Projet pilote « Migrant Friendly Hospitals »

Phase A : Evaluation des acquis et des besoins

Requérant

Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV)

Direction de projet

Dr Patrick Bodenmann, médecin associé, MER, Policlinique Médicale Universitaire (PMU), patrick.bodenmann@hospvd.ch

Dr. Florence Faucherre, médecin associé, psychiatre-psychothérapeute, responsable de l'unité Psy&Migrants, Département de Psychiatrie, CHUV, florence.faucherre@chuv.ch

Equipe de projet

Mme Esther-Amélie Diserens, collaboratrice de recherche, unité Psy&Migrants, Département de Psychiatrie, CHUV (co-rédactrice du rapport)

Mme Sophie Paroz, responsable de recherche, Département de Médecine et Santé Communautaires, CHUV (co-rédactrice du rapport)

M. Orest Weber, chef de projet de recherche, psychiatrie de liaison, Département de Psychiatrie, CHUV

Date de soumission

31 mars 2011

PLAN

RAPPORT DE SYNTHESE p.2

RAPPORT D'ENQUÊTE 1 : ENQUETE PAR QUESTIONNAIRE SUR LA PRISE EN CHARGE CLINIQUE DES PATIENTS MIGRANTS ET LES COMPETENCES CLINIQUES TRANSCULTURELLES p.8

Intentions p.9

Méthode p.9

Résultats p.12

Discussion p.18

RAPPORT D'ENQUÊTE 2 : ENQUETE PAR CHECK-LIST SUR L'APPLICATION DES CRITERES DE QUALITE MFH AU SEIN DES DEPARTEMENTS p.23

Intentions p.24

Méthode p.24

Résultats p.26

Discussion p.30

RAPPORT D'ENQUÊTE 3 : ENQUETE PAR FOCUS GROUPS DE CLINICIENS, INTERPRETES ET PATIENTS p.32

Intentions p.33

Méthode p.33

Résultats p.35

Discussion p.39

RAPPORT D'ENQUÊTE 4 : MONITORING DE L'ACTIVITE CLINIQUE DES EQUIPES EMVS ET PSY&MIGRANTS p.41

Intentions p.42

Méthode p.43

Résultats p.43

Discussion p.46

ANNEXES :

ANNEXE 1 : Questionnaire d'évaluation de la prise en charge clinique des patients migrants et des compétences cliniques transculturelles *hors rapport*

ANNEXE 2 : Check-list à l'attention des directions départementales p.i

ANNEXE 3 : Guideline de Focus Group p.iii

Phase A : Evaluation des acquis et des besoins

RAPPORT DE SYNTHESE

Le présent rapport synthétise les résultats des 4 enquêtes menées par le CHUV dans le cadre de la phase A du programme MFH :

1) l'enquête par questionnaire sur la prise en charge des patients migrants et l'évaluation des compétences cliniques transculturelle auprès d'un échantillon de 900 médecins et infirmier.ère.s ;

2) l'enquête par check-list sur l'application des critères MFH auprès de 11 directions départementales ;

3) l'enquête par Focus Groups auprès de 68 patients, interprètes et cliniciens ;

4) le monitoring des équipes Emvs (Equipe mobile vulnérabilités) et Psy&Migrants.

Les différentes enquêtes menées sont présentées séparément à la suite du rapport de synthèse, permettant ainsi d'avoir accès au détail du travail effectué ainsi qu'au détail des résultats par enquête.

Le rapport de synthèse tente de faire un bilan de la situation initiale en répondant à 3 questions liées à la prise en charge de la patientèle migrante :

- Quels sont les principaux **acquis** observés au CHUV en 2010 ?
- Quelles sont les principales **lacunes** observées au CHUV en 2010 ?
- Quels sont les principaux **besoins** observés au CHUV en 2010 ?

Les résultats sont présentés sur 4 axes, respectivement : A) l'axe communication/interprétariat ; B) l'axe formation en compétences cliniques transculturelles ; C) l'axe itinéraire de soins/interface somatique-psychiatrique ; D) l'axe gestion générale. Une série de constats transversaux complètent ces résultats par axe.

