

- Régis BLANC -

L'ALCOOL

UN ENJEU SANITAIRE POUR LES POPULATIONS MIGRANTES?

RECHERCHE EXPLORATOIRE
SUR MANDAT DE LA FONDATION VAUDOISE CONTRE L'ALCOOLISME



Photo Max Bender - Unsplash.com



WWW.FVA.CH - INFO@FVA.CH

Résumé exécutif

La présente recherche¹ propose un état des lieux de la problématique de l'alcool en se focalisant spécifiquement sur les populations migrantes en Suisse, et plus particulièrement dans le canton de Vaud.

En partant du domaine de la santé en général, la contextualisation fait directement référence à la politique de l'Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP) qui vise à promouvoir l'équité entre populations autochtones et populations étrangères dans le domaine de la santé. La partie contextuelle permet d'inscrire cette réflexion sur l'alcool et les populations migrantes dans les récentes orientations et discussions politiques aux niveaux national et cantonal.

Puis, après avoir dressé les différentes données épidémiologiques liées à cet enjeu sanitaire, les résultats issus de travaux antérieurs sont présentés et un exposé des principaux acteurs intervenant au niveau vaudois sur la thématique de la santé et/ou de la migration est proposé. Enfin, sur la base de cet état des lieux, des hypothèses sur d'éventuelles lacunes du réseau cantonal sont formulées, et accompagnées d'une série de pistes de réflexion.

En s'appuyant sur la littérature disponible et des entretiens réalisés avec des professionnels de la santé et/ou de la migration, l'état des lieux met en exergue plusieurs points :

- L'évidente hétérogénéité des populations migrantes ;
- Les données sur l'état de santé des populations migrantes en Suisse, et de surcroît concernant la consommation d'alcool, sont lacunaires ;
- Les données disponibles ont tendance à indiquer que l'alcool n'est pas une problématique significative pour les populations migrantes ;
- Or, en recoupant les informations et en explorant plus en profondeur cette thématique, le précédent constat mérite d'être nuancé notamment en raison du cumul de facteurs (influençant le rapport à l'alcool) qui caractérise une partie de la population migrante – sujette bien souvent à une forte vulnérabilité ;
- La cartographie des acteurs intervenant de près ou de loin sur cette thématique démontre un réseau cantonal dense ;
- Ce fort maillage cantonal laisse néanmoins suggérer que des besoins existent et que des migrants² échappent à ce réseau. Quelques pistes pour répondre à ces besoins sont enfin présentées afin de nourrir la réflexion de la FVA et du lecteur.

¹ Les propos exprimés dans cette recherche n'engagent que l'auteur et ne sauraient refléter ceux de la FVA.

² Par souci de simplicité et lorsqu'il s'agit d'une généralité, l'emploi du masculin est privilégié.

Table des matières

Résumé exécutif	1
Table des matières	2
Principales abréviations	3
1. INTRODUCTION	4
2. CONTEXTE ET JUSTIFICATION	6
2.1. Santé et migration	6
2.2. Alcool et migration	8
3. MÉTHODOLOGIE.....	10
3.1. Recherche documentaire	10
3.2. Entretiens	10
3.3. Terminologie.....	11
4. ETAT DES LIEUX	12
4.1. Situation sanitaire des populations migrantes.....	12
Epidémiologie.....	12
Au niveau national.....	17
Au niveau vaudois	19
Synthèse	22
4.2. Cartographie des acteurs vaudois	22
Synthèse intermédiaire	28
5. DÉFIS ET PERSPECTIVES	29
5.1. Besoins.....	29
5.2. Pistes.....	31
A. Etendre l’offre aux groupes de population difficilement atteignable.....	31
B. Améliorer la collaboration avec les partenaires non spécialisés	33
C. Coordination générale avec l’EVAM.....	33
D. Pistes divers.....	34
6. CONCLUSION	36
7. BIBLIOGRAPHIE.....	38
Littérature primaire et secondaire	38
Liens internet.....	41
8. ANNEXES.....	43
Annexe I – Acteurs rencontrés	43
Annexe II – Principaux statuts administratifs.....	44

Principales abréviations

CPV	Centre des Populations Vulnérables
EVAM	Etablissement Vaudois d'Accueil des Migrants
FVA	Fondation Vaudoise contre l'Alcoolisme
OFS	Office Fédéral de la Statistique
OFSP	Office Fédéral de la Santé Publique
PMU	Policlinique Médicale Universitaire
RESAMI	Réseau de SAnté et MIgration
SEM	Secrétariat d'Etat aux Migrations
SSP	Service de la Santé Publique du canton de Vaud
USMi	Unité de Soins aux Migrants

1. INTRODUCTION

La Fondation Vaudoise contre l'Alcoolisme (FVA), acteur de référence cantonal de ce phénomène profondément ancré dans la culture locale, a témoigné de son intérêt à se pencher sur les questions d'alcool en se focalisant spécifiquement sur les populations migrantes³. Le mandat de la FVA portant sur l'ensemble des habitants du territoire vaudois, cette attention s'inscrit dans le constat que le canton est composé d'une importante population étrangère et que l'approche universaliste de la FVA en matière de prévention et d'accès aux soins passe peut-être à côté de populations dites difficilement atteignables – dont font partie certaines populations migrantes.

Notamment par l'agglomération lausannoise, le canton de Vaud est en effet le deuxième canton suisse en termes de population étrangère effective⁴ après Zurich⁵. Plus globalement, la Suisse est devenue au cours du XXe siècle un « grand pays d'immigration » (Piguet, 2013, p. 9) avec un tiers de sa population, directement ou par l'un de ses deux parents, issue de la migration et un quart né à l'étranger. Ces migrations s'expliquent en grande majorité par des raisons économiques, mais aussi géographiques par la position centrale de la Suisse en Europe, et également humanitaires – dans des proportions très faibles mais toutefois significatives⁶. Les principaux groupes dans le canton de Vaud sont, par ordre décroissant, originaires du Portugal, de France, d'Italie, d'Espagne et des pays d'ex-Yougoslavie (Serbie et Kosovo en particulier). La plupart des étrangers qui résident de manière permanente dans le canton de Vaud sont ainsi européens et leur origine est des plus hétérogènes. Dans un contexte mondialisé, mais néanmoins « d'entrouverture » (Ibid), la migration est devenue une thématique d'actualité et hautement politisée⁷, cristallisant les opinions des uns et des autres.

³ Cette dénomination est celle utilisée dans le cadre de cette recherche et reprend la définition de l'Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP) : « on entend par personne d'origine migrante l'ensemble des personnes résidant en Suisse qui étaient de nationalité étrangère à leur naissance, indépendamment du lieu de naissance, que ce soit en Suisse ou à l'étranger. Ce terme englobe donc la première et la deuxième génération de la population étrangère résidant en Suisse ainsi que les personnes naturalisées » (OFSP, 2007, p. 9). Ce concept englobe les étrangers officiellement enregistrés (environ 20% de la population suisse), les personnes naturalisées de la première et de la deuxième génération et les personnes non officiellement recensées, sans titre de séjour valable (sans-papiers) (Pfluger & al., 2008, p.14).

⁴ L'Office Fédérale de la Statistique (OFS) définit cette population comme « toutes les personnes de nationalité étrangère titulaires d'une autorisation de résidence d'une durée minimale de 12 mois ou totalisant 12 mois de résidence en Suisse (livrets B/C/L/F ou N ou livret du DFAE, à savoir les fonctionnaires internationaux, les diplomates ainsi que les membres de leur famille) ». Ce n'est pas cette définition qui fait foi dans ce travail mais ces chiffres permettent de donner un ordre d'idée.

⁵ 259'668 sur une population résidente permanente de 773'407 habitants au 31.12.2015 (OFS, 2016), soit 33,5% (le troisième canton en proportion derrière Genève et Bâle-Ville).

⁶ Le total des personnes qui sont dans le processus asile en Suisse au 31.12.2017 est de 65'775 et 6'345 au niveau du canton de Vaud (source : Secrétariat d'Etat aux Migrations).

⁷ Par conséquent, la toile de fond « politique » est indissociable à toute réflexion et action relatives à la migration.

Comme présenté dans le chapitre suivant, l'approche des problématiques de santé à travers les populations migrantes est relativement récente en Suisse. Elle fait l'objet d'une véritable stratégie nationale dénommée « migration et santé » à partir de 2002. La thématique de la santé associée à la migration n'en est pas au même niveau à l'échelle cantonale, mais plusieurs acteurs interviennent désormais sur ces questions. L'état des connaissances actuelles demeure néanmoins lacunaire.

L'alcool étant une composante des enjeux sanitaires, la FVA cherche ainsi à mieux comprendre cette problématique afin d'évaluer le besoin de se positionner et d'intervenir plus spécifiquement auprès des populations migrantes. C'est dans ce cadre que s'insère cette recherche exploratoire qui tente de répondre aux questions suivantes :

Dans quelle mesure l'alcool est-il un problème pour les populations migrantes⁸ ? Le cas échéant, comment se positionnent et interviennent les autres acteurs au niveau cantonal ? Quel est le niveau de coordination ? Quel est le niveau de prise en charge ? Des actions complémentaires sont-elles nécessaires ? Si oui, quel rôle pourrait jouer la FVA et quel appui pourrait-elle apporter ?

A cette fin, après avoir contextualisé davantage cette problématique, ce rapport présente un état des lieux et une cartographie des acteurs. Cette présentation permet ensuite de mettre en lumière divers besoins et lacunes au niveau cantonal et esquisser ainsi quelques pistes et perspectives d'actions afin de nourrir le dialogue sur la question.

⁸ La FVA appréhende la consommation d'alcool comme un « problème » en distinguant trois comportements à risque : l'ivresse ponctuelle, la consommation inadaptée à la situation et la consommation chronique (Stachel, 2017).

2. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

2.1. Santé et migration

La promotion de la santé axée sur les populations migrantes en Suisse remonte aux années 1990 par le biais de projets pilotes à l'attention des situations et des besoins spécifiques de ces populations. Un premier service au sein de l'Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP) en charge de la migration est créé en 1996. Depuis 2002, une stratégie fédérale « migration et santé » a vu le jour et a été reconduite pour deux nouvelles phases (phase I 2002-2007, phase II 2008-2013, phase III 2014-2017). Le postulat de l'OFSP pour promouvoir la santé des migrants se fonde sur le besoin d'assurer l'équité dans le domaine de la santé et associe ainsi fortement cette politique à l'intégration des étrangers. L'argument est que des liens étroits existent entre la santé et la capacité à s'intégrer. En effet, *« avoir des problèmes de santé peut constituer un obstacle à l'intégration, aux niveaux de la formation et du travail, comme sur le lieu de vie. A l'inverse, une intégration insuffisante a souvent un impact négatif sur la santé »* (OFSP, 2013, p. 4). Par cette stratégie, l'OFSP fait suite à la demande du Conseil fédéral de mieux associer le domaine de la santé aux questions d'intégration. Cette politique s'inscrit dans le fait que ce n'est pas d'être issu de l'immigration qui impacte forcément sur la santé, mais que ce critère peut influencer les conditions de l'égalité des chances⁹ en matière de santé (Rüefli, 2015, p. 2).

En mettant en exergue la vulnérabilité qui frappe une part importante de la population migrante dans notre société, l'ancien directeur de l'OFSP, le Professeur Thomas Zeltner, plaide *« que la population migrante doit pouvoir réaliser son potentiel de santé en Suisse au même titre que la population autochtone »*. Il argue que *« la qualité d'un système de santé se mesure en principe à l'attention portée aux plus défavorisés. Pour relever durablement le niveau de santé au sein d'une société, les efforts doivent se concentrer sur ces groupes de population. Les moyens investis pour garantir l'égalité des chances à la population migrante ne s'inscrivent pas seulement dans une logique sociale, mais se justifient également dans une optique coûts-utilité. Les experts sont convaincus qu'un renforcement de la promotion de la santé et de la prévention auprès de la population migrante ainsi qu'une amélioration des compétences transculturelles¹⁰ du personnel de santé permettront, à long terme, de faire des économies »* (OFSP, 2008, p. 7).

Dans le canton de Vaud, cette thématique fait l'objet de débats depuis plusieurs années. Sur mandat cantonal, l'Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive (IUMSP) a réalisé en 2011 une large étude des besoins d'actions de

⁹ A priori, le concept d' « égalité des chances » a cours en Suisse alémanique alors qu'en Suisse romande c'est celui d' « équité » qui est d'usage. Sauf lors de citations ou de discours rapportés indirects, ce dernier sera ainsi privilégié. Sur ces questions cf. (Guglielmi & Koubi, 2000) ou le module suivant : [http://sgba-resource.ca/fr/?page_id=1217].

¹⁰ La notion de compétences transculturelles est définie par Domenig comme « la capacité de saisir et de comprendre les modes de vie individuels dans une situation particulière et dans divers contextes et d'en faire découler des actions correspondantes et adaptées » (Cité par König & Bernhardt Keller, 2009).

promotion de la santé et de prévention ciblant la population migrante, accompagnée d'une série de recommandations. Dans un rapport au Grand Conseil de 2012 suite au dépôt d'un postulat relatif à la stratégie fédérale¹¹, le Conseil d'Etat vaudois fait part de ses intentions : *« il s'agit pour les prochaines années de préparer et mettre en œuvre la déclinaison de la stratégie fédérale " Migration et santé " à l'échelon vaudois au travers de la politique cantonale de prévention. »* Il ajoute que *« pendant la prochaine législature, il sera aussi nécessaire de récolter les informations et les données épidémiologiques liées aux principales communautés de migrants présentes dans le Canton, afin que l'offre en prestations soit la plus adéquate et réponde au mieux aux réels besoins de santé »* (Conseil d'Etat, 2012, p. 7).

