

Mémoire n° 130
Février 2009

**MIGRATION ET COMPETENCE
SANITAIRE: CONSTATS ET EXEMPLE
DE L'HOPITAL DE L'ENFANCE A
LAUSANNE**

Selma Therianos-Abdelmoumène

*Ce mémoire a été réalisé dans le cadre
du DESS en économie et management de
la santé / Master in Health Economics
and Management (MHEM)*

Migration et compétence sanitaire:
constats et exemple de l'hôpital de
l'enfance à Lausanne

**Selma
Therianos-
Abdelmounène**
FÉVRIER 2009
MÉMOIRE N° 130

MIGRATION ET COMPETENCE SANITAIRE : CONSTATS ET
EXEMPLE DE L'HOPITAL DE L'ENFANCE A LAUSANNE

Selma Therianos-Abdelmoumène

FEVRIER 2009

**Master in Health
Economics and Management**

(DESS en économie et management de la santé)

IEMS Lausanne
Faculté des Hautes Etudes Commerciales et Faculté de Biologie et de Médecine
Université de Lausanne

Travail de Mémoire

Migration et compétence sanitaire : constats et exemple de l'hôpital de l'enfance à Lausanne

Selma Therianos-Abdelmoumène

Diplômée en pharmacie de l'Université de Genève

Directeur du mémoire : Professeure Iva Bolgiani

Docteur en Sciences économiques et sociales de l'université de Genève. Collaboratrice scientifique auprès de la santé publique du canton du Tessin, Chargée de cours à l'IEMS, Université de Lausanne.

Expert : Professeure Elianne Perrin

Docteur en sociologie, Professeure HES à la HEDS Genève, Chargée de recherche et d'enseignement à l'Unité de psychiatrie de liaison, Clinique d'accueil, d'urgences et de liaison psychiatriques, Département de Psychiatrie, HUG, Chargée de cours de socioanthropologie de la santé, IEMS, Université de Lausanne.

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION.....	4
2. COMPETENCE SANITAIRE ET AUTONOMISATION.....	6
2.1 La compétence sanitaire comme facteur de risque : prise en charge clinique	7
2.2 La compétence sanitaire comme ressource : prise en charge de santé publique.....	9
2.3 Aspects économiques de la compétence sanitaire et de l'autonomisation.....	10
3. ETAT DE SANTE DES POPULATIONS MIGRANTES	15
3.1 Introduction: Le phénomène migratoire et la santé.....	15
3.2 Données socio-démographiques sur l'état de santé des populations migrantes en Suisse	17
3.3 Déterminants de la santé des populations migrantes	20
3.3.1 <i>Facteurs sociaux: déterminants structurels</i>	20
3.3.2 <i>Facteurs salutogènes: déterminants comportementaux</i>	22
4. STRATEGIE FEDERALE « MIGRATION ET SANTE » 2008 A 2013	24
5. « CASE STUDY » DE L'HOPITAL DE L'ENFANCE DE LAUSANNE.....	30
5.1 Présentation du HEL.....	30
5.2 La prise en charge médicale au sein du HEL	31
5.3 La prise en charge sociale	32
5.4 Médiateurs culturels au HEL	34
5.5 Compétence sanitaire au HEL.....	35
6. SYNTHESE ET PERSPECTIVES	37
6.1 Eléments saillants apparus lors du travail	37
6.1.1 <i>Le besoin d'études quantitatives de la prise en charge pédiatrique des migrants en Suisse.</i>	37
6.1.2 <i>Validité des concepts de compétence sanitaire et d'autonomisation.</i>	38
6.1.3 <i>Case Study de l'Hôpital de l'Enfance de Lausanne</i>	38
6.2 Vers une stratégie d'innovation dans la prise en charge pédiatrique des migrants à l'Hôpital de l'Enfance de Lausanne	39
6.2.1 <i>Mise en perspective</i>	39
6.2.2 <i>Phase de préparation</i>	40
6.2.3 <i>Phase de mise en place</i>	43
6.2.4 <i>Qualité de la communication.</i>	44
6.2.5 <i>Définition des objectifs.</i>	44
6.2.6 <i>Gestion de l'énergie et des idées.</i>	44
7. BIBLIOGRAPHIE.....	46
8. REMERCIEMENTS	49

1. INTRODUCTION

Aujourd'hui, le phénomène migratoire s'amplifie partout dans le monde et particulièrement en Europe. On assiste de même à une « complexification » de la migration autant dans ses causes que ses aboutissements.

Ce ne sont plus seulement les hommes qui migrent pour subvenir aux besoins de leur famille restée au pays, mais de plus en plus de femmes choisissent de quitter leur pays d'origine à la recherche d'une sécurité sanitaire, sociale, économique et politique.

Les migrants, fragilisés par le fait d'être en rupture avec leurs racines culturelles, se retrouvent souvent dans le pays d'accueil dans des conditions difficiles et précaires.

L'objectif de ce travail est d'exposer les notions de « compétence sanitaire » (Health Literacy) et d'« autonomisation » (Empowerment) dans un contexte de prise en charge pédiatrique des enfants de migrants.

Nous sommes convaincus que ces deux concepts émergents dans le domaine de la santé et appliqués au contexte migratoire constituent, sur les plans économiques et de management, des éléments qui peuvent mener à terme à : **i**) une réduction mesurable des coûts de la santé et **ii**) une porte d'entrée efficace dans un processus d'intégration - dont l'importance est reconnue sur le plan économique - des migrants dans leur pays d'accueil.

Tout au long de ce travail, il apparaîtra comme évident que des données propres à la prise en charge sanitaire pédiatrique des enfants de migrants font actuellement souvent défaut, *a fortiori* l'application des concepts de compétence sanitaire et d'autonomisation pour cette part de la société. Nous le percevons comme une opportunité de mettre en place les conditions cadres pour combler ce vide.

Nous poserons tout d'abord le cadre de ce mémoire au travers de la présentation des concepts de compétence sanitaire et d'autonomisation, en mettant en avant leurs aspects économiques dans les systèmes de santé actuels, en particulier en Suisse.

Nous présenterons dans les chapitres 2 et 3 d'une part des données concernant l'état de santé de la population migrante en Suisse et d'autre part la stratégie mise en place au niveau fédéral dans le domaine « migration et santé 2008-2013 ».

Le chapitre 4 nous permettra de présenter un « case study » que nous avons intégré à notre travail afin d'apporter des éléments plus concrets aux notions théoriques abordées dans ce mémoire. Nous avons choisi de nous concentrer sur l'Hôpital de l'Enfance de Lausanne (HEL) parce que l'HEL nous semble présenter un cas de structure hospitalière qui fait un effort remarquable de prise en charge médico-psycho-sociale des enfants de migrants.

Le chapitre 5, en conclusion, aura pour objectif principal de soutenir que l'inclusion d'une dimension de management/gestion de la santé (représenté ici par l'autonomisation et la compétence sanitaire) introduirait une valeur ajoutée remarquable à l'effort constructif consenti sur le plan médico-social décrit au chapitre précédant.

2. COMPETENCE SANITAIRE ET AUTONOMISATION

Pour présenter les concepts de « Compétence Sanitaire » et « Autonomisation », nous allons tout d'abord les définir et les intégrer dans un cadre de système de santé. Ensuite, nous nous concentrerons sur certains aspects économiques en rapport avec les deux concepts.

A la suite des travaux largement reconnus et cités de Don Nutbeam de l'université de Sydney (Nutbeam, 2008), la compétence sanitaire (Health Literacy) peut être définie comme :

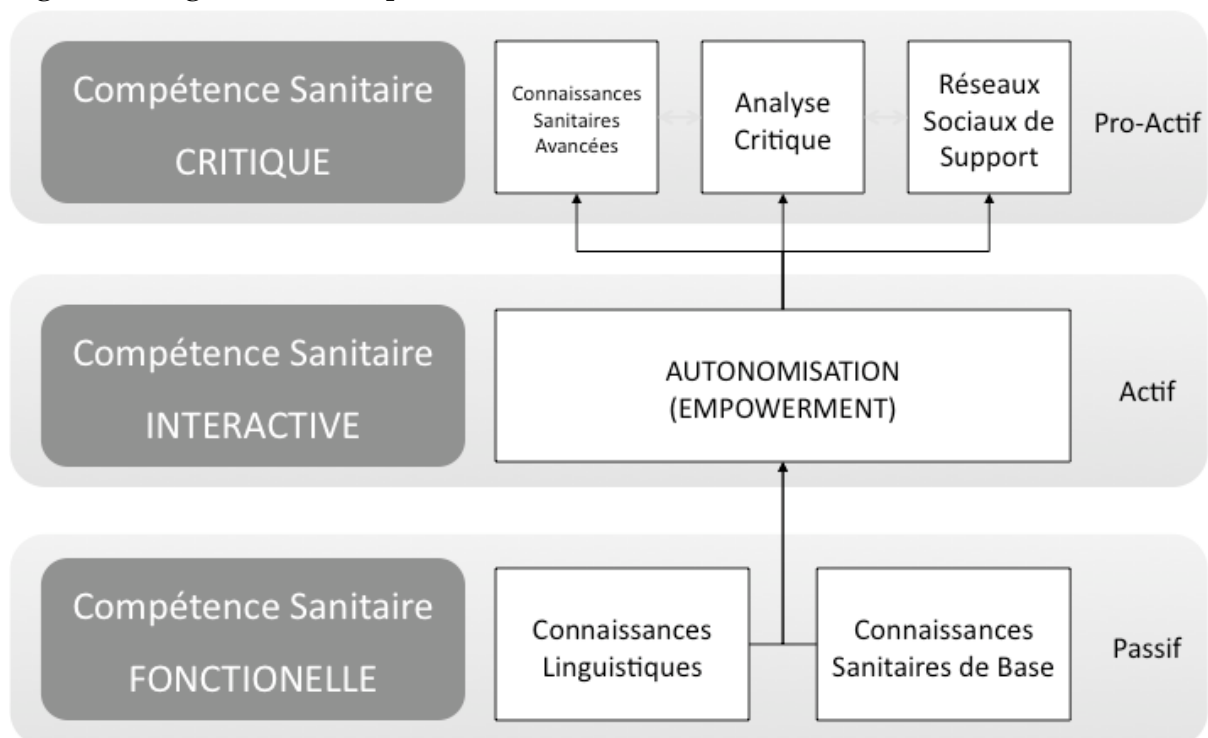
« La capacité de prendre, dans la vie quotidienne, des décisions qui influent positivement sur la santé ».

En ce sens, nous sommes d'accord avec Nutbeam pour dire que l'autonomisation, définie comme :

« La capacité des gens de mieux comprendre et de mieux contrôler les forces personnelles, sociales, économiques et politiques qui déterminent leur qualité de vie, dans le but d'agir pour améliorer celle-ci »,

est pleinement intégrée à la compétence sanitaire, concept plus large (voir Figure 1).

Figure 1 : Intégration des compétences sanitaires et de l'autonomisation



Comme nous allons le voir, cette notion touche plusieurs domaines à différents niveaux. De manière générale, la compétence sanitaire se réfère à (Spycher, 2006):

- La santé personnelle: la gestion de la santé au niveau individuel. Connaissance et mise en pratique d'un mode de vie sain, et capacité à prendre soin de ses proches;
- La connaissance du système de santé: compréhension du système et capacité de collaborer en connaissance de cause avec les spécialistes de la santé;
- Le comportement en tant que consommateur: capacité de tenir compte d'éléments sanitaires dans le choix des produits et des prestations proposés;
- Le monde professionnel: prise de mesures pour éviter les accidents et les maladies professionnelles, pour créer des conditions de travail favorisant la santé et la sécurité ainsi que pour bien concilier travail et vie privée ;
- La politique de la santé: action politique en faveur de la santé (engagement en faveur des droits en matière de santé, prises de position par rapport aux questions sanitaires, participation à des organisations de patients ou autres organismes actifs dans le domaine de la santé).

Toujours en suivant les travaux de Nutbeam, ce concept de compétence sanitaire a émergé autant au travers de la prise en charge clinique que de celui de la santé publique. Deux aspects émergents se réfèrent à l'heure actuelle à la compétence sanitaire :

- La compétence sanitaire comme « facteur de risque » ;
- La compétence sanitaire comme « ressource ».

Ces deux visions de la compétence sanitaire peuvent se rejoindre mais ne possèdent pas les mêmes fondements et les mêmes buts recherchés.

2.1 LA COMPÉTENCE SANITAIRE COMME FACTEUR DE RISQUE : PRISE EN CHARGE CLINIQUE

La relation entre le niveau de compétence sanitaire et niveau de santé est maintenant largement reconnue dans ses aspects personnels, de communication, sociétaux et économiques : de manière logique, un niveau de compétence sanitaire insuffisant est corrélé directement et indirectement avec un niveau de santé insuffisant (Nutbeam, 2008). Notons toutefois qu'un niveau de compétence sanitaire suffisant ou même supérieur n'est pas forcément corrélé à un bon état de santé. Un niveau de compétence sanitaire insuffisant entraîne un manque ou une mauvaise utilisation des informations et ressources sanitaires à disposition comme celles reliées à l'éducation générale à la santé, les services de prévention et de dépistage et une mauvaise prise en charge personnelle de ses problèmes de santé. Nous verrons dans le chapitre 3 que ces aspects sont aussi reconnus en Suisse, avec leurs conséquences néfastes sur la santé des populations migrantes. Un niveau de compétence sanitaire insuffisant est aussi souvent corrélé à un statut socio-économique bas et ici aussi cette information s'applique à la situation en Suisse par rapport aux migrants.

Dans le cadre du système de santé, une amélioration des compétences sanitaires passe principalement par l'augmentation de la qualité de l'information à disposition en regard de la santé (information écrite et diffusée) ainsi qu'une éducation des professionnels de la santé au sujet de l'impact négatif d'un niveau de compétence sanitaire insuffisant. Un effort particulier doit être consenti en ce qui concerne la « compétence culturelle¹ », qui doit aller au-delà des aspects purement linguistiques, des professionnels de la santé en face de patients migrants.

Différents outils cliniques ont été mis au point, au départ dans les pays anglo-saxons, afin d'aider le clinicien à mesurer le niveau de compétence sanitaire de ses patients. Sont le plus utilisés le « Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine » (REALM) (Davis, 1993) et le « Test of Functional Health Literacy in Adults » (TOFHLA) (Parker, 1995).

Le REALM est un test de reconnaissance de mot où les patients sont confrontés à une liste de 66 mots médicaux, liste qui commence par des mots faciles (pilule, graisse, grippe) et qui progresse vers des mots plus difficiles (ostéoporose, impétigo, potassium). Les patients doivent lire la liste et prononcer chaque mot de manière intelligible. L'examineur score les patients sur la base des mots prononcés correctement. Ce test ne prend pas en compte la capacité du patient à comprendre la signification de chacun des mots de la liste. Différentes versions (REALM-Teen, REALM 7) ont été proposées à partir du test de base.

Le TOFHLA est un instrument qui est considéré comme la référence en matière d'évaluation détaillée de compétence sanitaire. Administré en environ 20 minutes, le TOFHLA se compose de deux parties. La première partie utilise 17 questions à choix multiples qui teste la capacité du patient à interpréter des documents et des prescriptions médicales (nombre de pilules par jour, heures d'administration, expiration du médicament, etc.). La deuxième partie du test s'adresse aux capacités de compréhension de lecture. Ici, les patients sont confrontés à 3 passages de texte où certains mots ont été supprimés et où il doit choisir la meilleure option dans une liste.

Le score du TOFHLA classe les patients comme ayant des compétences sanitaires limitées, marginales ou adéquates. Cet instrument a été utilisé avec succès dans de nombreux groupes de patients, de la pédiatrie à la gérontologie. Des versions courtes du test sont aussi à disposition (S-TOFHLA).