A) Axe communication/interprétariat

Cet axe a été investigué dans les enquêtes 1), 2) et 3).

Acquis

- Les opinions quant aux solutions à mettre en place quand un patient ne parle pas le français montrent que pour la majorité, cette tâche revient à l'hôpital et non au patient migrant : **« parer aux barrières linguistiques revient à l'institution »**.
- Les **ressources liées à l'interprétariat** (professionnel et non professionnel) à disposition du CHUV sont **relativement bien connues** en comparaison avec les autres ressources spécialisées du réseau de prise en charge des patients migrants du CHUV.
- Les aides sollicitées pour communiquer avec les patients en situation de barrières linguistiques sont diverses mais le **recours aux enfants** de la famille des patients est **limité**.
- Le **recours aux interprètes professionnels est plus développé** dans les services qui sont **déjà sensibilisés** à la prise en charge des patients migrants.
- Les **ressources plurilingues au sein de l'institution** (personnel hospitalier) sont **nombreuses**.

Lacunes

- Les **problèmes de communication** en consultation sont une réalité au CHUV : plus de la moitié des cliniciens annoncent avoir eu souvent des problèmes de communication en raison de barrières linguistiques.
- Les **directives institutionnelles** relatives au recours à l'interprétariat sont **insuffisamment connues et communiquées,** et certaines hiérarchies de départements ou services semblent appliquer des consignes plus restrictives.
- La **réalité du terrain, en situation de barrière linguistique, s'éloigne des « bonnes pratiques »** et des critères de qualité MFH en termes d'interprétariat : le pourcentage de cliniciens n'ayant jamais été aidés par un interprète professionnel au cours des 6 derniers mois est de 50% ; l'aide sollicitée le plus souvent pour communiquer en consultation est la famille (adulte) du patient ; une majorité de cliniciens dit préférer travailler avec la famille du patient ou avec du personnel hospitalier plurilingue plutôt qu'avec des interprètes formés ; les cliniciens disent se passer fréquemment d'interprètes et gérer eux-mêmes les consultations dans différentes langues.
- La **liste d'interprètes non professionnels** (employés CHUV plurilingues) à disposition des collaborateurs est largement **plus connue et plus utilisée que le pool d'interprètes** professionnels (service Intermedia) à disposition du CHUV.
- Un **manque de personnes-ressources** disponibles pour certaines langues ou dialectes parmi les ressources plurilingues du CHUV est relevé.
- L'accès aux interprètes est problématique pour les **situations d'urgence ou les rendez-vous de courte durée** avec les patients migrants allophones.
- Le **temps de discussion nécessaire** avant et après une **consultation conjointe** (clinicien-interprète) pour définir le cadre et les objectifs de la consultation fait défaut.
- Alors que les consultations infirmières sont confrontées aux mêmes barrières linguistiques que les consultations médicales, **les infirmier.ère.s sont moins encouragés que les médecins par leur service à recourir à des interprètes professionnels** et y ont effectivement moins accès.

Besoins

- ⇨ Les **directives du CHUV quant à l'accès à l'interprétariat professionnel** doivent être adaptées aux critères de qualité MFH et communiquées au sein de chaque département et service du CHUV afin que chaque clinicien sache dans quelle situation il est encouragé à recourir à un interprète professionnel. Une réflexion quant aux consultations infirmières nécessitant de recourir à des services d'interprétariat professionnel doit faire partie de ces directives.
- ⇨ Une meilleure **communication sur les bonnes et mauvaises pratiques** en termes d'interprétariat est nécessaire auprès de l'ensemble des cliniciens du CHUV, ceci notamment afin de diminuer le recours à la famille du patient ou à du personnel multilingue dans des situations qui nécessitent les compétences d'un interprète professionnel (situations complexes, annonce d'un diagnostic grave, par exemple).
- ⇨ Au vu de l'importance des ressources plurilingues au sein de l'institution et du recours important à ces ressources comme aide en situation de barrière linguistique, il est nécessaire d'adapter des solutions permettant **de tirer profit du personnel multilingue sans porter atteinte à la qualité des soins et sans prétériter le personnel** (migrant) multilingue.
- ⇨ Des ressources permettant de communiquer avec des patients allophones **consultant en urgence ou dans des consultations courtes** (interprétariat téléphonique, documents d'explication traduits dans plusieurs langues, par ex) doivent être mises à disposition.
- ⇨ Les **interprètes professionnels doivent répondre à des standards de formation élevés,** notamment au plan de leurs connaissances linguistiques en français.

