelques exemples de projets similaires mis en place dans d'autres pays. Néanmoins, bien que des projets semblables aient été développés dans différents pays du monde, comme par exemple au Canada et aux Etats-Unis, ainsi qu'en Israël, Inde ou en Afrique du Sud, nous ferons référence spécifiquement au contexte de l'Europe. Tout d'abord, il nous semble utile de rappeler brièvement quelques caractéristiques de l'approche communautaire en matière de santé, approche qui vise la sensibilité aux nécessités sociales et culturelles mentionnée plus haut et dans laquelle s'insèrent les exemples de projets que nous allons présenter plus bas.

Community Health

L'idée de promotion de la santé développée dans la Charte d'Ottawa et qui vise à favoriser et permettre un processus conférant aux populations «les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci » (Clech 1996: 87), se fonde, entre autre, sur cette sensibilité envers la spécificité culturelle. En effet, parmi ses principes fondateurs, la Charte évoque la nécessité de renforcer l'*action communautaire*]

„La promotion de la santé procède de la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration des stratégies de planification, pour atteindre un meilleur niveau de santé“ (Clech 1996: 89).

De façon générale, parmi les programmes nationaux et régionaux de prévention contre le VIH/sida, plusieurs types d'approches et types d'activités peuvent être distingués. Dans la direction évoquée par la Charte d'Ottawa, nous nous référons aux programmes reposant sur l'engagement et la mobilisation active des communautés visées, programmes également appelés „community-based“. En ce sens, l'approche communautaire de la santé comprend toujours une démarche participative apte à contribuer de façon significative à la promotion de la santé et à répondre de manière appropriée aux besoins d'une population⁵¹. De manière générale, il faut mentionner que les programmes de santé communautaires sont apparus comme un potentiel utile à la santé publique en matière de prévention et promotion de la santé à partir des années '70 (Brownson et al. 1999: 7). De tels programmes ne se sont pas développés spécifiquement en fonction des communautés de migrants, mais ils s'adressaient à tout type de communauté ou groupe social qui peut être défini comme tel (par exemple, les toxicomanes, les prostituées). Le Canada et la Suède, par exemple, ont développé beaucoup d'efforts dans la mise en pratique de programmes en ce sens (voir par exemple, le projet "The Healthy Cities/Healthy Communities" au Canada). De même, l'apparition de ces programmes dans le domaine de la santé a commencé avec la prévention des maladies cardio-vasculaires (par exemple, aux Etats-Unis et en Suède) et non pas directement avec celle du VIH/sida.

En ce qui concerne plus particulièrement la prévention du VIH/sida s'adressant spécifiquement aux migrants et aux minorités ethniques, les programmes de prévention community-based ont vu leur développement surtout à partir des années '90 (Haour-Knipe 2000). L'approche communautaire inspirée des programmes communautaires visant tout type de communauté ou de groupe social et adaptée au contexte et aux nécessités des migrants, au-delà d'une meilleure transmission de l'information, a permis d'atteindre les communautés et les secteurs les plus marginalisés. En plus, tant pour les migrants que pour la population en général, une telle approche comprend une dimension *d'empowerment*. C'est-à-dire, qu'elle implique "un processus qui permet aux gens d'acquérir un meilleur contrôle des actions et des décisions qui influent sur leur santé"⁵². Parmi les programmes communautaires s'adressant aux migrants, il est possible de distinguer - sur la base d'expériences européennes - divers modes d'activité préventive en matière de VIH/sida. Des programmes dirigés vers l'individu [ex. hotlines conçues pour minorités ethniques], des programmes dirigés vers des groupes (ex. formation de membres de communautés ethniques comme éducateurs et/ou promoteurs de santé ou médiateurs culturels), et encore des programmes utilisant les médias (ex. radios, transmissions télé ou journaux développés par et/ou pour des minorités ethniques) (van Duifhuizen, 1996). Dans ce chapitre, notre attention se porte principalement sur les programmes dirigés vers de groupes.

Le cas du PMS, mis en place en 1991 par l'Office Fédéral de la Santé Publique, visait, au début, la prévention du VIH/sida et des comportements de dépendance au

51 Voir: www.remisys-ressy.org/faq/reseau.htm

52 Voir: www.promotiondelasante.ch/fr/ges/con_ges_glo.asp

sein des communautés étrangères vivant en Suisse. Ce projet représente, en ce sens, un exemple d'approche dirigé vers des groupes et engageant activement les communautés, et ce, plus particulièrement, à travers le travail de „interkulturelle Vermittlung“⁵³. Ce mode d'action préventive, outre représentant une des caractéristiques principales du PMS, se révèle également être une pièce fondamentale dans les approches communautaires de la santé. Dans le PMS, deux types de médiateurs sont recrutés. Premièrement, des membres d'une communauté qui bénéficient d'une formation sanitaire, socio-sanitaire ou médicale. Deuxièmement, des personnes sans formation spécifique préalable, mais qui présentent un intérêt pour le travail de prévention au sein de la communauté et acquièrent les connaissances et les savoirs nécessaires au fur et à mesure et par le travail direct sur le terrain (Haour-Knipe et al. 1999: 51). Le PMS, dans son approche communautaire, s'inscrit donc dans la direction évoquée par la Charte d'Ottawa du fait qu'il pose les conditions pour une participation «effective et concrète» des communautés. En effet, les trois stratégies principales régissant le PMS sont «l'implication des communautés dans l'élaboration et la réalisation des projets, la promotion de l'accessibilité des services suisses et de leur collaboration avec les migrant(e)s, et la collaboration avec les pays d'origine de migrant(e)s» (Zobel 2000: 10; Burgi et al. 1997).

