



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la santé publique OFSP

Migration mainstreaming **en matière de santé**

Office fédéral de la santé publique
Programme national « Migration et santé 2008 à 2013 »

Juillet 2008

Impressum:

Editeur: Office fédéral de la santé publique (OFSP), 2008

Direction générale: Thomas Spang, responsable du programme national « Migration et santé 2008-2013 »

Rédaction:

Bülent Kaya, en collaboration avec Denise Efonayi-Mäder, *Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population (SFM), Université de Neuchâtel:*

Avec l'appuis de : Agathe Blaser, Rahel Gall Azmat, Serge Houmard, Kaatje Sprenger, Thomas Spang, Brigit Zuppinger, *Office fédéral de la santé publique (OFSP)*

Table des matières

Résumé	4
Introduction	9
Situation de départ	9
Objectif du mandat	10
1 <i>Migration mainstreaming</i> : concept et dimensions	10
1.1 Concept de <i>mainstreaming</i>	10
1.2 Pourquoi le <i>migration mainstreaming</i> ?	13
1.3 En quoi consiste le <i>migration mainstreaming</i> ?	13
1.4 Relations avec le <i>diversity mainstreaming</i> et la question de l'intersectionnalité	14
1.5 Obstacles s'opposant au <i>migration mainstreaming</i>	18
1.6 Conditions préalables au <i>migration mainstreaming</i>	19
2 Implantation du <i>migration mainstreaming</i>	20
2.1 Méthode	20
2.2 Ancrage institutionnel du <i>migration mainstreaming</i>	21
2.3 Implantation du <i>migration mainstreaming</i> dans les programmes	24
2.4 Implantation du <i>migration mainstreaming</i> dans les projets	26
2.5 Instruments de <i>mainstreaming</i>	27
3 Remarques conclusives	31
4 Bibliographie	33
Annexe I : résultats escomptés du <i>migration mainstreaming</i> de la stratégie Migration et santé	35

Résumé

Terminologie

Le terme anglais de *mainstreaming* est habituellement traduit par « intégration ». On se réfère ainsi à une approche intégrée et compréhensive dans le dessein de tendre vers l'égalité des chances, dans un domaine donné, ou au sein de la société en général. Cela signifie qu'un certain mode de pensée et d'action est intégré dans le *mainstream* (courant général), c'est-à-dire, dans toutes les politiques, tous les programmes et tous les projets. En conséquence, le *mainstreaming* signifie prendre place dans le *mainstream* ; en d'autres termes, il s'agit de faire entrer et d'ancrer la perspective de l'égalité dans la manière de décider, de mettre en œuvre et d'évaluer des actions.

Définition

Selon la définition du Conseil de l'Europe, le *mainstreaming* en matière de genre consiste en

« la (ré)organisation, l'amélioration, l'évolution et l'évaluation des processus de prise de décision, aux fins d'incorporer la perspective de l'égalité entre les femmes et les hommes dans tous les domaines et à tous les niveaux, par les acteurs généralement impliqués dans la mise en place des politiques »

La définition avancée par le CE, qui constitue aujourd'hui une référence reconnue, notamment en ce qui concerne le genre, se caractérise par les principes majeurs suivants susceptibles d'être employés en lien avec d'autres dimensions que celle du genre :

- un *changement de paradigme* par rapport à l'analyse de la situation ; regarder la même réalité, mais la percevoir de façon différente ;
- une *stratégie orientée vers un objectif*: l'égalité des chances constitue le principal objectif normatif du *mainstreaming* ;
- une *stratégie orientée vers le processus* tablant sur un changement fonctionnel et structurel dans le courant général ;
- une *approche intégrée, transversale et globale* visant à sensibiliser et à mobiliser les divers domaines ;
- une *approche descendante (top-down)* : l'implantation du *mainstreaming* demande l'implication des acteurs politiques et/ou institutionnels responsables disposant de pouvoir décisionnel ;
- une *perspective orientée vers les résultats* : améliorer la qualité et l'efficacité des politiques, des actions (programmes/projets) mises en place ;

Pourquoi le migration mainstreaming ?

Si l'on souhaite que le principe d'égalité des chances devant la santé devienne une réalité effective, et cela à titre durable, pour la population migrante (pour la définition, cf. note de bas de page 5), il doit être envisagé dans une perspective large, structurelle, et embrasser le plus grand nombre d'acteurs possible. Le *migration mainstreaming* (ci-après *MiM*) est une approche qui permet d'atteindre cet objectif tout en impliquant le fait que le souci d'égalité des chances pour la population migrante soit présent dans tous les aspects des politiques, des stratégies et des interventions dans le domaine de la santé.

En quoi consiste le migration mainstreaming ?

Le *MiM* est une stratégie à long terme comprenant l'ensemble des activités visant à amener les acteurs de la politique, de l'administration et de la société, dans le domaine de la santé, à inclure la dimension migratoire dans leur réflexion et dans leur action, tant au niveau de la planification, de la mise en œuvre et de l'évaluation des programmes, projets et mesures auxquels ils participent.

L'objectif principal du *MiM* est de garantir, pour la population migrante, les critères et les conditions de l'égalité des chances devant la santé, concept que l'on peut qualifier d'*égalité des chances pour la population migrante* devant la santé (ci-après *ECM*).

Le *MiM* ne s'oppose pas aux mesures spécifiques (actions positives) promouvant l'égalité des chances devant la santé. Le *MiM* ne remplace ni les mesures spécifiques destinées à la population migrante, ni leurs instruments, mais il leur est complémentaire.

Le *MiM* implique une *stratégie double* : la première cherche l'égalité horizontale qui consiste à ce que, pour des besoins identiques, la population migrante et la population autochtone bénéficient de prestations de santé identiques. La seconde stratégie vise l'établissement de l'égalité verticale, qui suppose que la population migrante puisse bénéficier de prestations de santé différentes, dans la mesure où elle a des besoins différents de ceux de la population autochtone.

Obstacles s'opposant au migration mainstreaming

Difficultés conceptuelles : selon une acception erronée, le mainstreaming remplacerait les interventions existantes (universelles ou spécifiques), alors qu'il est, en réalité, complémentaire à d'autres démarches. De même, un manque de clarté concernant l'intersectionnalité entre l'aspect migratoire et les autres aspects de la diversité sociétale (genre, âge, socioculturelle, etc.) peut également poser un important problème conceptuel.

Difficultés dans l'implantation : le *MiM* implique l'intégration de la dimension migratoire dans l'ensemble des procédures et des structures. Cela peut contrarier la culture de travail et de fonctionnement organisationnel en place.

Difficultés découlant du manque de ressources : le manque de connaissances et de bases sur les facteurs migratoires et leurs influences sur la santé, ainsi que sur les pratiques discriminatoires en matière de santé, constitue la première difficulté importante. A cela, s'ajoute le manque d'instruments et d'outils adéquats pour réaliser le *MiM* et le manque de ressources humaines et financières.

Conditions préalables au migration mainstreaming

Le *MiM* nécessite un certain nombre de conditions préalables essentielles qu'il convient, par conséquent, de réunir :

- existence d'une base légale en faveur de la promotion de l'égalité en matière de santé ;
- manifestation d'une volonté et d'une sensibilité par rapport à la problématique ;
- formation visant la compréhension du concept de *mainstreaming* ;
- arrangement institutionnel, responsabilités, mandats et compétences des personnes ;
- disponibilité des ressources appropriées (matérielles, financières, humaines).

Implantation du migration mainstreaming

Méthode

La méthode dite « méthode en quatre étapes » développée en matière de *gender mainstreaming* peut être utilisée pour la mise en œuvre du *MiM*. Elle se compose des étapes suivantes :

- étape d'*analyse* de la situation : on cherche à percevoir et à analyser les inégalités de santé entre la population migrante et la population suisse, ainsi que les structures et les obstacles à l'accès de la population migrante aux prestations de services sanitaires ;
- étape de *définition des objectifs* à atteindre : on se donne pour objectif de formuler et de fixer des objectifs concrets et vérifiables concernant l'*ECM* ;
- étape de *mise en œuvre* : il s'agit de vérifier les programmes et les projets, sous l'angle de l'*ECM*, et de les modifier de manière à ce qu'ils contribuent aux objectifs de l'égalité des chances ;

- étape d'*évaluation* : on vérifie les résultats et les progrès en fonction des objectifs fixés de l'*ECM*.