Lors d'un forum cantonal organisé par le Service de la Santé Publique¹², le Conseil d'Etat défend l'intégration des personnes vulnérables et/ou migrantes dans le système de santé actuel, et non pas la création d'un système parallèle, car l'objectif est justement de les intégrer dans le présent système ; tout en évoquant la possibilité de *« mettre en place des dispositifs spécifiques pour des migrants particulièrement vulnérables »* (SSP, 2013, p. 3). Cette position est également défendue dans le rapport de la commission en 2012 : *« plutôt que de dédoubler le système de santé à l'attention de certaines populations, il est plus pertinent de renforcer la capacité du système par la formation des acteurs à prendre en charge les populations plus spécifiques avec leurs problèmes, en tenant compte notamment des populations particulièrement fragiles comme les clandestins, les nouveaux arrivés, les personnes ayant vécu la guerre. »* (Commission Thématique de la Santé Publique, 2012, p. 2).

La tenue du forum cantonal « migration et vulnérabilité » en 2013 avait comme objectif d'être la première étape de la mise en place au niveau cantonal d'une stratégie interdépartementale « migration et santé », dans le sillage de celle développée par l'OFSP. Néanmoins, la position actuelle du canton semble s'inscrire dans la continuité de celle présentée ci-avant ; soit une approche dite plus universaliste que particulariste¹³ ou spécifique. Cette approche n'est naturellement pas complètement homogène, car il existe tout de même un certain nombre de projets ciblant spécifiquement les populations migrantes dans le domaine de la santé¹⁴. Par ailleurs, le cadre cantonal de prévention et de promotion de la santé, issu de la politique sanitaire actuelle (2013-2017), comprend un objectif qui vise à

¹¹ Postulat Jean-Michel Dolivo et consorts demandant au Conseil d'Etat que, dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie fédérale « Migration et santé », les offres de prévention et de promotion de la santé soient ouvertes à la population migrante (10_POS_205).

¹² Forum "Migration et Vulnérabilité" : comment intégrer ces enjeux dans la politique de promotion de la santé et prévention du canton de Vaud ?, 25 mars 2013.

¹³ « Approche particulariste : approche qui promeut des efforts spécifiques en vue de l'intégration des migrants. Elle peut aller jusqu'à permettre l'élaboration par ex. d'une politique sociale et sanitaire spécifique aux migrants en fonction de leur appartenance ethnique ou de leur nationalité.

Approche universaliste : elle se situe à l'extrême de l'approche particulariste. Elle s'oppose à des mesures spécifiques pour les migrants en vue de leur intégration et prône des mesures non différenciées de politique sociale et sanitaire. » (Chimienti & Cattacin & al., 2001).

¹⁴ cf. projets répertoriés jusqu'en 2012 dans l'étude de l'IUMSP et dans le rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur le postulat de Jean-Michel Dolivo et consorts, ainsi que plus récemment dans le rapport du Conseil d'Etat sur la politique sanitaire 2013 – 2017.

« adapter le système aux populations vulnérables (ex : migration, vieillesse, etc.) » (Conseil d'Etat, 2013, p. 46). Sur la base des informations recueillies, le sujet semble avoir été toutefois peu débattu lors de la deuxième partie de la législature 2012 – 2017.

Cette législature, et sa politique sanitaire, se terminant cette année, à l'instar de la phase actuelle de la stratégie nationale « migration et santé »¹⁵, il importera de porter une attention toute particulière aux orientations politiques sur cette problématique et à la place accordée à ces enjeux au sein des prochains documents stratégiques cantonaux et nationaux. Plusieurs acteurs rencontrés dans le cadre de cette recherche soulignent à ce propos que la période actuelle est peut-être une période charnière, de fin de cycle, qui appelle à un certain nombre de changements. Cela pourrait toutefois être surprenant que l'approche cantonale change sensiblement lors de la prochaine législature et qu'il n'y ait ainsi pas une certaine continuité à prévoir avec une approche plutôt universaliste, complétée par quelques actions plus ciblées à l'attention des populations vulnérables, composées d'une part significative de migrants – provenant notamment du système de l'asile. Ces propos demeurent des hypothèses et le suivi des orientations politiques à venir est donc une nécessité.

2.2. Alcool et migration

Suite à la présentation du contexte associant santé et migration à un niveau plus global, cette partie va se concentrer sur les questions liées à l'alcool, l'enjeu sanitaire du mandat de la FVA. Les risques liés à la consommation d'alcool sont une composante importante du domaine de la santé, comme en témoigne la place accordée à cette problématique dans les documents de référence nationaux et cantonaux.

Les risques liés à la consommation d'alcool pour les populations migrantes n'ont cependant pas fait l'objet du même traitement que les enjeux sanitaires au sens plus général. Les Programmes Nationaux Alcool (PNA, 2008-2012, 2013-2016) ne mentionnent pas spécifiquement les populations migrantes et prennent ainsi une approche large de la population. La Stratégie Nationale Addictions 2017-2024 (« successeur » du PNA) évoque toutefois ces populations en soulignant « *qu'il faut donc identifier de manière précoce les groupes exposés au risque d'addiction. [...]. Une attention particulière doit ainsi être accordée, par exemple, aux enfants et aux adolescents, aux personnes ayant un niveau d'éducation ou de revenus peu élevé, aux personnes âgées et aux migrants* » (OFSP, 2015, p. 46).

¹⁵ L'OFSP a annoncé en mai 2017 que les grandes lignes du programme « migration et santé » seront intégrées dès 2018 aux tâches de l'OFSP et aux stratégies fédérales. « Les mesures principales dans les domaines 'compétences en matière de santé' et 'informations en matière de santé' seront maintenues [et] qu'il convient de développer ces mesures afin que d'autres groupes de population défavorisés sur le plan socio-économique bénéficient également d'un meilleur accès au système de santé ».

<https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitsstrategien/nationales-programm-migration-gesundheit/programm-migration-und-gesundheit.html>, consulté le 09.05.2017.

Au niveau cantonal, les actions visant la réduction des problèmes de santé liés à la consommation d'alcool, au même titre que le tabac et les autres addictions, constituent des mesures en vue de la réalisation des objectifs du cadre cantonal de prévention et de promotion de la santé – dont fait partie l'objectif précédemment cité qui est d'adapter le système aux populations vulnérables. Enfin, plusieurs rapports documentant la problématique de la santé axée sur les populations migrantes¹⁶ consacrent systématiquement une partie de leur recherche aux questions d'alcool chez ces populations (OFSP 2007, 2010 ; IUMSP, 2011 ; Cordey & al. 2012) ; tout en mettant en exergue les lacunes en termes de données tant qualitatives que quantitatives. Au regard des données épidémiologiques des populations migrantes, l'OFSP incite à des actions dans plusieurs domaines, dont l'alcool.

Sur la base de ces propos, il paraît pertinent et justifié pour la FVA de se pencher davantage sur les populations migrantes, en sachant qu'une part significative de celles-ci est touchée par une vulnérabilité et une précarité certaines (cf. chapitre 4) ; soit des situations favorables à des comportements à risque en matière de consommation d'alcool. Il est par ailleurs reconnu, et démontré ci-après, que les groupes dits « difficilement atteignables » sont souvent constitués par les populations migrantes en particulier, et les populations vulnérables en général.

¹⁶ Dont les deux monitorings réalisés par l'OFSP en 2007 et 2011 sur l'état de santé de la population migrante en Suisse.

3. MÉTHODOLOGIE

Cette étude se base sur la collecte d'informations à travers l'analyse documentaire et des entretiens semi-structurés avec des professionnels de la santé et des acteurs d'institutions directement ou indirectement concernées par les enjeux de ce travail. Il importe de souligner le caractère exploratoire de ce document et, par conséquent, les limites inhérentes à cette recherche. En effet, ce rapport ne se veut nullement exhaustif et se limite à présenter un état des lieux de la problématique d'étude tout en proposant quelques perspectives et pistes de réflexion aux lecteurs.

Un important travail de balisage de la thématique s'est avéré nécessaire au regard de l'étendue que peuvent englober les enjeux et défis sanitaires liés aux populations migrantes. L'alcool étant une composante des enjeux sanitaires, le choix d'aller du général (la santé) au particulier (l'alcool) paraît pertinent ; de surcroît en raison du manque de littérature et de données sur la thématique de cette recherche.

3.1. Recherche documentaire

Le caractère exploratoire de cette recherche a limité la littérature parcourue et s'est concentré à la production suisse. Il est possible de catégoriser la littérature de cette recherche de la manière suivante :

- Documents stratégiques et officiels aux niveaux fédéral et cantonal (OFSP, OFS, Conseil d'Etat du Canton de Vaud, Service de la Santé Publique) ;
- Publications d'institutions régulièrement mandatées par les organismes publics et faisant figure de centre de compétences dans leur domaine (SFM, Observatoire Suisse de la Santé, InfoDrog, IUMSP, Public Health Services, RADIX, Addiction Suisse)
- Articles tirés de revues scientifiques

3.2. Entretiens

Les entretiens ont été réalisés entre mars et octobre 2017 sous une forme semi-directive, voire par des discussions ouvertes¹⁷. Faute de disponibilité, tous les acteurs contactés n'ont pas donné suite à ma demande et permis de déboucher sur un entretien. Par ailleurs, en raison du caractère exploratoire de la recherche et du temps disponible, pas de rencontre n'a été effectuée avec des migrants souffrant de problèmes d'alcool, notamment en raison du temps que nécessite la création d'un lien de confiance.

Toutefois, sans aspirer à une quelconque exhaustivité, la diversité des acteurs rencontrés donne une certaine vue d'ensemble du sujet d'étude. Ils ont permis de mieux appréhender et baliser la thématique de la recherche, mieux comprendre le

¹⁷ La liste des acteurs est à retrouver dans l'annexe I.

rôle des acteurs et identifier certains besoins tout en évoquant des pistes pour pallier à ces derniers. Par ailleurs, en cas de suite donnée à cette thématique par la FVA, ces rencontres auront permis de créer des liens entre la FVA et d'autres institutions actives dans le domaine. Enfin, comme l'indique l'intérêt témoigné par nombre d'interlocuteurs, cela aura aussi permis d'aborder une problématique qui semble parfois reléguée au second plan en raison de problématiques plus saillantes et d'une certaine priorisation des actions, et de ce fait accroître également la visibilité de la FVA en tant qu'acteur intervenant sur ces questions.

3.3. Terminologie

De toute évidence, et cela est souligné régulièrement dans le texte, les populations migrantes sont fortement hétérogènes. Les facteurs influant sur la santé et la forme de la prise en charge vont ainsi considérablement varier selon la personne migrante. En raison du caractère exploratoire de cette recherche, ainsi que par la volonté de donner une vue d'ensemble aussi large que possible à la problématique d'étude, il a toutefois été décidé d'utiliser la définition générique de population migrante donnée par l'OFSP (cf. introduction) – sauf lorsque la précision s'avère pertinente. L'utilisation de ce terme générique est aussi guidée par la complexité des problématiques et comportements liés à l'alcool et par la difficulté à les répartir en fonction de groupes de populations migrantes, et par conséquent à conceptualiser des pistes d'actions spécifiques.

Ce choix ne saurait néanmoins occulter les différences entre populations migrantes et le besoin d'équité, et notamment celles entrant sous la catégorisation de « migration forcée ». L'utilisation de cette catégorie, à l'instar de celle de « migration mixte » s'est récemment développée due à la définition jugée trop étroite du « réfugié » ; qui n'apparaît plus en adéquation avec les schémas et dynamiques complexes des mouvements de populations actuelles – sans évoquer la construction normative de ce statut fortement ancré dans les enjeux de la guerre froide. Sommairement, une migration forcée se traduit par une personne forcée « à se déplacer en raison de menaces pesant sur [sa] vie ou sur [ses] moyens de subsistance » (Zetter, 2014) dont la pierre angulaire s'inscrit dans le concept de vulnérabilité. Dans le sillage des questionnements de Roger Zetter¹⁸, le choix terminologique de ce travail s'appuie ainsi davantage sur une approche en termes de vulnérabilité que basée sur le statut de la personne.

¹⁸ Cette étude très complète est particulièrement intéressante sur cette problématique de catégorisation des migrations forcées et fournit des pistes de réflexion et d'actions des plus pertinentes.

4. ETAT DES LIEUX

Cette partie présente d'abord les facteurs qui impactent la santé des populations migrantes, et plus précisément leur rapport à l'alcool. Cela permet de mettre en évidence certains particularismes par rapport aux populations autochtones et, par conséquent, de mieux saisir les enjeux et défis sanitaires liés aux migrants. La situation sanitaire des populations migrantes en Suisse, en matière d'alcool notamment – dans la mesure des données disponibles –, est ensuite exposée en s'appuyant sur la documentation disponible et les données existantes. La situation du canton de Vaud est enfin esquissée sur la base des informations recueillies dans de rares documents et lors des entretiens réalisés dans le cadre de cette recherche. Une cartographie des acteurs intervenant au niveau vaudois est également proposée.

4.1. Situation sanitaire des populations migrantes

Epidémiologie

En premier lieu, il importe de rappeler l'importante diversité des populations migrantes afin d'éviter toute homogénéisation de celles-ci. Il est par exemple difficile de comparer les facteurs influant sur la santé, et la consommation d'alcool, d'un migrant de 60 ans et résidant en Suisse depuis 30 ans avec un requérant d'asile de 25 ans arrivé en Suisse il y a une année. Une vaste étude montre à ce propos que « *les différences de consommation de tabac et d'alcool sont plus marquées entre les groupes de migrants qu'entre la population migrante et la population indigène* » (Pfluger & al., 2008, p. 5). Cette présentation des divers éléments explicatifs n'a ainsi aucune vocation à catégoriser les populations migrantes mais vise à améliorer la compréhension de l'épidémiologie des populations migrantes¹⁹.

Au regard notamment des écarts de santé entre populations migrantes, les experts s'accordent que « *être migrant-e n'est pas considéré en soi comme un facteur de risque sanitaire* » (OFSP, 2008 ; Pfluger & al., 2008). Toutes les études, ainsi que tous les professionnels rencontrés dans le cadre de cette recherche, arguent qu'il existe naturellement un très grand nombre de facteurs impactant la santé des populations migrantes. Ces éléments explicatifs s'articulent et créent ainsi une singularité propre à chaque individu. Le modèle développé par Salis Gross & al., mobilisé dans l'étude de Pfluger & al. (2008), paraît aussi pertinent que complet. Il distingue trois catégories d'éléments explicatifs :

¹⁹ Pour une catégorisation intéressante, mais toutefois incomplète et imparfaite à mon sens, voir Rüefli (2016, p. 3) qui établit quatre groupes structurellement différents du point de vue des conditions de l'égalité des chances en matière de santé : les personnes issues de la migration établies en Suisse depuis longtemps, les nouveaux arrivants principalement issus de l'espace UE/AELE, les requérants d'asile et les personnes admises à titre provisoire, les sans-papiers.