Un bref regard sur le contexte international, nous permettra de mieux comprendre la portée du modèle suisse de prévention et de promotion de la santé auprès des migrants.

Exemples de projets dans le contexte européen

De manière générale, pour ce qui concerne la situation en Europe, les programmes de prévention du VIH/sida pour les migrants se sont développés d'abord dans les pays du centre et du nord de l'Europe, comme par exemple l'Angleterre et les Pays-Bas. Les pays au sud de l'Europe, qui étaient jusqu'à une date récente pays d'émigration, ont développé des programmes quelques années plus tard. Dans les pays de l'est de l'Europe, les activités allant dans la direction évoquée restent en bonne partie à entreprendre (Haour-Knipe 2000). En ce qui concerne les politiques et les pratiques gouvernementales des pays de l'Europe concernant la santé des immigrés et des réfugiés, le rapport sur les conditions sanitaires des migrants et des réfugiés en Europe édité le 9 février 2000 par l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe⁵⁴ est très clair:

„Dans la perspective spécifique de la santé, peu de pays ont jugé bon d'assurer aux migrants le type de services socialement et culturellement adaptés dont ils ont besoin et, dans

⁵³ A titre informatif, il existe une typologie des approches de programmes ayant recours à des médiateurs dans le domaine du VIH/sida: l'approche pédagogique, l'approche de proximité, l'approche diffusionnelle et l'approche fondée sur la mobilisation communautaire grâce à l'appui des pairs (Haour-Knipe et al. 1999)

⁵⁴ Tiré de : <http://stars.coe.fr/doc/doc00/FDOC8650.HTM>; consulter le site pour plus d'informations.

de nombreuses régions d'Europe, il existe des migrants qui tombent en dehors du champ d'action des services sanitaires et sociaux existants" (<http://stars.coe.fr/doc/doc00/FDOC-8650.HTM>).

Et quelques lignes plus en bas:

„Il existe également partout un besoin urgent de faire participer les migrants aux services sanitaires nationaux et locaux généraux ainsi qu'aux programmes de prévention des maladies" (<http://stars.coe.fr/doc/doc00/FDOC8650.HTM>).

Au-delà des questions relatives à l'efficacité de certains services, nous pouvons mentionner le fait que le développement de projets spécifiquement adressés aux migrants et aux minorités ethniques ainsi que les pressions exercées par les organisations non-gouvernementales et celles de migrants, ont contribué à la mise en place de services institutionnels à l'encontre des besoins spécifiques des populations migrantes en matière de santé et d'aide sociale. En Suisse, l'exemple de services, allant dans ce sens, est représenté par le « Dienst Migration » de l'OFSP. Des services semblables existent, par exemple, aux Pays-Bas et en Angleterre. Il nous semble important de souligner l'effort considérable fourni par des organisations non-gouvernementales et des organisations de migrants dans le développement et la mise en pratique de programmes communautaires de prévention du VIH/sida.

Dans les pays en voie de développement, outre les efforts des organisations non-gouvernementales locales et occidentales, il existe des projets de prévention du VIH/sida concernant les populations migrantes développés avec la collaboration de différents organismes internationaux et organisations des Nations Unies (ONUSIDA, WHO, IOM, PNUD, etc.) et s'insérant dans des programmes globaux de promotion de la santé et de lutte contre le sida (par exemple, en Afrique⁵⁵ et en Asie du Sud⁵⁶).

Dans la partie qui suit, nous présenterons quelques exemples de projets communautaires de prévention du VIH/sida concernant les populations étrangère ou mobiles en Europe. Notre critère de choix a été celui d'une action préventive par le travail de médiateurs culturels et de pairs éducateurs. Néanmoins, nous tenons à préciser qu'il ne s'agit pas d'un recensement exhaustif et systématique. Egalement, en raison du peu d'informations trouvées nous nous bornerons à présenter uniquement les programmes et les projets le mieux documentés. A ce sujet, bien que quelques efforts dans cette direction aient été faits (voir Haour-Knipe et al. 1999), il manque – à notre avis – des études qui recensent et systématisent de façon exhaustive et au niveau international les différents programmes et projets de prévention du VIH/sida faisant recours à des médiateurs culturels ou à des pairs éducateurs auprès de migrant(e)s.