Sur la base de cette méthode, l'implantation du *MiM* au sein des trois niveaux suivants est importante.

Au niveau institutionnel

L'ancrage du *MiM* dans les structures et les processus de travail de l'institution table sur la création des conditions cadres nécessaires (détermination de la responsabilité et des ressources, par exemple) pour la réalisation du *MiM*. L'idée principale est de stimuler le développement d'une réflexion de l'*ECM* pour que, à terme, cette dernière devienne un réflex automatique et influence toutes les décisions, tous les projets et toutes les mesures ayant trait à la santé. L'ancrage institutionnel ne nécessite pas forcément la mise en place de structures et de processus parallèles, mais plutôt l'insertion du *MiM* dans les structures et les processus organisationnels existants.

Au niveau des programmes

L'implantation du *MiM* dans les programmes consiste à intégrer la dimension migratoire dans les phases de l'analyse, de la détermination des objectifs, de la mise en œuvre et de l'évaluation des programmes, de façon à ce que ceux-ci contribuent à l'objectif de l'*ECM*.

Au niveau des projets

L'implantation du *MiM* dans les projets consiste à ce qu'un certain nombre de facteurs tels que, par exemple, l'inégalité de santé touchant la population migrante, l'accès au projet, la participation des migrant-e-s soient pris en considération dans le développement et le choix des projets, mais également dans l'estimation de la sensibilité à la dimension migratoire de ces derniers.

Instruments de mainstreaming

L'implantation du *mainstreaming* requiert un certain nombre d'instruments, dont le but est d'ancrer, dans le travail des professionnels, la perspective de l'*ECM* comme une tâche transversale. Par « instrument », nous entendons l'ensemble des outils de travail permettant la mise en place systématique du *MiM*, tels que les lignes directrices, les cadres de référence ou la check-list, par exemple.

On peut distinguer quatre grands types d'instruments génériques faisant appel à différentes sortes d'outils ou de techniques :

- instruments analytiques permettant une évaluation de la situation au moyen d'outils tels que la recherche ou les statistiques en matière de santé, par exemple.

- instruments de développement organisationnel et institutionnel par des outils qui ont trait à la gestion du personnel, au développement des processus et des procédures de travail, à la politique de formation continue ou à la communication interne par exemple ;
- instruments d'information, de formation et de sensibilisation du public ou des professionnels qui font appel à la formation et aux médias ;
- instruments de mise en relation, de consultation et d'implication des acteurs concernés, y compris des techniques de lobbying politico-administratif et de participation du public.

Introduction

Situation de départ

En juin 2007, le Conseil fédéral a adopté la 2^{ème} phase de la stratégie Migration et santé (2008-2013) et a chargé l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) de sa mise en œuvre (OFSP 2007). La stratégie vise à atteindre l'objectif supérieur suivant : « La stratégie Migration et santé contribue à l'élimination des facteurs évitables susceptibles d'entraver la santé et, par là, à l'amélioration des conditions de la population migrante, par rapport à la population de nationalité suisse, de pouvoir exploiter pleinement son potentiel de santé. » (OFSP 2008)

Les mesures devant permettre d'atteindre ce but et les objectifs sous-jacents concernent quatre domaines et une mission transversale, déterminés dans la stratégie Migration et santé, à savoir :

- Promotion de la santé et prévention ;
- Formation dans le domaine de la santé et soins de santé ;
- Interprétariat communautaire;
- Recherche et gestion des connaissances ;
- Mission transversale de *mainstreaming* ;

Des activités transversales compléteront celles entreprises dans les quatre domaines. L'ensemble des mesures vise à promouvoir l'égalité des chances à travers une approche intégrative, désignée par le terme de *migration mainstreaming*. Elle a pour but d'amener les acteurs du monde politique, de l'administration et de la société entière à considérer la dimension migratoire dans leur réflexion et dans leur action. Pour ce faire, tous les niveaux de la planification, de l'exécution et de l'évaluation des programmes politiques, des projets et des mesures doivent être pris en compte.

Dans le cadre de ces quatre domaines et de la mission transversale de *mainstreaming*, le plan d'action de la stratégie Migration et santé phase II fixe un certain nombre d'objectifs de *mainstreaming* à atteindre à l'horizon 2008 et 2013. Ces objectifs sont présentés dans l'annexe I.

Objectif du mandat

L'objectif de ce mandat est d'élaborer un concept de *migration mainstreaming* en matière de santé. Il s'agit, en premier lieu, de clarifier les dimensions, les démarches, la méthode et les instruments du concept et, en second lieu, de déterminer les critères de son intégration dans les institutions, dans les programmes et dans les projets.

Nous tenons à remercier les membres de l'équipe de la stratégie Migration et santé de l'OFSP qui a partagé leurs connaissances et expériences, notamment Brigit Zuppinger qui a donné ses critiques détaillées et a contribué de manière importante à la réalisation de ce travail.

1 Migration mainstreaming: concept et dimensions

1.1 Concept de *mainstreaming*

Le terme anglais de *mainstreaming* est habituellement traduit par « intégration ». On se réfère ainsi à une approche intégrée et compréhensive dans le dessein de tendre vers l'égalité des chances, dans un domaine donné, ou au sein de la société en général. Cela signifie qu'un certain mode de pensée et d'action est intégré dans le *mainstream*¹ (courant général), c'est-à-dire, dans toutes les politiques, tous les programmes et tous les projets. De ce fait, le *mainstreaming* signifie prendre place dans le *mainstream* ; en d'autres termes, faire entrer et ancrer la perspective de l'égalité dans la manière de décider, de mettre en œuvre et d'évaluer des actions.

Genèse et définition du concept

Le *mainstreaming* n'est pas seulement un développement théorique important dans les débats sur l'égalité, mais également une approche relativement récente et ambitieuse qui vise à réaliser l'égalité des chances entre individus ou groupes d'individus différents, à commencer par le genre (femmes et hommes). Il est apparu, pour la première fois, dans divers documents internationaux faisant suite à la troisième Conférence mondiale des Nations Unies sur les femmes (Nairobi, 1985). Lors de la quatrième Conférence mondiale des Nations Unies sur les femmes (Pékin, 1995), le concept du

¹ Le *mainstream* comprend les idées, attitudes, pratiques ou tendances principales qui déterminent les choix et les décisions des acteurs individuels ou collectifs.

gender mainstreaming a été explicitement entériné et approuvé pour la promotion de l'égalité des chances entre les hommes et les femmes.

Ces dernières années, c'est surtout au sein des différentes organisations intergouvernementales européennes que le concept a été promu, notamment au sein de l'Union européenne² et du Conseil de l'Europe (CE). Ce dernier a pris, en 1996, l'importante initiative de constituer un groupe de spécialistes afin de rédiger un rapport sur le *mainstreaming*, qui a été publié en 1998.

Nombreuses sont les discussions relatives au *mainstreaming* en matière de genre, chacune d'entre elles insistant sur des aspects différents. (Daly 2005 ; Walby 2005 ; Woodward 2003). En revanche, il n'existe pas de définition consensuelle du concept de *mainstreaming*, de sa mise en œuvre et de ses effets. Le flou qui entoure son implantation est, d'ailleurs, souvent mis en avant dans les critiques de cette approche. On retiendra, toutefois, l'interprétation du Conseil de l'Europe qui a formulé une définition opérationnelle, selon laquelle le *mainstreaming*³ en matière de genre consiste en :

« la (ré)organisation, l'amélioration, l'évolution et l'évaluation des processus de prise de décision, aux fins d'incorporer la perspective de l'égalité entre les femmes et les hommes dans tous les domaines et à tous les niveaux, par les acteurs généralement impliqués dans la mise en place des politiques » (Conseil de l'Europe 1998: 15)

L'élément essentiel, dans cette définition, tient à la place qu'elle accorde à la *réorganisation* des processus décisionnaires. En d'autres termes, le *mainstreaming* consiste à revoir les procédures, les moyens d'action, les responsabilités et les compétences, de manière à intégrer la perspective d'égalité dans les différents processus (Verloo 2000), partant de l'élaboration et de la formulation des politiques ou des programmes jusqu'à leur évaluation.

La définition avancée par le CE, qui constitue aujourd'hui une référence reconnue, notamment, en ce qui concerne le genre, se caractérise par les principes majeurs suivants, susceptibles d'être employés dans d'autres domaines que celui du genre⁴ :

² Le traité d'Amsterdam inscrit désormais le *gender mainstreaming* dans l'acquis communautaire.