Cette vision de la compétence sanitaire ou plutôt de son manque comme facteur de risque est en soit tout à fait justifiée, puisqu'elle permet d'établir une métrique et une catégorisation des patients qui peuvent mener, si elles sont bien appliquées, à des démarches tout à fait salutaires de programmes d'éducation - faisant en particulier appel aux médiateurs culturels - du patient en santé et se trouvent aussi actuellement très utiles dans les études économiques au sujet de la compétence sanitaire.

Toutefois, il est maintenant reconnu que la compétence sanitaire ne peut pas être réduite à cette métrique mais que cette notion doit être élargie afin de permettre à chaque individu de réaliser son potentiel de santé. Les moyens de cette réalisation sont décrits dans la prochaine section où la compétence sanitaire est perçue comme une ressource.

a ¹ La « compétence culturelle » se référant ici à une définition de la culture large et conçue comme étant un ensemble de savoirs et de pratiques qui se partagent et se transmettent socialement au sein d'un groupe donné et non par héritage génétique.

2.2 LA COMPÉTENCE SANITAIRE COMME RESSOURCE : PRISE EN CHARGE DE SANTÉ PUBLIQUE

Une approche conceptuelle distincte a évolué en rapport à la compétence sanitaire à partir d'une approche de santé publique et de promotion de la santé. Cette deuxième approche dérive de l'importance de la compréhension du rôle de l'éducation à la santé et de la communication à son sujet dans le but de développer des compétences pour différentes formes d'actions sanitaires au niveau personnel, social et environnemental. Dans ce cas, l'objectif de la démarche est de permettre aux individus d'exercer un contrôle, d'accéder à un pouvoir (empowerment²) plus grand au sujet de leur santé dans ces aspects personnels, sociaux et environnementaux. Dans ce sens, la compétence sanitaire est réellement perçue comme une ressource à construire, une autonomisation du processus de décision en regard de sa propre santé.

Cette approche se démarque donc de la compétence sanitaire (ou plus précisément du manque de compétence) perçue comme un facteur de risque. L'opérationnalisation de ce deuxième aspect des compétences sanitaires se concentre sur le développement de connaissances au sujet de la santé qui soient spécifiques à l'âge, l'origine et le contexte socio-économique de la personne. A ce sujet, la définition de la compétence sanitaire proposée par l'OMS (Commission on the Social Determinants of Health, 2007) est édifiante :

« La compétence sanitaire représente les capacités cognitives et sociales qui déterminent la motivation et la possibilité des individus à accéder, comprendre et utiliser l'information dans le but de promouvoir et maintenir un bon état de santé ».

L'OMS continue en ce sens en marquant l'importance de l'acquisition d'un niveau de connaissances, d'outils personnels et de confiance afin de prendre les mesures permettant d'améliorer la santé qu'elle soit personnelle ou sociale en changeant son propre style de vie et ses conditions d'existence. Il en ressort clairement que la compétence sanitaire doit dépasser la capacité d'une personne à lire correctement et comprendre une prescription médicale ou être en mesure de prendre un rendez-vous chez son médecin. Ce qui par ailleurs n'ôte aucunement l'importance de la capacité à réaliser lesdites actions. Dans ce contexte, on comprend bien que la compétence sanitaire englobe de fait et est centrale à la notion d'autonomisation.

La compétence sanitaire (qui inclut l'autonomisation) perçue comme une ressource sert de levier entre la compétence sanitaire « fonctionnelle » et la compétence sanitaire « interactive » en permettant au patient « ressource » d'accéder à un niveau de compétence sanitaire plus élevé.

Ces deux types de compétences sanitaires, « facteur de risque » (visant finalement à une meilleure compliance d'un patient par rapport à son traitement) et « ressource, » (visant finalement pour chaque individu à la réalisation de son potentiel de santé) se complètent et peuvent sembler s'opposer dans leurs buts recherchés : la première approche permet au mieux d'espérer un niveau fonctionnel de compétence sanitaire, alors que la deuxième approche permet la réalisation du potentiel de chaque individu avec, pour but final, l'atteinte d'un niveau critique. Elle nécessite d'ailleurs davantage de temps et de moyens (Figure 2). Cela a permis à Nutbeam de les intégrer en une « échelle de compétences sanitaires » qui vont de compétences nécessaires pour comprendre,

b ² Encore une fois défini comme « La capacité de prendre, dans la vie quotidienne, des décisions qui influent positivement sur la santé ».

au sens propre du terme, les situations de tous les jours en rapport à la santé (**compétences sanitaires fonctionnelles**), en passant par des capacités (et l'acquisition de ces capacités) cognitives et sociales qui peuvent être utilisées pour la participation active en rapport à sa propre santé (**compétences sanitaires interactives**) pour finalement être en mesure de porter un regard critique sur l'information et utiliser ce regard critique pour exercer un contrôle accentué sur sa propre santé et celle de ses semblables (**compétences sanitaires critiques**). Nous présentons cette vue intégrée dans la Figure 2.

Figure 2 : Compétences sanitaires perçues comme facteur de risque ou comme ressource.



Fig. 1. Conceptual model of health literacy as a risk.



Fig. 2. Conceptual model of health literacy as an asset.

En conclusion à cette présentation des compétences sanitaires (qui intègrent l'autonomisation proprement dite et la dépasse), on remarque que les deux modèles proposés servent à des fins différentes : dans le modèle de ressource, la compétence sanitaire vise à permettre à l'individu d'exercer un plus grand contrôle sur un grand nombre de facteurs qui déterminent la santé, alors que le modèle facteur de risque est plus orienté vers une éducation sanitaire permettant finalement une compliance adaptée à la prise en charge clinique. On ne doute pas toutefois que ces deux modèles doivent être pris sur un pied d'égalité et plutôt que de les opposer. Il est clair qu'ils sont complémentaires.

En d'autre terme, il s'agit de rendre le professionnel de la santé conscient que les aspects cliniques ne sont qu'une part de la prise en charge optimale de son patient, particulièrement migrant, et il s'agit en même temps de rappeler aux professionnels de la santé publique (cliniciens ou non), qu'une prise en charge optimale de la population face aux problèmes sanitaires ne peut se détacher d'aspects comme la compréhension linguistique, la compliance au traitement, etc.

2.3 ASPECTS ECONOMIQUES DE LA COMPETENCE SANITAIRE ET DE L'AUTONOMISATION

Au niveau international, il existe actuellement quelques études économiques au sujet de la compétence sanitaire. De manière intéressante, une étude suisse récente (Eichler, 2008) propose une revue systématique de la littérature dans le domaine, revue concentrée sur les pays développés

(USA, Canada, Europe, Australie et Nouvelle Zélande). Il y est montré que les coûts induits par un niveau de compétence sanitaire bas correspondent à 3 à 5% des coûts de la santé pris dans leur totalité. La prévalence d'une compétence sanitaire basse est considérable : 34-59% de la population étudiée, 12-23% pour la classe la plus basse. Une observation importante est qu'un niveau de compétence bas peut être observé indépendamment à l'appartenance à la population migrante, qui forme évidemment un groupe à risque typique. L'âge de la personne (enfants, personnes âgées) ainsi que son niveau socio-économique sont des paramètres plus importants que le fait d'être migrant ou non. Les auteurs notent que les enfants et les adolescents forment aussi un groupe à risque important, au delà de leur appartenance culturelle. La compétence sanitaire est donc un objectif global à réaliser pour tout système de santé à l'heure actuelle et cette compétence dépasse les origines des personnes vivant en communauté dans un pays.

Nous citerons aussi une étude de recherche clinique effectuée en 2005 par le groupe de David Howard à l'université d'Emory qui a démontré, dans le cadre de la compétence sanitaire comme facteur de risque, qu'un niveau de compétence sanitaire bas ou marginal avait un impact économique mesurable sur la prise en charge médicale et ses coûts. Précisément, l'étude économique montre que parce que cette population de patients utilise l'ensemble des services d'urgence de manière peu efficace, les coûts moyens totaux de prise en charge en urgence uniquement, sur la base de données conservatrice, pouvaient augmenter de 100% (\$ 1543 contre \$ 3175 pour les patients avec un niveau de compétence sanitaire bas). Les auteurs concluent leur étude en disant que celle-ci démontre un potentiel de réduction des coûts à la suite de programmes d'éducation sanitaire (encore cette approche de type « facteur de risque »), à la condition que lesdits programmes démontrent leur efficacité au travers d'études cliniques rigoureuses.

Ce type de travaux a commencé à attirer l'attention des politiques et des fournisseurs de services dans le domaine de la santé depuis quelques années. En Suisse, nous avons pris connaissance de 3 études documentées qui traitent des aspects économiques de la compétence sanitaire (Wieser, 2008; Eichler, 2008; Spycher, 2006). A notre connaissance, aucune étude référencée avec comme sujet principal la prise en charge pédiatrique des enfants de migrants n'est disponible. L'étude la plus documentée (Wieser, 2008) à notre avis enquête sur les coûts associés à une compétence sanitaire « limitée » en combinant 3 types de données :

- Des données sur les coûts de la santé en Suisse recueillies par l'Office Fédéral Suisse de Statistiques (Figure 3)
- Des données sur le niveau de compétence sanitaire en Suisse (Figure 4) recueillies lors de la « ALL survey » ;
- Des données sur les coûts induits par un niveau de compétence sanitaire bas aux US selon le modèle du Dr Howard D. et de son équipe en 2005.

Figure 3 : Mesure des coûts de la santé en Suisse

	value 2005	source
Total annual HC expenditures	52'697 m CHF	S1
- Total costs that are excluded (cost categories: administrative costs, prevention expenditures, costs of institutions for elderly, out-of-pocket payments for dental care)	10'634 m CHF	S1
= Total HC costs	42'064 m CHF	S1
- HC costs for population with age between 0 and 19 years	3'315 m CHF	S2
= HC costs for population with age ≥ 20 years	38'751 m CHF	S2
/ adult population	5.74 m individuals	S2
= average per capita HC expenditures of adults	6'748 CHF	

HC: health care
S1: Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens nach Leistungserbringern und Direktzahlenden 2005, Bundesamt für Statistik
S2: Gesundheitskosten nach Alter und Geschlecht 2005, Bundesamt für Statistik
m: million

Figure 4 : Niveau de compétence sanitaire en Suisse et aux US

level	Switzerland			USA			CH / USA		
	1	2	1+2	1	2	1+2	1	2	1+2
prose	15.9	36.3	52.2	20.0	32.6	52.6	0.80	1.11	0.99
document	14.5	34.5	49.0	20.2	32.3	52.5	0.72	1.07	0.93
numeracy	8.6	30.7	39.3	26.8	31.8	58.6	0.32	0.97	0.67
average	13.0	33.8	46.8	22.3	32.2	54.6	0.58	1.05	0.86

level 1: below basic literacy
level 2: basic literacy

source: OECD (2005)

Les niveaux de compétence sanitaire en Suisse et aux Etats-Unis se basent sur les résultats d'une étude réalisée en 2003 la « ALL Survey: Adult literacy and life skills survey ». Cette étude transversale englobait 7 pays (Bermudes, Canada, Italie, Norvège, Suisse, Etats-Unis, Etat du Nuevo León au Mexique) et avait pour objet de déterminer comment les adultes utilisaient l'information écrite pour vivre en société. Les 4 niveaux de compétence sanitaire (inférieur à la basique – groupe « 1 » de la figure 4 -, basique – groupe « 2 » de la figure 4, intermédiaire et *proficient*) ont été évalués dans 3 domaines de compétence (lecture, résolution de problème, calcul).

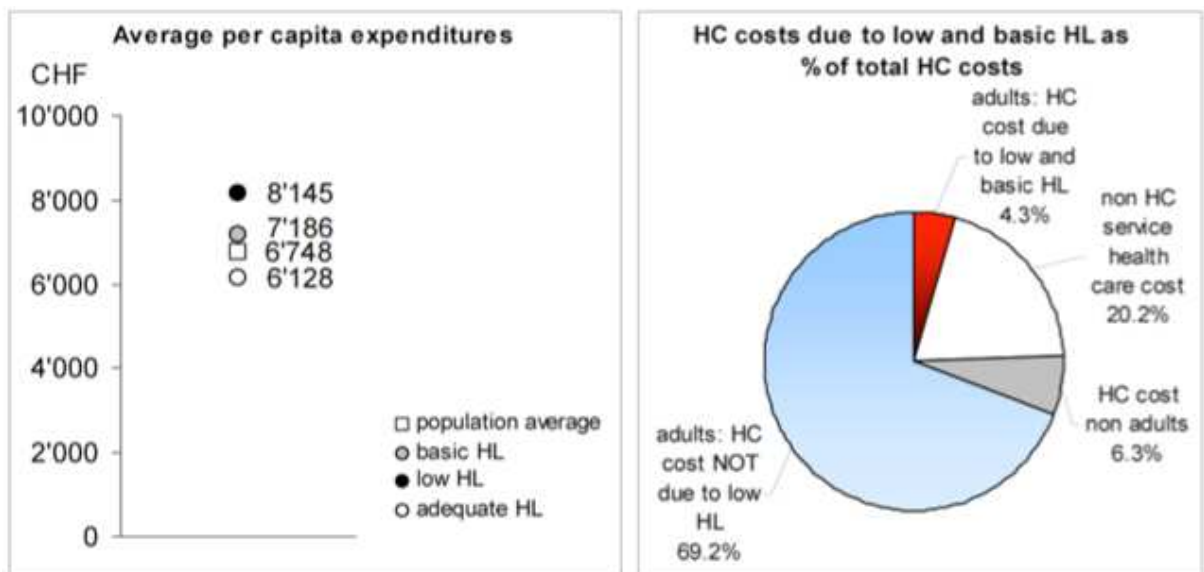
Le modèle se base sur les résultats de Howard et al. (2005) et illustre l'impact de la compétence sanitaire sur les coûts de la santé en Suisse avec l'avantage que ce modèle peut être modifié pour illustrer des changements dans les hypothèses de travail.

La modélisation proprement dite inclut les variables suivantes :

- La proportion de personnes avec un niveau de compétence sanitaire insuffisant est de 13% en Suisse et de 22.3% aux US. La proportion de personnes avec un niveau de compétence sanitaire de base est de respectivement 33.8% et 32.2% ;
- Les coûts de la santé sont en moyenne plus élevés de 20.7% pour les personnes avec une compétence sanitaire en dessous du niveau minimal et de 6.5% pour les personnes avec un niveau juste suffisant ;
- 64% des différences observées pour les coûts de la santé en comparant un niveau de compétence insuffisant ou juste suffisant sont attribuables à une compétence sanitaire limitée.

Les résultats montrent par exemple une augmentation des coûts moyens de près de 33% si on compare les individus avec une compétence sanitaire insuffisante par rapport à une compétence sanitaire suffisante (CHF 6'128 par rapport à CHF 8'145), Figure 5.

Figure 5 : Scénario de base des résultats



En conséquence à cette étude, on peut estimer le coût annuel d'une compétence sanitaire basse à 2.3 milliards de francs suisses représentant 4.3% du coût total qui se montait en 2005 à 52.7 milliards de francs suisses. Ce modèle, conservateur, est évidemment sensible aux hypothèses de départ : si on devait estimer, en suivant le modèle de Vernon (Vernon, 2007), un rapport de 28% d'individus avec une compétence sanitaire insuffisante ou basse et un report de 50% des coûts attribuables aux différences de compétence sanitaires observées, alors le coût annuel passe à près de 4.8 milliards de francs suisses ou 9.1% des coûts de santé annuels.

Nous relevons qu'une autre étude menée en Suisse propose la somme de 1.5 milliards de francs suisses (Spycher, 2006).