- Les conditions dans le pays d'origine (par ex. risques sanitaires dans le pays d'origine, niveau d'éducation, contexte socioculturel) ;
- L'expérience migratoire (par ex. raisons de la migration, parcours migratoire) ;
- Les conditions dans le pays d'accueil (par ex. statut socio-économique, statut de séjour, caractéristiques individuelles).

Selon ce modèle, ces trois groupes de facteurs participent à la santé des migrants²⁰. La situation sanitaire des migrants résulte ainsi d'une combinaison complexe de facteurs « *qui s'influencent mutuellement* » (Cordey & al., 2012, p. 99). Il semble judicieux d'ajouter que ces derniers soulignent qu'il importe de tenir compte « *qu'une vulnérabilité supplémentaire peut découler de l'effet cumulatif de déterminants défavorables dans le contexte de migration (par exemple, migrant isolé, sans connaissance d'une langue nationale, dépourvu de formation, titulaire d'une admission provisoire)* » (Ibid).

En vue de présenter les éléments explicatifs du rapport à l'alcool, il serait très aléatoire de transposer ces facteurs explicatifs à la thématique de l'alcool en particulier – en partant du principe que les risques sanitaires liés à la consommation d'alcool sont des composantes des questions de santé en général. Il existe toutefois quelques rares études – du moins en Suisse – qui ont approfondi cette problématique. Les données sont notamment issues de la recherche de Pfluger & al. (2008), véritable référence sur la problématique²¹, des monitorings GMM I et II (2007, 2010)²² de l'OFSP ainsi que l'analyse du GMM I par Gabadinho & al. (2007). En gardant à l'esprit la nécessité de considérer les facteurs de manière combinée et non pas isolée, voici les principaux résultats de ces études, en reprenant certains facteurs du modèle présenté ci-avant que les auteurs ont associé avec la consommation d'alcool :

- Facteur « pays d'origine » : grande disparité dans le rapport à l'alcool et dans sa consommation selon l'origine. Les études s'accordent cependant que l'origine en soi est souvent bien moins déterminante que d'autres facteurs (cf. Sanchez-Mazas P., 2012). Bodenmann & al. (2006) indique néanmoins que l'origine des migrants semble influencer la perception des risques liés à la consommation d'alcool – au même titre que le genre. Un migrant originaire d'un pays dit en voie de développement a tendance à surévaluer de manière importance ces risques.

²⁰ Pour plus d'informations, cf. le chapitre 4.5. très complet de l'étude de Pfluger & al. (2008), le chapitre 4.3., plus critique, de l'étude de Cordey & al. (2012), ou l'analyse des données du GMM I par Gabadinho & al. (2007).

²¹ L'étude de Pflueger & al. représente actuellement la recherche la plus complète au niveau suisse sur la problématique de ce rapport. Leurs données proviennent toutefois majoritairement d'études externes et leurs échantillons qualitatifs demeurent assez limités. Une mise en perspective avec les enjeux politiques de la migration, et par conséquent une approche plus critique, aurait pu représenter aussi une plus-value à cette étude.

²² Comme l'écrivent leurs auteurs, « *la méthode choisie ne rend pas compte des différences de perception, de modèles explicatifs différents ou d'autres facteurs liés aux réponses des participants* » (2007, p. 7). Par ailleurs, seuls certains groupes de migrants issus de l'asile ont été interrogés, la représentativité étant ainsi passablement limitée (voir p. 22 à ce propos).

- Facteur « expérience migratoire » : les interviewés d'une étude mettent en relation « *la consommation excessive d'alcool avec l'expérience migratoire : l'isolement social, les dépressions, les problèmes de couple et les violences domestiques sont considérés à la fois comme des conséquences de la migration et comme des causes de la dépendance à l'alcool* » (Pfluger & al., 2008, p. 45).
- Facteur « statut socio-économique » : peu d'influence sur la consommation d'alcool chez les hommes migrants selon l'étude de Gabadinho & al. Ils soulignent toutefois que les comportements tels que l'absorption en une seule fois d'une quantité importante d'alcool sont moins fréquents parmi les migrants avec un statut inférieur et qu'une amélioration de statut chez les femmes augmente la probabilité de consommation régulière.
- Facteur « langue » (maîtrise d'une langue nationale par ex.) : cette étude indique qu'il existe une forte corrélation entre mauvaise maîtrise de la langue et ivresse ponctuelle – outre la difficulté d'accéder aux messages de prévention, il faut mentionner que la langue est un marqueur d'intégration (Ibid).
- Facteur « âge » : la consommation varie beaucoup selon l'âge. Les hommes âgés consomment nettement plus régulièrement que les jeunes, qui eux sont bien plus sujets à une consommation excessive ponctuelle – dynamique comparable à la population autochtone (Ibid).
- Facteur « socioculturel » (religion par ex.) : comme l'écrivent Pfluger & al., « *la consommation de substances légales et illégales est influencée par des normes socioculturelles, des rituels de consommation et la manière dont le système juridique et la société perçoivent les substances en question. Ces normes régissent les habitudes de consommation [...]* » (2008, p. 51).
- Facteur « réseaux sociaux » : bénéficier d'un réseau social (ou communautaire) diminue la probabilité de consommation excessive (Ibid).
- Aussi, à l'instar des comportements de la population autochtone, les résultats démontrent que les femmes migrantes consomment moins d'alcool que les hommes et qu'une consommation plus importante est observée dans la région lémanique et au Tessin que dans le reste de la Suisse.

De nombreux facteurs impactent ainsi les comportements en matière d'alcool des populations migrantes. Il est toutefois difficile de faire des liens solides et de tirer des conclusions. Il serait par conséquent hasardeux de vouloir catégoriser et généraliser ces résultats. Il faut donc souligner que ces résultats traduisent des tendances ; basées par ailleurs sur un nombre d'études restreint dû au caractère peu exploré de la problématique.

Le statut « socio-économique » : discussion

De manière générale, bien qu'une forte hétérogénéité caractérise les populations migrantes, de nombreuses études montrent que la majorité des migrants occupent le bas de l'échelle sociale. Cela s'explique notamment par des raisons socio-professionnelles (OFSP, 2013) et de politique migratoire (Corney & al., 2012). Par rapport à la population moyenne, ces populations sont davantage concernées par la pauvreté et le chômage, ont un plus faible niveau d'éducation, des revenus plus bas, effectuent des emplois plus pénibles et précaires, etc. Par ailleurs, beaucoup d'études soulignent le rapport entre le statut socio-économique et l'état de santé et le comportement sanitaire. Pfluger & al. soulignent ainsi que « *l'écart de santé entre les personnes d'origine migrante et la population locale s'explique aussi par la situation socioéconomique précaire de certains groupes de migrants* » (2008, p. 46).

Ces propos permettent d'illustrer la complexité de la problématique des comportements en matière d'alcool et les différences existantes avec les comportements sanitaires en général. En effet, les différents résultats indiquent d'une part que la situation socio-économique des migrants n'a que peu d'influence sur la consommation d'alcool et, d'autre part, qu'il existe un rapport entre statut socio-économique et l'état de santé des migrants. Tout en gardant à l'esprit ces nuances, il faut toutefois rappeler l'état lacunaire de la recherche sur la problématique.

La thématique de l'alcool représente ainsi un défi supplémentaire, car il existe plusieurs catégories de consommation à risque et la population en général se répartit différemment dans celles-ci.

Pour rappel, la FVA distingue trois comportements à risque (*Concept d'intervention du secteur socio-thérapeutique de la FVA*, Stachel, 2017) :

- L'ivresse ponctuelle ;
- La consommation inadaptée à la situation ;
- La consommation chronique.

Les populations jeunes sont par exemple plus concernées par l'ivresse ponctuelle et les plus âgés par la consommation chronique.

Le domaine de l'asile et le cumul de facteurs : un terreau pour les comportements à risque ?

Une partie de la population migrante est notamment concernée par le cumul de certains facteurs, et de ce fait sujette à une vulnérabilité exacerbée : les personnes issues du domaine de l'asile. Plus précisément, la population dont le séjour est précaire (cf. par ex. Achermann & Chimienti, 2006 ; Sanchez-Mazas M., 2011). Cela inclut les requérants d'asile (permis N), les requérants d'asile déboutés, les titulaires d'une admission provisoire (permis F). A ceux-ci s'ajoutent les sans-papiers (issus ou non de l'asile). Ces différentes situations sont développées dans l'annexe II.

Sur la base des résultats mentionnés, nous pouvons émettre l'hypothèse que bon nombre de ces personnes comportent une probabilité plus élevée d'avoir un comportement à risque en matière d'alcool. En effet, un statut précaire, l'oisiveté du quotidien et l'isolement social sont autant de causes qui participent à telle situation. *A fortiori*, en sachant que c'est une catégorie de population difficilement atteignable, notamment par les messages de prévention. Enfin, pour la grande majorité des individus concernés, la problématique de l'alcool n'est qu'une partie d'une problématique plus générale (santé mentale, autres addictions, etc.).

Une large étude consacrée aux sans-papiers et aux requérants d'asile va dans le sens de ces propos : « *Aussi le stress lié à la constante insécurité se répercute-t-il directement sur le bien-être psychique et physique. Ceux qui reçoivent l'aide d'urgence se sentent souvent démunis, voire impuissants, car ils dépendent dans une large mesure de l'aide extérieure qu'on leur accorde ; ils ont peu de perspectives d'avenir et se voient en permanence rappelés au fait qu'ils sont indésirables. Plusieurs spécialistes rapportent des cas de détérioration de l'état de santé psychique et physique chez les personnes qui reçoivent l'aide d'urgence depuis une longue période, jusqu'à des réactions psychotiques et à un accroissement des comportements addictifs – qu'il s'agisse d'alcool ou d'autres drogues, notamment chez les hommes* » (Efionayi-Mäder & al., 2010, p. 69).

Les résultats présentés ci-avant permettent néanmoins de donner des orientations et de nourrir la réflexion, notamment concernant le nombre de paramètres à prendre en considération. Ce qu'il faut surtout retenir ici, selon l'OFSP, c'est la **nécessité de considérer les effets cumulatifs de certains facteurs**. Ces effets cumulatifs liés à la migration peuvent aboutir à une vulnérabilité accrue et à un manque de ressources (OFSP, 2013). Dans ce cas-là, les risques liés à la consommation d'alcool sont souvent une composante d'une problématique plus générale. La FVA se réfère à ce propos aux problèmes de santé mentale en mentionnant que « *dans le cas de l'alcool, les études montrent que 50 à 70% des personnes souffrant de dépendance à l'alcool souffrent en même temps de troubles psychiatriques majeurs* » (Stachel, 2017, p. 5).

Au niveau national

Les deux monitorings sur l'état de santé des populations migrantes en Suisse menés par l'OFSP en 2007 et 2010 (GMM I et GMM II) sont les deux seules recherches de référence au niveau national. Quelques autres recherches complètent la littérature sur la question (Moreau-Gruet, 2013 ; Cordey & al., 2012 ; Pfluger & al., 2008 ; Gabadinho & al., 2007 ; Wanner & al., 1998). Du point de vue de la santé en général, les résultats indiquent qu'une grande partie de la population migrante affiche des statistiques moins favorables et des risques plus élevés que la population autochtone en matière de santé – ce qui explique précisément la volonté politique de consacrer une stratégie nationale à cette problématique.

Les quelques rares études qui se sont intéressées aux problématiques de dépendance, et notamment d'alcool, des populations migrantes sont répertoriées par Pfluger & al. (Bauer, 2008 ; Stuker & al., 2008 ; Oggier & Ideli, 2005 ; Rusch, 2003). Ils mettent toutefois en garde sur le fait que les résultats sont des appréciations subjectives tirées d'observations individuelles, et donc non représentatives. Même si l'ampleur du phénomène diverge sensiblement selon les avis, les professionnels de la santé interrogés dans les deux dernières études indiquent que la consommation d'alcool, à l'instar du tabac, est largement répandue dans la population migrante (Pfluger & al., 2008, p. 81).

La plupart des recherches nationales axées sur la santé en général mentionnées ci-avant consacrent une partie de leur recherche aux questions d'alcool. A l'exception de Wanner & al. ainsi que quelques études datant des années 1990, les résultats ont les mêmes tendances : les migrants consomment nettement moins d'alcool que la population suisse. Les résultats indiquent également que :

- L'abstinence est bien plus grande chez les populations migrantes ;
- Les femmes migrantes consomment moins que les hommes de manière générale ;
- L'ivresse ponctuelle est bien plus rare chez les populations migrantes (notamment Somalie, Turquie, Ex-Yougoslavie et Sri Lanka). Ce phénomène est toutefois plus récurrent pour les hommes portugais que pour les hommes suisses (Gabadinho & al., 2007, p. 67) ;
- Les hommes portugais et italiens ont une consommation régulière d'alcool plus fréquente que les hommes suisses (Ibid). A ce propos, en s'appuyant sur les études de Oggier & Ideli (2005) ainsi que Rusch (2003), Pfluger & al. relèvent que « *la vie associative est souvent le prétexte de boire pour les hommes ; une consommation excessive d'alcool est surtout observée dans les cercles portugais masculins* » (2008, p. 82) ;
- 27% des demandes de prise en charge ambulatoire pour un problème de dépendance à l'alcool étaient le fait d'étrangers en 2015 (Delgrande, 2016). Avec une surreprésentation de Portugais et d'Espagnols – pour les chiffres de 2004 (Ibid, 2005) ;
- Les personnes issues du domaine de l'asile consomment nettement moins d'alcool que la population suisse et le taux d'abstinence est particulièrement

élevé (près de 99% pour les Somaliens et 2/3 des Sri-Lankais). (OFSP, 2007 ; 2010) ;

- Il existe ainsi de fortes disparités entre les différents groupes de population migrante.