³ Expression traduite en français par « approche intégrée de l'égalité » (CE) ou « approche intégrée de la dimension de genre ».

⁴ Pour une discussion sur l'aspect théorique du concept de *mainstreaming* dans un contexte de diversité, cf. Squires (2005b).

- un changement de paradigme par rapport à l'analyse de la situation ; regarder la même réalité, mais la percevoir de façon différente ;
- une *stratégie orientée vers un objectif*: l'égalité des chances constitue le principal objectif normatif du *mainstreaming* ;
- une *stratégie orientée vers le processus* tablant sur un changement fonctionnel et structurel dans le courant général de pensée, de décision et d'action, visant à renforcer et à dynamiser la promotion de l'égalité des chances : le *mainstream* sera donc différent après l'introduction du *mainstreaming* ;
- une *approche intégrée, transversale et globale* visant à sensibiliser et à mobiliser les divers domaines, afin d'incorporer de nouvelles notions et de nouveaux concepts dans le *courant général*, c'est-à-dire, dans l'ensemble des actions ou des politiques, et ce à tous les niveaux et à tous les stades. Elle requiert nécessairement la participation du plus grand nombre d'acteurs concernés (décideurs, responsables, exécutants, etc.) ;
- une *approche descendante (top-down)* : l'implantation du *mainstreaming* demande l'implication des acteurs politiques et/ou institutionnels responsables disposant de pouvoir décisionnel et mobilisant des ressources humaines et financières, mais aussi, garantissant un encadrement professionnel (offre de formation et de supervision). Ce qui revient à affirmer que l'impulsion doit absolument venir du haut, et de façon régulière. Il est bien évident que l'exécution du *mainstreaming* n'exclut absolument pas le recours à une approche ascendante (*bottom-up*), tout en reconnaissant que cette dernière rencontre, très souvent, des problèmes de ressources, de conflit d'intérêts et de manque d'obéissance ;
- une *perspective orientée vers les résultats* : améliorer la qualité et l'efficacité des politiques, des actions (programmes/projets) mises en place ;
- les *instruments et outils du mainstreaming* sont très variés et s'adaptent aux exigences des étapes de l'analyse, de la détermination des objectifs, de la mise en œuvre et de l'évaluation des interventions (cf. section 2.5.)

Ces principes sont largement valables pour toute sorte de *mainstreaming* qui vise à établir l'égalité des chances. A l'instar de l'adaptation du *gender mainstreaming* au secteur de la santé (Jahn 2004), nous aborderons, dans les

paragraphes suivants, les dimensions d'un concept du *migration mainstreaming* dans le domaine de la santé.

1.2 Pourquoi le *migration mainstreaming*?

Si l'on veut que le principe d'égalité des chances devant la santé devienne une réalité effective, et cela à titre durable, pour la population migrante⁵, il doit être envisagé dans une perspective large, structurelle, et embrasser le plus grand nombre d'acteurs possibles. Au lieu de considérer les facteurs migratoires comme des intérêts spéciaux qu'il convient de traiter à part, il faut envisager ces éléments comme étant des facteurs essentiels, à intégrer à toutes les procédures relatives à la formulation des politiques, à la planification, à l'évaluation et à la prise de décisions dans le domaine de la santé.

Pour ce faire, on doit procéder à un travail de *mainstreaming* en matière de migration et santé. Cette nouvelle approche, que l'on peut appeler le *migration mainstreaming* (ci-après *MiM*), implique que le souci d'égalité des chances pour la population migrante soit présent dans tous les aspects des politiques, des stratégies et des interventions dans le domaine de la santé.

Le *MiM* présente l'avantage d'inciter les autres échelons ou les acteurs concernés (tant internes qu'externes à l'institution) à prêter une plus grande attention à l'égalité des chances pour la population migrante en matière de santé.

1.3 En quoi consiste le *migration mainstreaming*?

Le *MiM* est une stratégie à long terme comprenant l'ensemble des activités visant à amener les acteurs de la politique, de l'administration et de la société dans le domaine de la santé à inclure la dimension migratoire dans leur réflexion et dans leur action au niveau de la planification, de la mise en œuvre et de l'évaluation des programmes, des projets et des mesures auxquels ils participent. Il implique donc un ancrage, à la fois au niveau du

⁵ Le terme « population migrante » englobe toutes les personnes nées à l'étranger ainsi que celles dont un des parents au moins né à l'étranger. Nous utilisons indifféremment les termes « population migrante », « population issue de la migration » et « personnes issues de la migration ».

mode de penser et des institutions, du souci constant de l'égalité des chances devant la santé.

L'objectif principal du *MiM* est de garantir les critères et les conditions de l'égalité des chances devant la santé (équité), et cela indépendamment de la situation migratoire d'une personne. En l'occurrence, l'égalité des chances signifie que les personnes issues de la migration ont les mêmes chances que les autochtones de réaliser pleinement leur potentiel de santé, sans qu'aucun facteur évitable ne vienne l'empêcher, principe que l'on peut qualifier de *l'égalité des chances pour la population migrante (ECM)*. Celle-ci n'équivaut pas à un traitement strictement identique, mais à un traitement équitable, c'est-à-dire, à la prise en considération des situations différenciées, liées au contexte migratoire.

L'amélioration de la qualité et de l'efficacité de toute intervention (programmes, projets, mesures) en matière de santé constitue un déficit du *MiM*. Ce dernier passe, nécessairement, par une analyse préalable des situations particulières des migrant-e-s, de leurs besoins et de leurs ressources spécifiques. Le *MiM* se veut également un processus qui consiste à évaluer les implications de toute intervention en matière de santé sur la population migrante, quel que soit le niveau de cette intervention. Ces deux points soulignent la nécessité d'un *MiM* dans les domaines de la recherche, de la documentation, des statistiques et de l'évaluation des projets ou des politiques publiques.

Il y a lieu de préciser que le *MiM* ne s'oppose pas aux mesures spécifiques (actions positives) promouvant l'*ECM*. Au contraire, il vise à mobiliser l'ensemble de ces mesures dans les institutions « régulières ». Le *MiM* ne remplace ni les mesures spécifiques destinées à la population migrante (actions positives), ni leurs instruments, mais il leur est complémentaire.

En définitive, le *MiM* implique une *stratégie double* : la première cherche l'égalité horizontale qui consiste à ce que, pour des besoins identiques, la population migrante et la population autochtone bénéficient de prestations de santé identiques. La seconde stratégie vise l'établissement de l'égalité verticale qui suppose que les besoins différents requièrent des prestations de santé différentes (Peter et Sarah Thönen 2004). Cela veut dire que la population migrante doit bénéficier de prestations de santé différentes, dans la mesure où elle a des besoins distincts de ce de la population autochtone.

1.4 Relations avec le *diversity mainstreaming* et la question de l'intersectionnalité

L'article 13 du traité d'Amsterdam de l'UE relatif à la l'égalité énumère un certain nombre de dimensions constituant la diversité sociétale, définis en

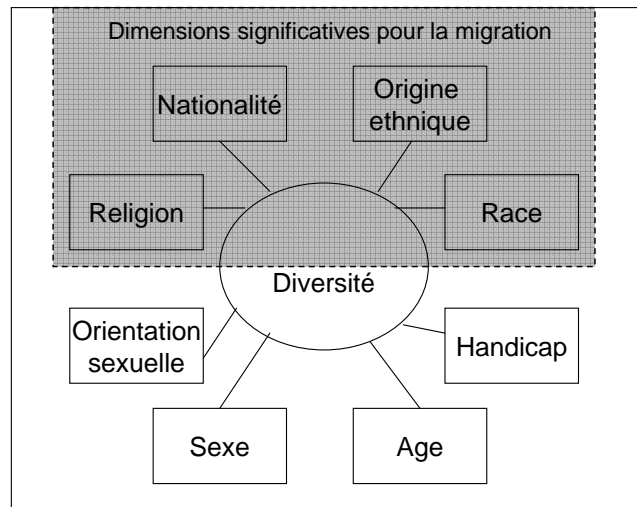
termes de *nationalité, sexe, race, origine ethnique, religion ou croyances, handicap, âge et orientation sexuelle*⁶(cf. Figure 1).

Il s'agit des dimensions qui influencent la santé (déterminant sociaux de santé) et qui peuvent être à l'origine d'une inéquité, d'une discrimination et d'une allocation inégale des ressources (accès et traitement, par exemple), dans le domaine de la santé publique.