En conclusion à cette partie sur les données économiques disponibles au sujet de la compétence sanitaire, il est possible d'affirmer qu'une éducation ajustée à la population cible et une autonomisation dans le domaine ne peuvent avoir que des effets positifs sur les coûts de la santé. Nous ajouterons encore qu'à notre connaissance, il y a à l'heure actuelle un manque important de données et d'études ayant trait aux aspects de l'enfance d'une part, et de parents migrants d'autre part. Comme nous le verrons par la suite, la population migrante en Suisse comporte une classe importante de personnes au niveau socio-économique bas ou insuffisant et il n'est pas difficile de proposer l'hypothèse qu'un travail de fond et ciblé au sujet des compétences sanitaires et de l'autonomisation aurait en soi des répercussions tout à fait mesurable au niveaux des coûts de la santé en Suisse.

3. ETAT DE SANTE DES POPULATIONS MIGRANTES

Les données pédiatriques sur la population migrante en Suisse restent lacunaires. Nous présentons les travaux existants, et bien documentés, sur la population migrante en général, en nous efforçant de tirer des conséquences qui peuvent être appliquées aux enfants migrants.

3.1 INTRODUCTION: LE PHENOMENE MIGRATOIRE ET LA SANTE

Les migrations ont marqué l'humanité depuis les temps anciens. Pour des raisons politiques, économiques, climatologiques, pour fuir les situations de conflits, de famine, de pauvreté, de plus en plus de personnes sont incitées à quitter leur pays d'origine à la recherche d'une sécurité sanitaire, sociale, économique et politique. Ainsi, la migration a marqué l'histoire de différentes cultures et de différents pays et a largement contribué à l'enrichissement de l'humanité au cours de l'histoire.

Aujourd'hui, les migrations s'amplifient partout dans le monde et particulièrement vers l'Europe. D'après l'Organisation Internationale de la Migration, on dénombrait en 2005, en Europe, 64,1 millions de migrants représentant 8,8% de la population européenne (OIM, 2008). Ce chiffre inclut les travailleurs migrants, les immigrants ayant obtenu un droit d'établissement, les réfugiés et les demandeurs d'asile, mais il ne tient pas compte de l'augmentation des déplacements irréguliers ou sans-papiers qui caractérisent les migrations partout dans le monde. En 2050, les démographes prévoient 230 millions de migrants pour une population de 9 milliards.

Le phénomène migratoire agit sur la santé de plusieurs façons: sur l'état de santé des pays que les migrants quittent (pertes de « forces vives »), sur l'état de santé des populations du pays qui les reçoit. Enfin, le phénomène migratoire lui-même affecte la santé des migrants directement.

Plus précisément, l'état général de santé des pays qui envoient des migrants peut se retrouver menacée par la perte de ressources et de population active parfois difficilement remplaçables. Dans les pays en développement ayant de solides traditions d'éducation et de formation professionnelle, la fuite des professionnels (Brain-Drain) pose un problème encore plus grave dans les pays où la capacité de réinvestissement est limitée. Par exemple, la perte de professionnels de la santé à la suite de leur formation peut entraîner de graves insuffisances dans les services disponibles pour les communautés locales et dans la capacité du pays à faire progresser ses programmes de développement dans le domaine de la santé. Ce phénomène ne peut qu'accentuer le fossé qui continue de se creuser entre le Nord et le Sud concernant les richesses et le besoin croissant d'une main d'œuvre jeune et bon marché.

Les pays d'accueil profitent largement de recruter une main d'œuvre nécessaire à leur développement avec les enjeux économiques et politiques que cela implique. Cela n'est pas exempt de conséquences puisqu'en Suisse, sur le plan politique de santé, le concept « **d'égalité des chances** » face au système de santé est largement acquis, tout du moins dans sa partie stratégique (cf. Chapitre 4). Inutile de rappeler ici que le phénomène migratoire est aussi perçu par une frange

de la population autochtone comme une atteinte importante à la cohésion nationale.

Le migrant lui-même, en tant qu'individu en risque d'être fragilisé par son déracinement, doit faire face à ce que le Professeur Didier Fassin (Fassin, 2007) (Université de Paris-Nord et Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales) décrit comme la double expérience de l'exil:

« Ce qui rend compte de l'état de santé des personnes immigrées et de leurs enfants, ce ne sont plus les pathologies tropicales ou des pratiques insolites, c'est une double expérience de l'exil, c'est-à-dire d'un passé souvent fait de souffrances et de violences mais aussi d'attentes et d'espoirs et d'un présent désormais pris dans les contradictions de l'accueil et du rejet, de la solidarité et de l'inégalité subie ».

L'individu migrant risque donc dans de nombreuses situations de rester socialement exclu et de ne pas être en mesure de bénéficier de l'état de santé et des soins de santé auxquels il a droit en tant qu'être humain. Comme nous le verrons, ceci est particulièrement vrai pour les migrants faisant partie de couches sociales défavorisées.

Or, dans son préambule, la Constitution l'Organisation Mondiale de la Santé affirme:

« La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain quelles que soient, sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale. La santé est un complet bien-être physique, mental et social et ne résulte pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

Dans un monde où les migrations s'amplifient, cela représente un défi énorme pour préserver la santé publique et la cohésion sociale. Le phénomène migratoire est une des nombreuses causes à l'origine des inégalités de santé. Les stratégies de santé des pays développés visant à réduire les inégalités de santé et à améliorer l'état de santé des groupes les plus défavorisés, adaptent de plus en plus leurs politiques de promotion de santé et de prévention à la réalité des migrants.

C'est la notion d'équité en santé qui est abordée ici si l'on considère la santé comme une ressource à partager et que l'égalité des ressources accordées à chacun est la meilleure des répartitions possibles pour établir une justice sociale. Les écarts de santé s'ils sont jugés évitables et injustes, sont alors éthiquement inacceptables: un mauvais état de santé imputable à certains déterminants socio-économiques de la santé tels que l'inégalité des chances en matière d'éducation, d'emploi, d'accès au système de santé justifie des efforts de promotion de santé et de prévention.

De plus, le droit à la santé est un droit humain inscrit dans la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé mais aussi dans la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme. La charte d'Ottawa (1986) se réfère aussi au principe de droit à la santé et précise pour la première fois l'importance de la promotion de la santé.

3.2 DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES SUR L'ETAT DE SANTE DES POPULATIONS MIGRANTES EN SUISSE

La Suisse est devenue une terre d'immigration à partir du début du 20ème siècle. Selon les données de l'Office fédéral de la statistique pour l'année 2005, près d'un quart de la population (22,6%) est née à l'étranger. Avec ses enfants et petits-enfants, elle atteint 2 millions de personnes. Les résidents de nationalité étrangère représentaient alors 20,6% de la population en Suisse. Ce taux situe la Suisse au troisième rang parmi les pays de l'Union européenne (UE-25), derrière le Luxembourg et le Liechtenstein. Les origines de la population migrante en Suisse sont diverses (Figure 6).

Figure 6 : Origines de la population migrante en Suisse.

Nationalité	Etat le 31 décembre 2004	Part (en %, chiffres arrondis)	Rapport entre les moins de 20 ans et les 20 à 64 ans (en %)	Rapport entre les plus de 64 ans et les 20 à 64 ans (en %)	Rapport de masculinité ¹
Total	7'529'564	100%	35,5	25,1	96,6
Suisse	5'890'439	78%	35,9	30,3	92,1
Etranger	1'639'125	22%	34,2	9,0	114,6
Etranger, total	1'639'125	100%	34,2	9,0	114,6
Europe	1'397'770	85%	33,7	10,1	117,5
UE-25 / AELE	931'045	57%	24,1	13,3	124,2
Italie	307'717	19%	23,6	21,4	138,3
Serbie-et-Monténégro	211'340	13%	65,4	2,5	109,8
Portugal	173'278	11%	38,4	0,7	119,0
Allemagne	163'923	10%	15,2	13,8	123,9
Turquie	80'462	5%	47,4	3,5	118,0
Espagne	76'080	5%	23,2	9,4	121,3
France	73'999	5%	21,6	13,0	115,3
Macédoine	61'534	4%	62,3	1,1	111,7
Bosnie-Herzégovine	48'931	3%	51,3	3,1	102,4
Croatie	42'050	3%	45,3	2,9	99,5
Asie	108'524	7%	39,8	2,7	101,7
Afrique	65'092	4%	40,3	1,5	124,7
Amérique	61'752	4%	29,1	3,9	69,0

¹ Nombre d'hommes pour 100 femmes

Source: OFS 2005, représentation modifiée et complétée

La population migrante constitue un groupe de plus en plus hétérogène par rapport à l'origine nationale, mais la plus grande partie vient cependant de l'UE-25 (57% en 2005).

En plus de la population migrante recensée officiellement, entre 70 000 et 180 000 personnes séjournent en Suisse sans autorisation de séjour valable. Ces « sans-papiers » ne sont pas entrés légalement en Suisse ou n'ont pas quitté la Suisse à l'expiration de leur autorisation de séjour.

En Suisse, la question de l'état de santé des migrants comparativement à celui de la population indigène a conduit dès 2002 l'office fédéral de la santé publique (OFSP, 2007) à effectuer un monitoring de l'état de santé de la population migrante dans a) les dimensions de comportement en matière de santé, b) les aspects relatifs à leur intégration et c) leur situation socio-économique.

Ce monitoring santé constitue la base de la stratégie « Migrations et Santé 2002-2007 » de la Confédération qui fait de l'égalité des chances en matière de santé une priorité majeure et vise une amélioration de la situation des migrants dans les domaines de soins de santé, du comportement en matière de santé et de prévention, voire de l'intégration des migrants dans la société d'accueil.

Ainsi, cette démarche a été présentée dans un rapport (OFSP, 2007) nommé « Das Gesundheitsmonitoring der Migrantinnen » (GMM), en français : « Monitoring de l'état de santé des population migrantes ». La suite de ce chapitre va se référer principalement à ce rapport.

Le rapport GMM nous présente de nombreuses statistiques, instructives en soi, sur l'état de santé des populations de migrants. Nous saisisons l'occasion de relever l'absence de données pédiatriques en présentant la figure 7. Comme nous pouvons le voir, les statistiques présentées débutent après l'âge de 15 ans.

Figure 7 : Nombre moyen de visites chez le médecin selon l'âge et le sexe.

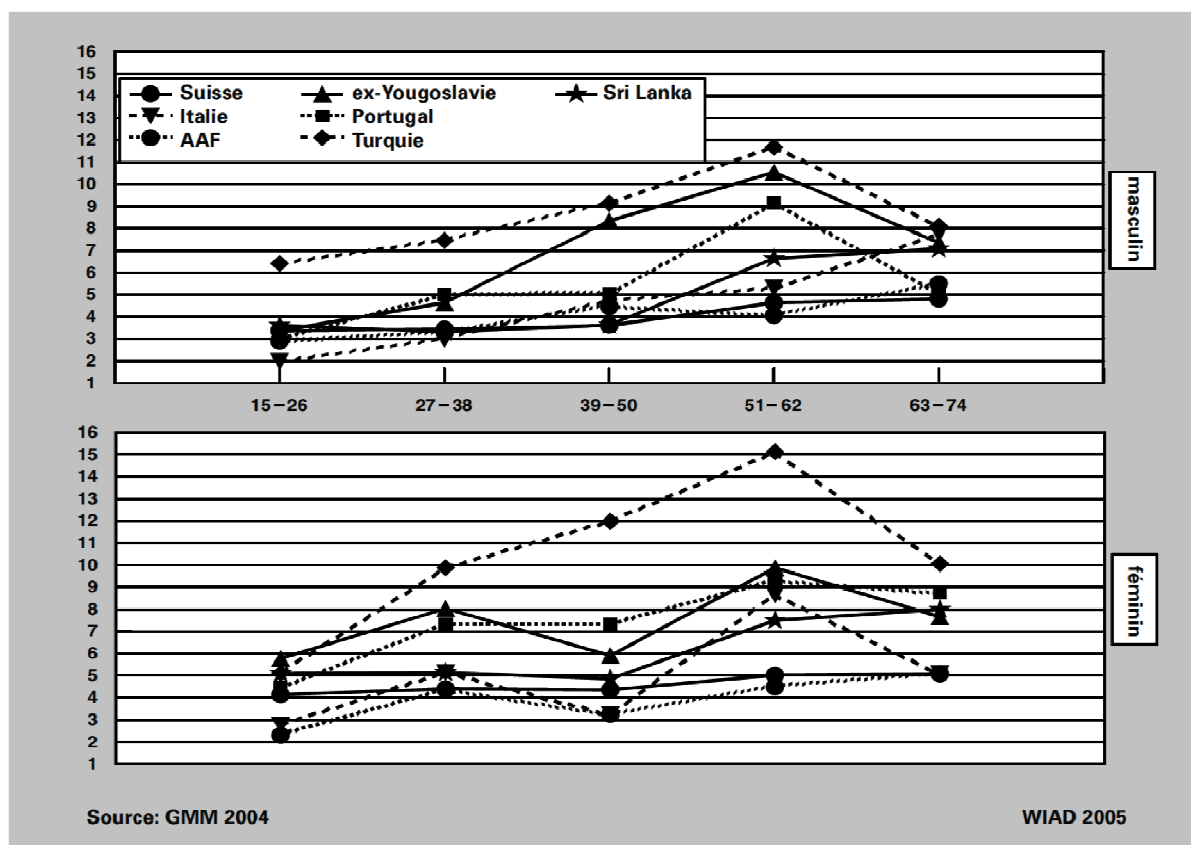


Figure 8 : Etat de santé, résultats par nationalités et profil migratoire Suisses/étrangers.

	Santé auto-déclarée mauvaise		Incapacité fonctionnelle de longue durée		Equilibre psychique mauvais		Troubles physiques importants		Activité professionnelle ou habituelle impossible	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Suisse (Mod. I)										
Italie (Mod. I)		+	-			+		+		+
Allemagne, Autriche, France (Mod. I)	+		-					-		
ex-Yougoslavie (Mod. II)	+	+	+		+	+	+		+	+
Portugal (Mod. II)	+	+			+	+		+		
Turquie (Mod. II)	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Sri Lanka (Mod. II)			-	-				-		-
Kosovo (Albanais, Mod. III)	+	+	+		+	+		-	+	+
Sri Lanka (Tamouls, Mod. III)	+	+	-		+	+				
Né(e) en Suisse, arrivé avant 15 ans										
Arrivé(e) à 15 ans ou plus		+			+	+		+		
Ne maîtrise aucune langue nationale bien ou très bien										
Maîtrise bien ou très bien une des langues nationales	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

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

Les indicateurs retenus concernent un mauvais état de santé auto-déclaré (subjectif), une éventuelle incapacité fonctionnelle de longue durée, un équilibre psychique mauvais, des troubles physiques importants ainsi que d'éventuels handicaps limitant l'exercice de l'activité professionnelle ou habituelle.

Comme nous pouvons l'observer, la nationalité reste un marqueur significatif de l'état de santé. Le groupe composé par les migrants Allemands, Autrichiens et Français présente un état de santé et des comportements proches de celui de la population de nationalité suisse. Ce groupe est composé de personnes dont la situation socio-économique est favorable et dont l'intégration est facilitée par le fait que la langue du pays d'origine est une des langues nationales de la Suisse. L'état de santé des Italiens et Italiennes est également proche de celui des Suisses, avec toutefois une situation qui apparaît plus mauvaise pour les femmes en ce qui concerne l'équilibre psychique et les handicaps limitant l'activité habituelle et/ou professionnelle.

Au contraire, la situation est défavorable pour tous les indicateurs concernant les ex-Yougoslaves et les Turcs. C'est aussi le cas pour les requérants d'asile Kosovars et dans une moindre mesure Tamouls. Concernant les Portugais, les résultats sont plus défavorables dans la plupart des indicateurs aussi en comparaison aux Suisses.