⁵⁵ Pour plus d'informations, consulter le site : www.unaids.org

⁵⁶ Pour plus d'informations, consulter le site : www.hiv-development.org/

Projet „TAMPEP“

Le projet TAMPEP (The Transnational AIDS/STD Prevention among Migrant Prostitutes in Europe Project) fut créé en 1993 aux Pays Bas, en Allemagne, en Italie et dans un deuxième temps en Autriche, sous la responsabilité et la coordination de quatre organisations (Mr A de Graaf Stichting pour les Pays-bas, Amnesty for Women pour l'Allemagne, le Comitato per i Diritti Civili delle Prostitute pour l'Italie et Lateinamerikanische Exilierte Frauen in Osterreich pour l'Autriche). Les sources de financement du projet sont la Commission Européenne d'une part, ainsi que divers cofinancements au niveau national d'autre part. Parmi ces derniers, les bailleurs de fonds sont par exemple les ministères de la santé publique ou/et des affaires sociales, les organes régionaux ou locaux ou encore les associations nationales oeuvrant dans le domaine du sida. Les interventions et les activités du projet affectent 23 groupes de femmes et transsexuels immigrés et travaillant dans l'industrie du sexe. Leurs pays d'origine sont l'Afrique, l'Europe de l'Est, L'Amérique latine et le sud-est de l'Asie. La caractéristique stratégique et méthodologique du projet est fondée sur le travail avec des médiateurs culturels et avec des pairs éducateurs (peer educators/supporters). Les médiateurs culturels sont des professionnels du champ et possèdent les mêmes caractéristiques ethniques et/ou culturelles que les groupes cibles. Les pairs éducateurs, par contre, sont recrutés parmi les travailleurs/euses dans l'industrie du sexe. Leur fonction consiste à promouvoir et faciliter l'adoption de comportements sains, ainsi que de participer à la création de matériel pour la prévention adapté aux caractéristiques et aux besoins spécifiques des groupes visés. Souvent ils/elles représentent des «leaders» de leur groupe d'appartenance et se caractérisent par des connaissances sanitaires de base, par des capacités éducatives et communicatives accrues, ainsi que par un haut degré de motivation et d'ambition. Ils/elles participent aux processus d'analyse et d'évaluation des activités et interventions. La sélection, la formation et le suivi des pairs éducateurs/trices prend généralement de deux à trois mois. La formation inclut des séminaires, des workshops et d'autres activités visant l'empowerment des travailleurs/euses de l'industrie du sexe pour un environnement permettant le développement de comportements plus sûrs et plus sains vis-à-vis du VIH/sida et de la santé en général. Un petit budget leur est fourni ainsi qu'un certificat attestant leur participation et engagement au cours⁵⁷ (Brussa 1996: 193-206).

Le projet européen « "AIDS & Mobility" »

Le projet européen "AIDS & Mobility" a été mis sur pied en 1989 à l'occasion d'un séminaire organisé par L'Organisation Mondiale de la santé (OMS) et portant sur les populations qui échappent aux structures présentes dans le domaine de la prévention. L'objectif du projet visait l'élaboration d'une stratégie capable de prendre en compte les nécessités spécifiques des populations mobiles (ex. migrants, prostitué(e)s, touristes sexuels et de la drogue). Suite à une première phase de formulation et de repérage des groupes cibles, le projet est ainsi entré dans une phase pratique dès 1992. Il poursuit trois buts: permettre la prise de conscience des besoins spécifiques des popu-

⁵⁷ Tiré de : www.kit.nl/ibd/exchange/html/1998_4_europe.htm

lations mobiles, collaborer au soutien de la coopération européenne pour l'élaboration d'interventions adéquates et créer un réseau de liens entre les services officiels, les organismes privés qui s'occupent des différentes communautés et les migrants affectés ou confrontés aux questions relatives au sida. En ce sens, „Aids & Mobility“ constitue un véritable réseau de coordination et d'informations (Network). Le projet adopte et prône également l'approche d'une participation et d'une mobilisation communautaire dans le soutien et la prévention du VIH/sida. Ainsi, par exemple, à partir de '97 en collaboration avec la Commission Européenne, le projet a créé des programmes de formation spécifiques pour les femmes africaines migrantes et pour les intervenants sur le terrain de prostituées étrangères. Un autre exemple est représenté par la réunion annuelle du projet, « Migrants Meeting », dont une édition a été organisée et financée par le « Projet Migrants » de l'Office Fédéral de la Santé Publique. Enfin, le financement du projet « AIDS & Mobility » se fait au travers du soutien de la Commission européenne, du gouvernement des Pays-Bas, du Fonds néerlandais « Sida » et également à travers le programme des Nations Unies « UNAIDS ». ⁵⁸ (Haour-Knipe et al. 1999 : 37; Narimani et al. 1996).

« The NAZ Project » (Angleterre)

« The Naz Project » a été créé et mis en place en 1991 à Londres par un groupe de personnes originaires de l'Asie du Sud confrontées à la maladie du sida, ou affectées par elle. Le projet s'est développé en réponse aux besoins spécifiques exprimés par des membres des communautés d'Asie du Sud, turques, arabes et iraniennes, réclamant des services de soins adaptés à leurs particularités culturelles, religieuses et linguistiques en matière de VIH/sida. Aujourd'hui, il bénéficie, en partie, de fonds provenant du gouvernement. Les principaux objectifs du projet sont les suivants : l'éducation et la prise de conscience dans et par les communautés spécifiques sur les thèmes et les problématiques liés au VIH/sida et aux maladies sexuellement transmissibles (MST) ; la prévention et la promotion en matière de santé sexuelle en tenant compte des questions de genre ; le développement d'un système d'aide et de soins pour les personnes affectées par le VIH/sida ; le fonctionnement de services d'aide et de soutien aux «clients». Pour la réalisation de ces buts, la stratégie du projet se base, d'un côté, sur la promotion de services culturellement adaptés dans les services officiels et d'autres organisations travaillant déjà dans le domaine du VIH/sida. D'un autre côté, au travers du recrutement et la formation de membres des différentes communautés en tant que «éducateurs informels» (informal peer educators) organisant des activités de prévention dans et pour leur propre communauté (Haour-Knipe et al. 1999: 37; O'Brien et Khan 1996: 113-14; Migrants 1993: 44-47). Nous retrouvons donc la mobilisation communautaire directe à travers des médiateurs, comme stratégie d'action préventive.