Le traitement d'une de ces dimensions, dans la perspective d'égalité des chances, pose la question de l'intersectionnalité avec d'autres dimensions concernées. On entend par intersectionnalité le fait que ces différentes dimensions ne se réfèrent pas à des entités sociales homogènes, séparées les unes des autres. Au contraire, elles peuvent se recouper, entrer en interaction et produire des effets spécifiques "dans un contexte donné". Des études américaines ont, par exemple, montré que le taux de suicide, qui est négativement corrélé avec le niveau socioéconomique dans la population majoritaire, augmente avec la couche sociale pour ce qui est des hommes afro-américains (Williams 2003). D'autres paradoxes susceptibles d'être révélés par une analyse intersectionnelle peuvent concerner les classes moyennes issues de la migration, qui font parfois face à des situations particulières (déqualification professionnelle, discrimination, etc.) ou ont des comportements de santé spécifiques (tabagisme, abstinence).

⁶ Il est important de préciser que, dans le domaine de la santé, la catégorie socioprofessionnelle apparaît aussi comme une dimension importante parmi les déterminants de santé, mais elle, ici, est moins prise en considération.

Figure 1 : composantes de la diversité selon l'UE et l'intersectionnalité avec migration



Compte tenu de l'intersectionnalité entre les différentes dimensions de la diversité, une question se pose indéniablement : n'y a-t-il pas lieu d'avoir un concept d'égalité plus large, englobant toutes les dimensions dans un seul concept de *diversity mainstreaming*⁷, plutôt que d'additionner plusieurs *mainstreaming* dont chacun se focalise sur une dimension particulière telle que le genre, la migration, l'âge, etc. ?

Même si l'option de *diversity mainstreaming* apparaît attractive, il faut noter que ce dernier se construit par étapes. Si la première étape consiste en l'établissement du *mainstreaming* des différentes dimensions prises séparément (niveau conceptuel et structurel), la seconde se caractérise par la prise de conscience des interactions entre ces dimensions. C'est seulement dans une troisième étape qu'une prise en considération plus large de la diversité peut se faire dans une perspective de *diversity mainstreaming*.

Il faut reconnaître que l'évolution en la matière, en Suisse, est encore loin de faire un tel passage, c'est-à-dire, de passer d'une logique de traitement dimensionnel de l'égalité des chances à un traitement global de l'égalité des chances, sous un chapeau unique de *diversity mainstreaming*. En effet, en Suisse, la sensibilité à la diversité en matière de santé et l'existence des structures institutionnelles appropriées est un phénomène récent.

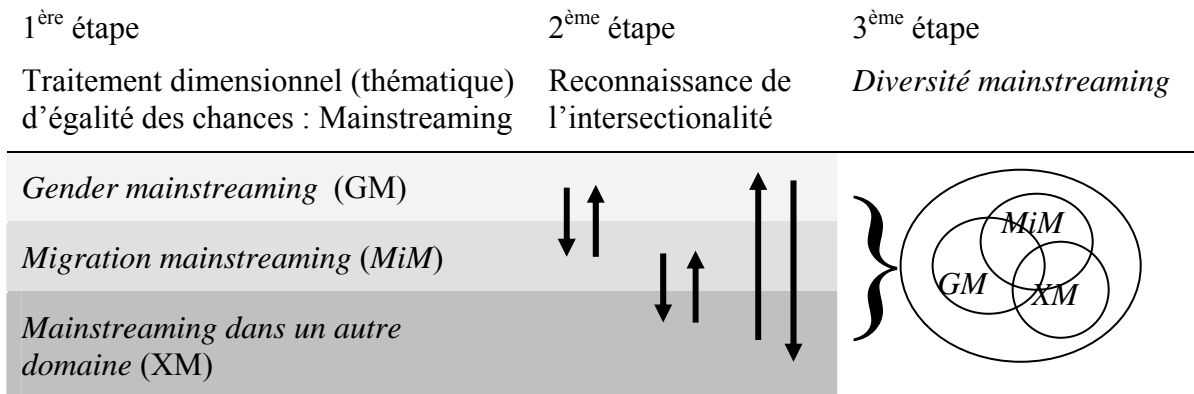
La prochaine phase de la pratique en Suisse consiste plutôt à reconnaître l'importance de l'intersectionnalité et à vivre l'expérience de sa prise en considération. A cela, s'ajoute une collaboration entre les différentes dimensions pour lesquelles existe un traitement d'égalité des chances

⁷ Pour plus de détails sur le *diversity mainstreaming* dans le domaine de la santé publique, cf. Geiger (2006).

(gender, migration, par exemple). C'est à une étape ultérieure qu'un tel passage peut être envisagé (cf. Figure 2).

La stratégie Migration et santé permet de consolider le traitement dimensionnel (migration), qui indique un choix politique de continuité, avant de déboucher sur une prise en considération plus large de la diversité.

Figure 2 : étapes menant à un diversity mainstreaming en matière de santé



En ce sens, le *MiM* peut être une démarche affichant un intérêt et une prise de conscience, visant l'inclusion de la perspective d'intersectionnalité, en prenant, toujours et de manière explicite, en considération d'autres dimensions et formes possibles d'inégalité (socio-économique, par exemple)⁸.

Il y a lieu de préciser, à ce stade, qu'il ne faut pas confondre le *diversity mainstreaming* avec le *diversity management*⁹, stratégie qui ne cherche pas à

⁸ Pour un débat sur la question de l'égalité et de la diversité, cf. Squires (2005a) et sur l'intersectionnalité entre les différentes dimensions de la diversité, cf., Shulz and Mulling (2005), Ohms et Schenk (2003) et Rees (2002).

⁹ Le concept *diversity mainstreaming* est très souvent confondu avec le *diversity management* qui est plutôt une stratégie de management. Le concept de *diversity management*, né lors des débats sur l'égalité des chances dans le contexte anglo-américain, est appliqué de plus en plus dans les administrations publiques et les entreprises multinationales. Il met l'accent sur la diversité des employés et consiste à « permettre à chaque employé-e de réaliser son potentiel » (Baxter 2001: 9). En ce sens, il s'agit ainsi d'une stratégie dont les objectifs principaux sont la satisfaction des employé-e-s et la productivité, c'est seulement de manière indirecte qu'elle produit des effets positifs sur la qualité des prestations de services. Baxter souligne le lien entre la gestion des ressources humaines et l'égalité des chances dans les prestations de services : selon lui, alors qu'on prenait auparavant des mesures isolées visant l'égalité des chances, la tendance actuelle est plutôt d'appliquer le concept de *diversity management* pour viser également l'égalité des chances comme principe de développement organisationnel (Baxter 2001).

comblent prioritairement le déficit en matière d'égalité des chances, mais à reconnaître et à valoriser les différentes cultures et leurs caractéristiques. Une autre différence de taille réside dans le fait que le *diversity mainstreaming* vise les intérêts des groupes désavantagés ou discriminés en matière d'égalité, alors que le *diversity management* entoure les intérêts de tous.

1.5 Obstacles s'opposant au *migration mainstreaming*

Il convient d'envisager une série de difficultés susceptibles d'entraver l'implantation du *MiM* en matière de santé, notamment à partir des expériences faites jusque-là dans le domaine du genre¹⁰.

1.5.1 Difficultés conceptuelles

Etant donné que la notion de *mainstreaming* n'a encore été conceptualisée que de manière partielle, sans être systématiquement fondée sur des expériences empiriques, elle peut donner lieu à des interprétations très diverses et parfois contradictoires. Selon une acception erronée, le *mainstreaming* remplacerait les interventions existantes (universelles ou spécifiques), alors qu'il est, en réalité, complémentaire à d'autres démarches.

Un autre problème peut survenir d'une confusion entre l'objectif normatif (*ECM*) que le *MiM* veut atteindre et son objectif opérationnel qui est l'intégration verticale et transversale de la dimension migratoire dans toutes les politiques, programmes et projets.

Un manque de clarté concernant l'intersectionnalité entre l'aspect migratoire et les autres aspects de la diversité sociétale (genre, âge, socioculturelle, etc.) peut également poser un important problème conceptuel (*cf.* la section 1.4). Il faudra éviter que la diversité ne soit considérée comme étant associée au seul aspect migratoire de la diversité sociétale, et par là même, que les autres aspects (genre, âge, aspect socioculturel, etc.) ne soient considérés comme moins importants. Au contraire, il faut veiller à ce que l'on comprenne que la migration n'est qu'un des aspects de la diversité qu'il faut prendre en compte, tout en étant conscient du rapport qu'elle entretient avec les autres aspects.