En revanche, le profil des Sri-Lankais n'est défavorable pour aucun indicateur et est même meilleur que les Suisses pour les incapacités fonctionnelles de longue durée, pour les troubles physiques (seulement les hommes) et les handicaps limitant l'exercice de l'activité professionnelle et/ou habituelle...

C'est également le cas pour les requérants d'asile tamouls en ce qui concerne les incapacités fonctionnelles de longue durée et les handicaps limitant l'activité normale, mais par pour la santé subjective ou l'équilibre psychique. Cette situation peut paraître surprenante si l'on tient compte du profil migratoire des Sri Lankais : une forte proportion de personnes arrivées en Suisse après l'âge de 14 ans, de victimes de répressions politiques ou de violences dans le pays d'origine, une proportion élevée de personnes ne maîtrisant pas l'une des langues nationales. Les comportements sanitaires de la population Sri Lankaise fournissent une partie de l'explication : consommation d'alcool et de tabac réduite, proportion de personnes en surcharge pondérale similaire ou inférieure à celle des Suisses.

Les enquêtes sur l'état de santé des migrants citées dans le GMM nous permettent aussi d'observer que :

- La santé psychique des migrants est souvent plus mauvaise que celle des Suisses ;
- La prévalence du VIH/sida, de la tuberculose, de l'hépatite, de la malaria et des maladies sexuellement transmissibles est plus élevée dans certains groupes de migrants ;
- Les fausses couches, l'absence de contraception et les mutilations génitales féminines sont plus fréquentes dans la population des migrantes ;
- Les enfants et les jeunes issus de l'immigration ont souvent une moins bonne santé bucco-dentaire ;
- Certains groupes de migrants sont plus sujets que la moyenne à certains cancers (cancer de l'estomac pour les Sud européens, cancer du rhinopharynx pour les Chinois, cancer du foie pour les Africains et les Asiatiques) ;
- Certains groupes de migrants ont un comportement à risques relativement marqué en termes de consommation de tabac, de manque d'activité physique et d'alimentation.

3.3 DETERMINANTS DE LA SANTE DES POPULATIONS MIGRANTES

3.3.1 Facteurs sociaux: déterminants structurels

Nous apprenons à la lecture du rapport GMM que la population migrante constitue un groupe de plus en plus hétérogène non seulement du point de vue a) de l'origine nationale, mais aussi du point de vue b) du niveau socio-économique.

Facteurs socio-économiques: formation, emploi, revenu, conditions environnementales (urbanisation, conditions de travail).

En ce qui concerne le niveau socio-économique, l'ensemble des analyses réalisées dans le cadre du rapport GMM dresse (nous citons) « un panorama des comportements et de l'état de santé de plusieurs communautés migrantes ».

La population migrante en Suisse se divise en deux groupes dont la situation socioéconomique est complètement opposée: les Allemands, les Autrichiens et les Français constituent une classe privilégiée faisant partie de la classe moyenne supérieure ou supérieure; les autres migrants se retrouvent principalement dans les couches sociales inférieures. Les Italiens sont les mieux placés avec 40% dans la classe inférieure et 10% dans les plus privilégiés. Concernant, les Portugais et les Turcs environ deux tiers se situent dans la classe inférieure ; les requérants d'asile sont les moins bien positionnés dans l'échelle sociale.

Comme on pouvait s'y attendre, la situation socio-économique s'avère un facteur fortement significatif pour la plupart des analyses effectuées. L'amélioration des indicateurs est systématique et régulière lors de l'élévation du niveau socioéconomique et cela particulièrement pour les traitements de problèmes psychiques et dans les deux sexes.

Il a été observé aussi dans ce même rapport que les femmes de niveau socioéconomique élevé effectuent plus souvent des visites préventives. Concernant la consommation de médicaments, les personnes de niveau socio-économique défavorisé «working poor» sont les plus grands consommateurs, cette probabilité diminue avec l'augmentation du niveau socioéconomique. Les différences de niveau socioéconomique interviennent donc dans les différences dans l'état de santé et les comportements entre communautés migrantes et population suisse.

Figure 9 : état de sante/résultats pour le profil démographique et socioéconomique Suisses et étrangers.

	Santé auto-déclarée mauvaise		Incapacité fonctionnelle de longue durée		Équilibre psychique mauvais		Troubles physiques importants		Activité professionnelle ou habituelle impossible	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
15-26 ans										
27-39 ans	+	+	+	+				+		+
39-50 ans	+	+	+	+			-	+		+
51-62 ans	+	+	+	+				+		+
63-74 ans	+	+	+	+				+		+
Strate socio-économique inférieure										
Strate moyenne inférieure	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Strate moyenne supérieure	-	-	+	+	-	-	-	-	-	-
Strate supérieure	-	-	+	+	-	-	-	-	-	-
Région lémanique										
Espace italienne					+					
Suisse du nord-ouest			+	+	+	+				
Zürich			+	+	+	+				
Suisse orientale					+	+				
Suisse centrale										
Tessin			-	-						
Célibataire										
Marié(e)										
Veuve(e)/veuf(e)/séparé(e)	+	+						+		
Aucun enfant de moins de 15 ans dans le ménage										
Présence d'un enfant de moins de 15 ans	-	-	-	-						
Une seule personne de plus de 15 ans dans le ménage										
Au moins deux personnes de plus de 15 ans dans le ménage	-	-								

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

De manière quasi systématique, l'appartenance aux couches socio-économiques inférieures

apparaît comme un facteur défavorable pour l'état de santé et correspond à une augmentation des recours aux services de soins, sauf en ce qui concerne la prévention et le dépistage de certaines maladies. Une forte proportion d'étrangers présente un niveau socio-économique bas, à l'exception des ressortissants allemands, autrichiens et français et, dans une moindre mesure, italiens.

L'état de santé général et la fréquence des recours aux services de soins de la plupart des groupes de migrants sont donc « aggravés » par une situation socio-économique défavorable.

L'effet de la situation socio-économique est différent en ce qui concerne les comportements, avec une diminution de la fréquence dans les strates inférieures pour la consommation régulière d'alcool (femmes), la consommation de drogues une fois dans la vie et la pratique d'une activité sportive. Le risque de présenter une surcharge pondérale est en revanche plus élevé chez les femmes de niveau socioéconomique bas.

La pratique d'une *activité sportive* extra professionnelle se trouve limitée chez les migrants défavorisés par l'exercice d'un emploi souvent harassant et nécessitant une importante activité physique.

Concernant le *tabagisme*, les Turcs et les Sri-Lankais se démarquent des autres migrants. Les Turcs sont de loin les plus gros fumeurs (48% des migrants) à l'inverse des Sri-Lankais chez lesquels le tabac est quasi inexistant. Comme pour les consommations d'alcool et de drogue, le tabagisme reflète dans une certaine mesure l'aspect « culturel » des comportements des migrants.

L'âge est en général lié à une détérioration de l'état de santé et donc à une augmentation du recours aux soins; mais les populations migrantes en Suisse sont plutôt jeunes en comparaison avec la population suisse. Ce facteur joue un rôle plutôt favorable concernant l'état de santé des migrants en général à l'inverse du facteur socioéconomique.

3.3.2 Facteurs salutogènes: déterminants comportementaux

La recherche sur la santé se préoccupe de trouver les déterminants et les influences à même de maintenir l'individu en bonne santé. Ces facteurs nommés « salutogènes » sont déterminés par le comportement, les caractéristiques de l'individu ainsi que par son environnement. Ceux-ci proviennent des ressources individuelles de chacun telles que: l'autonomie, l'estime de soi, les connaissances, les compétences et l'engagement social.

Comme nous avons pu le constater plus haut, il est indéniable qu'au delà du statut et de l'expérience migratoire, les facteurs socioéconomiques et la culture jouent un rôle très important. Ceci nous renforce dans l'idée que l'éducation et l'autonomisation englobés dans le concept plus large de compétence sanitaire revêtent d'une importance capitale. Il est en effet, difficile d'agir sur les facteurs dits structurels (déterminants socioéconomiques) mais il nous paraît intéressant d'exploiter le pan (créneau) d'une prévention comportementale. Celle-ci trouve d'après nous ses fondements dans la notion de compétence sanitaire.

La compétence sanitaire peut-être exploitée ici comme une instrumentalisation aux travers des tests décrits au chapitre 1 pour mener à une opérationnalisation de ces facteurs salutogènes en permettant de vérifier les effets des résultats de programmes d'éducation et avec pour objectif

l'amélioration des connaissances et des compétences pour mieux gérer la santé et la maladie.

La compétence sanitaire pourrait être développée aussi bien au niveau des ressources individuelles citées ci-dessus qu'au niveau des ressources collectives (famille, amis, connaissances du réseau social, médiateurs culturels, associations de migrants, réseaux communautaires, etc.) La recherche d'un bon état de santé est une tâche multisectorielle, politique, sociale mais aussi éducative en améliorant la compétence sanitaire de chacun.

En résumé, comme décrit précédemment, la migration et le déracinement sont une source de fragilisation et de déséquilibres considérables à tous les niveaux que ce soit médical, psychologique ou social et cette vulnérabilité est encore accentuée par une exposition particulière à la précarité sociale. Les migrants se heurtent à d'importantes difficultés à découvrir et à comprendre le fonctionnement du pays d'accueil, tant au niveau administratif, qu'économique, social ou encore sanitaire. Parfois, davantage que les barrières culturelles se sont les difficultés psychosociales et économiques qui sont responsables du manque d'accès aux soins ou du moins bon état de santé.

A nos yeux, il n'est pas seulement important d'engager des démarches pour diminuer les inégalités sociales au sein des populations de migrants défavorisés au niveau des seuls facteurs structurels.

Le concept de compétence sanitaire nous paraît, très important et prometteur comme facteur salutogène sur l'état de santé des migrants. En effet, l'exploitation des ressources déjà existantes au sein des populations migrantes et l'amélioration de leur autonomie, de leurs connaissances et compétences en matière de santé et de leur engagement social, ne peuvent avoir qu'un impact positif sur leur état de santé mais aussi sur leur intégration dans le pays d'accueil.

Il serait dans le futur intéressant de mettre en perspective les notions abordées ci-dessus dans le cadre d'un débat plus large qui pourrait englober le rapport – personnel ou du groupe – du corps par rapport à sa propre santé ainsi que les aspects rationnels et irrationnels de ce rapport.

4. STRATEGIE FEDERALE « MIGRATION ET SANTE » 2008 A 2013

La « nouvelle loi sur les étrangers » (LEtr du 16 décembre 2005) met l'accent sur **l'égalité des chances** pour les migrants de s'intégrer dans le pays d'accueil dans « le respect et la tolérance mutuels » (art. 4). Sur la base de cette loi, plusieurs départements et offices de la confédération posent les conditions cadres menant à une intégration « harmonieuse » de la population migrante.

Sur le plan sanitaire, cette approche générale d'égalité des chances doit permettre à la population migrante de réaliser son « potentiel de santé » au même titre que la population suisse. Il est clair que le principe même de cette égalité des chances est des plus ambitieux si l'on se rappelle que la population migrante, dans sa grande majorité, occupe dans le monde du travail les postes les plus dangereux ou les plus harassants.

L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) est logiquement en charge de matérialiser cette vision de réalisation du potentiel de santé. Il en découle un document important intitulé « Migration et Santé 2008 à 2013 » (Cerutti, OFSP, 2008). Il apparaît clairement que l'ensemble des données et informations fournies ne mettent pas d'accent particulier sur la prise en charge pédiatrique mais la stratégie exposée pose un cadre général très important et qu'il nous paraît donc fondamental d'exposer pour ensuite, tout au long du travail, nous y référer dans notre domaine d'intérêt.

Rappelons qu'en Suisse, le fonctionnement du système des soins de santé et son application relève avant tout de la responsabilité des cantons. Ces derniers décident de l'organisation et de l'application concrète du système de santé qui peut varier d'un canton à l'autre. Compte tenu des compétences limitées dont dispose la Confédération dans le champ d'action soins de santé, cette dernière axe son effort sur le renforcement des collaborations, le transfert d'informations, la mise en réseau et le transfert de connaissances. Ce rôle de facilitateur devant ensuite permettre la réalisation des objectifs en incitant les cantons à passer eux-mêmes à l'action. Mais rien ne les y oblige.

Quelques informations relatives la prise en charge pédiatrique des enfants migrants sont fournies dans « Migration et Santé 2008 à 2013 », informations sur lesquelles nous reviendrons plus loin dans le chapitre. Des données socio épidémiologiques sur la santé de la population migrante en Suisse sont aussi présentées, données en relation avec la discussion du chapitre 2.

« Migration et Santé 2008 à 2013 » se compose de deux parties:

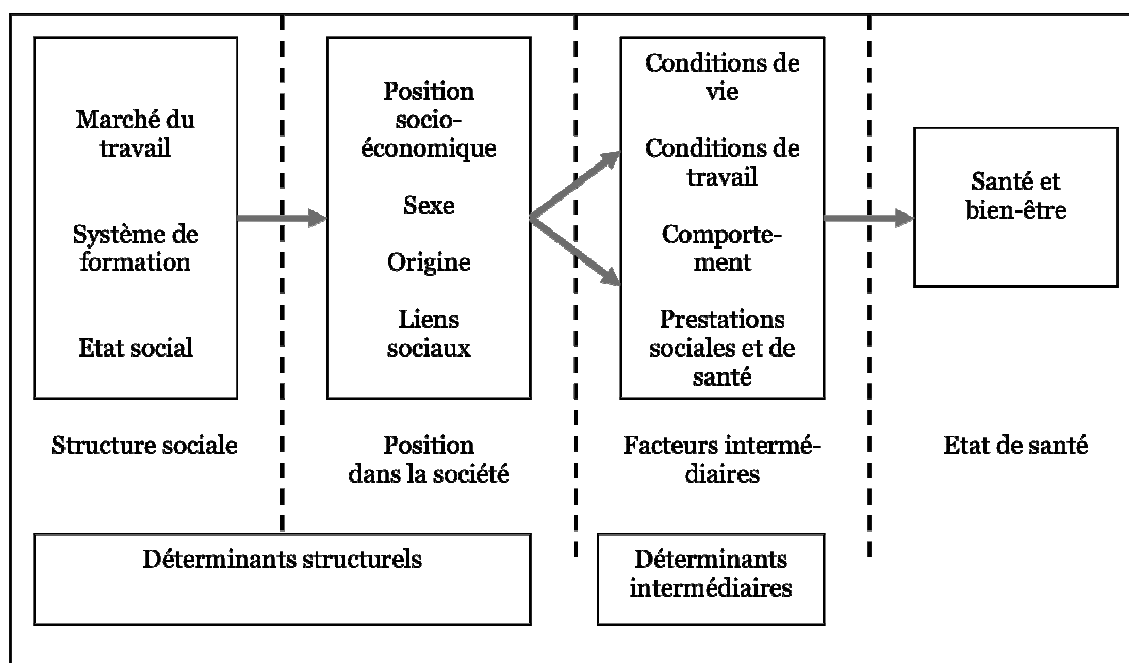
- a) « Le point sur la problématique », qui expose des données sur la Suisse en tant que terre d'immigration ainsi que la migration et l'égalité des chances face au système de santé suisse actuel ;
- b) « La stratégie Migration et santé » elle même avec ses programmes et activités dans les domaines de la santé, de la migration et de l'intégration, de l'éducation et de la recherche.

Nous présentons ici les informations qui nous semblent être les plus intéressantes dans le cadre de notre travail.

Les bases conceptuelles menant à une égalité des chances face au système de santé qui sont présentées nous rappellent que, comme la plupart des autres pays européens, la Confédération se fonde dans son action sur la définition de la santé telle que l'a arrêtée l'Organisation mondiale de la santé (OMS) : « La santé est un état de bien-être total physique, social et mental de la personne. Ce n'est pas la simple absence de maladie ou d'infirmité ».