« Positively Irish Action on AIDS » (PIAA) (Angleterre)

Ayant cessé ses activités en '96, la PIAA était une organisation communautaire de bénévoles créée en 1989 à Londres et composée de personnes de la communauté irlan-

⁵⁸ Tiré de : www.aids.ch/f/prevention_target_migrant_2.htm; pour plus d'informations, voir l'adresse web: www.aidsmobility.org/

daise (travailleurs sociaux dans domaines du VIH/sida et des drogues ainsi que des homosexuels). La cause de la cessation de l'organisation fut le renoncement à son financement de la part du gouvernement anglais, motivant un tel choix en raison du fait que la prévalence du VIH n'était plus considérée comme une priorité et que les besoins spécifiques de la communauté irlandaise rentraient en quelque sorte dans l'ordre des services de santé déjà existants (mainstream services). L'organisation avait pu bénéficier d'un support de bénévoles en termes de temps, de management et de collecte de fonds (à travers d'associations de « gay » et lesbiennes, privés et autres). Leur but était celui de promouvoir des activités de prévention, de soutien et de soins pour les membres séropositifs de la même communauté, ainsi que leurs familles et groupes d'amis résidant en Angleterre. En particulier, la PIAA avait développé un service de référence (Referral service) ayant pour but l'identification des populations cibles, l'évaluation et la compréhension de leurs besoins spécifiques et leur soutien au travers de la mise en contact avec les services de référence qui existent dans le secteur. En relation avec la stratégie de médiation culturelle, la particularité de l'approche développée par la PIAA était la suivante : l'évaluation initiale des besoins d'une population cible s'effectuait à travers la participation d'un membre de la communauté en question qui faisait office de médiateur entre le groupe et ses besoins et le personnel du projet. La méthode permettait notamment d'effectuer un travail efficace avec des moyens limités et d'accorder un support aux services déjà existants dans le domaine du VIH/sida et travaillant avec des membres de la communauté irlandaise (Haour-Knipe et al. 1999: 37; O'Brien et Khan 1996: 112-13; Migrants 1993: 59-62).

Projet visant les communautés africaines (Angleterre)

En Angleterre et plus particulièrement à Londres, les constats statistiques montrant que les communautés d'origine africaine, principalement des régions sud-sahariennes (République Démocratique du Congo, Malawi, Kenya, Tanzanie, Ouganda et Zimbabwe) sont parmi les groupes les plus affectés par le VIH/sida, ont poussé les autorités londoniennes de la santé publique à adopter des mesures de promotion de la santé et de prévention du VIH/sida. A partir des années '90 plusieurs projets visant des communautés africaines spécifiques ont été développés. Dès 1997, le Département de la Santé a mandaté un organisme - le Enfield and Haringay Health Authority - à promouvoir un programme national de prévention du VIH/sida fonctionnant selon une approche communautaire. Le projet vise l'implication, la mobilisation et la coordination de différentes organisations communautaires, ainsi que de secteurs bénévoles africains au développement de services d'information, de prévention et de soutien pour répondre aux besoins spécifiques des différentes communautés africaines en questions⁵⁹ (Bahl 1999: 67-74).

⁵⁹ Tiré de : www.hda-online.org.uk/nhpis/; consulter l'adresse web pour plus d'informations.

Commentaires intermédiaires sur le PMS dans le contexte international

Les informations disponibles ne permettent malheureusement pas toujours de se faire une idée précise concernant l'organisation et le financement des projets évoqués. Ces exemples nous donnent néanmoins la possibilité de soulever quelques considérations intermédiaires concernant la spécificité du PMS par rapport au contexte européen.

Un premier constat porte sur la *durabilité* du projet. En effet, le PMS fait preuve d'une certaine longévité. Mis en place en 1991 au travers d'une phase pilote, le PMS s'est progressivement développé par l'intermédiaire d'une consolidation institutionnelle et d'un élargissement au niveau des communautés visées. Aujourd'hui, il est toujours actif. Si nous considérons le fait que les populations migrantes - dans les différents pays en général - sont souvent les premières à souffrir de réductions budgétaires, la durabilité du PMS est à cet égard remarquable. Souvent une partie des programmes existants sont en même temps des projets-pilotes. Un manque budgétaire à la fin d'une phase-pilote peut se révéler fatal pour le programme (Haour-Knipe 2000). Mais nous retenons que les aspects budgétaires, bien que fondamentaux, ne sont pas la seule raison qui décide d'un projet.

Dès lors l'*évaluation* est un deuxième élément à prendre en compte. En effet, un suivi continu du projet visant à une amélioration des interventions (par exemple, le PMS a élargi son action du sida à la promotion de la santé en matière de dépendances en général) est aussi à prendre en compte. En effet, l'efficacité et la continuité d'un projet résultent également de sa capacité à être attentif aux changements des besoins et des nécessités de la population visée. En ce sens, le PMS a été systématiquement accompagné de phases d'évaluation. Depuis son début, le PMS a fait l'objet de trois évaluations (quatre avec la présente évaluation), ainsi que de diverses évaluations partielles.