¹⁰ En ce qui concerne le *MiM*, les expériences sont encore insuffisantes ou insuffisamment documentées pour pouvoir se prononcer.

1.5.2 Difficultés dans l'implantation

Le *MiM* implique l'intégration de la dimension migratoire¹¹ dans l'ensemble des procédures et des structures. Cela peut contrarier la culture de travail et de fonctionnement organisationnel en place.

1.5.3 Difficultés découlant du manque de ressources

Il s'agit, notamment, de trois types de ressources dont l'absence peut créer des difficultés pour la réalisation des objectifs du *MiM* :

- un manque de connaissances et de bases sur les facteurs migratoires et leurs influences sur la santé, ainsi que sur les pratiques discriminatoires en matière de santé¹² ;
- un manque d'instruments et d'outils adéquats pour réaliser le *MiM*. Cela peut avoir pour conséquence une mauvaise mise en œuvre du *MiM*, voire même empêcher toute application;
- un manque de ressources humaines et financières.

1.5.4 Difficultés concernant les résultats

Il convient de préciser que, contrairement à des interventions spécifiques, les efforts déployés dans le cadre d'un *MiM* ne font sentir leurs effets qu'à plus long terme. De plus, ils nécessitent une collaboration étroite avec d'autres services, ce qui rend plus difficile la mesure du travail entrepris, de son impact. Cela explique peut-être aussi pourquoi les acteurs n'y consacrent pas toujours assez de ressources, préférant les concentrer sur des activités plus tangibles procurant des résultats rapides.

1.6 Conditions préalables au *migration mainstreaming*

Le *MiM* nécessite un certain nombre de conditions préalables essentielles qu'il convient, par conséquent, de réunir¹³.

¹¹ L'intégration de la dimension migratoire signifie la prise en considération des inégalités liées au contexte migratoire au niveau de l'analyse, de la détermination des objectifs, de l'exécution et de l'évaluation des politiques, des programmes et des projets.

¹² Il y a lieu de préciser qu'en Suisse, on dispose d'un certain nombre de recherches et de connaissances scientifiques de base en la matière.

¹³ D'une manière générale, ces conditions correspondent à celles déjà décrites par le Conseil de l'Europe dans son rapport de 1998.

- existence de bases légales et de stratégies (Constitution fédérale, arrêtés du Conseil fédéral) en faveur de la promotion de l'égalité en matière de santé ;
- manifestation d'une volonté et d'une sensibilité par rapport à la problématique ;
- formation et sensibilisation visant la compréhension du concept de *mainstreaming* ;
- arrangements institutionnels, responsabilités, mandats et compétences des personnes ;
- disponibilité des ressources appropriées (matérielles, financières, humaines).

Il est important de souligner que la stratégie Migration et santé s'appuie sur deux premières conditions qui sont déjà réunies en Suisse.

2 Implantation du *migration mainstreaming*

Etant une stratégie de *top-down*, l'implantation du *MiM dans la politique de santé* nécessite, avant tout, un engagement au niveau de l'institution qui fixe les objectifs de *mainstreaming* et qui se charge de sa réalisation. De ce fait, l'ancrage du *MiM* dans les structures et les processus organisationnels de l'institution de l'OFSP est une condition indispensable pour la réalisation effective et durable du *MiM*.

La planification et la mise en œuvre des programmes et des projets doivent prévoir des objectifs concrets pour l'*ECM*. De même, toutes les mesures prises doivent contribuer à la réalisation de ces objectifs.

2.1 Méthode

L'implantation du *MiM* vise l'intégration systématique de la dimension migratoire dans tous les processus décisionnels, dans tous les programmes et les projets ayant trait à la santé. La méthode dite « méthode en quatre étapes »¹⁴, développée en matière de *gender mainstreaming*, peut être utilisée pour la mise en œuvre du *MiM*. Elle se compose des phases suivantes :

- étape d'*analyse* de la situation : on cherche à percevoir et à analyser les inégalités de santé entre la population migrante et la population suisse,

¹⁴ Outils développés par la L&R Sozialforschung de Vienne pour le *Gender mainstreaming*, cf. Methode der 4 Schritte de la GEM – ToolBox, www.gem.or.at.

ainsi que les structures et les obstacles à l'accès de la population migrante aux prestations des services sanitaires ;

- étape de *définition des objectifs* à atteindre : on se donne pour objectif de formuler et de fixer des objectifs concrets et vérifiables concernant l'*ECM* ;
- étape de *mise en œuvre* : il s'agit de vérifier les programmes et les projets sous l'angle de l'*ECM* et de les modifier afin qu'ils contribuent aux objectifs de l'égalité des chances ;
- étape d'*évaluation* : on vérifie les résultats et les progrès en fonction des objectifs fixés de l'*ECM*.

Ces quatre étapes ne constituent pas un processus linéaire et fermé, mais un processus itératif. Les résultats de l'évaluation, par exemple, sont pris en considération dans une nouvelle analyse de la situation et permettent d'ajuster des objectifs pour garantir un développement durable.

Dans les sections suivantes, nous abordons l'implantation du *MiM* à trois niveaux, à savoir au niveau institutionnel/organisationnel (2.2), au niveau des programmes (2.3), ainsi qu'au niveau des projets (2.4).

2.2 Ancrage institutionnel du *migration mainstreaming*

L'ancrage du *MiM* dans les structures et les processus de l'institution table sur la création des conditions cadres nécessaires pour la réalisation du *MiM*. L'idée principale est de stimuler le développement d'une réflexion de l'*ECM* pour que, à terme, cette dernière devienne un réflexe automatique et influence toutes les décisions, tous les projets et toutes les mesures ayant trait à la santé.

L'ancrage institutionnel ne nécessite pas forcément la mise en place des structures et des processus parallèles, mais plutôt l'insertion du *MiM* dans les structures et processus organisationnels existants. De ce fait, la démarche la plus raisonnable est de suivre une approche systématique, structurelle et pragmatique à long terme.

Responsabilité

La condition idéale pour l'ancrage organisationnel serait que la direction de l'institution se charge de la responsabilité de mettre en œuvre le *MiM* et de créer les conditions de base favorables à sa réalisation.

Dans le cas où l'initiative devait venir depuis le bas (*bottom-up*), la démarche à suivre est de viser le haut de la hiérarchie et de descendre dans les hiérarchies institutionnelles jusqu'à ce que l'on trouve des défenseurs du

MiM. Ceci nécessite un travail systématique, à long terme et l'entretien des contacts réguliers (formels, informels) avec les supérieurs.

Objectifs

La faisabilité de *MiM* dépend largement de l'existence des bases légales (lois, directives, etc.) articulant comme objectif l'égalité des chances devant la santé.

Il y a lieu de chercher s'il existe des objectifs fixés dans différents domaines thématiques de l'organisation, qui concernent, explicitement ou implicitement, l'égalité des chances devant la santé et qui peuvent constituer des arguments formels en faveur du *MiM*.

Par ailleurs, il importe de se référer également aux objectifs des traités internationaux en la matière et des organisations internationales auxquelles participe la Suisse, telle que l'Organisation mondiale de la Santé (Santé 21). Il ne faut pas sous-estimer la force argumentaire des engagements de l'Union européenne et du Conseil de l'Europe, tel que le projet *Determine*¹⁵ visant la réduction des inégalités de santé dans les pays de l'Union européenne, par exemple, dans la promotion de l'égalité des chances devant la santé.

Ressources et compétences

La réalisation du *MiM* est fortement tributaire de la disponibilité des ressources (humaines / financières) et des compétences en *mainstreaming*.

L'organisation doit planifier les ressources humaines, financières et temporelles nécessaires pour mener à bien le travail de *mainstreaming*. L'ampleur des ressources disponibles conditionne le volume des initiatives à entreprendre en faveur du *MiM*.

L'ancrage institutionnel du *MiM* peut être facilité par la mise à disposition d'un expert/e de *MiM* qui peut fonctionner comme *flying expert-e*, afin d'aider les diverses divisions et unités de l'organisation dans leur démarche de prise en considération de la dimension migratoire dans les processus politiques et pratiques.