En référence au dernier point, l'OFSP considère d'ailleurs « *qu'il est plus important d'examiner ces disparités que de souligner la différence entre la population suisse et la population étrangère* » (2007, p. 25) ; l'écart étant plus significatif au sein même des populations migrantes qu'entre celles-ci est la population suisse.

Ainsi, en partant de la nationalité, on observe des comportements en matière d'alcool assez proches de la population suisse pour les groupes italiens, portugais, français ou encore allemands ; *a contrario* des groupes turcs, d'ex-Yougoslavie ou du Sri Lanka. Ce constat amène plusieurs auteurs à souligner que la religion est un facteur important.

Cependant, comme le mentionnent Pfluger & al., il importe de signaler que ces enquêtes sur la consommation d'alcool « *se fondent sur l'appréciation (subjective) des personnes interrogées. La consommation indiquée et les schémas de consommation doivent être interprétés avec prudence en raison des tabous liés à la problématique de la dépendance* » (2008, p. 39). Certaines populations migrantes sont particulièrement concernées par ce phénomène, telles que les populations du Sri Lanka comme le développe l'étude de Moret & al. (2007). Bien que les résultats des monitorings de l'OFSP ne le fassent pas ressortir, l'abus d'alcool est ainsi souvent cité comme le principal enjeu sanitaire des migrants tamouls (de première génération notamment). Moret & al. illustrent ce phénomène en citant un spécialiste de la prévention :

« Les Tamouls ne sont souvent pas habitués à boire de l'alcool. Ils travaillent dans la restauration, ils travaillent tard et quand ils ont fini, le chef leur propose de l'alcool. Au Sri Lanka, beaucoup n'ont jamais bu. Là-bas, c'est tabou. Ils s'y habituent, boivent de plus en plus, et commencent à se voir pendant le week-end, à parler du passé... Beaucoup de Tamouls sont traumatisés par le passé, voient un autre monde et commencent à boire. Ils ne connaissent pas les conséquences que peut avoir l'alcool et le supportent aussi physiquement moins bien que les Suisses. Et ils boivent de l'alcool fort » (Ibid, p. 83).

Les focus groupes réalisés par l'IUMSP auprès des différentes communautés migrantes vont dans le même sens que ceux-ci : « *combiné avec [la] facilité [d'accès], l'alcool consommé comme dérivatif aux soucis et/ou lors de fêtes communautaires aboutit à des épisodes d'ivresse débouchant sur des actes de violence (notamment domestique) dont la fréquence alarme les informateurs.* » Ils relèvent également que « *cette situation n'est pas propre à la communauté tamoule. Les interprètes communautaires signalent également des abus d'alcool et des épisodes de violence parmi les plus jeunes membres des communautés islamisées (arabophones, somaliennes, balkaniques), mais il semble que l'ampleur du problème y soit moins importante que dans la communauté sri-lankaise* » IUMSP, 2011, p. 66).

Ce phénomène semble se retrouver chez les populations de Somalie et d'Erythrée – issues de l'asile, à l'instar des Sri-Lankais. Eyer & al. relèvent que : « *différents professionnels de la santé ont également fait état d'une consommation excessive d'alcool. Ce problème concerne toutefois presque exclusivement les hommes. L'accès aux boissons alcoolisées, plus aisé en Suisse qu'il ne l'était dans le pays d'origine (en particulier en Somalie), l'isolement social et les traumatismes du passé sont autant de raisons pouvant expliquer cet abus d'alcool* » (2010, p. 82).

Il faut encore souligner que les monitorings de l'OFSP se concentrent uniquement sur les populations du Sri Lanka et de Somalie et ne prennent donc pas en compte les « nouvelles » populations de l'asile (Erythrée, Syrie, Afghanistan, Irak, et dans une moindre mesure, Afrique de l'Ouest et Centrale) qui sont les plus représentées depuis plusieurs années²³.

Mentionnée par un interlocuteur de la FVA, une autre problématique liée principalement aux personnes issues de l'asile apparaît comme très pertinente à mettre en évidence : la difficulté à trouver un effet levier en matière de prévention et de prise en charge socio-thérapeutique. En effet, et en particulier pour les personnes en attente d'une décision d'asile, de surcroît celles en attente de renvoi, le contexte d'incertitude et d'expectative rend très difficile la possibilité de trouver et d'identifier un « objectif de changement » – qui serait par exemple, pour une personne établie avec des perspectives futures, un permis de conduire, un travail, des études, etc.

En raison d'un potentiel biais de désirabilité sociale, il faut par conséquent vraiment insister sur la précaution avec laquelle il faut traiter ces résultats. Aussi, il importe de rappeler, à nouveau, l'état lacunaire de la littérature sur la problématique et l'absence de véritables données chiffrées en fonction de l'origine des migrants. La plupart de ces recherches ont aussi été menées sur la base d'échantillons assez limités. L'état de la recherche en général étant par ailleurs particulièrement lacunaire concernant les migrants issus de l'asile et les populations très vulnérables. Enfin, nonobstant ces remarques, les résultats présentés ci-avant ne doivent pas amener à considérer la problématique de cette recherche comme peu pertinente, car une partie de la population migrante semble adopter des comportements à risque en matière d'alcool ; même s'ils sont *a priori* moins nombreux que la population autochtone.

Au niveau vaudois

Le manque de données au niveau national se retrouve au niveau cantonal. Comme l'indique l'étude de l'IUMSP : ni la FVA, ni le service d'alcoologie du CHUV ne produisent de statistiques par nationalité, car cette information n'est pas relevée lors des consultations (2011, p. 27). Les entretiens réalisés par cette étude « *n'ont pas permis de mettre en évidence, même de manière subjective, quelle est l'accessibilité*

²³ Secrétariat d'Etat aux Migrations, aperçu des demandes d'asile, [<https://www.sem.admin.ch/sem/fr/home/publiservice/statistik/asylstatistik/uebersichten.html>].

des populations migrantes [au programme Alcool²⁴] » (Ibid, p. 53). Cette étude demeure la référence au niveau cantonal sur la thématique « santé et migration ». Concernant l'alcool, ils mobilisent principalement les chiffres du monitoring (GMMI) et l'analyse faite par Gabadinho & al. La recherche de Cordey & al. (2012) ciblant les cantons de Fribourg, du Jura et de Neuchâtel reprend également les données du monitoring de l'OFSP. L'Observatoire suisse de la santé et le département de la santé et de l'action sociale du canton de Vaud ont publié un rapport en 2010 sur la santé dans le canton de Vaud (en analysant les données de l'Enquête suisse sur la santé 2007) où ils distinguent les Suisses des étrangers dans les groupes à risque concernant la consommation d'alcool. Les résultats relevés indiquent une tendance similaire aux monitorings de l'OFSP, soit de manière générale une consommation d'alcool moindre pour la population étrangère²⁵.

De nombreux articles académiques, notamment du Dr. Bodenmann (responsable du centre des populations vulnérables de la PMU) abordent la problématique sanitaire des populations migrantes²⁶. Les questions d'alcool ne sont par contre que très peu traitées. Axée sur la perception du risque, l'étude de Bodenmann & al., citée précédemment, mentionne toutefois que leur échantillon de 400 personnes (dont 53% de migrants) partage les mêmes tendances. Le rapport à l'alcool des migrants se caractérise par une abstinence plus grande, une consommation moins régulière et une consommation à risque significativement moins fréquente que les Suisses (2006, p. 92).

En s'entretenant avec les différents acteurs rencontrés, il est difficile de mesurer l'ampleur de la problématique de la recherche. Cela s'explique notamment par le fait qu'aucun acteur ne travaille de manière spécifique et conjointe sur l'alcool et la migration. L'Unité de Soins aux Migrants (USMi) de la Policlinique Médicale Universitaire (PMU) et les médecins du RESAMI rencontrés, au même titre que l'organisation Appartenances, soulignent néanmoins la pertinence de la recherche en raison de l'acuité de la thématique pour plusieurs patients, tout en arguant que les questions liées à l'alcool font souvent partie d'une problématique plus globale où l'alcool n'est pas forcément le problème le plus saillant – associé à d'autres addictions et à des problèmes de santé mentale. Ces acteurs soulignent également le phénomène de tabou entourant certains comportements relatifs aux addictions, tels que l'alcool, pour certaines communautés migrantes.

Les entretiens avec l'Etablissement Vaudois d'Accueil des Migrants (EVAM) font ressortir qu'ils font régulièrement face à des comportements à risque en matière d'alcool mais que cela ne concerne que peu de bénéficiaires. Les interlocuteurs

²⁴ Le programme Alcool concerne toutes les actions d'information et prévention ainsi que de traitement de dépendance à l'alcool et des maladies liées à sa consommation abusive. Pour un répertoire exhaustif de ces actions, consulter le chapitre 8.3 de l'étude de l'IUMSP (2011, pp. 49-51). Cordey & al. répertorient également les actions dans les cantons de Fribourg, Jura et Neuchâtel dans leur étude au chapitre 6.7 (2012, pp. 165-173).

²⁵ Leurs résultats en pourcent sont les suivants : Suisses- Etrangers 23,6 – 37.6 (pas de risque) ; 71,1 – 58.2 (risque faible) ; 5,4 – 4.2 (risque moyen à élevé) (Obsan, 2010, p. 72).

²⁶ cf. notamment Althaus & al. (2010), Bodenmann & al. (2006), Bodenmann & al. (2012) et surtout la large sélection de références répertoriées par le centre de documentation en santé publique (CDSP, 2013).

relatent aussi les mêmes problématiques que celles relevées ci-dessus. A noter qu'il est cependant difficile pour l'EVAM de dresser un constat exhaustif de l'état sanitaire des bénéficiaires, car ils ne sont pas directement en charge de ces questions et que la problématique de l'alcool est *de facto* sous-évaluée – les bénéficiaires cherchant à plutôt dissimuler ces problèmes, sous peine d'éventuelles sanctions.

Que ce soit l'USMi, Appartenances ou l'EVAM, il importe de souligner que ces organisations travaillent principalement, si ce n'est essentiellement, avec des migrants issus de l'asile et/ou particulièrement vulnérables ; soit une faible partie de la population migrante du canton de Vaud. Concernant le reste de la population migrante, au regard des monitorings nationaux de l'OFSP, nous pouvons, afin de donner une vue d'ensemble à la problématique, transposer leurs résultats au niveau vaudois qui, par ailleurs, comporte un grand nombre de populations étrangères – portugais, français, italien et espagnol en tête. Nous l'avons vu, ces groupes de population semblent adopter des comportements liés à l'alcool assez proches de ceux de la population suisse ; avec *a priori* une consommation même plus importante pour les hommes portugais.

L'EVAM et la dépendance au contexte migratoire :

A propos de l'EVAM, il faut préciser que cette organisation est très dépendante du contexte migratoire national et plus global ainsi que de la volonté politique influençant fortement ce contexte. En effet, les demandes d'asile sont en baisse significative depuis deux ans et l'EVAM peut ainsi mener à bien son mandat qui est de fournir des conditions d'accueil aux requérants d'asile. Il n'y a notamment plus de surpopulation telle que celle qui a entraîné l'ouverture de nombreux abris de la protection civile ; lieu de vie où la problématique de la consommation d'alcool était bien plus saillante qu'aujourd'hui. Par ailleurs, une des personnes de l'EVAM interrogées, relève que la population bénéficiaire a relativement changé par rapport à la période où l'organisation faisait face à de nombreux problèmes dans ce type d'hébergement¹ (à la suite des dits « printemps arabes » où la Suisse a enregistré de nombreuses arrivées de ressortissants du Maghreb, essentiellement masculins et célibataires. De nombreux bénéficiaires sont désormais des familles).

Plus récemment, l'arrivée importante de mineurs non accompagnés (MNA) a entraîné une certaine surpopulation dans les centres d'hébergement prévus pour cette population et ainsi l'augmentation de problèmes liés à cette population, dont la consommation d'alcool à risque – l'USMi rapporte également cette problématique. Or, cette arrivée s'est tarie depuis 2016 (-54% entre les chiffres 2015 et 2017, cf. Statistiques RMNA 2017, SEM) et, selon l'EVAM, les problématiques liées à l'alcool ou à d'autres addictions également.

Enfin, les interlocuteurs de l'EVAM relèvent qu'un certain nombre de bénéficiaires adoptant des comportements à risque n'avaient pas de tel rapport à l'alcool à leur arrivée. C'est une dynamique qui s'installe dans la durée et qui s'explique, selon eux, par l'oisiveté et le manque de perspectives.

Synthèse

Malgré le manque d'informations, notamment en termes quantitatifs, et la prudence avec laquelle il faut traiter les données disponibles, ces informations permettent néanmoins de faire ressortir plusieurs points intéressants pour cette recherche :

- Le rapport à l'alcool des populations migrantes est marqué par une forte hétérogénéité. Une grande partie n'est pas du tout concernée par des comportements à risque liés à l'alcool, un certain nombre – et manifestement en quantité non négligeable – ont de tels comportements ou comportent des risques de consommation problématique. Ces comportements à risque sont multiformes (ivresse ponctuelle, consommation chronique ou inadaptée) ;
- Les comportements à risques liés à l'alcool sont souvent une composante d'une problématique plus globale, notamment pour les migrants issus de l'asile et/ou les populations vulnérables ;
- Le phénomène de désirabilité sociale semble particulièrement saillant chez certains groupes de migrants, comme l'indique l'écart entre les données quantitatives de l'OFSP et les informations tirées des analyses qualitatives axées sur ces catégories de population ;
- L'effet cumulatif des facteurs est des plus importants pour mieux comprendre ce phénomène, notamment auprès des populations très vulnérables ;
- Les populations très vulnérables sont principalement composées de migrants, et en particulier issus de l'asile ;
- Il est intéressant de noter que les groupes de migrants résidant en Suisse depuis longtemps sont ceux qui adoptent, de manière générale, un rapport à l'alcool proche des autochtones – les Portugais et les Italiens en particulier.