Un autre élément à considérer est la question de la *stigmatisation* et des risques qui l'entourent. En effet, un défi à relever pour les programmes community-based de prévention du VIH/sida est celui d'éviter la stigmatisation de la communauté visée et ce à la fois dans le pays d'accueil, entre les membres de la même communauté, et dans le pays d'origine en cas de retour. Pour faire face à un tel risque, le PMS s'inscrit dans une stratégie préalable de prévention du sida au niveau national. Cela signifie que les migrants représentent un groupe-cible au même titre que d'autres groupes comme par exemple les jeunes, les femmes, etc., afin qu'ils ne soient pas perçus comme spécifiquement visés et stigmatisés. Les difficultés qui peuvent se présenter au niveau de la prévention par rapport à la population autochtone ne sont pas motivées en raison de comportements qui leurs seraient spécifiques et qui les exposeraient davantage aux risques du sida, mais uniquement en raison des différences sociales, culturelles, linguistiques et religieuses qui leurs sont propres. De même, des interventions visant des groupes spécifiques à l'intérieur même d'une communauté, sont adressées aussi à la communauté en général. En plus, le PMS concentre son action préventive non pas sur une, mais sur plusieurs communautés de migrants (italienne, espagnole, portugaise, turque, de l'ancienne Yougoslavie et également d'Amérique latine et d'Afrique). Cela permet d'éviter un risque de "dévalorisation" et de stigmatisation inter-

communautaire. Ainsi, des projets se focalisant spécifiquement sur des communautés ou des groupes de migrants en particulier pourraient ne pas être à l'abri de tels risques. Sans vouloir discréditer ni juger des exemples de projets présentant une telle stratégie "particulariste", il nous semble que le modèle du PMS réunit des conditions intéressantes pour faire face aux défis du risque de stigmatisation. A savoir, l'intégration de la prévention envers les migrants dans une politique de prévention globale adressée à toute la population nationale, et une prise en compte multiple des différentes communautés étrangères. Dès lors, parmi d'autres projets dans d'autres pays, le modèle du PMS peut être ainsi considéré comme un exemple en matière d'évitement des questions de stigmatisation (Haour-Knipe 2000).

En guise de conclusion et sans avoir voulu faire une analyse systématique et exhaustive des différences entre les divers projets européens de prévention du VIH/sida envers les migrants – ce qui nécessiterait une étude spécifique et approfondie – nous avons présenté quelques éléments permettant d'affirmer que le PMS peut être considéré comme un projet d'une certaine unicité par rapport au contexte évoqué. Et ce, en raison de son champ d'action pluri-communautaire et attentif aux risques de stigmatisation ainsi que de son caractère durable.

Annexe 5: Bref rappel des résultats majeurs de l'évaluation de 1996 4 période 1994-1995 : partie médiateurs

Les descriptions suivantes résument les caractéristiques du travail avec les médiateurs du PMS dans la période 1994 à 95 et sont tirées de l'étude de Haour-Knipe et Fleury (1996). Nous en mettons en évidence les résultats majeurs pour en déduire des éléments comparatifs dans le temps, voir des appréciations sur la situation actuelle.

Activités des médiateurs

L'évaluation recense cinqu catégories d'activités principales :

- ⌘# Les actions « Tout public » visant des personnes de l'ensemble de la communauté : séances, conférences d'information ou de formation organisées dans les associations des communautés, lors de fêtes, émission de télévision ou article etc.
- ⌘# Les actions pour « groupe d'intérêt » visant des personnes réunies par des activités ou des préoccupations communes.
- ⌘# Les permanences téléphoniques pour un conseil et un contact anonyme.
- ⌘# Les activités individuelles des médiateurs sur leur lieu de travail, dans des hôpitaux, à domicile.
- ⌘# Les activités de prévention et de conseil personnalisé.

L'implication et le temps consacré aux activités de prévention varient. Les médiateurs les plus actifs mènent parallèlement plusieurs types d'actions. Seuls 6 médiateurs sur 81 ont indiqué qu'ils font aussi de l'accompagnement de personnes malades du sida.

L'étude conclut sur l'hétérogénéité entre les différentes activités, ainsi que par rapport aux stades d'activité dans la prévention (variant entre une personne en cours de préparation et une personne complètement autonome).

Interventions des médiateurs

A l'époque de l'étude, les médiateurs turcs et espagnols sont dans la phase d'« information de base », mais s'adressent à des groupes ciblés (2^{ème} génération, toxicomanes, différenciation de l'information selon le genre). Les médiateurs portugais sont encore dans la phase tout public. VIH/Aids ist zwar das Hauptthema der Interventionen, wird aber in der Evaluationsphase immer mehr ergänzt durch gemeinschaftsspezifische gesundheitliche Themen. Le nombre total de personnes touchées par la prévention des médiateurs entre 94 et 95 est proche entre les trois communautés (env. 6000 personnes touchées par communauté).

Compensation des médiateurs

Les pratiques de remboursement ne sont pas standardisées et aucune ligne directrice n'a été établit par rapport à la rémunération des personnes. La question du bénévolat reste non définie. Selon cette étude, le PMS devrait être plus clair à cet égard, transmettre ses principes aux médiateurs afin d'éviter de faux espoirs de rémunérations ou d'obtention d'une activité substantielle.