B) Axe formation en compétences cliniques transculturelles (CCT)

Cet axe a été investigué principalement dans les enquêtes 1) et 2).

Acquis

- Un **impact positif des formations en CCT** a pu être mesuré : plus le nombre de formations est élevé, plus le sentiment de compétence est élevé pour ce qui est de travailler avec un interprète formé ; plus les personnes sont formées, plus les ressources spécialisées sont connues et utilisées ; plus le nombre de formations est élevé, plus on pense que c'est aux institutions suisses ou aux hôpitaux de s'adapter aux valeurs et coutumes des migrants et non le contraire.

Lacunes

- Le sentiment de **manque de préparation et d'absence de compétences** pour prendre en charge des patients migrants est important.
- **L'accès à une formation en CCT n'est pas généralisé** au sein du CHUV. La proportion de personnes n'ayant jamais été formées ou sensibilisée aux différentes thématiques liées aux patients migrants est importante puisqu'elle est de l'ordre de 50%.
- L'impact des formations suivies est plus manifeste sur des aspects administratifs ou logistiques liés à la prise en charge des migrants. Un **manque de préparation aux problématiques** décrites comme **proprement culturelles** apparaît, les répondants ne se sentant souvent pas préparés à prendre en charge des personnes dont les croyances, représentations et pratiques liées à la santé sont différentes ou qui ont un rapport au système de santé différent du leur. L'identification d'habitudes culturelles et religieuses pouvant avoir un impact sur les soins est par ailleurs problématique.
- Les **CCT et l'accès aux formations ne sont pas les mêmes entre départements sensibilisés et non sensibilisés**. Entre autres résultats, les personnes affiliées à des départements considérés comme sensibilisés connaissent et utilisent plus souvent les ressources spécialisées et l'organisme d'interprétariat professionnel, font clairement plus souvent appel aux interprètes professionnels et se sentent plus compétentes pour travailler avec un interprète formé, se sentent mieux préparées face aux différentes situations liées au contexte culturel du patient et suivent plus de formations liées à la prise en charge des patients migrants.
- Les **CCT et l'accès aux formations ne sont pas les mêmes entre médecins et infirmier.ère.s**. L'accès aux formations est plus important pour les médecins ; les médecins connaissent et utilisent plus souvent les ressources spécialisées ainsi que l'organisme d'interprétariat professionnel ; les médecins se sentent plus compétents que les infirmier.ère.s pour travailler avec un interprète formé. Les **infirmier.ère.s des départements non sensibilisés** trouvent clairement que leur formation est inadéquate pour prendre en charge des patients migrants.

Besoins

- ⇨ Les **formations en CCT doivent évoluer**, en termes de contenu et d'approche pédagogique, afin que l'impact sur les connaissances, l'utilisation des ressources spécialisées, les bonnes pratiques et les attitudes soit optimal.
- ⇨ Une meilleure **préparation aux spécificités culturelles** liées à la prise en charge de patients migrants doit être intégrée aux modules de formation en CCT ou revisitée, particulièrement pour les formations destinées aux médecins.
- ⇨ Les **offres de formation pour cliniciens** doivent intégrer l'évaluation de la **santé mentale** du patient migrant.

- ⇨ L'**accès aux formations** en CCT doit se développer, notamment pour les groupes qui y ont actuellement le moins accès. Le corps infirmier et les départements non sensibilisés doivent pouvoir avoir plus largement accès à des formations.

C) Axe itinéraires des soins/interface somatique-psychiatrique

Cet axe a été investigué principalement dans enquêtes 3) et 4).

Acquis

- La **présence de l'Unité Psy&Migrants a favorisé la prise de conscience et un intérêt** pour les problématiques liées à la prise en charge de la patientèle migrante précaire au sein du Département de psychiatrie.