Processus de l'implantation institutionnelle

Le processus d'implantation du *mainstreaming* au sein de l'institution peut être divisé en quatre parties (cf. Figure 3) :

1) *Détermination des responsabilités* :

- les responsabilités sont déterminées.

¹⁵La Suisse est représentée par Promotion Santé Suisse, cf. <http://www.health-inequalities.org>

2) *Méthodes de mise en place* :

- un plan d'action contenant les mesures de *MiM* à atteindre dans les différents champs d'action est élaboré ;
- la formation pour le développement des compétences est planifiée ;
- les besoins en termes de communication et de réseau sont clarifiés.

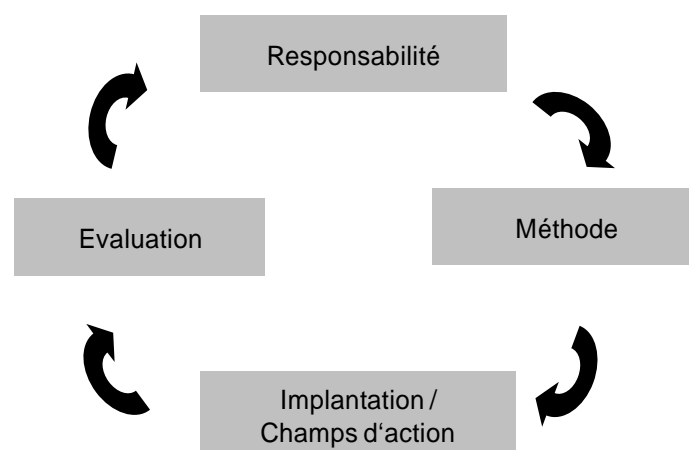
3) *Implantation du mainstreaming* :

- les démarches concrètes pour atteindre les objectifs de *MiM* dans les différents champs d'interventions sont déterminées ;
- les méthodes et les instruments de l'implantation sont clarifiés ;
- les ressources humaines et matérielles sont mises à disposition.

4) *Evaluation*. Les questions pour l'évaluation sont prévues :

- dans quelle mesure le *MiM* est-il exécuté de manière efficace ?
- quels sont les facteurs majeurs influençant la mise en œuvre du *MiM* ?

Figure 3 : processus d'implantation du mainstreaming



L'implantation du *MiM* nécessite l'utilisation systématique de certains instruments au sein de l'organisation, tels que l'insertion de la perspective de la migration dans le processus d'analyse, de *controlling* et d'évaluation. De

même, il est important que la dimension migratoire soit prise en considération dans le processus de planification, de *budgeting* et dans les processus de prise de décision au sein de l'organisation.

Les réunions et les circulaires internes régulières, les brochures et les newsletters existantes, la participation à des organes internes, les communications ciblées sur les sujets liés à la Migration et santé, ainsi que le lobbying auprès des hiérarchies institutionnelles sont les instruments à utiliser en faveur du *MiM*. Ces instruments peuvent également être utilisés dans le travail de *sensibilisation* et de *visioning*¹⁶ concernant l'objectif de l'*ECM*.

Afin d'accélérer et de renforcer l'implantation organisationnelle du *MiM*, il est important de mettre à disposition des acteurs concernés des outils pratiques, tels que des grilles d'analyse, les lignes directrices, les cadres de référence et le catalogue d'argumentaires, par exemple.

2.3 Implantation du *migration mainstreaming* dans les programmes

L'implantation du *MiM* dans les programmes consiste à intégrer la dimension migratoire dans les phases de l'analyse, de la détermination des objectifs, de la mise en œuvre et de l'évaluation des programmes, de façon à ce que ceux-ci contribuent à l'objectif de l'*ECM*.

Analyse

Afin de pouvoir maintenir intégrer la dimension migratoire dans les programmes, il faut connaître les différences sanitaires entre la population autochtone et la population migrante, les inégalités de santé liées au contexte migratoire, ainsi que les structures produisant des situations défavorables pour la population migrante.

- Les inégalités de santé liées au contexte migratoire dans le domaine thématique du programme sont étudiées.
- Les motifs et les déterminants de ces inégalités sont clarifiés.
- Les données et affirmations scientifiques sur le sujet migration et santé sont documentées.

¹⁶ Il s'agit d'un instrument permettant d'identifier les politiques et les pratiques existantes qui produisent des situations défavorables pour la population migrante.

- Les besoins sont identifiés en fonction des différentes catégories de migrant-e-s (selon leur origine, sexe et statut migratoire, par exemple).
- Les enseignements et les recommandations de l'évaluation des programmes et des expériences précédentes en la matière sont étudiés.

Détermination des objectifs

Dans le cadre du choix des mesures prenant en considération l'*ECM*, il faut déterminer les objectifs correspondants.

- La signification de l'*ECM* dans le domaine thématique du programme est précisée.
- Le fait que la population migrante profite du programme de la même manière que la population autochtone est précisé comme objectif.
- L'action sur la structure d'inégalités de santé liée au contexte migratoire en la matière doit, aussi, figurer parmi les objectifs.
- Les objectifs concrets à atteindre de l'*ECM* sont déterminés et formulés de manière claire afin qu'ils facilitent, de leur côté, le choix des mesures à prendre.

Mise en œuvre

Afin de pouvoir choisir les projets nécessaires à l'exécution du programme, il faut déterminer les conditions et les critères permettant d'estimer la sensibilité des projets à la dimension migratoire.

- La contribution des mesures planifiées à l'*ECM* est clarifiée.
- Les effets que les mesures planifiées doivent produire sur les bénéficiaires migrant-e-s sont précisés et les mesures planifiées sont jugées suffisantes pour atteindre les objectifs de l'*ECM* fixés dans le programme.
- Les lignes directives concernant l'*ECM* qui doivent déterminer le choix de projets sont définies.
- Un catalogue des indicateurs nécessaires pour estimer la prise en compte de la dimension migratoire par un projet (en matière d'accès, de participation, par exemple) est préparé.

Evaluation

L'évaluation accompagne ou estime la mise en œuvre du programme. Il est important d'analyser les résultats en fonction de la réalisation des objectifs de l'*ECM* et de considérer notamment les points suivants :

- Les données et les indicateurs prennent en considération la dimension migratoire.
- L'évaluation de l'exécution du programme en fonction de son utilité et de ses impacts sur la population migrante est prévue.
- L'évaluation de l'exécution du programme en fonction de la réalisation des objectifs de l'*ECM* est prévue.

2.4 Implantation du *migration mainstreaming* dans les projets

L'implantation du *MiM* dans les projets consiste à ce qu'un certain nombre de facteurs tels que, par exemple, l'inégalité de santé touchant la population migrante, l'accès au projet, la participation des migrant-e-s soient prises en considération dans le développement et le choix des projets, mais également dans l'estimation de la « sensibilité à la dimension migratoire »¹⁷ des ces derniers.

Analyse

On analyse l'impact du projet sur la suppression ou l'affaiblissement des facteurs d'inégalités de santé.

- Quelles sont les indications sur les différences de santé, dans le champ d'intervention du projet, entre la population migrante et la population suisse ?
- De quelle manière les besoins spécifiques de la population migrante sont-ils pris en considération ?
- De quelle manière les groupes migrants les plus défavorisés sont-ils inclus dans les groupes-cible du projet ?
- Y a-t-il des obstacles à la participation des migrant-e-s ? Si oui, lesquels ?

Détermination des objectifs

Des objectifs orientés sur l'impact sont fixés.

- Les objectifs concrets visant à réduire les inégalités de santé liées au contexte migratoire sont-ils intégrés dans les objectifs du projet ?

¹⁷ Cette notion désigne les mesures, les projets ou les programmes qui sont sensibles à la dimension migratoire. En d'autres termes, ils tiennent compte des divers aspects de l'égalité des chances pour la population migrante en matière de santé.

Mise en œuvre

Des indicateurs pour l'intégration de la dimension migratoire dans les projets sont développés.

- L'accès et la participation sont-ils garantis pour la population migrante ?
 - au niveau de la planification du projet
 - au niveau organisationnel
 - au niveau de la participation et de l'utilisation des ressources des migrant-e-s
 - au niveau de la méthode et des instruments de travail
- Quelles sont les mesures qui garantissent que la population migrante bénéficie convenablement du projet ?
- De quelle manière le projet contribue-t-il à la réduction des inégalités de santé ?

Evaluation

Les critères d'évaluation de la réalisation des objectifs de l'égalité des chances pour la population migrante sont déterminés.