Reclutement des médiateurs

Eine grosse Diversität in den Rekrutierungspraktiken in bezug auf die interkulturellen VermittlerInnen wird in der Studie festgestellt : selon des réseaux différents (formel ou informel) et par rapport à la stratégie de travail particulière de chaque expert. Les médiateurs portugais sont généralement recrutés par séance d'information et les médiateurs espagnols et turcs par un ami.

L'étude note une instabilité du pool des médiateurs qui oblige les experts du PMS à recruter de nouvelles personnes régulièrement.

Formation des médiateurs à l'intérieur du PMS

L'étude distingue trois types principaux de préparation des médiateurs:

- ## Participation à des cours mis en place par le PMS ou d'autres organismes.
- ## Formation par travail direct à des activités de prévention.
- ## Auto-formation par des lectures personnelles.

La moitié des médiateurs a suivi des cours du PMS. Ce type de formation est le plus fréquent et répond donc, d'après les auteurs, à un réel besoin. Selon les entretiens, les médiateurs plus actifs sont généralement satisfaits de leur niveau de formation. Les médiateurs moins actifs réclament une formation complémentaire.

L'étude recommande de former les médiateurs sur la base d'une formation continue et modulaire adaptée aux besoins des différents types de médiateurs selon leur stade d'implication. Elle préconise une formation à la fois intraculturelle, donnée dans la langue des médiateurs et une formation pouvant être interculturelle.

Accompagnement des médiateurs

Un cadre formel de supervision n'a pas été établi pour l'ensemble du projet toutefois certains projets ont bénéficié d'une supervision de la part des experts. Les résultats de l'étude mettent en évidence les difficultés suivantes:

- ## Les médiateurs demandent plus de suivi car ils ont un sentiment d'isolement
- ## Sentiment de manque de reconnaissance
- ## Difficulté pour les experts d'à la fois stimuler les médiateurs et de viser en même temps leur autonomie au niveau individuel et régional

⌘# Dissémination géographique rend difficile le suivi et l'encadrement.

L'étude conseille de mettre en place en vue d'améliorer et de faciliter le suivi des médiateurs:

⌘# Une newsletter, des rencontres entre les différents médiateurs.

⌘# Une formation continue

⌘# La prévention ciblée demande un encadrement plus important des médiateurs notamment au niveau émotionnel

Conclusion générale de l'évaluation de 1996

Selon l'étude auprès de la population générale des communautés, *le développement et l'élargissement 4 thématique et à d'autres communautés 4* du PMS se justifie en raison de son impact positif dans la population: les résultats montrent d'une part une amélioration des connaissances concernant le Sida, de l'utilisation du préservatif et des attitudes envers les personnes séro-positives. D'autre part, une demande et un besoin de prévention par rapport à d'autres problèmes sanitaires ont été relevés aussi bien dans l'enquête auprès des médiateurs que dans celle sur l'impact du PMS auprès de la population générale. L'évaluation recommande ainsi l'élargissement à une promotion plus large de la santé des migrants. Enfin, ce contexte permet aussi d'éviter, selon l'étude, toute stigmatisation des communautés en tant que „Risikogruppe“ et incite donc à s'élargir à des populations d'autres origines qui peuvent désormais considérer cette prévention ciblée comme un droit. Dans ce sens, cette évaluation a aussi mentionné l'importance de l'appartenance des experts du PMS à la communauté dont ils sont chargés⁶⁰.

Par rapport au travail avec les *médiateurs*, les recommandations mettent l'accent sur la nécessité de *mieux encadrer et reconnaître* leur activité et leur fonction. L'étude propose de donner une *formation continue* aux médiateurs. Enfin, il est rappelé que l'objectif est d'amener les médiateurs à être *autonomes* du PMS dans leur travail, par leur *inscription dans des institutions régionales et le développement de projets internes aux communautés*.

Pour conclure, les recommandations sur l'ensemble du PMS soulignent que les experts doivent favoriser aussi les initiatives locales par un partenariat, une *délégation des tâches* et un *travail en réseau*. L'objectif doit *continuer vers des actions ciblées*, mais maintenir également des informations pour la population générale de la communauté. L'étude conclut sur l'importance de « visibiliser » le PMS et d'en faire un *centre de référence* incontournable en matière de santé des migrants sur le VIH/Sida mais aussi sur d'autres thèmes.

⁶⁰ L'étude donne pour preuve l'exemple de la communauté portugaise gérée d'abord par des chargées hispanophones de la prévention et dont les activités ont réellement commencé avec l'arrivée de la l'experte portugaise.

Annexe 6: Membre du groupe de suivi de l'évaluation

- ⌘ PD Dr. Rosita Fibbi, sociologue, Université de Lausanne, IES-Genève.
- ⌘ Dr. Mary Haour-Knipe, sociologue, Institut de médecine sociale et préventive-
Unité d'évaluation des programmes de prévention et IOM-Genève.
- ⌘ Dr. Regula Weiss, médecin psychiatre, Zürich
- ⌘ Charles Landert, évaluateur, Landert, Farago, Davatz & Partner
- ⌘ Dr. Dominique Hausser, médecin et responsable de projet, IREC-Lausanne.