4.2. Cartographie des acteurs vaudois

Dans cette partie, il va être question de répertorier et présenter les différents acteurs du canton de Vaud qui interviennent sur la problématique de la recherche ou qui sont directement ou indirectement concernés au regard de leur mandat. En voici la liste la plus complète que le permet une recherche exploratoire de ce type :

POLICLINIQUE MÉDICALE UNIVERSITAIRE (PMU)

- [Le Centre des Populations Vulnérables \(CPV\), l'Unité de Soins aux Migrants \(USMi\), le Réseau de Santé et Migration \(RESAMI\)](#) :

Le CPV garantit aux patients fragilisés une prise en charge adaptée à leurs besoins spécifiques, et s'adresse principalement aux migrants (tout statut confondu) et aux « working poors » de Suisse et les personnes âgées. Il offre son assistance et [vous] aiguille vers les différents services du réseau socio-sanitaire vaudois. Pour les problèmes médicaux, les professionnels de l'unité [vous] informent, répondent à vos questions et [vous] font connaître les différentes possibilités que peuvent offrir la

PMU et le CHUV, mais aussi les services extérieurs à la cité hospitalière²⁷. Le CPV est l'organisation phare des problématiques sanitaires axées sur les migrants. Il comporte un pôle de recherche et il a été créé, fin 2016, la chaire universitaire des populations vulnérables (unique en Suisse et en Europe)²⁸; signe que ces problématiques deviennent un véritable enjeu.

L'USMi (ex-CSI) est une équipe pluridisciplinaire composée d'infirmiers et infirmières, d'une équipe administrative et de médecins spécifiquement formés dans la prise en charge de migrants. L'USMi effectue notamment : un bilan de santé pour chaque bénéficiaire dans les jours suivants son arrivée sur le sol vaudois ; un programme de vaccination selon les recommandations du SSP ; et un programme de prévention/promotion de la santé auprès des personnes hébergées dans les centres d'accueil et de socialisation de l'EVAM²⁹. Outre à la PMU, l'USMi a des équipes mobiles et des structures au sein même de certains centres EVAM. C'est un réseau ainsi assez décentralisé.

Le RESAMI (ex-FARMED) est le réseau médico-sanitaire mis en place pour les bénéficiaires de l'EVAM dans le canton de Vaud. L'Unité de Soins aux Migrants (USMi) travaille en première ligne et est spécialisée dans la prise en charge des migrants. Elle est à même de gérer les problématiques spécifiques à cette patientèle. Les médecins de premier recours (MPR) du réseau apportent leur expertise et collaborent étroitement avec l'équipe de l'USMi. De nombreux autres prestataires de soins (spécialistes, pharmacies, opticiens, etc.) s'articulent autour de ces prises en charge selon leur champ de compétences³⁰. C'est donc un large réseau très décentralisé de professionnels qui travaillent avec les migrants issus de l'asile. L'USMi signe des accords de convention avec ces professionnels qui deviennent partenaires du RESAMI et peuvent ensuite prendre en charge des bénéficiaires de l'EVAM – les prestations et frais étant remboursés. Il y a actuellement 170 médecins conventionnés³¹.

→ Si un patient rencontre des problèmes d'alcool, l'USMi l'oriente vers la structure la plus adaptée (MPR qui, si nécessaire, l'oriente à nouveau vers l'alcoologie, l'addictologie, etc.).

²⁷ http://www.pmu-lausanne.ch/pmu_home/pmu-patients-et-familles/pmu-specialites-medicales/pmu-unite-populations-vulnerables.htm

²⁸ <http://www.pmu-lausanne.ch/communiquepmupopulationsvulnerables.pdf> ; pour la leçon inaugurale : <https://vimeo.com/user32213068/review/196770260/f0e071ca9e>.

²⁹ <http://www.pmu-lausanne.ch/pmu-unite-soins-aux-migrants>

³⁰ <https://www.resami.ch/resami/le-reseau-en-bref.html>

³¹ Plus d'informations dans l'annexe II sur la prise en charge médicale des migrants issus de l'asile. Cf. également le chapitre 1 très complet de l'étude de Rossi & al. (2004) portant le réseau FARMED (prédécesseur du RESAMI – même si ce réseau a été sujet à de profonds changements depuis).

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE VAUDOIS (CHUV)

- [Service d'alcoologie](#) :

Les professionnels du Service d'alcoologie proposent des traitements sur mesure : soins ambulatoires, consultations à l'hôpital (CHUV et Cery), sevrages ou séjours hospitaliers³².

- Le service accueille toute population sans distinction. Il n'y a pas de structure s'occupant spécifiquement des populations migrantes. Il est toutefois parfois difficile d'offrir des prestations à une personne en situation irrégulière pour des raisons financières principalement.

- [Section d'addictologie, psychothérapie des addictions](#) :

Rattachée au département de psychiatrie, cette section offre des consultations aux personnes ayant des problèmes d'addictions et souhaitant bénéficier d'une prise en charge psychothérapeutique³³.

- [Unité Psy&Migrants](#) :

Rattachée au département de psychiatrie, l'Unité Psy&Migrants veut faciliter l'accès aux soins psychiatriques aux personnes issues de l'immigration. L'unité répond aux demandes ou aux difficultés des collaborateurs du Département de psychiatrie et des professionnels du réseau qui accompagnent les patients migrants (CHUV, PMU, EVAM, CSI, MPR, SAJE, Appartenances, etc.). L'Unité propose également des consultations psychiatriques dans un but d'évaluation et d'orientation aux requérants d'asile logés dans les centres EVAM de la région lausannoise³⁴.

- [DEPART \(repérage, évaluation et accompagnement d'adolescents consommateurs de substances\)](#) :

Rattaché au département de psychiatrie, le programme DEPART vise à réduire l'impact de la consommation de cannabis, d'alcool ou d'autres substances psychotropes à l'adolescence. Il offre un regard spécialisé sur cette problématique et cherche à soutenir les structures existantes en proposant un soutien spécifique pour les problèmes de consommation de substances chez les adolescents³⁵.

- L'USMi, en coordination avec les foyers de l'EVAM hébergeant des Mineurs Non Accompagnés (MNA), oriente les bénéficiaires mineurs présentant des problèmes d'addictions (toxicomanie et/ou alcool) vers cette structure.

³² <http://www.chuv.ch/alcoologie>

³³ http://www.chuv.ch/psychiatrie/fiches-psychiatrie_details.htm?fiche_id=371

³⁴ http://www.chuv.ch/psychiatrie/fiches-psychiatrie_details.htm?fiche_id=317

³⁵ http://www.chuv.ch/psychiatrie/fiches-psychiatrie_details.htm?fiche_id=483

ASSOCIATIONS ACTIVES DANS LA SANTÉ DES MIGRANTS

- [Appartenances](#) :

L'association Appartenances intervient dans les domaines de la prévention et la promotion de la santé, les soins, la formation et l'intégration. Les équipes multidisciplinaires s'efforcent de répondre aux besoins psychologiques et sociaux des personnes et des familles migrantes en difficulté³⁶. Leurs principales activités sont le suivi psychosocial³⁷ et l'interprétariat – importante collaboration notamment avec le CPV, et dans une moindre mesure l'EVAM, qui recourt intensément aux interprètes d'Appartenances et qui cherche à le faire encore davantage selon leurs dires.

→ L'association est dans une approche « particulariste » en se concentrant spécifiquement sur les migrants, notamment issus de l'asile. Ils n'ont pas d'action spécifique axée sur l'alcool. Tout en mettant en avant que l'alcool est souvent une composante d'une problématique plus grande, l'interlocutrice rencontrée s'interroge s'ils n'ont pas manqué quelque chose par rapport à cette thématique en raison d'une priorisation des besoins (ex : le statut administratif ou l'hébergement qui priment sur d'autres besoins).

- [Point d'eau](#) :

La fondation Point d'Eau Lausanne a pour but d'accueillir des personnes démunies ou défavorisées, sans distinction d'âge, de nationalité, de religion, de sexe, ou de statut légal en Suisse. Il leur est, entre autres, proposé des prestations dans le domaine de la santé : des soins infirmiers et si nécessaire médicaux³⁸.

→ A priori pas d'actions relatives à la problématique de l'alcool.

- [La Croix-Rouge suisse et vaudoise](#) :

La Croix-Rouge suisse (CRS) s'est fixé pour mission de conserver, de promouvoir ou de rétablir la santé. Grâce à des offres accessibles à tous, les personnes vulnérables bénéficient d'un accès égal à la santé et aux informations médicales. La CRS s'engage en faveur de la cohabitation pacifique entre les différents membres de la société et œuvre à l'intégration des groupes de population, issus ou non de la migration, exclus ou menacés d'exclusion³⁹.

→ N'intervenant pas sur la problématique de l'alcool, la CRS est néanmoins très active dans le domaine de la santé auprès des populations migrantes. Par le biais d'offres de formation (pour les migrants et pour les professionnels de la santé travaillant avec les populations migrantes), d'assistance médicale aux sans-papiers, et de la création d'une plateforme web très complète,

³⁶ <http://www.appartenances.ch/>

³⁷ Appartenances ne prend normalement pas en charge les patients complètement décompensés ou avec des addictions actives.

³⁸ <http://web.pointdeau-lausanne.ch/>

³⁹ <https://www.redcross.ch/fr/sante/santeintegration>

migesplus.ch, diffusant des informations sur la santé dans plusieurs langues. Elle s'adresse à des spécialistes de la santé, du social et de la formation, à la population migrante ainsi qu'à toutes les personnes intéressées⁴⁰.

- [La Croix-Bleue romande](#) :

Sa mission est de venir en aide aux personnes dépendantes de l'alcool ainsi qu'à leurs proches, en appliquant ses trois actions : prévenir, conseiller et accompagner⁴¹.

→ Pas d'action axée sur les populations migrantes.

- [Entraide Protestante Suisse \(EPER\)](#) :

L'EPER est très active dans le domaine de la migration et de l'asile en Suisse. L'organisation gère une dizaine de projets en faveur des personnes défavorisées, migrantes ou relevant de l'asile en Suisse romande. Dans le canton de Genève, il existe un projet axé spécifiquement sur les questions de santé et de migration. Dénommé « permanences volantes », ce projet vise à améliorer les conditions de vie des personnes migrantes en favorisant leur mise en lien avec les acteurs socio-sanitaires suisses et le réseau genevois correspondant. Le projet effectue un travail de prévention, de soutien et d'orientation directement auprès des communautés concernées⁴².

ORGANISATIONS PUBLIQUES DANS LE DOMAINE DE LA MIGRATION

- [Etablissement Vaudois d'Accueil des Migrants \(EVAM\)](#) :

L'EVAM est l'établissement de droit public mandaté par le Canton de Vaud pour accueillir selon la loi fédérale sur l'asile (LAsi) les requérants d'asile et les personnes admises à titre provisoire, et pour délivrer l'aide d'urgence aux personnes en situation irrégulière⁴³. Selon le statut du bénéficiaire, l'accueil comprend l'assistance, l'encadrement et l'hébergement.

→ Dans le cadre notamment de leur mission d'assistance, la prise en charge des questions de santé n'est pas dans le mandat de l'EVAM, mais ils collaborent considérablement avec la PMU (USMi et le RESAMI en particulier).

- [Le Bureau Cantonal d'Intégration \(BCI\)](#) :

Le BCI a pour mission, entre autres, de veiller à la réalisation des objectifs de la loi cantonale sur l'intégration des étrangers et la prévention du racisme et appliquer la politique du Conseil d'Etat dans ces domaines ; proposer des actions favorisant l'intégration des étrangers et la prévention du racisme ; assurer le lien entre l'Etat, les

⁴⁰ <https://www.redcross.ch/fr/integration-sociale/migration/migesplusch-informations-sur-la-sante-a-lintention-des-migrants>

⁴¹ <http://www.croix-bleue.ch/>

⁴² <https://www.eper.ch/project-explorer/permanences-volantes>

⁴³ <https://www.evam.ch/missions/>

communautés étrangères et les associations actives dans le domaine de l'intégration et de la prévention du racisme⁴⁴.

→ En matière de santé, le BCI ne s'est impliqué jusqu'à aujourd'hui qu'à travers deux actions spécifiques (mariages forcés et mutilations génitales féminines) et est interpellé de manière ponctuelle pour donner leur expertise. Le bureau a procédé à un état des lieux auprès des partenaires institutionnels pour déterminer quels pourraient être le rôle et les attentes vis-à-vis du BCI. Il en est ressorti que le terrain était déjà bien occupé par d'autres institutions et qu'il n'y avait pas d'attentes particulières. Auparavant exclue des Programmes Cantonaux d'Intégration (PIC), la santé y sera dès cette année admise, mais pas de nouvelles mesures sont *a priori* prévues⁴⁵.

- [Le Bureau Lausannois pour les Immigrés \(BLI\)](#) :

Le BLI a pour mission essentielle de contribuer à la définition de la politique communale en matière d'intégration des étrangères et des étrangers ; être une plateforme d'information et un centre de compétences dans le domaine de l'intégration et de la prévention du racisme⁴⁶.

→ Le BLI n'intervient a priori pas dans le domaine de la santé.

CENTRES DE COMPÉTENCES PRIVÉS

- [Addiction Suisse](#) :

Addiction Suisse est une fondation privée qui conçoit et met en place des projets de prévention et s'engage dans la politique de la santé et de la recherche psychosociale. Comme centre de compétences national dans le domaine des addictions, Addiction Suisse réalise des mandats pour les pouvoirs publics⁴⁷.

→ N'intervenant pas sur le terrain, l'organisation ne travaille pas de manière spécifique sur les populations migrantes. Dans sa mission de prévention des addictions, elle réalise cependant une série de brochures traduites dans de nombreuses langues pour les communautés étrangères – avec l'appui parfois d'Appartenances pour éviter notamment les traductions littérales.