- Le processus de la récolte de données et de la production des résultats prend-il en considération le groupe migrant ?
- De quelle manière la réalisation de l'objectif de l'ECM se vérifie-t-il ?
- De quelle manière les résultats obtenus seront-ils utilisés pour l'amélioration du projet ?

2.5 Instruments de *mainstreaming*

La mise en place du *mainstreaming* requiert un certain nombre d'instruments (cf. Tableau 1). Le but essentiel de ceux-ci est d'ancrer, dans le travail des professionnels, la perspective de l'ECM comme une tâche transversale. Par « instrument », nous entendons l'ensemble des outils de travail permettant la mise en place systématique du *MiM*, tels que les lignes directrices, les cadres de référence ou la check-list, par exemple. Les documents d'information sur le thème de la migration ou de la santé des migrants ne sont cependant pas considérés comme des instruments du *MiM*, mais peuvent être très utiles dans le développement de ceux-ci.

Les instruments génériques de *mainstreaming* sont multiples, dans la mesure où ils sont empruntés au domaine d'intervention qu'ils visent par leurs mesures. Cependant, les outils ou les techniques auxquels ces instruments font appel doivent être choisis ou adaptés en fonction du contenu spécifique de la thématique migratoire. Pour être efficaces, ils doivent naître de la

rencontre de deux expertises : celle qui concerne la thématique « migration et santé » et celle qui est issue du domaine d'intervention spécifique dans lequel ils doivent être ancrés.

Ces instruments et ces outils varient également en fonction de l'étape de la mise en place du *mainstreaming*¹⁸. Dans la phase de développement d'une telle approche, par exemple, les instruments d'ordre analytique sont particulièrement importants pour orienter les étapes ultérieures de la mise en œuvre.

Pour simplifier, on peut distinguer quatre grands types d'instruments génériques faisant appel à différentes sortes d'outils ou techniques :

- instruments analytiques qui permettent une évaluation de la situation grâce à des outils comme la recherche, les statistiques en matière de santé, les évaluations de projets, etc. L'*Health impact assessment* qui prend en considération la population migrante constituerait, par exemple, un instrument innovant ;
- instruments de développement organisationnel et institutionnel grâce à des outils qui ont trait à la gestion du personnel, au développement des processus et des procédures de travail, à la politique de formation continue, à la communication interne etc. ;
- instruments d'information, de formation et de sensibilisation du public ou des professionnels qui font appel à la formation, aux médias, etc. ;
- instruments de mise en relation, de consultation et d'implication des acteurs concernés, y compris des techniques de lobbying politico-administratif, de participation du public, etc.

Pour qu'un ancrage durable puisse être garanti, il est essentiel que les instruments préconisés tiennent suffisamment compte de la situation des acteurs institutionnels et individuels, de leurs contraintes et d'éventuels conflits d'intérêt.

En Suisse, on ne dispose pas encore d'instruments génériques de *MiM* applicables aux différents domaines. Il existe, en revanche, quelques outils spécifiques (check-liste, etc.) en ce qui concerne la sensibilité à la dimension migratoire des projets en matière de promotion de la santé et prévention, par exemple¹⁹.

¹⁸ Pour plus d'informations concernant différents types d'instruments et leurs fonctions dans différentes phases du *mainstreaming*, voir :

<http://www.genderkompetenz.info/gendermainstreaming/implementierung/instrumente/>

¹⁹ http://www.quint-essenz.ch/fr/files/Migration_et_sante.pdf.

Tableau 1 : instruments du mainstreaming

Étapes	Instruments et outils
	Banques de données Cadres de référence Enquête d'expert-e-s Expertise ponctuelle Groupes de travail et de réflexion Groupe d'accompagnement Lignes directrices Méthode d'évaluation de l'impact « migration reflexe » (Health Impact Assessment) Recherches, études, rapports et évaluations Statistiques Analyse coût-bénéfice
Détermination des objectifs	Comités d'accompagnement Expertise ponctuelle Recherches, études, rapports et évaluations Groupe de travail et de réflexion Statistiques
Mise en œuvre	Brochures et prospectus Cadres de référence Check-list Conférences et journées d'étude /séminaires Lignes directrices Manuels et guides Mise en réseau et collaboration externe Matériels de formation Suivi (réunions régulières, rapports, auto-évaluation, etc.)
Evaluation	Expertise ponctuelle Groupe de pilotage Indicateurs d'égalité des chances pour la population migrante Analyse coût-bénéfice
Niveau institutionnel / organisationnel	Budgeting Conférences et journées d'étude /séminaires Communication Développement de compétences Identification des responsabilités et des mandats Lobbying, diners, contacts informels auprès des décideurs internes et externes Newsletters, circulaires Mise en réseau interne

Étapes	Instruments et outils
	Participation à des organes et à des groupes de travail internes et externes Politique du personnel Réunions Structure interne (organigrammes hiérarchiques) Visioning (identification des structures (politiques/pratiques) existantes produisant des situations défavorables pour la population migrante)

Source : modifié et adapté d'après le rapport du Conseil de l'Europe (2004)

3 Remarques conclusives

Conclusion

Le *migration mainstreaming* (*MiM*) se réfère au concept de *mainstreaming*. Ce dernier correspond à une stratégie, à un choix effectué des décideurs de faire appel aux instruments et aux procédures adéquats pour parvenir à un changement dans le *mainstream* (courant général) de leurs domaines d'action.

Mais le *mainstreaming* se veut également un paquet d'instruments de la mise en œuvre. Dans ce sens, le *mainstreaming* s'inscrit nécessairement dans un processus qui ne peut que s'élaborer dans une collaboration étroite entre les différents partenaires et disciplines impliqués. Si le *MiM* s'appuie par définition sur des connaissances en matière de migration, il requiert également les compétences et outils propres aux différents domaines thématiques et champs d'action dans lesquels il intervient : en l'occurrence la santé, mais également l'éducation, la communication, le développement organisationnel etc.

Il n'est donc pas surprenant que ce processus, nécessairement réciproque et continu, rencontre un certain nombre de difficultés et obstacles. Le manque de ressources humaines et financières suffisantes ainsi qu'une flexibilité et une ouverture lacunaires à la négociation ou collaboration entre acteurs n'en sont que quelques facettes de ces obstacles fréquemment rencontrés. Seule la volonté ferme des instances de décision est susceptible de surmonter ces problèmes.

De plus, le *mainstreaming* ne produit que rarement des résultats immédiats et visibles, ce qui le rend moins attractif que certaines autres approches. Pourtant, il permet à moyen et long terme d'obtenir des changements profonds et durables dans la manière de raisonner et d'intervenir.

Avec ce travail consacré au concept de *MiM*, nous avons tenté de tracer quelques pistes de réflexion et d'intervention qui s'adressent aux acteurs prêts à s'engager dans une telle démarche en matière de migration et santé. Il va de soi que les éléments conceptuels et les démarches d'action présentés dans ce travail ne doivent pas être considérés comme des instruments applicables à toutes les situations. Ils doivent être adaptés aux exigences concrètes de la pratique. Il serait approprié d'enrichir ses instruments en fonction de l'imagination et de la créativité innovatrice des acteurs soucieux de réaliser l'égalité des chances pour la population migrante (*ECM*) devant la santé, et d'appliquer le principe de l'anti-discrimination.