Le rapport nous dit aussi que « Les déterminants de la santé et de la maladie sont variés et s'influencent mutuellement. Outre les facteurs individuels tels que l'âge, le sexe et les prédispositions génétiques, le cadre politique, économique, social et environnemental, les conditions de vie et d'emploi concrètes (dont fait également partie la position de l'individu dans la société) et les ressources sociales et individuelles, de même que les risques encourus (réseau social, mode de vie) influent sur la santé et le bien-être ». Nous reprenons ici une figure du document qui résume les bases conceptuelles énoncées et qui peuvent être adaptées à un cadre de prise en charge pédiatrique :

Figure 10: Cadre théorique pour la réalisation de l'égalité des chances face au système de santé.



La figure 10 met en avant les différents déterminant structurels et intermédiaires qui mènent à une réalisation d'un potentiel de santé. Pour nous, la compétence sanitaire et l'autonomisation font partie des facteurs intermédiaires de type « comportement » et donc sont partie intégrante de la réalisation dudit potentiel. Cette figure nous permet aussi de comprendre qu'autant la compétence sanitaire que l'autonomisation n'ont en soi que peu de valeur si ces deux concepts ne sont pas complètement intégrés dans un contexte plus large.

Un élément saillant mis en évidence dans le document « Migration et Santé 2008 à 2013 » est que des améliorations sont nécessaires en particulier pour les migrants issus de couches sociales

défavorisées (déterminants structurels). Nous allons discuter plus en avant cet aspect. En effet, un des constats évoqués est que la situation actuelle n'offre pas au migrants, en particulier issus de couches sociales défavorisées, les mêmes chances en face de la santé pour les raisons suivantes (que nous reprenons du document cité) :

- Difficultés matérielles et psychosociales : une situation socioéconomique défavorable, un travail astreignant physiquement et un statut de séjour précaire sont autant de facteurs qui influent négativement sur la santé de certains groupes de personnes migrantes. Dans certaines circonstances, l'épisode migratoire peut lui aussi affecter la santé.
- Comportement sanitaire : par rapport à la population suisse, les personnes d'origine migrante ont tendance à adopter plus souvent des comportements pouvant affecter leur santé (consommation de tabac, mauvaise alimentation, surcharge pondérale, manque d'activité physique). Elles sont moins bien informées sur le système de santé et recourent moins souvent aux offres de prévention et de promotion de la santé (examen de dépistage du cancer p. ex.).
- Organisation du système de santé : le système suisse de santé tient encore trop peu compte de la population migrante. La situation doit surtout être améliorée dans les domaines de l'accès aux offres de soins et de l'adéquation de ces dernières, des compétences transculturelles du personnel de santé et du recours à des interprètes communautaires.

En réponse à cette situation, la stratégie « Migration et Santé 2008 à 2013 » définit une série d'objectifs dont les buts sont a) d'améliorer le comportement sanitaire des migrants ; b) d'améliorer l'état de santé de la population migrante ; et c) d'améliorer l'accès de la population migrante au système de santé suisse.

Les objectifs les plus importants sont :

- Les offres de promotion de la santé et de prévention sont élaborées en tenant compte des besoins de la population migrante.
- Les personnes d'origine migrante disposent de compétences et d'informations suffisantes dans le domaine de la santé pour pouvoir adopter un comportement responsable et favorable à la santé.
- Les professionnels de la santé disposent de compétences spécifiques en matière de migration.
- Les interprètes communautaires professionnels sont davantage sollicités et interviennent en fonction des besoins.
- Les connaissances sur la situation sanitaire des personnes d'origine migrante sont complétées et mises à la disposition des milieux intéressés.

Il apparaît donc, en référence au deuxième objectif cité ci-dessus, que les notions de compétences sanitaires et d'autonomisation s'intègrent encore une fois parfaitement à la stratégie migration et santé. Le document se réfère à plusieurs reprises à la notion de « compétences » (autres que sanitaires). Pour renforcer encore l'idée que les compétences sanitaires elles-mêmes, pour permettre la réalisation d'une valeur ajoutée dans le domaine de la santé, doivent être intégrées dans un cadre plus large, nous reprenons du document ces aspects de compétences citées dans 3 domaines principaux.

Compétence sociale et linguistique. Le comportement d'une personne en matière de santé dépend pour une grande part de sa capacité à prendre des décisions qui ont des effets positifs pour la santé dans tous les domaines de la vie quotidienne. Pour ce faire, elle devra savoir lire et écrire et avoir les connaissances linguistiques nécessaires pour accéder aux informations concernant la santé. Il lui faudra aussi disposer de la compétence sociale nécessaire pour adopter une attitude responsable vis-à-vis de sa propre santé et s'engager socialement dans la défense des questions de santé. Développer un esprit critique vis-à-vis des informations ainsi que des aspects politiques et économiques du système de santé est également souhaitable.

Plusieurs études ont mis en évidence les besoins d'information dans la langue maternelle de la population migrante. Ce qui leur manque le plus sont des explications sur l'assurance-maladie, des traitements concrets, la possibilité de faire des examens de dépistage ainsi que des indications sur la manière de trouver un médecin qui parle leur langue. Les principales sources d'information sur les questions de santé de la population migrante sont les journaux, la télévision, le médecin de famille ainsi que les parents et amis. Les brochures d'information et l'Internet sont moins utilisés et les groupes d'entraide ne jouent pas encore le rôle qui leur est dû.

Compétence transculturelle du milieu médical. L'absence de compétence transculturelle et de sensibilisation aux problèmes de santé spécifiques de la population migrante rend plus difficile non seulement la pose du diagnostic médical mais aussi le choix thérapeutique et influe dès lors sur l'observance du traitement. Cela peut entraîner une mauvaise interprétation des symptômes ou un diagnostic mal différencié de tableaux cliniques spécifiques. On a également observé que l'attention portée aux patients est moindre en cas de difficultés linguistiques. En psychiatrie, les thérapies qui reposent pour une grande part sur la communication orale ne sont pas utilisées dans de tels cas si bien qu'un traitement psychothérapeutique médicalement pertinent sera remplacé par un traitement médicamenteux moins bien adapté au patient.

Compétence d'interprétariat communautaire – médiation culturelle. A l'heure actuelle, un très grand effort politique, juridique et en rapport aux assurances est consenti dans ce domaine. En effet, des enquêtes ont montré que le corps médical, le personnel infirmier et d'autres spécialistes du système de santé considèrent les barrières linguistiques comme l'un des principaux problèmes de la prise en charge médicale de la population migrante. La majeure partie des migrants souhaite que l'on fasse appel aux services d'un ou d'une interprète pour faciliter la compréhension dans leurs rapports avec les prestataires de soins. Dans la pratique, des proches ou le personnel présent sont souvent utilisés comme intermédiaires. D'après le monitoring de la santé de la population migrante en Suisse, les personnes originaires du Sri Lanka et de Turquie ainsi que les requérants d'asile sont ceux qui font le plus souvent appel à des services d'interprétation. Les femmes nettement plus que les hommes, utilisant pour ce faire les compétences de leur conjoint, de leurs proches mais aussi de leurs enfants. En l'absence de compétences réelles, ces solutions improvisées sont toutefois une source de problèmes.

En règle générale, le recours à des interprètes professionnels améliore sensiblement la qualité des soins et des traitements. En Suisse, 500 personnes sont certifiées interprètes communautaires et on dispose de nombreuses agences de traduction et d'interprétariat. Pour certains services, comme auprès d'un médecin de famille ou du personnel d'un hôpital régional, on manque toutefois d'interprètes professionnels. Beaucoup de migrants et de migrantes mais aussi de spécialistes de la santé souhaitent une institutionnalisation de l'interprétariat communautaire professionnel ainsi qu'une amélioration de ces services. Mais l'offre d'interprétariat existante est encore trop peu utilisée, l'absence d'informations, des considérations financières et des incertitudes relatives au recours à des professionnels y jouent un rôle non négligeable. Le financement est un problème

faute d'une réglementation uniforme.

A ce titre, un parlementaire vaudois, Luc Recordon, a proposé une motion intitulée « Interprètes allophones dans le domaine de la santé ». La motion avait pour but de mettre en place un système permettant, lorsque cela est nécessaire dans les relations entre soignants et patients, l'intervention d'interprètes communautaires formés, et de régler le financement de ces prestations. Le Conseil des Etats a rejeté la motion lors de sa séance du 18.12.2008.

Nous voyons donc que les mesures rationnelles qui sous-tendent la notion d'égalité des chances face au système de santé s'appuient principalement sur l'acquisition de compétences –linguistiques, sociales, culturelles et sanitaires –.

Il reste un aspect important à décrire pour bien comprendre la stratégie élaborée visant à la réduction des inégalités d'accès à la santé : l'approche des « Migrant Friendly Hospitals » ou « réseau d'hôpitaux pour la population migrante ».

En effet, La commission européenne a lancé en 2002 le projet pilote européen «Migrant Friendly Hospitals» (MFH) (H+, 2008), qui invite tous les hôpitaux européens à adapter leur organisation pour pouvoir répondre à des besoins multiculturels. En Suisse, L'objectif est de développer un réseau permettant à la population migrante d'être prise en charge de manière compétente dans les hôpitaux. Les autres objectifs consistent à élaborer des recommandations et à promouvoir des mesures concrètes visant à développer et à renforcer les compétences en relation avec la population migrante dans les hôpitaux, cliniques et établissements médico-sociaux.

En tant qu'organisation faîtière nationale de tous les hôpitaux, cliniques, établissements de soins et de réadaptation suisses, H+, en collaboration avec l'OFSP, a mis en œuvre au niveau national ledit réseau MFH dont les objectifs cités sont les suivants (H+, 2008):

- Création d'un réseau d'institutions de santé qui se distinguent par une prise en charge professionnelle et de qualité de la population migrante.
- Communication de connaissances et de savoir-faire grâce à des échanges entre les médecins, les soignants et les professionnels de la gestion directement concernés.
- Elaboration, publication et diffusion de recommandations et standards de bonne pratique en matière de compétence transculturelle.
- Promotion et soutien de mesures concrètes dans les institutions de santé.

Actuellement, MFH s'est rapproché du réseau de l'OMS intitulé HPH (Health Promoting Hospitals).

Concrètement, les actions entreprises au travers de MFH se concentrent sur des mesures visant à assurer la mise en place d'un plan directeur dirigé vers l'égalité des chances, l'identification des langues principales des patients et leurs besoins en interprétariat, la mise en activité d'une assistance linguistique qualifiée pour faciliter la communication entre le personnel de l'institution et les patients ainsi que la formation en compétences transculturelles pour le personnel soignant.

Au travers des démarches « Migrant Friendly Hospitals » et « Migration et Santé 2008 à 2013 », il est clair que la prise en charge sanitaire des migrants est un concept acquis au niveau politique et qu'un certain nombre de mesures concrètes ont pu voir le jour au niveau fédéral. A l'heure actuelle, dans la limitation de nos recherches, nous n'avons pas trouvé de « métrique » qui rende compte des progrès réalisés et peut-être est-il encore trop tôt pour escompter de tels types de résultats mesurables.

Ce qui est peut-être sous-évalué dans les stratégies décrites, c'est justement la mise en place constructive d'un système de contrôle, d'évaluation, qui puisse renforcer la démarche et/ou « corriger le tir » au moment où cela est nécessaire. Par exemple, nous pouvons voir que l'aspect de médiateurs culturels/linguistiques est très fortement mis en avant, évidemment nous ne sous-estimons pas son importance. Toutefois, comme nous l'avons vu, c'est uniquement l'intégration optimale de différents déterminants structurels qui mèneront à l'égalité des chances sanitaires : se comprendre l'un l'autre (médecin/personnel soignant – patient migrant) est un élément cardinal, nécessaire mais il n'est pas suffisant, il faut aussi comprendre tout court.

Comme nous l'avons mentionné, peu de références sont faites aux aspects pédiatriques de la prise en charge sanitaire et de l'accession, pour les enfants, à l'égalité des chances. Les éléments principaux que nous avons relevés incluent principalement les constats suivants :

- Les enfants de requérants d'asile et de migrants en général souffrent plus souvent de maladies cutanées et ont davantage de caries. La prévalence des caries est plus élevée notamment chez les enfants arrivés en Suisse alors qu'ils avaient dépassé l'âge de la maternelle.
- Les enfants migrants en âge scolaire sont particulièrement touchés par l'obésité ;
- La couverture vaccinale d'une partie de la population migrante est qualifiée de « médiocre ». Toutefois, le taux de vaccination des enfants en bas âge étrangers est supérieur à celui des enfants en bas âge suisses ;
- Les femmes migrantes accompagnées d'enfants sont plus exposées aux facteurs de stress et de risque, facteurs qui peuvent entraîner à la suite plus de problèmes de santé ;
- Les enfants migrants servent trop souvent de « relais linguistique » improvisés lors de consultations.

Comme nous pouvons le voir, ces aspects, très importants en soi, ne déterminent pas de stratégie réellement dédiée à la prise en charge pédiatrique. Nous avons pu constater dans notre « étude de terrain », que des programmes ont été mis en place dans le domaine de l'hygiène buccale et de l'obésité. Au travers des médiateurs culturels, le problème de l'enfant « relais linguistique » est lui aussi atténué. Nous pensons que toutes ces démarches, positives, se situent clairement à un niveau de compétence sanitaire fonctionnelle.

5. « CASE STUDY » DE L'HOPITAL DE L'ENFANCE DE LAUSANNE

Afin de donner un aspect plus concret, plus opérationnel à notre travail, nous avons choisi de prendre comme exemple l'Hôpital de l'Enfance de Lausanne. Pour ce faire, nous avons eu la chance de pouvoir rencontrer certains membres du HEL impliqués « sur le terrain ». Nous présentons ci-dessous les informations récoltées.

5.1 PRESENTATION DU HEL

L'Hôpital de l'Enfance est depuis le 1er octobre 2002, le centre de référence de la pédiatrie, de la chirurgie pédiatrique et de la pédopsychiatrie de la région lausannoise pour les urgences non vitales. Il prend en charge toutes les urgences pédiatriques 24 h sur 24, à l'exception de celles mettant la vie de l'enfant en danger immédiat et celles nécessitant le plateau technique du CHUV. Toutes les pathologies nécessitant des moyens techniques ainsi que les urgences vitales sont donc orientées vers le CHUV. Cette solution a pour but d'accueillir les patients venant pour une consultation urgente dans un cadre adapté à la prise en charge des enfants (HEL, 2008).

Premier hôpital pour enfants créé en Suisse, l'Hôpital de l'Enfance est une fondation reconnue d'utilité publique. Par un contrat de collaboration avec les Hospices/CHUV, il fait partie de leur département médico-chirurgical de pédiatrie, qui regroupe l'ensemble des disciplines pédiatriques. Son infrastructure d'accueil est composée d'une salle d'accueil avec une salle de consultations rapides et d'un espace d'urgence. Ce dernier comprend: une salle de réanimation, une salle ORL, cinq salles de médecine, trois salles de chirurgie, une salle de plâtre, une salle de suture ainsi qu'une salle polyvalente.

Les principales missions de l'Hôpital de l'Enfance sont:

- La prise en charge médico-chirurgicale de l'enfant âgé de quelques jours jusqu'à 16 ans pour les urgences non vitales ;
- L'accueil et le « tri » des urgences selon l'âge et l'état général de l'enfant ;
- L'accompagnement et le soutien des familles font également partie de ses missions prioritaires. C'est par ailleurs un établissement à forte connotation sociale et ancré dans la communauté ;
- La participation à la formation des médecins, des infirmières (formation de base ou spécialisation) et des professions relevant de la santé ;
- Le développement de projets de recherche tant dans le domaine médical que des soins infirmiers ;
- La prise en charge, en complément des urgences non vitales, des consultations de pédiatrie

et de chirurgie pédiatrique générale

Figure 11 : Chiffres clés HEL.