- [Observatoire suisse de la santé \(Obsan\), Public Health Services, RADIX, etc.](#) :

Autres centres de compétences réalisant des mandats pour les pouvoirs publics axés sur la santé. Œuvrant dans le domaine de la recherche, ils ont réalisé quelques études axées sur les populations migrantes. Public Health Services et

⁴⁴ <http://www.vd.ch/autorites/departements/decs/population/bureau-cantonal-pour-lintegration/missions/>

⁴⁵ Propos recueillis lors d'un échange avec Mme Amina Benkais-Benbrahim, Déléguée à l'intégration et cheffe du BCI.

⁴⁶ <http://www.lausanne.ch/lausanne-officielle/administration/sports-et-cohesion-sociale/secretariat-general-scs/bureau-lausannois-pour-les-immigres/a-propos-du-bli/missions-objectifs.html>

⁴⁷ <http://www.addictionsuisse.ch/qui-sommes-nous/portrait/>

RADIX, en collaboration avec d'autres organisations telles que Caritas et Addiction Suisse, sont à l'origine du projet « prévention et promotion de la santé transculturelles »⁴⁸ dont fait partie l'étude de Pfluger & al. (2008) – abondamment mobilisé dans cette recherche. Ce projet a pour « *objectif de sensibiliser les décideurs aux questions de prévention et de promotion de la santé dans la population migrante et d'inciter les professionnels à œuvrer davantage dans cet état d'esprit, ou alors de leur donner la capacité de travailler dans ce sens* » (Ibid, p. 5).

Niveau suisse : structures de prévention des addictions ciblant spécifiquement les populations migrantes

Il existe en Suisse quelques organisations qui œuvrent dans le champ de la migration et des addictions et qui, selon Pflueger & al. (2008), ont ancré la dimension migratoire et transculturelle dans leurs concepts. Ce sont la Fachstelle für interkulturelle Suchtprävention und Gesundheitsförderung (FISG) dans le canton de Zurich, la Multikulturelle Suchtberatungsstelle beider Basel (MUSUB) à Bâle et la Fondation Contact Netz dans le canton de Berne – cette dernière ne travaille pas exclusivement avec les migrants mais a intégré de manière systématique l'approche transculturelle. Elles agissent dans les domaines de la prévention, de la promotion de la santé et du suivi thérapeutique. Dans l'ensemble, leurs activités se basent sur une offre plurilingue, que ce soit en termes de prévention ou de consultation notamment avec l'appui d'interprètes, et une approche participative en collaborant avec les organisations de migrants et de nombreux autres acteurs actifs sur la thématique (tels que les institutions cantonales en charge de la migration et de l'intégration).

Pour plus d'informations, se référer aux sites internet présents dans la bibliographie ou l'analyse faite par Pflueger & al. (p. 94) sur l'évolution structurelle de la Fondation Contact Netz.

Synthèse intermédiaire

A première vue, le maillage cantonal paraît très important. Bien qu'aucune organisation ne travaille simultanément sur la problématique de l'alcool et des populations migrantes, ces deux champs semblent passablement investis. Néanmoins, le manque de données, et par conséquent la difficulté à appréhender les besoins, ne permet pas de le confirmer. En outre, il ressort de plusieurs entretiens qu'il semble cependant exister un manque de coordination et de collaboration entre les acteurs. En effet, des prestations paraissent se chevaucher avec d'autres, mais il semble aussi régner une certaine méconnaissance entre les acteurs et leurs services respectifs. La partie suivante vise à mieux analyser le maillage cantonal afin de mettre en avant les besoins et défis rencontrés par ce système, puis des pistes de réflexion et d'actions seront présentées.

⁴⁸ <http://www.public-health-services.ch/index-fr.php?frameset=110>

5. DÉFIS ET PERSPECTIVES

Après avoir dressé les facteurs influant sur la santé, et le rapport à l'alcool, des populations migrantes ; exposé les données disponibles afin de mieux saisir l'ampleur du phénomène ; et, enfin, présenté les acteurs intervenant au niveau vaudois, nous pouvons émettre plusieurs présomptions relatives aux difficultés affrontées par le maillage cantonal. Au risque de se répéter, cela demeure au stade hypothétique en raison de l'état lacunaire des données et nécessite certainement des recherches plus approfondies.

5.1. Besoins

- A. Les groupes difficilement atteignables, composés notamment de migrants et/ou de populations vulnérables, doivent en partie échapper aux « mailles » du système cantonal ; de surcroît les groupes de population marqués par une forte désirabilité sociale. Pour illustrer ce propos, nous pouvons évoquer les migrants qui sont sortis partiellement ou complètement du domaine de l'asile – et du système de contrôle et de suivi que cela implique –, tels que les bénéficiaires d'un permis F ou permis B qui ne résident plus dans des centres d'hébergement EVAM mais dans des appartements, privés ou non, et sont moins soumis au suivi de l'EVAM et/ou ne bénéficient plus de la prise en charge médicale de l'asile (permis B).

Les bénéficiaires de l'EVAM qui témoignent de comportements à risque liés à l'alcool pour une multiplicité de raisons, tels que l'oisiveté du quotidien ou le manque de perspectives, sont également difficilement atteignables, notamment en termes de prévention.

Nous pouvons aussi mentionner, par exemple, un migrant (hors asile) qui a une mauvaise maîtrise de la langue française et une faible connaissance du système cantonal de prévention et d'accès aux soins. L'OFSP abonde dans ce sens en soulignant que « *dans le cadre des projets de prévention, il reste très difficile d'atteindre les migrants ayant eu un accès limité à l'éducation et issus de catégories socioprofessionnelles défavorisées* » (OFSP, 2013, p. 11).

Comme l'indiquent Oggier & Ideli (2005), les personnes d'origine migrante ne sollicitent pas suffisamment les offres de prévention. « *Les obstacles structurels qui entravent l'accès aux soins sont, notamment, une connaissance insuffisante de la langue locale, des informations lacunaires en matière de dépendance et de santé et un manque de confiance. Au nombre des barrières culturelles en rapport avec l'origine des migrants, mentionnons les sentiments de honte et de culpabilité, la peur d'être stigmatisé et la crainte de nuire à la réputation de la famille. En outre, le chômage, des conditions de travail précaires, l'absence d'intégration sociale ou une intégration insuffisante peuvent conduire une personne à se couper de toute vie sociale, ce qui complique davantage encore le travail de prévention* » (cité par Pfluger & al., 2008, p. 83). Les exemples peuvent

être multiples pour montrer qu'une partie des groupes difficilement atteignables échappe naturellement au maillage cantonal.

- B. En raison d'une certaine priorisation des besoins, les questions d'alcool passent au second plan. L'alcool est aussi souvent intégré comme une composante d'une problématique plus globale et sa prise en charge est ainsi indissociable à d'autres traitements. Ce constat, tout à fait pertinent, ne doit pas entraver d'éventuelles actions relatives à l'alcool. La FVA indique à ce propos que « *dans l'évaluation d'une personne dépendante à l'alcool présentant une comorbidité psychiatrique, il est important de déterminer si le trouble est primaire, c'est-à-dire s'il précède le développement de la dépendance à l'alcool ou s'il est secondaire* » (Stachel, 2017, p. 5). En ajoutant que « *cette distinction a des implications thérapeutiques majeures puisque les pathologies psychiatriques secondaires à une dépendance à l'alcool tendent à régresser spontanément et à disparaître dans les quatre semaines suivant l'arrêt complet de la consommation. Par contre, les troubles psychiatriques primaires ne sont pas ou peu influencés par l'arrêt de l'alcool et font l'objet d'un traitement spécifique* » (Ibid). Un médecin du RESAMI interrogé abonde dans ce sens tout en mentionnant qu'il faut prendre garde à ne pas surcharger l'accompagnement, particulièrement pour les cas lourds où une certaine priorisation des traitements est essentielle.

Dans la même logique, des propos d'entretiens suggèrent que la prise en charge spécialisée en matière d'alcool ne se fait pas de manière régulière ; soit en raison d'une priorisation des besoins, soit par manque de connaissances dû à la non spécialisation de l'organisation ou de l'acteur. La FVA relève que : « *[les] professionnels (experts dans leur domaine mais pas familiers avec l'approche spécialisée en alcoologie) détectent rapidement la problématique alcoolique, mais se heurtent à la difficulté de motiver la personne concernée à entrer dans une démarche de soin. La confrontation avec le déni alcoolique et/ou l'ambivalence les empêche souvent d'amener ces personnes à accepter une aide spécialisée. De ce fait, seul un faible pourcentage des personnes avec un problème de consommation d'alcool est suivi et accompagné. [...]. Ces partenaires sont souvent seuls à gérer des situations de dépendance pour lesquelles ils n'ont pas suffisamment d'expérience, ce qui peut mettre en échec la prestation qu'ils proposent et peut provoquer des fins de suivis ou des ruptures. Citons par exemple, les interruptions de séjours dans les différents établissements résidentiels (établissements médicaux-sociaux, foyers pour handicapés, foyers psychiatriques) pour des raisons en lien avec la consommation d'alcool (introduction d'alcool dans le lieu de vie, prosélytisme, violences) [...]* » (Ibid, p.6)

- C. Comme brièvement évoqué ci-avant concernant la dépendance de l'EVAM au contexte migratoire et politique, des situations « d'urgence » peuvent aussi fragiliser ce maillage et laisser ainsi échapper bon nombre de personnes. En effet, l'interlocuteur de l'EVAM indique qu'au moment où l'institution faisait face à

une surpopulation – et l’hébergement de nombreux bénéficiaires dans des abris de la protection civile –, ils se sont retrouvés en difficulté à gérer les bénéficiaires qui présentaient des comportements à risque liés à l’alcool et à d’autres addictions. A cette période, personne n’a vraiment pu prendre le « lead » et un manque de ressources, notamment humaines, semble s’être fait sentir. Il faut enfin souligner que le contexte migratoire et politique est particulièrement précaire et que de nouvelles situations « d’urgence » dans l’avenir sont fort probables. Il est en outre encore difficile de prévoir concrètement l’impact de la restructuration du domaine de l’asile⁴⁹ – via notamment l’accélération des procédures – sur l’EVAM et sur la gestion de l’asile au niveau vaudois.

Par ailleurs, sans cependant vouloir établir un lien de cause à effet, l’EVAM est confronté à un « turnover », ou renouvellement du personnel, important. Selon un interlocuteur, cette situation rend ainsi difficile l’implantation de projets de prévention au sein des établissements d’accueil. Nous pouvons également mentionner que cela complique l’accompagnement et le suivi, tant officiel qu’officieux, de bénéficiaires exposés à des problématiques d’alcool. Par conséquent, le potentiel rôle d’intermédiaire entre un bénéficiaire et une structure spécialisée telle que la FVA, exercé par l’employé de l’EVAM, se voit affaibli.

5.2. Pistes

En lien avec les trois catégories de besoins identifiées, nous pouvons élaborer quelques pistes⁵⁰ visant à nourrir la réflexion sur ce qui pourrait être entrepris afin de répondre à ces besoins.

A. Etendre l’offre aux groupes de population difficilement atteignable

Renforcer l’intervention en entreprise :

La FVA intervient en entreprise notamment pour toucher les personnes difficilement atteignables. Les secteurs primaire et secondaire du marché du travail, tel que le domaine de la construction (mais aussi tertiaire avec le milieu de la restauration par exemple), sont particulièrement représentés par les populations migrantes, principalement par les personnes d’origine du Portugal, d’Italie et d’Espagne, mais aussi du Sri Lanka pour la restauration comme évoqué précédemment. Soit certaines populations, au regard des résultats présentés ci-avant, qui témoignent de comportements à risque liés à l’alcool. Le

⁴⁹ https://www.sem.admin.ch/sem/fr/home/aktuell/gesetzgebung/aend_asylg_neustruktur.html, consulté le 2 juin 2017.

⁵⁰ Par esprit d’équité entre les différentes populations migrantes, des groupes de mesures distincts auraient pu être créés. Or, certaines mesures concernent plusieurs groupes de population (à l’instar de l’intervention dans le milieu associatif et les espaces communautaires). Face à cette complexité, l’unique cohérence dans la présentation est de placer à chaque fin de partie les mesures ciblant spécifiquement les migrants issus de l’asile.

travail apparaît ainsi comme une porte d'entrée des plus pertinentes et des interventions supplémentaires pourraient être développées. L'OFSP abonde dans ce sens en suggérant « *[qu'] on devrait aussi pouvoir atteindre efficacement une grande partie d'entre eux grâce à des mesures réalisées sur le lieu de travail* » (OFSP, 2013, pp. 11-12).

Développer l'intervention dans le milieu associatif et les espaces communautaires :

Afin de renforcer les canaux d'accès à ces populations, mais également à celles issues de l'asile et qui ne travaillent pas forcément, d'autres actions pourraient être envisagées. Cordey & al. en évoquent plusieurs, tout en soulignant la forme du message et l'importance de l'interlocuteur : « *l'information circule mieux lorsqu'elle est véhiculée par des représentants ayant une certaine crédibilité au sein de leur communauté. Toujours selon eux, il serait ainsi plus efficient et moins discriminant (en regard d'actions spécifiquement dédiées à certaines parties de la population migrante ou collectivité) d'imaginer des actions de communication « intégrées » dans le cadre du travail, des activités associatives ou des espaces communautaires, par exemple* » (2012, p. 66). Ce type d'interventions semble particulièrement pertinent pour certains groupes de migrants, notamment ceux où le tabou lié à la problématique de l'alcool est très saillant – l'IUMSP suggère à ce sujet que des modules et des discussions soient organisés avec la communauté tamoule (2011). Une collaboration avec l'EPER pourrait être judicieuse pour de telles interventions, en s'inspirant notamment du projet genevois de « permanences volantes ».

Collaborer avec les organisations du domaine de la migration

Liée au point précédent, une collaboration avec le Bureau Cantonal d'Intégration, le Bureau Lausannois pour les Immigrés, l'EVAM ainsi que les associations Appartenances et EPER, que ce soit pour leurs activités d'interprétariat ou leurs solides liens avec le milieu associatif migrant, serait essentielle en cas d'actions orientées vers les populations migrantes. A ce propos, les différents experts de la thématique « santé et migration » recommandent vivement d'adopter une approche participative en intégrant des représentants issus de la migration et les délégués cantonaux à l'intégration dès la conception d'un projet et durant l'intégralité du cycle de projet (conceptualisation, comité de pilotage, etc.). Une collaboration avec des associations telles qu'Appartenances et l'EPER permettrait aussi de mieux appréhender la complexité et la diversité de la migration, et de réfléchir à des effets levier en matière de prévention et de prise en charge.