4 Bibliographie

- BAG, Bundesamt für Gesundheit (2007). *Massnahmenplan. Strategie "Migration und Gesundheit" (Phase II:2008-2013). Internes Arbeitspapier.*
- Baxter, Carol (éd.) (2001). *Managing Diversity & Inequality in Health Care.* Edinburgh, New York: Bailliere Tindall.
- Conseil de l'Europe (1998). *L'approche intégrée de l'égalité. Cadre conceptuel, méthodologie et présentation des "bonnes pratiques".* Strasbourg: Conseil de l'Europe.
- Conseil de l'Europe (2004). *L'approche intégrée de l'égalité. Cadre conceptuel, méthodologie et présentation des "bonnes pratiques".* Strasbourg: Conseil de l'Europe. 2007.
- Daly, Mary (2005). "Gender Mainstreaming in Theory and Practice." *Social Politics: International Studies in Gender, State and Society*, 12(3): 433-450.
- Geiger, Ingrid Katharina (2006). "Managing Diversity in Public Health", in Razum, Oliver, Hajo Zeep et Ulrich Laaser (éd.), *Globalisierung-Gerechtigkeit-Gesundheit. Einführung in Internationalen Public Health.* Bern: Verlag Hans Huber.
- Jahn, Ingeborg (2004). *Gender Mainstreaming im Gesundheitsbereich. Materialien und Instrumente zur systematischen Berücksichtigung der Kategorie Geschlecht.* Bremen: Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin. Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein Westfalen (Deutschland).
- OFSP, Office fédéral de la santé publique (2007). *Stratégie "Migration et Santé". Phases II :2008-2013.* Berne: Office fédéral de la santé publique.
- OFSP, Office fédéral de la santé publique (2008). *Stratégie Migration et santé. Résumé de la stratégie fédérale phase II (2008 à 2013).* Berne: Office fédéral de la santé publique.
- Ohms, Constance et Christina Schenk (2003). "Diversity - Vielfalt als Politikansatz in Theorie und Praxis: Von einer Zielgruppenpolitik hin zu einer "Politik der Verschiedenheit" (Politics of Diversity)." *Vortrag auf der Fachtag des Hessischen Sozialministeriums, Wiesbaden 25. April 2003.*
- Peter, Fabienne et Sarah Thönen (2004). "Les coûts de la santé selon le sexe: Débat sur les coûts de la santé selon le sexe: tour d'horizon de la

- littérature topique", in Camenzind Paul et Meier Claudia (éd.), *Les coûts de la santé selon le sexe. Analyse différenciée des données pour la Suisse*. Berne: Hans Huber, p. 32-43.
- Rees, Teresa (2002). "The politics of "Mainstreaming" Gender Equality", in al, Breitenbach Ester et (éd.), *The Changing Politics of Gender Equality in Britain*. Basingstoke Palgrave, p. 45-69.
- Schulz, Amy J. et Leith Mullings (éd.) (2005). *Gender, race, class and health: intersectional approaches*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Squires, Judith (2005a). *Equality and Diversity: A New Equality Framework for Britain?*
- Squires, Judith (2005b). "Is mainstreaming transformative ? : theorizing mainstreaming in the context of diversity and deliberation." *Social politics*, 12(3): 366-388.
- Verloo, Mieke (2000). "Gender Mainstreaming:Practice and Prospects." *Report (EG (1999)13*.
- Walby, Sylvia (2005). "Gender mainstreaming:Productive tensions in theory and practice." *Social Politics: International Studies in Gender, State & Society* 12(3): 321-343.
- Williams, David R. (2003). "The health of men: Structured inequalities and opportunities." *American Journal of Public Health* 93: 724-731.
- Woodward, Alison (2003). "European Gender Mainstreaming : Promises and Pitfalls of Transformative Policy Making." *Review of Policy Research*, 20(1): 65-88.

Annexe I : résultats escomptés du *migration mainstreaming* de la stratégie Migration et santé

Domaines et mission transversale de <i>mainstreaming</i> *	Résultats escomptés en 2013	Résultats escomptés en 2008
Promotion de la santé et prévention	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ausgewählte nationale Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention sind in elf Themenbereichen migrationsgerecht ausgestaltet. ▶ In Kantonen mit hohem Ausländeranteil sind Projekte der Gesundheitsförderung und Prävention für MigrantInnen geöffnet. Bei Bedarf sind ergänzende Projekte für MigrantInnen entwickelt und umgesetzt. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Zuständige haben einen Auftrag und wissen, wie Aktivitäten migrationsgerecht gestalten. 2. Verantwortliche berücksichtigen weiterhin Anliegen von M+G. 3. PGF 2010 berücksichtigt Migrationsaspekte. <ol style="list-style-type: none"> 1. 2-3 Kantone haben ein Konzept zur migrationsgerechten Öffnung eines bestehenden Angebots oder ein Konzept für ein ergänzendes Angebot entwickelt; Vorgehen ist geklärt.
Formation et soins de santé dans le domaine de la santé	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Das Thema Diversität ist in den Bildungsreglementen und Lehrplänen der wichtigsten Gesundheitsberufe verankert. ▶ <i>Mainstreaming</i> Versorgungsinstitutionen: 200 Privatpraxen unternehmen Massnahmen zur Verbesserung der Betreuungsqualität von MigrantInnen. Spitäler sind bemüht, „migrationsfreundlich“ zu sein. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. BBT, BAG, FMH/Fachgesellschaften und SKP sind über Policy und Vorgehen informiert. 2. Anliegen von M+G sind in die überarbeiteten Reglemente/Lehrpläne aufgenommen. <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbände sind mit Konzept einverstanden. 2. Acht Spitäler treffen MFH-Massnahmen. 3. Fachstelle organisiert sich unabhängig vom BAG.

Interprétariat communautaire – médiation culturelle	<p>▶ Die bedarfs- und systemgerechte Ausbildung „Interkulturelle Übersetzung ikÜ“ ist nachhaltig gesichert. Mindestens 50 Prozent der zertifizierten interkulturellen ÜbersetzerInnen sind im Besitz des eidgenössischen Fachausweises für ikÜ. Telefon- ikÜ sind entsprechend dem Bedarf ausgebildet. Die Berufsankennung ist geregelt.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Der eidg. Fachausweis bzw. die Berufsprüfung ikÜ liegt vor und ist so ausgestaltet, dass sie für möglichst viele zugänglich ist. 2. ikÜ-Module 2008 sind unterstützt und evaluiert. Das weitere Vorgehen ist mit den Beteiligten geklärt. 3. Sensibilisierungsinstrumente liegen vor und werden von den Zielgruppen genutzt. 4. Auszubildende wissen, welche Elemente in der Ausbildung von Telefon-ikÜ enthalten sein müssen.
	<p>▶ Die professionelle ikÜ wird in der Gesundheitsversorgung um einen Drittel häufiger als 2007 eingesetzt.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Basis für Pilotphase Telefondolmetscherdienst ist vorhanden. 2. Handlungsbedarf bzgl. Finanzierung von ikÜ ist geklärt. 3. Handlungsbedarf bzgl. rechtlicher Situation ist geklärt.
Recherche et gestion de connaissances	<p>▶ Die relevanten vom BAG durchgeführten Erhebungen bezüglich Gesundheitszustand und Gesundheitsversorgung sowie die wichtigsten nationalen Datenerhebungen berücksichtigen migrationsspezifische Items.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vorgehen mit Verantwortlichen bzgl. Anpassung von 5 BAG-Erhebungen ist festgelegt. 2. Verantwortliche des SHAPE sind für M+G sensibilisiert. 3. Items zu M+G werden für das Mainstreaming genutzt.
	<p>▶ Resultate aus ausgewählten Forschungsarbeiten und Umsetzungsprojekten, die für die Umsetzung der Strategie M+G von Bedeutung sind, stehen relevanten AkteurInnen bedarfsgerecht zur Verfügung.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Programmteam kennt Stand der aktuellen Forschung. 2. Relevante AkteurInnen aus dem Bereich M+G kennen die wesentlichen Resultate der Datenanalyse II des GMM und verwerten sie.

Mission transversale de *mainstreaming*

Mainstreaming von relevanten internen und externen Gremien auf übergeordneter Ebene mittels Vernetzung und Kommunikation

- **Mise en réseau**

Die AkteurInnen im Bereich Migration und Gesundheit sowie die Migrationsbevölkerung nehmen das Programmteam als kompetente Partnerin wahr und tragen deren Aktivitäten mit.

1. Die relevanten AkteurInnen sind in die Vernetzungsaktivitäten des Programms eingebunden.
 2. Teilnehmende des GMFG sind für Anliegen der Strategie M+G sensibilisiert und kennen die neuen Errungenschaften im Bereich M+G.
 3. Vernetzungsgremien kennen die Anliegen der Strategie M+G.
 4. Anliegen des Programms sind im PGF 2010 aufgenommen.
-

- **Communication**

Die Relevanten Zielgruppen und PartnerInnen kennen die Anliegen der Strategie M+G und sind für diese sensibilisiert.

1. Team hat zusätzliches Instrument sowie Überblick über die Kommunikationsaktivitäten.
 2. Sensibilisierung relevanter Zielgruppen für die Anliegen der Strategie.
 3. Das Team wird bei Zielerreichung gezielt unterstützt.
-

Source: (BAG 2007).

* L'OFSP a réorganisé les champs d'action de la stratégie Migration et santé après l'élaboration du plan d'action. De ce fait, nous avons adapté les activités de *mainstreaming* prévues dans le plan d'action selon les nouveaux domaines.