Annexe 7: Limites et problème de l'évaluation

Les résultats que nous avons présentés doivent être relativisés à plusieurs titres. Comme nous l'avons déjà mentionné dans l'introduction, nous n'avons pas pu appréhender l'impact du programme „Migration et santé“ de façon systématique. Vu la durée du programme et les importantes modifications intervenues au cours de ces dix années, il ne serait guère possible non plus de dégager des relations directes entre le programme et, par exemple, les comportements de la population migrante en matière de santé. Le choix de répondre approximativement à la question de l'impact sur la base des estimations des experts (interviews avec des spécialistes externes) permet sans doute de circonscrire des indications importantes, mais nécessiterait des études complémentaires en vue d'une confirmation qui pourraient se révéler problématiques d'un point de vue méthodologique. Et cela en particulier parce qu'il s'est malheureusement avéré que certains des spécialistes externes ne connaissaient le PMS que superficiellement et qu'ils ne pouvaient, ou ne voulaient, se prononcer que sur des *indices très généraux ou bien des aspects partiels*⁶¹. Dans ce sens, il n'a pas été facile de dégager des estimations plus conséquentes. En revanche, les personnes internes interrogées connaissaient naturellement très bien le PMS, mais, en tant que représentants de tel ou tel intérêt, leurs déclarations ne pouvaient revêtir qu'une fonction indicative.

Citons aussi une autre difficulté, à savoir que l'évaluation ne pouvait pas se soustraire aux nombreuses et intenses interactions. Celles-ci ont permis de revoir de part et d'autre les positions pour la définition des perspectives proposées dans ce rapport. Au cours de l'évaluation, le monde ne s'est pas arrêté évidemment et, par conséquent, des modifications structurelles importantes ont eu lieu pendant cette période qui ont paru problématiques du point de vue des évaluateurs du fait qu'ils se sont produits indépendamment des résultats de l'évaluation. Mentionnons l'introduction d'une supervision dans le projet „Migration et santé“, les nouveaux financements du projet (dont des missions très significatives) et les changements du cahier des charges des experts externes (juillet 2000). Ces nouvelles données ont coupé le souffle à certaines de nos remarques et sont vraisemblablement à attribuer au manque de codécision, mais aussi à l'indépendance de l'évaluation vis-à-vis du niveau stratégique de la direction du programme „Migration et santé“.

Finalement, il faut attirer l'attention sur la difficulté d'examiner des documents quant à l'historique du programme „Migration et santé“. Il nous a fallu beaucoup de temps pour retrouver ces documents et bien des données historiques d'avant 1998 n'étaient pas disponibles. Des informations écrites actuelles ne nous ont été accessibles que très fragmentairement ou avec beaucoup de retard, si bien que nous ne saurions dire avec certitude que les documents les plus importants ont vraiment tous été

⁶¹ Nous n'avons par conséquent mentionné les affirmations de nos collègues interviewés que dans la mesure où elles représentaient une tendance majoritaire.

intégrés au dossier. Cela ne relève sûrement pas d'une mauvaise volonté de la part des unités et projets évalués, mais bien plutôt de problèmes d'organisation et d'un manque de vue d'ensemble des acteurs impliqués. D'un point de vue méthodologique, l'absence de quatre mois de la cheffe de projet pendant une phase intensive de l'évaluation ne nous a guère été favorable non plus, ni pour la récolte d'informations, ni pour l'observation du déroulement ordinaire du travail (quelques réunions du PMS ont dû être annulées ou repoussées sans préavis)⁶².

⁶² C'est pourquoi les informations n'ont pas toujours pu être recueillies auprès de toutes les personnes impliquées (direction *et* experts). Qu'il soit rappelé par ailleurs que l'équipe dirigeante n'est en place que depuis un laps de temps relativement court: le chef du service depuis août 1998, la cheffe de projet depuis mars 1999 et la secrétaire responsable depuis 1999/2000.

Table des tableaux

Tableau 1: Choix des médiateurs	22
Tableau 2: Principales bases empiriques de l'évaluation	24
Tableau 3: Activités du projet „Migration et santé“	35
Tableau 4: Les étapes les plus importantes du développement du programme global „Migration et santé“	38
Tableau 5: Ressources humaines du projet global en pourcentage de postes de travail (juillet 2000)	42
Tableau 6: Budget annuel du programme global – état en juillet 2000	44
Tableau 7: Mandats du Service migration jusqu'à présent	47
Tableau 8: Profil idéal et intégration professionnelle des multiplicateurs dans plusieurs domaines de la prévention et de la promotion de la santé	57
Tableau 9: Types de projets (projets des médiateurs 2000-2001)	60