	HEL		CHUV	
	2006	2005	2006	2005
Nombre de lits exploités	23.0	25.7	75.9	74.0
Journées d'hébergement				
Hospitalisation + 24 h	7562	8063	21612	19475
Hospitalisation - 24 h	2604	2165	1274	1276
Total	10166	10228	22886	20751
Nombre de patients				
Hospitalisation + 24 h	1874	1889	1876	1841
Hospitalisation - 24 h	2602	2164	1285	1277
Total	4476	4053	3161	3118
Durée moyenne de séjour				
Hospitalisation + 24 h	4.0	4.3	11.5	10.6
Taux d'occupation des lits en %	90.8	85.0	83.8	83.3
Nombre d'interventions chirurgicales	2268	2041	961	986
Nombre de consultations				
Urgences médecine	19213	18729	382	334
Urgences chirurgie	8457	7836	476	551
Pédiatrie générale	3655	3254	--	--
Chirurgie générale	8319	8240	416	460
Autres spécialités	6100	6557	27630	26325
Garde des pédiatres installés	2827	2635	--	--
Total	48571	47251	28904	27670

La prise en charge à l'Hôpital de l'Enfance revêt évidemment quelques spécificités: tout d'abord celle-ci a lieu d'après un tri des patients selon l'âge et la gravité de la pathologie, et les soins aux patients pris en charge en urgence sont réalisés dans les deux filières, de pédiatrie et de chirurgie pédiatrique (24'000 urgences par année environ).

De plus, 70% des patients sont d'origine étrangère ce qui entraîne logiquement une prise en charge spécifique tant dans ses aspects médicaux que psycho-sociaux (Gehri, 1999).

5.2 LA PRISE EN CHARGE MEDICALE AU SEIN DU HEL

Sur le plan de la prise en charge sanitaire, les migrants sont classés en 2 catégories: ceux à faible risque pour la santé (tels que diplomates, intellectuels, étudiants, cadres, professions libérales) et ceux à risque élevé pour la santé (ouvriers, réfugiés, clandestins.). Cette classification est en accord avec les données que nous avons présentées au chapitre 2.

La prise en charge médicale particulière de l'enfant migrant, telle que proposée au HEL, comporte les éléments suivants :

- Chez les enfants de migrants à risque élevé pour la santé, une attention particulière est portée sur les pathologies infectieuses d'importation graves: malaria, typhoïde, méningite,

hépatites, tuberculose, HIV. Il s'agit aussi de détecter ces pathologies dans un souci de prévention pour la collectivité.

- Les pathologies les plus souvent rencontrées sont la tuberculose (13,5% des cas) ainsi que les parasitoses digestives (38,5% des cas). Dans ce sens, un test de mantoux permettant de déceler une tuberculose est proposé (même si celui-ci a des limites) et les vaccinations incomplètes sont rattrapées. Les caries dentaires (19% des cas) sont aussi fréquentes (Manzano, 1999).
- D'un point de vue nutritionnel, une anémie microcytaire est souvent diagnostiquée (6,5% des cas) particulièrement chez les enfants d'origine africaine (incidence de 18%) comme l'ont montré les travaux de Manzano en 1999 dans une étude comparée entre santé des enfants de requérants d'asile à Genève versus enfants genevois. On recherche aussi une malnutrition ou une obésité et un rachitisme.
- Souvent d'autres états morbides sont observés tels que: des difficultés à connaître l'âge précis de l'enfant, des retards de développement, une puberté précoce ou retardée, des problèmes d'audition ou de vision ainsi que des intoxications au plomb (Kraehenbuhl, 2006).
- Une évaluation du développement psychomoteur de l'enfant ainsi que de la situation psycho-sociale de la famille est réalisée particulièrement s'il y a eu exposition à la violence, à la guerre, à la torture, à une catastrophe climatique ou s'il existe des différences culturelles et linguistiques. Les facteurs psycho-sociaux influencent considérablement la prise en charge médicale.

5.3 LA PRISE EN CHARGE SOCIALE

Historiquement, déjà au siècle passé, l'Hôpital de l'Enfance avait une mission sociale puisque c'était une fondation pour les populations d'enfants défavorisés, puis, dans les années 1970-1980, dévoué aux enfants de travailleurs saisonniers. Aujourd'hui, hôpital universitaire mais aussi de proximité, de par sa situation géographique dans l'ouest lausannois, sa vocation sociale et de santé publique continue d'exister puisqu'il reçoit une forte proportion de la population étrangère soit 7 enfants sur 10 (Kraehenbuhl, 2006).

Cette singularité de l'hôpital a entraîné de manière naturelle la possibilité de bénéficier d'une prise en charge interculturelle en collaboration avec des médiateurs culturels et interprètes. L'aide d'un traducteur s'avère utile dans plus d'un tiers des cas (Gehri, 1999).

Des cours de formation continue ayant pour thèmes les migrations, les relations interculturelles et les pratiques professionnelles sont proposées et suivies par le personnel soignant.

Dans ce contexte, où les populations migrantes consultent en grande majorité, tout est réalisé pour favoriser une prise en charge adéquate et privilégie la relation patient/famille/équipe soignante. Ces consultations concernent aussi bien les urgences non vitales que les consultations de pédiatrie et de chirurgie pédiatrique générale.

Lors de la prise en charge des migrants, même si dans la majorité des cas celle-ci ne pose pas de problème, le personnel soignant peut parfois se retrouver dans une position difficile. (Bouchaud, 2007; Ricard, 2007, Toscani, ****?). Dans cette situation, la méconnaissance de « l'Autre » et de ses

représentations propres peuvent mener à de sérieux malentendus et conflits (violence, fugue du patient, rupture du suivi, mauvaise compliance au traitement, etc.). (Bouchaud, 2007) Dans ce sens, nous pouvons nous référer au travail d'une équipe de soignants norvégienne a mis en valeur l'influence de différences culturelles dans la prise en charge d'enfants de parents migrants. Ils ont particulièrement montré l'impact de ces différences dans la communication et la compliance du traitement (Harmsen, 2003).

Nous pouvons aussi citer, dans le domaine de la pédopsychiatrie, les travaux de la professeure Marie-Rose Moro et ses collaborateurs à Paris qui ont réalisé une recherche-action sur le thème parents migrants/bébés. Ce travail les a amenés à intégrer dans le dispositif de soin des éléments anthropologiques de la culture des parents: « les interactions précoces mère/enfant sont inscrites dans un contexte culturel et ne peuvent être décrites hors de lui ». Dans leur centre hospitalier, une division d'ethnopsychiatrie a été créée pour répondre à une approche pluridisciplinaire englobant des connaissances psychoanalytiques, anthropologiques et même mythologiques: l'enfant vulnérable comme ceux des contes mythologiques est exposé à une expérience traumatique, mais celle-ci n'a pas seulement la capacité de provoquer des difficultés mais a le pouvoir de créer des figures héroïques (Moro, 2001).

Sans pour autant avoir besoin de se transformer en anthropologue, le personnel soignant en privilégiant tout simplement l'écoute, la reconnaissance et une prise en charge intégrée peut mieux diagnostiquer, guider et traiter son patient (Bouchaud, 2007). D'autres fois, la collaboration avec un médiateur culturel et/ou interprète s'avère indispensable et primordiale car on offre aussi la possibilité au patient de s'exprimer dans son registre familier le laissant percevoir la position d'ouverture et de respect du personnel soignant voire même de l'institution sanitaire à son égard. (Ricard, 2007; Métraux, 2007).

Pour mieux répondre aux besoins de la population migrante des efforts ont d'abord été entrepris pour pallier au manque de communication engendré par la barrière linguistique, obstacle majeur à la relation complexe soignant/soigné (Bischoff, 1999). Les institutions prennent rapidement conscience des limitations à la présence d'interprètes non formés dans le domaine sanitaire, souvent recruté parmi l'entourage sans recul ni l'expérience lui permettant d'aborder les enjeux thérapeutiques et éthiques en toute quiétude. De plus, une traduction mot à mot sans intégration des représentations culturelles peut amener à de lourds quiproquos.(Gehri, 1999; Lambert, 1999).

A Lausanne, l'équipe du réseau nommé le CISM « Collège Interdisciplinaire Soins et Migration » regroupant les institutions de soins et d'accueil ambulatoires sollicitées par les migrants adultes ont élaboré une recherche action dans ce sens. Celle-ci s'est déroulée sur 3 années à partir de 1997 et a clairement démontré à partir de questionnaires, d'interviews et de focus groups la nécessité de recourir à des interprètes formés dans le réseau des soins (Lambert, 1999).

Dans la même période, une autre enquête en Suisse menée à l'échelle nationale auprès des services de médecine et de psychiatrie a mis en évidence la difficulté de communiquer avec les patients de langue étrangère. Le personnel soignant a recours le plus souvent à des personnes non qualifiées pour jouer les interprètes: dans l'ordre décroissant ce sont d'abord les proches du patients, le personnel soignant, le personnel technique et administratif qui sont sollicités. Dans 14 % des services, on consulte des interprètes qualifiés et particulièrement dans le domaine de la psychiatrie. Ce recours est significatif lorsqu'il s'agit de lever les barrières de communication avec les patients réfugiés pour des raisons évidentes d'intimité et de confiance (Bischoff, 1999).

En effet, au début, les ressources linguistiques ont souvent été recherchées en interne: les personnes parlant une langue étrangère se mettaient à disposition du service pour faciliter une prise en charge et transmettre les informations. A ce titre, l'exemple de l'Hôpital Robert Debré à Paris, qui regroupe 446 lits de pédiatrie et 60 lits de gynécologie-obstétrique est illustratif. Afin de mieux répondre aux besoins d'une population étrangère nombreuse, le personnel soignant s'est mobilisé pour améliorer sa communication avec les patients étrangers. Pour cela, la direction a mis en place en 2000 une équipe de médiateurs interculturels et en 2004 ceux-ci étaient bien intégrés au sein des équipes. Grâce à eux, la prise en charge de l'enfant migrant et de sa famille est vraiment facilitée car les parents comprennent la maladie de leur enfant et participent à la prise en charge en toute confiance. Cette meilleure compréhension a même permis de réduire les hospitalisations « à répétition » (Bernardy-Arbuz, 2004).

5.4 MEDIATEURS CULTURELS AU HEL

Comme l'ont démontré le Dr Mario Gehri et ses collaborateurs pour le HEL en 1997, lors d'une étude prospective pendant 2 semaines incluant plus de mille patients de la policlinique du HEL, la mise en place d'un service d'interprètes-médiateurs culturels ainsi que la formation du personnel soignant à la médiation culturelle et aux aspects médicaux des populations migrantes ont permis d'améliorer de façon considérable la qualité des soins fournis au HEL. Des plages horaires en présence d'un médiateur culturel interprète sont réservées aujourd'hui à chaque groupe ethnique (albanais, serbo-croate, sri-lankais et espagnol) (Gehri, 1999).

Ces interprètes-médiateurs culturels sont formés par l'association Appartenances à Lausanne en collaboration avec le HEL. L'OFSP définit l'interprète communautaire comme un spécialiste de l'interprétariat en situation de dialogue qui permet, au moyen de la traduction orale, la compréhension mutuelle entre interlocuteurs d'origines linguistiques différentes. Ils interprètent en prenant en compte le contexte socio-culturel des interlocuteurs (Bülent, 2008).

Le médiateur culturel est lui-même défini comme informant les migrants ainsi que les professionnels des services publics, en des termes qui leur sont compréhensibles, des différences culturelles, des règles de fonctionnement particulières des systèmes politiques et sociaux suisses et des façons différentes de se comporter. En les informant, les médiateurs jettent des ponts entre la population migrante et les établissements d'éducation ou de conseil, et contribuent ainsi à la compréhension entre le médecin et son patient, entre l'avocat et son mandant, entre l'enseignant et les parents (Bülent, 2008).

L'association Appartenances à Lausanne, qui vient de fêter ses 15 ans d'existence, est incontournable dans le domaine de la promotion de la santé des populations migrantes puisqu'une de ses missions principales est d'améliorer l'accès aux soins. Elle forme aussi les médiateurs culturels interprètes au service des institutions sanitaires. Divers projets sont ainsi menés dans l'objectif de favoriser la meilleure intégration des populations migrantes dans le pays d'accueil.

Appartenances définit le travail de ses interprètes communautaires de la manière suivante: « au moyen de la traduction orale, ils facilitent la compréhension mutuelle entre interlocuteurs de langues différentes. Ils interprètent en tenant compte des contextes socioculturels des professionnels et des migrants pour lesquels ils interviennent. Pour cela, les interprètes font appel à leur double connaissance des langues et des cultures, ainsi qu'à leur propre expérience de la migration. Les interprètes s'appuient également sur leurs connaissances des structures sociales, éducatives, et de la santé en Suisse et dans leurs pays d'origine. En fournissant les explications

nécessaires pendant l'entretien, leur intervention permet de prévenir des malentendus et des conflits qui pourraient survenir dans les situations d'entretien en « dialogue ». Les interprètes sont qualifiés pour exercer leur rôle et notamment respecter les principes éthiques de leur profession. » (migesplus, 2009).

5.5 COMPÉTENCE SANITAIRE AU HEL

Aujourd'hui, à l'Hôpital de l'Enfance à Lausanne, les professionnels médico-sociaux sont des acteurs de terrain de grande expertise lors de la prise en charge d'un enfant migrant. Cette prise en charge se veut d'une part, globale, c'est-à-dire impliquant des aspects multidisciplinaires et multiculturels ; et, d'autre part, une approche intégrée, comme élément essentiel est visée car l'écoute active, la participation, la prévention et l'enseignement sont particulièrement privilégiés.

A l'Hôpital de l'Enfance, les professionnels de la santé que nous avons rencontré sur le terrain nous ont fait part de l'importance de leur rôle d'éducation et d'enseignement dans divers domaines au travers des consultations et hospitalisations.

A l'hôpital et en collaboration avec les services d'accueil et de prise en charge des associations, différents acteurs œuvrent en faveur de la promotion et de la prévention sanitaire à travers une prise en charge autant sociale que médicale.

En référence au chapitre 1, il s'agit bien d'un travail de compétence sanitaire qui est réalisé et particulièrement axé à dépasser la compétence fonctionnelle de simple compliance d'un traitement pédiatrique pour atteindre la compétence interactive. L'accès aux bonnes informations aussi bien sur le système de santé que sur la santé elle-même y est privilégiée pour atteindre la compétence sociale nécessaire à l'adoption d'une attitude responsable vis à vis de la santé.

Plusieurs domaines spécifiques pour les migrants sont exploités comme l'hygiène bucco-dentaire, l'alimentation, la sexualité des adolescentes. Un programme d'éducation a particulièrement retenu notre attention, il s'agit de celui de « l'école de l'asthme ». Ce programme gratuit a pour objectif d'aider l'enfant asthmatique et ses parents à apprendre et comprendre sa maladie. Il permet au cours de deux après-midi consécutives et dans un cadre convivial et ludique en présence d'infirmières, de médecins, d'un physiothérapeute et d'un médiateur culturel d'apprendre à l'enfant migrant et ses parents à reconnaître les premiers signes de crise, à débiter un traitement et à suivre un plan d'action à long terme.

Ces cours ont lieu six fois par année, ils sont ouverts à tous et concernant les migrants et sont organisés en présence d'un médiateur culturel si cela s'avère nécessaire.

Comme nous l'avons constaté les migrants ont difficilement accès aux informations et aux prestations du système de santé suisse et ne profitent pas de façon optimale des prestations proposées en particulier dans les domaines de la prévention des cancers, de la santé sexuelle et reproductrice ainsi que de l'alimentation (obésité, malnutrition ou rachitisme).