Lacunes

- Les cliniciens ne savent pas toujours **à qui s'adresser en cas de questions** ou de doutes survenant dans des situations cliniques transculturelles complexes.
- L'**absence de soutien social approprié** dans les services afin de répondre aux besoins des patients migrants présentant une grande souffrance liée à leur situation sociale précaire et à l'insécurité qui caractérise leur statut est problématique.
- L'**absence de dispositif spécifique pour la prise en charge précoce des requérants d'asile** ayant une souffrance psychique ou une psychopathologie associée à leur migration forcée et mise en avant.
- La **prise en charge des besoins spécifiques des patients migrants** aux portes d'entrée du Département de psychiatrie est inadéquate.
- L'**évaluation de la santé mentale** des patients migrants pour les médecins **somaticiens** est présentée comme problématique (sentiment d'incompétence).
- Un manque d'**espaces de supervision** pour les équipes prenant en charge des situations complexes de patients migrants et un manque associé de **ventilation** est exprimé.

Besoins

- ⇨ **Le dépistage précoce des psychopathologies associées à la migration** (état de stress post-traumatique, troubles de l'humeur essentiellement) doit être amélioré en offrant des espaces de parole/d'évaluation aux migrants avec un vécu de migration forcée.
- ⇨ **L'accès à des ressources spécialisées en psychiatrie transculturelle** comme soutien de deuxième ligne aux cliniciens somaticiens et en psychiatrie doit être facilité.
- ⇨ **Les ressources psychosociales doivent être renforcées** pour soutenir les patients migrants dans leurs démarches socio-administratives et soulager les équipes cliniques de cet aspect de la prise en charge.
- ⇨ La **création et l'élargissement d'espaces de supervision/intervision** d'équipes dévolus à des cas cliniques complexes et lourds doit être encouragée.

D) Axe gestion générale

Cet axe a été investigué principalement dans l'enquête 2).

Acquis

- Une **meilleure application des critères de qualité MFH** au sein des départements considérés comme **sensibilisés** à la prise en charge de la patientèle migrante et allophone atteste de l'impact des développements mis en place au cours des dix dernières années à l'Hôpital de l'Enfance, dans le département de gynécologie-obstétrique, dans le département de psychiatrie et à la Policlinique médicale universitaire et de l'existence de **compétences expérimentées et expertes** au CHUV.

Lacunes

- L'application des **critères de qualité MFH est hétérogène** au sein du CHUV et au sein de chaque département.
- **Aucun critère de qualité MFH n'est systématiquement appliqué** par les départements.
- L'information à disposition concernant le **réseau interne et externe** spécialisé dans la prise en charge des patients migrants n'est pas optimale et n'est pas généralisée sur l'ensemble de l'institution.
- La **documentation des indicateurs** liés au statut migratoire d'un patient est très limitée. La base de données administrative du CHUV ne répertorie ni la maitrise du français, ni les besoins en interprétariat, ni les langues parlées, ni le pays d'origine des patients migrants.
- Le **premier contact avec l'institution** à travers le personnel d'admission n'est pas optimal. Ces derniers ne bénéficiant d'aucune formation en lien avec les barrières linguistiques et culturelles auxquels ils sont régulièrement confrontés.

Besoins

- ⇨ Une **meilleure information sur les services et personne-ressources internes** en lien avec la prise en charge des migrants doit se développer, plus spécifiquement à l'attention du corps infirmier.
- ⇨ Une meilleure visibilité du **réseau extra-hospitalier** pouvant être utile à la population migrante et au personnel soignant en lien avec cette patientèle doit être encouragée.
- ⇨ Un **relevé systématique** de données essentielles à une bonne prise en charge des patients migrants au moment de l'entrée dans l'institution doit être envisagé et discuté avec le service des systèmes d'information du CHUV. La récolte systématique d'indications en termes de connaissances linguistiques est jugée prioritaire dans la mesure où elle permettrait d'identifier dès l'entrée dans l'institution les patients nécessitant un soutien linguistique, d'anticiper cette prestation, cette démarche s'inscrivant dans une perspective d'égalité de traitement. La récolte d'autres indicateurs permettrait de monitorer le profil des patients migrants ayant accès au CHUV.
- ⇨ Les **compétences transculturelles des admissionistes** doivent se développer.