Bibliographie

- Bahl, Veena (1999). "The developpement of a Black and Ethnic Minority Health Policy at the Departement of Health", *Innovation in Social Science research* 6(1): 67-74.
- Brownson, Ross C., Elizabeth A. Baker et Lloyd F. Novick (1999). *Community-based Prevention : Programs that work*. Maryland (USA): Aspen Publication.
- Brussa, Licia (1996). "Transnational AIDS/STD Prevention among Migrant Prostitutes in Europe", in Haour-Knipe, Mary et Richard Rector (éd.), *Crossing Borders: Migration, Ethnicity and AIDS*. London: Taylor & Francis, pp.
- Bundesamt für Gesundheit (2001), *Migration und Gesundheit 4 Strategische Ausrichtung des Bundes – 2001-2005*, Bern.
- Bundesamt für Gesundheit (2001) *Gesamtstrategie Migration und Gesundheit - Strategische Ausrichtung des Bundes – 2002-2006* (in Vorbereitung)
- Burgi, Didier et al. (1992). *Das Migrantenprojekt - Tätigkeitsbericht 1991/1992* Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Burgi, Didier et al. (1995). *Migrantenprojekt - Tätigkeitsbericht 1993-1995* Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Burgi, Didier et al. (1997). *Le projet migrants : rapport intermédiaire 1995-1997 : [prévention du sida et des comportements de dépendance auprès des communautés étrangères en Suisse]*. Berne: Office fédéral de la santé publique.
- Cattacin, Sandro (1999). *The Organisational Normalisation of Unexpected Events: The Case of HIV/AIDS in Perspective* Genève: Working Paper 3/1999 du resop.
- Cattacin, Sandro, Christine Panchaud et Véronique Tattini (1997). *Les politiques de lutte contre le VIH/sida en Europe de l'Ouest. Du risque à la normalisation*. Paris: l'Harmattan.
- Clech, Martine (1996). *Promotion de la sante Actions communautaires en Suisse romande* Zürich: Fondation suisse pour la Santé Radix.
- Domenig, Dagmar et et al. (2000). *Migration und Drogen : Implikationen für eine migrationsspezifische Drogenarbeit am Beispiel Drogenabhängiger italienischer Herkunft : Bericht*. Bern: Institut für Ethnologie, Universität Bern.
- Fleury, François, Haour-Knipe, Mary & Ospina Sofi (1991). *"SIDA / Migration /Prévention* Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
- Fleury, François (1989). *"Les migrants" : rapport final 1988*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
- Fleury, François (1988). *"Les migrants" : rapport final 1988*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.

- Haour-Knipe, Mary (2000). "Migration and HIV/AIDS in Europe", *AIDS Infotheque - Sida Info Doc Suisse* (5): 4-14.
- Haour-Knipe, Mary et François Fleury (1996). *Evaluation du programme de prévention contre le sida auprès des populations étrangères en Suisse : étude 1994-1995*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
- Haour-Knipe, Mary, Giovanna Meystre-Agustoni, Françoise Dubois-Arber, Daniel Kessler et avec la collaboration d'Isabelle Delbos Piot (1999). "*Médiateurs*" et *prévention du VIH/sida* Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive (Raisons de santé, 41).
- IOM (2000). *Migration and Health. Migration Health in the year 2000 – Whither the Future ?* Genève: IOM.
- Läubli-Loud, Marlène (1997). *Leitfaden für die Planung von Projekt- und Programm-evaluation*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Migrants, ethnic minorities and AIDS (1993) (éd.). *Migrants, ethnic minorities and AIDS : first European meeting for the exchange of information : documentation of the meeting, Blossin, May 7-10, 1993*. Frankfurt/Main: Mabuse-Verlag.
- Narimani, Petra, Felix Gallé et Jaime Tovar (1996). "International Networking : Building Migrants' Networks across Europe", in Haour-Knipe, Mary et Richard Rector (éd.), *Crossing Borders : Migration, Ethnicity and AIDS*. London: Taylor & Francis.
- O'Brien, Oonagh et Shivananda Khan (1996). "Stigma and Racism as they Affect Minority Ethnic Communities", in Haour-Knipe, Mary et Richard Rector (éd.), *Crossing Borders: Migration, Ethnicity and AIDS*. London: Taylor & Francis, pp.
- Ronco, Carmen (1999). *Programme global migration et santé de l'OFSP. Mandat d'évaluation* Bern: Office fédéral de la santé publique.
- UNAIDS (2001) *Migration and AIDS*, UNAIDS Best Practices Collections, Geneva.
- Weiss, Regula et Rahel Stuker (1998). *Interprétariat et médiation culturelle dans le système de soins : rapport de base*. Neuchâtel: Forum suisse pour l'étude des migrations.
- Weiss, Regula (2001). *Migration und psychosoziale Gesundheit 4 eine transdisziplinäre Synopsis*, Seismo (in Vorbereitung).
- Zobel, Frank (2001). *Santé et diversité : un guide de l'OFSP pour la promotion de la santé et la prévention avec les migrant(e)s*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.

Synthèse: dans le présent rapport le programme suisse dans le domaine „migration et santé“ est présenté et évalué. Un positionnement international, une reconstruction historique des étapes principales du développement et une évaluation des activités, des approches et du déroulement organisationnel sont au centre de ce texte. Une attention particulière a été portée sur l'analyse de l'approche participative utilisée par le programme pour la prévention.

Auteurs/es: Denise Efionayi-Mäder, sociologue, dipl. DESMAP; Milena Chimienti, sociologue, spécialisée en santé publique; Stefano Losa, sociologue et anthropologue; Sandro Cattacin, politologue et évaluateur.

FSM
SFM

Institut auprès
de l'Université
de Neuchâtel

Institut an
der Universität
Neuenburg

Terreaux 1
CH – 2000 Neuchâtel
Tél. + 41 (0)32 718 39 20
Fax + 41 (0)32 718 39 21
secretariat.fsm@fsm.unine.ch
www.unine.ch/fsm
CCP 20-3686-9