Développer des modules de prévention avec l'USMi

Il existe actuellement des modules de prévention de la santé mis en place par l'USMi tel que « boire et manger ». Des discussions axées sur les addictions paraissent importantes, de surcroît lors de situations « d'urgence ». Une collaboration décentralisée semble pertinente au regard de la diversité des contextes et de la structure de l'USMi. Comme mentionné ci-après, un contact

avec les organisations existantes œuvrant dans le domaine des addictions et ciblant spécifiquement les populations migrantes permettrait un échange de bonnes pratiques.

B. Améliorer la collaboration avec les partenaires non spécialisés

Accroître la visibilité de la FVA et de ses prestations

Certains enquêtés, milieu médical inclus, ne semblent pas avoir une bonne connaissance de la FVA et de ses prestations, ni du fait que les services de la FVA ne sont pas payants. En cas de prise en charge de patients migrants, ces informations devraient être mieux connues des partenaires.

Renforcer l'Intervision

La FVA a mis en place l'*Intervision* qui « est une offre destinée aux partenaires non spécialisés en addictologie/alcoologie pour les aider à motiver les personnes qu'ils suivent à accepter une rencontre avec un intervenant socio-thérapeutique spécialisé en alcoologie [de la FVA] » (Ibid, p. 14). En lien avec le point précédent, le concept d'Intervision pourrait être davantage diffusé. Un médecin du RESAMI, en discutant de l'importance de créer des liens de proximité avec le patient, suggérait, par exemple, qu'un intervenant de la FVA participe aux consultations médicales lorsqu'une problématique liée à l'alcool semble saillante.

Donner une formation en alcoologie aux médecins du RESAMI

Le même médecin du RESAMI suggérait qu'une formation en alcoologie pourrait être très pertinente pour les médecins du réseau qui ne sont pas spécialisés dans ce domaine.

C. Coordination générale avec l'EVAM

En cas de nouvelle situation difficile à gérer par l'EVAM mais aussi en raison du « turnover » conséquent, une collaboration avec cette organisation permettrait un déploiement de spécialistes en alcoologie sur le terrain et la mise en place rapide de modules de prévention. Cela permettrait aussi de s'inscrire dans la durée, renforcer la visibilité de la FVA auprès des bénéficiaires et ainsi diminuer les effets de la rotation du personnel. Une collaboration pourrait également être envisagée en ciblant spécifiquement les Mineurs Non Accompagnés (MNA) ; population quantitativement significative et encore plus vulnérable.

D. Pistes divers

Recherche et bonnes pratiques

Comme répété à plusieurs reprises, des recherches supplémentaires et approfondies sur la problématique sont nécessaires, même si des actions peuvent déjà être entreprises à ce stade. Outre des données quantitatives plus exhaustives aux niveaux cantonal et national – tout en ayant conscience de la difficulté à en récolter –, il pourrait être pertinent d’explorer et d’exploiter la littérature produite à l’étranger par des institutions spécialisées. De plus, un échange avec les organisations suisses qui ont des projets spécifiques ciblés sur les migrants et les dépendances pourrait être particulièrement intéressant ; entre autres pour échanger sur des effets de levier potentiels en matière de prévention et de prise en charge identifiés par ces organisations.

Valorisation des ressources disponibles

Si la FVA décide de mettre en place des interventions axées sur les populations migrantes, que soit de manière plus ponctuelle ou systématique, il existe de nombreuses ressources disponibles au niveau suisse sur lesquelles la fondation pourrait s’appuyer :

- L’offre de formation continue « santé et migration » fournie par le CHUV
- [Migesplus](#) : la plateforme mise en place par la Croix-Rouge Suisse dans le cadre de la stratégie « migration et santé » de l’OFSP. Cette plateforme fournit notamment des informations et répertorie une importante série de publications multilingues pour les professionnels de la santé et pour les migrants ;
- [Check-list](#) : du site quint-essenz créé par Promotion Santé Suisse. C’est un outil pour intégrer la dimension migration dans un projet. Voir aussi Kaya & Efiyayi-Mäder (2007) ;
- [Elearning](#) « interaction et qualité » de l’OFSP. S’inscrivant dans le cadre de la stratégie « Santé2020 », cette formation continue en ligne vise à améliorer la qualité des traitements offerts aux migrants ;
- Le guide pratique d’Infodrog pour l’intervention spécifique à la migration dans le domaine des dépendances et notamment le questionnaire p. 25 (König Setiadi & Bernhardt Keller, 2009) ;
- La recherche, abondamment mobilisée dans ce document, de Pflueger & al. (2009) qui le produit du projet [prevtrans.ch](#) où l’on trouve des recommandations et différents outils pour les professionnels de la santé et les décideurs politiques ;
- [Le dossier migration](#) du site infoset, portail d’information d’Infodrog. Très complet ;
- [Le site migraweb](#). Informations et conseils en ligne par des migrants pour des migrants, avec une partie liée à la santé et à l’addiction.

Améliorer l'accès aux informations et aux messages

Enfin, et l'étude de l'IUMSP le souligne à plusieurs reprises, très peu d'informations et de publications de la FVA sont traduites en langue étrangère. Il y a bien quelques publications plurilingues d'Addiction Suisse utilisées mais cela demeure plus l'exception que la règle. Les experts sont unanimes à ce sujet : un accès aux messages traduits est indispensable pour les populations migrantes, tout en l'associant avec un lien de proximité et un accompagnement.

6. CONCLUSION

Cette recherche exploratoire s'inscrit pleinement dans les réflexions et discussions actuelles liées aux populations migrantes. La migration ne quitte en effet guère l'actualité et est devenue un enjeu et un défi de nos sociétés contemporaines, devenant ainsi intrinsèquement politique. A l'encontre du discours de fermeture largement répandu, il est de plus en plus reconnu que le phénomène migratoire va continuer à croître dans l'avenir ; peu importe les barrières. Dans un contexte de repli sur soi, de crispation identitaire, voire de rejet de l'altérité, les autorités suisses, par le biais de l'OFSP, viennent tempérer cette orientation en mettant en place une stratégie visant à réduire les inégalités entre populations suisses et populations étrangères. Ces éléments de contexte soulignent ainsi que la thématique associant santé et migration est en plein développement et en pleine évolution et que les acteurs œuvrant dans ces champs d'intervention se devront d'adopter une approche plus transversale et plus intégrée à l'avenir.

Cette étude, qui a porté sur la thématique de l'alcool en ciblant spécifiquement les populations migrantes, a mis en exergue plusieurs points qu'il est possible de présenter en trois axes principaux.

En premier lieu, l'importante diversité caractérisant ces populations, que ce soit au niveau national et au niveau du canton de Vaud, ainsi que la diversité des comportements liés à l'alcool. Cette évidente hétérogénéité, indissociable du phénomène migratoire – cela a tendance à être oublié –, complexifie l'analyse du sujet d'étude et appelle à appréhender avec beaucoup de prudence et de rigueur toute étude relative à ces populations.

En second lieu, l'état de la recherche en Suisse est passablement lacunaire sur la question et ne permet pas de saisir de manière suffisamment rigoureuse le niveau de la problématique d'étude. En effet, bien que les rares résultats collectés partagent des tendances assez similaires – « les questions d'alcool ne sont pas une problématique majeure des populations migrantes », « la consommation d'alcool chez ces populations est de manière générale moindre à celle de la population autochtone » – de nombreux éléments relevés dans cette recherche doivent amener à nuancer de façon notable ces observations et autres jugements fondés sur des bases empiriques fragiles. Ce constat conduit ainsi plutôt à s'interroger s'il ne serait pas plus judicieux de tordre le cou à cette certaine forme d'idée reçue et d'engager une véritable réflexion sur ce phénomène et, par conséquent, mettre en place des actions plus concrètes ?

Troisièmement, sans en dresser un portrait idyllique, le canton de Vaud, en comparaison au niveau national, apparaît comme un canton pionnier dans le domaine « santé et migration » avec la PMU et le CPV en tête de proue. La présentation du réseau cantonal a fait ressortir une forte densité d'acteurs intervenant dans les domaines de la santé et/ou de la migration. Ce tableau

d'apparence optimiste se doit d'être tempéré, notamment en raison du manque de coordination et de collaboration entre les acteurs et les inévitables failles du maillage cantonal ; laissant ainsi échapper bon nombre de populations dites difficilement atteignables. Fort de ce constat, et renforcé par l'importante population migrante sur le territoire vaudois et les très probables fluctuations à la hausse des flux migratoires, cela justifie de se pencher davantage sur cette problématique ; par ailleurs très souvent imbriquée dans d'autres champs d'interventions. Une réflexion plus approfondie accompagnée d'actions concrètes paraît pertinente au regard des différents éléments exposés dans cette recherche. Ces actions pourraient prendre la forme d'une extension des offres de prévention et de suivi de la FVA aux groupes difficilement atteignables ainsi que par une collaboration accrue avec les acteurs non spécialisés en alcoologie.

A cette fin, de nombreuses ressources existent, comme en témoigne le réseau cantonal, la vitalité associative et les outils de qualité produits par des professionnels de la santé et/ou de la migration. L'utilisation de ces ressources se doit d'être complétée par une dynamique interne à la FVA et d'une volonté d'élargir son mandat; avec tous les défis que cela comporte.

7. BIBLIOGRAPHIE

Littérature primaire et secondaire

Achermann, C. & Chimienti, M. (2006). « Migration, précarité et santé. Risques et ressources de santé de personnes sans autorisation de séjour ou admises provisoirement en Suisse », in Office Fédéral de la Santé Publique, *Recherche Migration et santé : dans le cadre de la stratégie « Migration et santé 2002-2007 » de la Confédération*. Berne : OFSP.

Althaus, F. & Bodenmann, P. & al. (2010). « La santé des étrangers en Suisse. Les médecins ont-ils mieux à faire ou peuvent-ils mieux faire ? », *Forum Médical Suisse* 10(4) : 59-64.

Bauer, T. (2008). *Umfrage bei Fachleuten der transkulturellen Prävention*. Luzern : Caritas Schweiz, Fachstelle Gesundheit und Integration.

Bodenmann, P. et al. (2006). « Perception du risque pour la santé liée à la consommation excessive d'alcool, au tabagisme et aux comportements sexuels à risque chez les migrants et les autochtones : nécessité d'une prévention différente ? », in Office Fédéral de la Santé Publique, *Recherche Migration et santé : dans le cadre de la stratégie « Migration et santé 2002-2007 » de la Confédération*. Berne : OFSP.

Bodenmann, P. & Green, A.R. (2012). « Disparités en santé : réalités locales et défis futurs », *Rev Med Suisse* 8 : 2282-6.

Centre de documentation en santé publique (CDSP) (2013). *Les compétences cliniques transculturelles. Sélection de références*. Lausanne : CHUV.

Chimienti, M. & Cattacin, S. & al. (2001). « *Migration et santé* » : *priorités d'une stratégie d'intervention*. Rapport de base d'une étude Delphi. Rapport de recherche 18. Etude du Swiss Forum for Migration and population studies (SFM) sur mandat de l'OFSP. Neuchâtel : SFM.

Conseil D'Etat Vaudois (2013). Rapport du Conseil d'Etat sur la politique sanitaire 2013-2017 et Exposé des motifs et projet de décret sur le Plan stratégique du CHUV 2014-2018.

Cordey, M. & Gil, M. & Efonayi-Mäder, D. (2012). *Analyse des besoins en matière de promotion de la santé et de prévention pour la population issue de la migration*. Etat des lieux pour les cantons de Fribourg, de Neuchâtel et du Jura. Etudes du SFM 61. Neuchâtel : SFM et UNINE.

Dahinden, J. & Delli, C. & Grisenti, W. (2004). *Modèle de projet « Migration et dépendance » : étude nationale de faisabilité*. Rapport final. Neuchâtel : SFM.

Delgrande, J., M. (2016). *Traitement résidentiel de l'alcoolodépendance. Résultats du monitoring act-info auprès des client-e-s 2015*. Lausanne : Addiction Suisse.

Domenig, D. (2002). *L'importance d'une intervention spécifique à la migration dans la lutte contre la toxicodépendance et ses conséquences pour la pratique*. Berne : OFSP.

Efionayi, D. & Chimienti, M. & Losa, S. & Cattacin, S. (2001). *Evaluation du programme global « migration et santé » de l'Office fédéral de la santé publique*. Rapport de recherche 17 F. Etude du Swiss Forum for Migration and population studies (SFM) sur mandat de l'OFSP. Neuchâtel : SFM.

Efionayi-Mäder, D. & Schönenberger, S. & Steiner, I. (éd.) (2010). *Visage des sans-papiers en Suisse. Evolution 2000-2010*. Berne : Commission fédérale pour les questions de migration.

Fondation Vaudoise contre l'Alcoolisme (2016). *Rapport annuel 2015*. Lausanne : FVA.

Gabardino, A. & Wanner, P. & Dahinden, J. (2007). *La santé des populations migrantes en Suisse : une analyse des données du GMM*. Le rôle du profil socioéconomique, sociodémographique et migratoire sur l'état de santé, les comportements et les recours aux services de santé. Etude du Swiss Forum for Migration and population studies (SFM) sur mandat de l'OFSP. Berne : OFSP.

Guglielmi, G. & Koubi, G. (2000). *L'égalité des chances. Analyses, évolutions, perspectives*. Paris : La Découverte.

Kaya, B & Efionayi-Mäder, D. (2007). *Document de base sur la question « migration et santé »*. Etude du Swiss Forum for Migration and population studies (SFM) sur mandat de l'OFSP. Neuchâtel : SFM.

König Setiadi M. & Bernhardt Keller, A. (2009). *Intervention spécifique à la migration dans le domaine des dépendances*. Berne : Infodrog.