De grands efforts ont d'ores et déjà été réalisés, comme la création du site www.migesplus.ch offrant une plateforme d'informations destinées aux migrants sur le système de santé suisse ainsi

que sur divers thèmes et questions de santé (mais souvent l'accès à un ordinateur est difficile pour les migrants). Cette association a pour objectif de favoriser l'égalité d'accès des migrants à l'information sur la santé et de les responsabiliser dans la prise en charge de leur santé. Elle met à leur disposition par l'intermédiaire des professionnels de la santé des brochures d'informations multilingues (au total 58 langues ou dialectes) en tenant compte de leur contexte migratoire. Ces brochures sont bien sûr exploitées à l'Hôpital de l'Enfance par le personnel soignant et présentées aux migrants dans leur langue d'origine.

En conclusion, l'interaction que nous avons pu avoir avec les acteurs médicaux et sociaux de l'Hôpital de l'Enfance, nous a permis de confronter certains concepts théoriques à la réalité du terrain. Deux éléments nous apparaissent relevant dans le cadre de ce travail, a) une culture institutionnelle qui vise à offrir un service adapté aux besoins des migrants et b) nous estimons qu'en relation avec le concept de compétence sanitaire, des ressources conséquentes sont mises en œuvre pour atteindre un niveau de compétence sanitaire fonctionnelle voire dans certains cas (par ex. l'école de l'asthme) interactif.

Dans le chapitre suivant, nous reprendrons ces éléments en proposant une stratégie d'opérationnalisation de compétence sanitaire et d'autonomisation.

6. SYNTHÈSE ET PERSPECTIVES

Nous nous proposons de séparer ce chapitre final en deux parties distinctes : tout d'abord nous allons présenter les éléments principaux qui découlent de notre travail sur la prise en charge pédiatrique des enfants de migrants ; ensuite, nous désirons esquisser la mise sur pied d'une approche innovante intégrant la compétence sanitaire pour atteindre un niveau de prise en charge plus exhaustif qu'à l'heure actuelle.

6.1 ÉLÉMENTS SAILLANTS APPARUS LORS DU TRAVAIL

En entamant ce travail de mémoire théorique, nous n'étions pas conscient de la somme d'information à disposition concernant le phénomène migratoire et ses aspects sanitaires en Suisse. Cette somme d'information souvent très pertinente est toutefois en miroir de l'absence d'études approfondies en ce qui concerne la prise en charge pédiatrique des migrants.

6.1.1 Le besoin d'études quantitatives de la prise en charge pédiatrique des migrants en Suisse.

Les enfants de migrants forment une population à risque sanitaire élevé pour 3 raisons : **a)** par le fait de leur âge, ils sont une population à risque ; **b)** par le fait de la migration ils sont une population à risque ; et **c)** par le fait qu'une majorité de migrants appartiennent à une classe socio-économique défavorisée ils forment une population à risque.

Malgré ce contexte, les études quantitatives, qu'elles soient d'ordre statistique, sanitaire ou démographique centrées sur l'enfant de moins de 15 ans font très largement défaut à notre connaissance. Elles sont à développer rapidement et entrent tout à fait dans la stratégie 2008-2013 proposée au niveau fédéral afin de réaliser l'égalité des chances devant la santé. Ces études auraient l'avantage de permettre une stratification de la population enfantine et de permettre par la suite une analyse plus poussée, qui irait au delà d'informations de niveau « clinique » (et évidemment importantes en soi) sur la prévalence des caries ou encore de la tuberculose. Ces informations « cliniques » permettent déjà d'appliquer des mesures constructives mais, à notre avis, elles n'adressent que la « surface » du problème : l'objectif final est une intégration harmonieuse du migrant en lui offrant une chance réelle de réaliser son potentiel de santé. Cet objectif, ambitieux, nécessite aussi la prise en considération des aspects pédiatriques du phénomène migratoire. C'est même pour nous une sorte de « voie royale » puisqu'au travers de l'enfant, nous parlons aussi aux parents. Il y a là par ailleurs un aspect émotionnel de la prise en charge pédiatrique qu'il ne faut pas négliger : la très grande majorité des migrants ont une grande volonté de réussite pour la génération suivante. Dès lors, adresser le processus d'intégration au travers de la pédiatrie est un canal qui a de très grande chance de trouver un niveau d'écoute supérieur.

En apport à des études socio-démographiques, il existe un réel besoin d'études de coûts sur la santé des enfants de migrants en rapport, par exemple, au niveau socio-économique des parents. S'il est facile de prédire une corrélation entre difficultés matérielles et psychosociales, situation socio-économique précaire des parents et « difficultés sanitaires » chez les enfants, leur coût sur la

santé reste à être quantifié. Cette quantification a plusieurs justifications, l'une d'entre elles étant de motiver des programmes d'intervention, à l'échelle nationale, qui seraient ciblés pertinemment sur une prise en charge pédiatrique adaptée à la « demande ». Comme vecteur de tels programmes, le réseau « Migrant Friendly Hospitals » serait à notre avis des plus efficaces.

6.1.2 Validité des concepts de compétence sanitaire et d'autonomisation.

Un autre élément important que nous avons appris au travers du présent travail est que la compétence sanitaire et l'autonomisation sont des outils valides, adaptés et potentiellement des plus efficaces pour l'accession à l'égalité des chances face à la santé. Nous pensons qu'ils sont tout à fait adaptables à la prise en charge pédiatrique. En particulier, la notion de compétence sanitaire perçue comme une ressource et son instrumentalisation par « paliers » nous semble être un outil de choix pour aborder de manière constructive les problèmes pédiatriques reliés au phénomène migratoire. Sur la base de données socio-démographiques et d'économie de la santé encore à fournir, l'application de programmes d'intervention basés sur une approche de compétence sanitaire à grande échelle serait certainement prometteuse.

En tous les cas, il serait possible de mettre sur pied ce genre d'approche dans une optique d'objectifs mesurables. Nous voulons dire par là qu'il est possible d'affiner les outils à disposition pour rendre compte du niveau de compétence sanitaire atteint après telle ou telle étape. Tout l'intérêt de cette approche serait de soutenir dans un même effort les enfants, leurs parents et les autres membres de la famille.

Dans ce cadre, des travaux d'application du concept de compétence sanitaire en milieu hospitalier et en milieu extra hospitalier, travaux intégrant les efforts actuels (réseaux de soins, médiateurs culturels) sont plausibles à court terme, à la condition de créer les conditions cadres : un impact économique positif sur les coûts (au niveau national mais aussi pour un hôpital sur la durée d'hospitalisation moyenne ou le nombre de consultations en urgence) serait un facteur de motivation puissant. Dans les conditions économiques actuelles, un « manager » mettant sur pied un programme efficace menant à la réduction des coûts de sa structure de 5-10% n'aurait certainement pas trop de soucis à se faire pour son avenir professionnel...

6.1.3 Case Study de l'Hôpital de l'Enfance de Lausanne

- L'HEL nous paraît un cas remarquable d'effort de culture sanitaire et d'autonomisation des enfants de migrants ;
- Une étude plus approfondie sur les aspects économiques de la prise en charge serait réalisable ;
- Une approche managériale d'autonomisation serait un levier remarquable pour appréhender l'intégration dans sa globalité, au delà des aspects « cliniques » .

6.2 VERS UNE STRATEGIE D'INNOVATION DANS LA PRISE EN CHARGE PEDIATRIQUE DES MIGRANTS A L'HOPITAL DE L'ENFANCE DE LAUSANNE

Comme nous avons pu le voir dans les chapitres 2 et 3, les migrants représentent une population à risque dans le domaine de la santé, pour des raisons socio-économiques et du fait de l'« acte migratoire » lui-même. Les enfants sont une autre classe de la population qui est à risque, classe qui mériterait par ailleurs des études plus approfondies en relation avec le phénomène migratoire. Nous pouvons donc dire que les enfants de migrants forment une population particulièrement exposée.

Dans la dernière section de notre travail - parce que nous sommes intimement convaincus qu'un travail innovant dans le domaine aurait des répercussions positives autant pour la population cible que pour les institutions sanitaires - nous voulons tenter d'établir une stratégie d'innovation dans la prise en charge pédiatrique qui prenne en compte les aspects de compétence sanitaire et d'autonomisation. Nous proposons que cette démarche se place dans une appréhension « salutogène » de la santé et qu'elle peut être intégrée dans le concept politique d'égalité des chances en face de la santé. Nous reconnaissons ici que la mise en pratique d'une telle stratégie, dans ses éléments et ses mesures concrètes, ne sera qu'esquissée, tant elle nécessiterait une interaction plus avancée avec l'HEL.

Nos références théoriques seront proches d'éléments de cours que nous avons pu aborder dans le domaine de la stratégie du changement. Nous avons aussi trouvé et adapté un document utilisé dans le système de santé anglais, produit par « The Institute for Healthcare Improvement » nommé « Building an Effective Planned Care System for all Patients in Ambulatory Settings ».

Dans cette section, qui pourrait former le squelette d'un travail d'opérationnalisation de l'approche de compétence sanitaire appliquée dans le domaine de la pédiatrie des migrants, nous avons l'intention :

- D'établir un résumé de la situation actuelle à l'HEL et de conceptualiser un plan d'action ; (cf. « phase de préparation ») ;
- D'exposer le déroulement du plan d'action menant à une innovation, voir un changement radical ; (cf. « phase de mise en place ») ; et
- D'imaginer des outils de suivi ; (cf. « phase d'évaluation »).

6.2.1 Mise en perspective

La mise en place d'une stratégie d'innovation dans le domaine qui nous intéresse a pour but d'explorer et de proposer des approches nouvelles et même inattendues dans le milieu hospitalier afin d'améliorer la prise en charge sanitaire où les standards de bonnes pratiques ne sont pas présents ou ne sont pas utilisés de manière optimale. Ce genre de stratégie serait proposée à des structures hospitalières intéressées à tester de nouvelles idées et à prendre part activement au processus de changement. Il s'agit donc de mettre en place un cadre « volontairement consenti » menant à un changement radical dans ce type de prise en charge.

Comme toujours, l'innovation en soi requiert des participants potentiels une volonté profondément ancrée d'aller au-delà de ce qui a été accompli auparavant ainsi que d'être très

déterminé à largement dépasser les résultats déjà obtenus.

Différents paramètres ont été relevés dans ce contexte de volonté de changement :

- Affirmer la volonté d'aller au-delà d'une performance de type « on s'en sort bien » ;
- Etablir des buts plus élevés que les standards de prise en charge actuels ;
- Mesurer la performance aux travers d'indices ou de facteurs ;
- Développer et expérimenter le type de changement qui peuvent mener l'institution à un nouveau niveau de performance ;
- Apprendre au travers du processus d'innovation ce qui peut être bénéfique à l'institution puis au système dans son ensemble.

Afin de promouvoir un réel processus d'innovation, le niveau final de performance à atteindre devrait être volontairement fixé de manière très élevée, par exemple :

- Plus de 95% des patients (dans notre cas des parents de patients) à qui le programme s'adresse sont confiants dans le fait qu'ils se sentent capables de comprendre et de prendre en charge la santé de leur enfant ou leur maladie (autonomisation) ;
- Plus de 95% des parents de patients participent à une décision sanitaire au sujet de leur enfant sur la base d'évidences médicales ou de santé publique qu'ils comprennent et sur lesquelles ils se sentent à même de pouvoir agir (compétences sanitaires); ou
- Sous un angle plus économique, les performances doivent mener à une réduction mesurable du nombre de consultations d'urgence, de la durée moyenne d'hospitalisation ou encore du coût total d'hospitalisation. Cet angle économique nécessite par ailleurs une attention particulière, car il s'agit de démontrer de manière formelle qu'une meilleure éducation sanitaire mène réellement à une réduction des coûts au travers finalement de l'amélioration générale de la population à risque.

6.2.2 Phase de préparation

Nous l'avons dit : dans le cadre des moyens à disposition, il existe déjà au sein du HEL une culture de la prise en charge différenciée et adaptée aux besoins des migrants. La volonté des professionnels de la santé du HEL d'offrir des soins et de promouvoir une information éclairée ne fait pour nous aucun doute. On peut dire que des actions visant à assurer aux parents d'enfants migrants la mise en place de compétences sanitaires fonctionnelles sont généralement réalisées et qu'un effort est entrepris pour permettre l'accession à des compétences sanitaires interactives. La figure 12 résume notre point de vue.

Figure 12 : Valeur ajoutée d'un processus d'innovation à l'HEL.



Le processus d'innovation aurait donc pour cadre une mise en pratique efficace des mesures visant à la compétence sanitaire interactive ainsi que la mise en place des conditions cadres permettant d'accéder à une compétence sanitaire critique. Pour nous, les paramètres principaux à établir seraient les suivants :

- Aménagement d'une « doctrine commune » (mais non de type totalitaire !) à tous le personnel (médecins, soignants, assistants sociaux, administratif, etc.) qui permette aux parents de gérer de façon plus autonome la prise en charge de la santé (ou de la maladie) de leur enfant ;
- Création d'une équipe multidisciplinaire (task force) opérant selon des schémas mesurables en termes d'efficacité ;
- Gestion de l'information aux parents adéquate pour chaque type d'intervention (en amont ou en aval de la maladie), mesure en retour des résultats obtenus ; et
- Adhésion complète des cadres supérieurs de l'institution au processus d'innovation.

Nous défendons que les éléments cités ci-dessus créeraient un cadre permettant à terme : **a)** une autonomisation accrue des parents et **b)** une réduction mesurable des coûts. De fait, pour l'HEL, ce ne serait pas de pousser l'institution à faire quelque chose mais plutôt d'innover dans la manière dont les choses sont faites.

Sans aller ici plus dans le détail, il faut aussi garder à l'esprit que ce processus d'innovation doit d'une part s'adresser à toute la population à risque (p.ex. niveau socio économique défavorisé) mais aussi de manière adaptée à chaque entité culturelle particulière. Nous ne serions pas d'avis de « tester » l'innovation, le changement de type radical, sur une sous population particulière car l'effet escompté nous paraîtrait trop « dilué ».

Notre projet d'innovation impliquerait un système de changement incluant les cliniciens, le personnel soignant et administratif. De ce fait, différentes catégories d'indices, de facteurs nous permettraient de mesurer l'amplitude du changement. Ces facteurs sont résumés dans le tableau 1. Il s'agirait donc d'établir sur une base, par exemple trimestrielle, un compte rendu de différentes variables rendant compte du processus de changement. Ces facteurs seraient en quelque sorte les « senseurs » qui nous informent sur la qualité et la faisabilité du plan d'action.

Tableau 1 : Facteurs de mesures du changement.

« Input » HEL	« Output » HEL	Autonomisation	Economie
% de consultations en urgences par appartenance socio-économique	% de compliance aux traitements	% de patients qui disent avoir compris la prescription, le ttt	Durée moyenne d'hospitalisation par niveau socioéconomique
% de consultations en compagnie d'un médiateur culturel	% de patients orientés vers médecin ttt	% de patients qui posent des questions au sujet du ttt	Durée moyenne d'hospitalisation par appartenance culturelle
% de consultations téléphoniques	% de patients orientés vers réseaux culturels	% de patients qui disent pouvoir gérer de manière autonome le ttt	Coût d'hospitalisation par patient et par jour
% d'hospitalisation de plus de X jours	% d'hospitalisations réduites dans durée grâce à autonomisation des parents	% de patients qui disent pouvoir prendre des mesures de préventions	Coût d'hospitalisation total par patient et par appartenance culturelle
% de consultations selon classes d'âge	% de compliance aux traitements	% de patients qui ont pris contact avec leur assurance pour optimiser la couverture	Coût d'hospitalisation par patient et par jour

Le tableau ci-dessus étant à élaborer ou adapter plus en avant avec une « task force innovation ». Cette « task force » serait l'élément clé, le levier menant à l'innovation. La qualité de celle-ci serait en tous les cas aussi importante que le processus lui-même. Il est aussi reconnu que l'énergie, la motivation et la détermination d'une telle équipe dans une longue durée de temps sont capitales pour la réussite d'un tel projet. Cette équipe devrait impérativement se composer **a)** d'un membre de la direction comme « executive leader » (adhésion au projet de la part de la direction) ; **b)** de représentants des médecins, infirmières, assistants sociaux, médiateurs culturels et, nous le soulignons, de l'administration et des finances ; **c)** d'une personne ayant la charge de coordonner le travail de la task force de manière quotidienne, trimestrielle, etc., de rassembler et synthétiser les facteurs de mesures de l'innovation ou de présenter les résultats obtenus ; et **d)** de représentants externes à l'institution (santé publique, pédiatres installés en ville, etc.).

Un autre élément clé du processus d'innovation aurait pour origine le message en retour des parents. Judith Hibbard, de l'université d'Oregon a mis sur pied un questionnaire simple que nous avons adapté à la prise en charge pédiatrique et qui est présenté dans le tableau 2. Evidemment, le questionnaire devrait être accessible dans la langue spécifique des migrants.

Tableau 2: message en retour des parents.

Lorsque tout est dit et fait, je suis la personne capable de prendre en charge le traitement, la santé de mon enfant.	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	Sans Opinion
Prendre un rôle actif dans la santé de mon enfant est le facteur le plus important pour déterminer sa santé	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	Sans Opinion
Je suis confiant dans le fait que je peux prendre des mesures qui aideront à réduire ou prévenir des problèmes de santé de mon enfant	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	Sans Opinion
Je sais à quoi servent les médicaments qui ont été prescrits	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	Sans Opinion
Je sais quand je peux m'occuper seul d'un problème de santé de mon enfant ou quand je dois venir consulter un médecin	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	Sans Opinion
Je me sens à l'aise de poser des questions au médecin même s'il ne l'a pas demandé	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	Sans Opinion
Je me sens capable d'administrer le traitement à mon enfant de retour à la maison	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	Sans Opinion
Je comprends la nature et les causes du problème de santé de mon enfant	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	Sans Opinion
Je connais les différentes options de traitement pour soigner mon enfant	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	Sans Opinion
Je me sens en mesure de changer ce qu'il faut dans le style de vie de mon enfant pour sa santé	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	Sans Opinion
Je sais prévenir le problème de santé qui touche mon enfant	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	Sans Opinion
Je peux m'imaginer prendre la bonne décision si le problème de santé touche à nouveau mon enfant	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	Sans Opinion
Je pense pouvoir continuer à adapter le comportement de mon enfant en ce qui concerne l'exercice ou un régime particulier même en situation de stress	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	Sans Opinion

Comme nous pouvons le voir, les questions posées se réfèrent principalement à une information sur le niveau de compétence sanitaire (p.ex. « je me sens capable d'administrer le traitement à mon enfant de retour à la maison », compétence sanitaire fonctionnelle).

6.2.3 Phase de mise en place

Si au cours de la phase de préparation il s'agit de convaincre la task force de l'importance du processus d'innovation, des buts à atteindre sur le long terme ou encore des moyens d'y parvenir au travers d'un plan d'action ambitieux, alors il s'agit, lors de la mise en place du processus, de convaincre l'institution dans son ensemble.

Pour ce faire, une qualité de communication élevée, des objectifs clairement définis dans le temps

et la gestion de « l'énergie » et des idées sont à notre avis des éléments clés. Nous allons esquisser les éléments clés de la mise en place du processus d'innovation ci-dessous.

6.2.4 Qualité de la communication.

Au départ, la task force devrait travailler uniquement en interne pour élaborer le plan d'action. Ensuite, dans un premier temps, une communication (d'un membre de la direction) relativement brève à l'ensemble de l'institution devrait avoir lieu afin de créer « un choc » (dans le sens constructif du terme). Lors de cette première communication, le but à long terme devrait être énoncé. La vision qui mène au changement radical doit aussi être clairement exprimée (p.ex. pas de réduction de personnel ou de coupe dans les budgets mais une approche « salutogène » qui a pour cadre les compétences sanitaires supplémentaires à apporter aux parents ; pas de tâches importantes supplémentaires mais une nouvelle manière de travailler pour prendre en compte les aspects de compétence sanitaire, etc.). Ensuite, une communication sur les objectifs à atteindre dans le temps (trimestre, semestre, année) doit faire l'objet d'une seconde communication générale. Un troisième axe de communication doit être développé et adapté aux différentes spécialités représentées dans l'institution par la task force présente dans son ensemble à chaque rencontre. La notion de « controlling » a aussi son importance : les membres de l'institution doivent connaître au fur et à mesure si les objectifs ont été atteints, les raisons et les mesures prises par rapport à tout retards, etc. L'utilisation de moyens de communications électroniques (mails, forum intranet, etc.) sont aussi à promouvoir. Nous voulons souligner ici l'importance des informations concrètes qu'il s'agit de transmettre (étude de cas, exemples de problèmes ou de solutions, etc.) et de la recherche de l'adhésion de l'ensemble des membres de l'institution (acteurs et non observateurs du changement).

6.2.5 Définition des objectifs.

Comme dans toute approche managériale, la définition des différents buts et objectifs est capitale à la réussite du projet. Dans notre cas, une référence aux compétences sanitaires devrait servir de fil rouge. Par exemple, un objectif serait qu'à l'issue d'un traitement, plus de 90% des parents auraient atteint un niveau de compétence sanitaire fonctionnel, indépendamment du type de traitement ou des origines socio-économiques.

6.2.6 Gestion de l'énergie et des idées.

Un projet de cette envergure amènera nécessairement une résistance au changement, on peut facilement imaginer (et comprendre) par exemple qu'un médecin assistant surchargé ne voie pas d'un œil positif la moindre charge de travail additionnelle. La task force devra donc, au travers de meetings ciblés, expliquer les raisons et les défis de la démarche d'innovation d'une part mais aussi les avantages et l'impact positif de la démarche. Dans le cas de notre assistant surchargé, on peut imaginer présenter les objectifs sur le moyen terme qui serait une réduction du nombre de consultations en urgence si les parents se sentent capable de gérer une situation jusqu'à une visite chez leur pédiatre. La gestion des idées peut se faire au travers d'une communication « horizontale » en employant des canaux électroniques. Pourquoi ne pas imaginer une « Newsletter » interne qui permette aux différents professionnels d'accéder à l'information et de participer au processus au travers de leur sphère de compétence.

Encore une fois, cette esquisse mériterait un approfondissement au travers d'une interaction soutenue avec l'HEL. Ce qui en ressort est que pour améliorer et innover dans le domaine de la prise en charge pédiatrique à l'HEL, un « grand saut » serait nécessaire : les démarches entreprises à

l'heure actuelle sont remarquables et les conditions cadres pour le « grand saut » sont pour nous clairement présentes. Le seul moyen d'aller plus loin est un changement profond qui adresse la *globalité* de la compétence sanitaire des utilisateurs du HÉL, indépendamment du type de maladie ou du niveau socio-économiques des patients.

7. BIBLIOGRAPHIE

Bernardy-Arbuz M-A., Dunyach M. (2004) Améliorer l'accueil à l'hôpital des familles de culture étrangère. *Soins Pédiatrie-Puericulture*. 218- 39-40.

Bischoff A., Tonnerre C., Eytan A., Bernstein M., Loutan L. (1999) Addressing language barriers to health care, a survey of medical services in Switzerland. *Social-und Präventivmedizin*. 44-248-256

Bischoff A. (2006) Caring for migrant and minority patients in European hospitals: A review of effective interventions. *Swiss Forum for Migration and Populations Studies*.<http://www.migration-population.ch>

Bouchaud O. (2007) Intégrer les représentations culturelles dans la prise en charge des migrants. *La Santé de l'Homme*. 392- 25-27

Bülent K. et Efiönayi-Mäder D. Office fédéral de la santé publique (OFSP) (2008) Population migrante: prévention et promotion de la santé. Guide pour la planification et la mise en oeuvre de projets.

Carballo M. Et al. (2004) Rapport: Le processus d'insertion sociale des migrants et réfugiés dans le contexte des services sociaux et sanitaires. *International Centre for Migration and Health*.
<http://www.icmh.ch>

Cerutti H. Office fédéral de la santé publique (OFSP) (2008) Migration et Santé. Résumé de la stratégie fédérale phase II (2008-2013).

Chachkes E., Christ G. (1996) Cross cultural issues in patient education. *Patient Education and Counseling*. 27-13-21

Davis T., Long S., Jackson R., Mayeaux E., George R., Murphy P. (1993) Rapid estimate of literacy in medicine: a shortened screening instrument. *Family Medicine*, 25, 391-395.

Dietschi I.(2006). Etat de santé et comportement en matière de santé des populations migrantes. Résumé du rapport technique Monitoring de l'état de santé de la population migrante en Suisse.
<Http://www.bag.admin.ch/shop/00038/00242/index.html?lang=en>

Doumont D., Aujoulat I. (2002) L'empowerment et l'éducation du patient. Unité RESO, Education pour la santé, faculté de Médecine, *Université Catholique de Louvain*. *Reso dossier technique 00-18*

Eichler K., Wieser S., Brügger U.(2008) Health Literacy-An economic perspective data for Switzerland. Part 1: Health Literacy- A systematic review. Winterthur Institute of Health Economics, Zurich University of Applied Sciences.

Fassin D. (2000) Santé, le traitement de la différence. *Hommes et Migration* (1225):163p

Fassin D. (2001) La santé des immigrés et des étrangers: méconnaissance de l'objet et objet de reconnaissance. Précarisation, risque et santé. *Paris: Inserm et coll. Questions en Santé Publique*. 187-196.

Fassin D. (2007) La santé des étrangers: une question politique.*La Santé de l'Homme*. 392- 15-17

- Gehri M., Hunziker B., Géraud F., Rouffaer D., Sopa S., Sage-Da Cruz C., Métraux J-C. (1999) Les populations migrantes à l'Hôpital de l'Enfance de Lausanne: état des lieux, prise en charge et apport des traducteurs-médiateurs culturels. *Social-und Präventivmedizin*. 44-264-271
- Gehri M., Laubscher B., Di Paolo E., Mazouni S. *Vade-Mecum de Pédiatrie 2006 CHUV-HEL*.
- Gravois Lee R., Garvin T. (2003) Moving from information transfer to information exchange in health and health care. *Social Science & Medicine* 56-449-464.
- Harmsen H. Et al. (2003) When cultures meet in general practice: intercultural differences between GPs and parents of child patients. *Patient Education and Counseling*. 51- 99-106.
- Howard D.H. Et al. (2005) The impact of low health literacy on the medical costs of Medicare managed care enrollees. *The American Journal of Medicine*, 118, 371-377.
- Kai J. (2005) Cross-cultural communication. *The Medicine Publishing company ltd*. 33:2-31-34
- Kraehenbuhl J.D., (2006) Quel bilan de santé pour les enfants migrants? Colloque de pédiatrie Lausanne-Genève du 7 novembre 2006.
- Kreps G.L. Sparks L. (2008) Meeting the health literacy needs of immigrant populations. *Patient Education and Counseling*. 71- 328-332.
- Lambert H. Et al. (1999) Réseaux de soins, migration et adaptation interculturelle à Lausanne: évolution d'une recherche action. *Social-und Präventivmedizin*. 44-272-279.
- Lamour P. (2007) Education pour la santé des migrants: à quelles conditions? *La Santé de l'Homme*. 392- 30-31.
- Les soins aux enfants et aux adolescents à l'Hôpital de l'Enfance de Lausanne et au CHUV, Rapport Annuel 2007. www.chuv.ch/pédiatrie www.hopital-enfance.ch
- Manzano S., Suter S. (1999) La santé des enfants requérants d'asile à Genève. *Revue Médicale Suisse*. www.revmed.ch
- Métraux J-C., Mihoubi S., Brogli N. (1995) Entraide et exclusion. *Revue Médicale Suisse Romande*. 115- 481-483.
- Moro M.R., Roubaud L., Vitry I.(2001) Le psychiatre d'enfants confronté à de nouvelles demandes. L'exemple du travail parents migrants-bébés. *Neuropsychiatrie Enfance Adolescence*. 49-532-540.
- Nutbeam D.(2008) The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine* ; article in press.
- Observatoire Suisse de la Santé (OBSAN) (2008) Rapport national sur la santé. Partie I: Déterminants de la santé. p6-8
- Office fédéral de la statistique (2005) Littératie et compétences des adultes; premiers résultats de l'enquête ALL. www.statistique.admin.ch
- Office fédéral de la santé publique (OFSP) (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.

OMS (1986). Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. <http://www.radix.ch/orgf/html/>.

OMS (2007) Commission on the Social Determinants of Health. Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. Genève.

http://www.who.int/social_determinants/resources/interim_statement/en/index.html.

Parker R., Baker D., Williams M., Nurss J. (1995) The Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFLA): a new instrument for measuring patient's health literacy skills. *Journal of General*

Promotion Santé Suisse et quint-essenz (site pour le développement de la qualité en prévention et promotion de la santé) <http://www.quint-essenz.ch> <http://www.promotionsante.ch>

Ricard E. (2007) Les médiateurs communautaires de santé, trait d'union entre professionnels et migrants. *La Santé de l'Homme*. 392- 28-29.

Saladin P. (2006) Office fédéral de la santé publique (OFSP) en collaboration avec H+ Les Hôpitaux de Suisse. Diversité et égalité des chances. Les fondements d'une action efficace dans le microcosme des institutions de santé.

Saxena S., Eliahoo J., Majeed A. (2008) Socioeconomic and ethnic group differences in self reported health status and use of health services by children and young people in England: cross sectional study. *Bmj*. 325- 1-6

Spycher S. (2006) La culture sanitaire, base d'une nouvelle approche de la santé. *La vie économique. Revue de politique économique*. 12-2006 p14-16

Stanojevich E. (2007) Repères sur la santé des migrants. *La Santé de l'Homme*. 392- 21-24

Stotzer U., Efiomayi-Mäder D., Wanner P. (2006) Mesure de la satisfaction des patients migrants en milieu hospitalier: Analyse des lacunes existantes et recommandations. *Swiss Forum for Migration and Populations Studies*.

Toscani L., Loutan L., Stalder H.(????) Accès aux soins: le patient d'une autre culture. *Revue Médicale Suisse*. www.revmed.ch

Wieser S., Moschetti K., Eichler K., Holly A., Brügger U.(2008) Health Literacy-An economic perspective data for Switzerland. Part 2: A Review of Health Literacy Measures and a Cost Assessment of Limited Health Literacy. Winterthur Institute of Health Economics, Zurich University of Applied Sciences.

Vernon J. Et al. (2007) Low health Literacy: Implications for National Health Policy, University of Connecticut, National Bureau of Economic Research.

<http://www.hplus.ch>

www.migesplus.ch

www.appartenances.ch

8. REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier sincèrement, la Professeure Iva Bolgiani pour un soutien sans faille dans la démarche exploratoire que représente le travail de ce mémoire.

Je remercie aussi vivement la Professeure Eliane Perrin pour ses conseils avisés et sa bienveillante disponibilité.

A l'Hôpital de l'Enfance de Lausanne, mes remerciements vont à Monsieur le Professeur Mario Gehri, Pédiatre, Médecin-chef, à Madame Marie-José Puelma, Infirmière aux Urgences, ainsi qu'à Madame Christiane Sanchez, Assistante sociale, pour leur grande disponibilité et leur ouverture d'esprit.

A Madame la Doctoresse Dominique Tzogalis, pour des échanges très constructifs et motivants.

Et à ma famille, pour tout ce qu'elle me permet d'être.