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

Moreau-Gruet, F. (2013). *Recours aux soins de la population migrante. Une comparaison des données du Monitoring de la santé des migrants (GMM II) et de l'Enquête suisse sur la santé (ESS 2007)*. Mandat de l'Office fédéral de la santé publique dans le cadre de la stratégie fédérale « Migration et santé 2008-2013 ». Neuchâtel : Observatoire suisse de la santé.

Moret, J. & Efionayi, D. & Stants, F. (2007). *Diaspora sri lankaise en Suisse*. Etude du Swiss Forum for Migration and population studies (SFM) sur mandat de l'Office fédéral des migrations (ODM). Berne : ODM.

Observatoire suisse de la santé (Obsan) (2010). *La santé dans le canton de Vaud. Analyse des données 2007 de l'Enquête suisse sur la santé*. Obsan rapport 46. Etude de l'Obsan sur mandat du Département de la santé et de l'action sociale du canton de Vaud. Neuchâtel : Observatoire suisse de la santé.

- Office Fédéral de la Santé Publique (2002). *Migration et santé. Stratégie de la Confédération pour les années 2002 à 2006*. Berne : OFSP.
- Office Fédéral de la Santé Publique (2007). *Qu'est-ce qu'on sait de l'état de santé des populations migrantes ? Les principaux résultats du « Monitoring de l'état de santé de la population migrante en Suisse »*. Berne : OFSP.
- Office Fédéral de la Santé Publique (2008). *Migration et santé. Résumé de la stratégie fédérale phase II (2008 à 2013)*. Berne : OFSP.
- Office Fédéral de la Santé Publique & Promotion Santé Suisse (2008). *Population migrante : prévention et promotion de la santé. Guide pour la planification et la mise en œuvre de projets*. Berne : OFSP.
- Office Fédéral de la Santé Publique (2010). *Santé des migrantes et des migrants en Suisse. Principaux résultats du deuxième monitoring de l'état de santé de la population migrante en Suisse*. Berne : OFSP.
- Office Fédéral de la Santé Publique (2010). *Concept GMM II. Monitoring de l'état de santé de la population migrante en Suisse II*. Berne : OFSP.
- Office Fédéral de la Santé Publique (2013). *Programme national migration et santé. Bilan 2008–2013 et axes prioritaires 2014–2017*. Berne : OFSP.
- Office Fédéral de la Santé Publique (2013). *Programme national alcool. Rapport 2008 – 2012. Programmes nationaux de prévention*. Berne : OFSP.
- Office Fédéral de la Santé Publique (2013). *Programme national alcool 2013 – 2016. Vue d'ensemble*. Berne : OFSP.
- Office Fédéral de la Santé Publique (2015). *Stratégie nationale Addictions 2017–2024*. Berne : OFSP.
- Office Fédéral de la Statistique (2016). *Effectif et évolution de la population en Suisse : résultats définitifs 2015*. Neuchâtel : OFS.
- Oggier, J. & Ideli, M. (2005). *Bericht über Suchtverhalten und Prävention bei Migrantinnen und Migranten im Kanton Zürich*. Zürich : Fachstelle für Interkulturelle Suchtprävention FISP.
- Pfluger, T. & Biedermann, A. & Salis Gross, C. (2008). *Prévention et promotion de la santé transculturelles en Suisse : informations de base et recommandations*. Herzogenbuchsee : Public Health Services.
- Piguet, Etienne (2013). *L'immigration en Suisse. Soixante d'entrouverture*. Lausanne : Presses polytechniques et universitaires romandes. 3ème édition.
- Radix Promotion de la santé (2007). *Support pour projets de promotion de la santé par et pour les migrant-e-s*. Zurich : RADIX.
- Rossi, I. (2008). « Médicalisation du mal-être, migration et société : d'une éthique clinique à une éthique sociale de la pratique clinique », *Revue des Sciences Sociales* 39 : 60-69.

Rossi, I. & Droz Mendelzweig, M. & Pasche, G. & Fontaine M. (2004). *Professionnels infirmiers et usagers requérants d'asile dans un réseau de santé. Approche socio-anthropologique des politiques de santé*. Lausanne : HES La Source, PMU/SSIRA.

Rüefli, C. (2015). *Analyse concernant l'avenir du thème Migration et santé au sein de la Confédération*. Mandat de l'Office Fédéral de la Santé Publique. Berne : Büro Vatter AG

Rusch, M. (2003). *Migration und Suchtfragen. Eine Bedarfs- und Bedürfnisabklärung bei der Migrationsbevölkerung zu Angeboten der Suchtberatung und Suchtprävention Zug*. Zug: Fachstelle für Suchtfragen und Prävention des Kantons Zug.

Sanchez-Mazas, M. (2011). *La construction sociale de l'invisibilité. Suppression de l'aide sociale dans le domaine de l'asile*. Genève : les éditions.

Sanchez-Mazas, P. (2012). « Migration et addictions », *Dépendances* 46 : 25-28.

Service de la Santé Publique (DSAS), Canton de Vaud (2013). *Compte-rendu du Forum "Migration et Vulnérabilité" : « comment intégrer ces enjeux dans la politique de promotion de la santé et prévention du canton de Vaud ? »* 25 mars 2013.

Stachel, R., Fondation Vaudoise contre l'Alcoolisme (2017). *Concept*.

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

Wanner, P. & Bouchardy, C. & Raymond, L. (1998). « Comportements des étrangers résidant en Suisse en matière d'alimentation, de consommation d'alcool et de tabac et de prévention ». Bulletin d'Informations Démographiques. *Démos* (2). Berne : OFS

Zetter, R. (2014). *Protection des migrants forcés. Etat des lieux des concepts, défis et nouvelles pistes*.

Liens internet

Programme national Migration et santé, OFSP.
[<https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitsstrategien/nationales-programm-migration-gesundheit.html>].

Informations sanitaires pour les migrants, Croix-Rouge Suisse, OFSP.
[<http://www.migesplus.ch/fr/>].

Infoset, le portail d'information d'Infodrog. [<http://www.infoset.ch/fr/dossier-migration.html>].

Prevtrans. [<http://www.public-health-services.ch/index-fr.php?frameset=111>].

Quint-essenz de Promotion de la Santé Suisse. [<https://www.quint-essenz.ch/fr/topics/1270>].

Migraweb. [<http://www.migraweb.ch/>].

Centre des Populations Vulnérables (CPV), Policlinique médicale universitaire (PMU), CHUV. [<http://www.pmu-lausanne.ch/pmu-unite-populations-vulnerables>].

Leçon inaugurale du Prof. Patrick Bodenmann "Médecine des populations vulnérables" – 21 décembre 2016, CHUV.

[<https://vimeo.com/user32213068/review/196770260/f0e071ca9e>].

Plateforme des partenaires du REseau de SAnité et Migration (RESAMI), PMU. [<https://www.resami.ch/accueil.html>].

Fachstelle für interkulturelle Suchtprävention und Gesundheitsförderung (FISP), [<http://www.fisp-zh.ch/?setlang=fr>].

Fondation Contact Netz, [www.contactnetz.ch].

Multikulturelle Suchtberatungsstelle beider Basel (MUSUB), [<http://www.musub.ch/francais/>].

8. ANNEXES

Annexe I – Acteurs rencontrés⁵¹

Nom/Institution	Fonction	Date
M. Franck Simond, FVA	Directeur	15 février 2017
M. Stéphane Caduff, FVA	Responsable secteur Prévention	9 mars 2017
M. Renaud Stachel, FVA	Responsable du secteur d'accompagnement socio-thérapeutique	27 mars 2017
M. Nicolas Bertholet, Service d'Alcoologie	Médecin psychiatre associé	07 mars 2017 Par téléphone
Prof. Patrick Bodenmann, CPV (PMU)	Responsable du CPV	11 octobre 2017
Mme Coralie Marteau, M. Maxime Côté, USMi	Infirmière cheffe Infirmier chef	16 mars 2017
Dre Isabelle Marguerat Bouché, RESAMI	Médecin généraliste, co-coordinatrice RESAMI zone grand Lausanne	04 mai 2017
Dre Mona Cserveny RESAMI	Psychiatre-psychothérapeute, co-coordinatrice RESAMI zone grand Lausanne	22 juin 2017
Dre Maria Rio Benito, Appartenances	Médecin responsable	07 avril 2017
M. Björn Ballif-Penelle, EVAM	Responsable de l'unité Assistance	31 mars 2017
M. Alexandre Dumont, EVAM	Responsable du foyer MNA de Crissier	19 avril 2017
M. Baptiste Maillefer, Centre Communal pour adolescents de Valmont	Educateur spécialisé	13 mai 2017
Mme. Louisa Sang, Addiction Suisse	Collaboratrice scientifique, secteur prévention	22 mars 2017
Mme Janine Derron Médecins du Monde (Neuchâtel)	Responsable des programmes nationaux	01 juin 2017
Mme. Amina Benkais-Benbrahim, BCI	Déléguée à l'intégration et cheffe du BCI	24 mars 2017 Par e-mail
Mme Denise Efionayi-Mäder, Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population (SFM)	Sociologue, directrice adjointe	02 juin 2017 Par téléphone

⁵¹ Je remercie vivement toutes ces personnes pour leur disponibilité, leurs éclairages et leurs suggestions. En particulier, le Professeur Patrick Bodenmann pour sa précieuse relecture et la richesse de ses contributions tant sur la forme que sur le fond.

Annexe II – Principaux statuts administratifs⁵²

Type de permis	Pour qui	Couverture santé
Permis C	Autorisation d'établissement à durée indéterminée	Obligation de s'assurer dans les trois mois suivant la prise de domicile (art. 3 LAMal)
Permis B	Autorisation de séjour annuelle renouvelable, accordée pour le travail, les études, un séjour sans activité, des raisons humanitaires, un regroupement familial, etc.	Obligation de s'assurer dans les trois mois suivant la prise de domicile (art. 3 LAMal)
Réfugié reconnu (permis B)	Tout réfugié qui se voit octroyer l'asile obtient une autorisation de séjour	Tout-e réfugié-e au bénéfice de l'asile doit être assuré auprès d'une caisse maladie (art. 3 LAMal).
Permis F (réfugié)	Les personnes reconnues en tant que réfugiés, mais exclues de l'asile d'après le droit national sont admises à titre provisoire et obtiennent le livret F.	Les réfugiés doivent être assurés auprès d'une caisse maladie (art. 3 LAMal). Même conditions qu'un permis B.
Permis F (étranger)	Les personnes qui font l'objet d'une décision de renvoi de Suisse, mais pour lesquelles l'exécution du renvoi s'oppose à des motifs juridiques.	Les personnes admises à titre provisoire doivent être assurées contre les risques de maladie (art. 3 LAMal). Les cantons peuvent toutefois restreindre le choix de la caisse maladie, des médecins et des hôpitaux (art. 82a, al. 2 à 5 LAsi). Le canton de Vaud (art. 7 LARA ⁵³) organise la prise en charge médico-sanitaire des personnes bénéficiant d'un permis N ou F et conclut des

⁵² Informations recueillies principalement sur le site de l'Organisation Suisse d'Aide aux Réfugiés [www.osar.ch/droit-dasile/statuts-juridiques.html], sur le site du SEM, sur un document réalisé par le CHUV [http://www.chuv.ch/dfme/la_migration_en_suisse.pdf] et sur le site migesplus [<http://www.migesplus.ch/fr/migesexpert/statut-de-sejour-et-assurances-sociales/statut-de-sejour-et-couverture-dassurance/permis-dans-le-cadre-du-droit-dasile/>]. Ces différentes catégories ne sont pas pleinement exhaustives et certaines mériteraient des compléments et nuances pour être parfaitement exactes.

⁵³http://www.rsv.vd.ch/rsvsite/rsv_site/doc.fo.pdf?docId=5103&docType=LOI&Pcurrent_version=3&PetatDoc=vigueur&page_format=A4_3&isRSV=true&isSIL=true&outformat=pdf&isModifiante=false&with_link=false

		conventions avec les assureurs pour la couverture des risques maladie et accident et a mis un réseau médical déterminé pour ces personnes (RESAMI).
Permis N	Toute personne qui a déposé une demande d'asile et dont sa demande fait l'objet d'une procédure d'asile	Idem
Requérant d'asile débouté	Les requérant-e-s d'asile déboutés sont des personnes qui ont reçu une décision de renvoi à l'issue d'une procédure d'asile et qui doivent quitter la Suisse.	Idem
Non-entrée en matière (NEM) ou cas Dublin	Demandeur d'asile qui s'est vu refuser l'asile sans que sa demande ait été traitée, respectivement, pour des raisons formelles ou car sa demande est actuellement ou a été traitée par un autre pays de l'Espace Schengen, et devant quitter la Suisse.	Idem
Sans-papiers	Migrant séjournant de manière irrégulière en Suisse, soit au-delà d'un séjour autorisé, soit arrivé au terme d'une procédure d'asile qui a débouché sur une réponse négative, etc.	Selon l'art. 3 de la LAMal, les sans-papiers doivent aussi s'assurer auprès d'une caisse maladie ⁵⁴ (sans limitation de choix) - avec les problématiques inhérentes à l'absence de titre de séjour valable. Les caisses maladie sont tenues d'admettre dans l'assurance obligatoire des soins toute personne qui réside en Suisse, indépendamment de son statut légal. Le personnel médical est tenu au secret professionnel. Les sans-papiers ont aussi droit à une prise en charge médicale de base, qu'ils soient ou non assurés.

⁵⁴ Cf. document réalisé par la plateforme nationale des soins médicaux des sans-papiers [http://www.migesplus.ch/fileadmin/user_upload/Publikationen/Patientinnen_ohne_Aufenthaltsrecht/Informationsbroschuere_Sans-Papier_A5_fr_Internet.pdf].



FVA – Fondation vaudoise contre l'alcoolisme

Av. de Provence 4 – 1007 Lausanne

Tél. +41 (0)21 623 84 84 – info@fva.ch

www.fva.ch

- PARUTION DÉCEMBRE 2018 -