CONSTATS TRANSVERSAUX

1) De manière générale, une **discrépance entre une réalité en termes de confrontation** à une patientèle migrante nombreuse et des **réponses non standardisées, limitées, voire manquantes** pour améliorer leur prise en charge au sein de l'institution est mise en évidence.

2) Il ressort que la **réalité** de la prise en charge des patients migrants est **multiple** au sein du CHUV. L'accès, les connaissances, les pratiques et les directives sont différentes selon les départements et selon les corps de métiers.

   Une meilleure application des critères de qualité MFH dans les départements sensibilisés à la problématique de la migration atteste de l'existence de **départements plus expérimentés dans le domaine**. Comme nous l'avions envisagé, une différence en termes de pratiques, de connaissances et de directives **entre départements sensibilisés à la patientèle migrante** (médecine générale, psychiatrie, gynécologie-obstétrique, pédiatrie, urgences, médecine de premier recours) **et départements non sensibilisés** (spécialités médicales) est manifeste. Différents résultats permettent par ailleurs de supposer que certains services et départements se sentent **moins concernés** par la problématique.

   Une différence en termes de pratiques et de connaissances **entre le corps médical et le corps infirmier** est aussi manifeste.

3) Les résultats montrent qu'il est nécessaire de développer **différents domaines et niveaux** de la prise charge (interprétariat, compétences cliniques transculturelles, accessibilité des soins, gestion générale, politique institutionnelle) et qu'aucun critère de qualité MFH n'est systématiquement appliqué à ce jour. L'évaluation menée dans cette phase du programme MFH mettant en avant de nombreuses lacunes dans chacun des domaines.

<u>Besoins</u>

- ⇨ Un travail de sensibilisation auprès des directions doit être fait afin que la prise en charge des patients migrants ne reste pas l'apanage de quelques services experts mais se développe aussi sur l'entier de l'institution, notamment en matière de bonnes pratiques d'interprétariat. Chaque département doit se donner les moyens d'offrir une prise en charge satisfaisante à sa patientèle migrante.
- ⇨ Des actions complémentaires et spécifiques doivent se développer à différents niveaux de la prise en charge, notamment dans celle de la santé mentale des patients migrants.
- ⇨ Des actions permettant d'atteindre différents public-cibles sont nécessaires : un travail général d'information et de sensibilisation en-dehors des départements de première ligne doit se faire parallèlement au développement d'une expertise en première ligne. De la même manière, le développement de compétences cliniques transculturelles avancées des médecins des services experts doit se faire parallèlement au développement de compétences cliniques transculturelles de base parmi d'autres corps de métier, notamment les infirmier.ère.s.

La série de mesures prioritaires à développer issues de ces constats sont présentées dans le formulaire de requête de financement pour la phase II du programme MFH.

Phase A : Evaluation des acquis et des besoins

1. ENQUÊTE PAR QUESTIONNAIRE SUR LA PRISE EN CHARGE CLINIQUE DES PATIENTS MIGRANTS ET EVALUATION DES COMPETENCES CLINIQUES TRANSCULTURELLES

Objectif principal: Evaluer les compétences cliniques transculturelles (CCT) des cliniciens et identifier les priorités en termes de formation.

Objectif(s) secondaire(s): Identifier les besoins perçus par corps médical et infirmier en termes de formation en CCT; Vérifier l'impact de la formation en CCT sur la prise en charge ; Vérifier si les ressources spécialisées à disposition du corps médical et infirmier sont connues/suffisantes; Vérifier quelles sont les pratiques en matières d'interprétariat. Evaluer la situation en 2010 dans une logique pré-post.

Setting hospitalier : Gestion du personnel ; relation médicale ; relations externes

Population : 1) des médecins assistants et chefs de clinique et 2) des infirmier.ère.s (diplômé.e.s et spécialisé.e.s) de 11 services du CHUV/PMU (représentation ensemble départements cliniques) répartis en 2 groupes:

1) Sensibilisés : Service de psychiatrie de liaison (DP) ; Service de gynécologie-obstétrique (DGOG) ; Hôpital de l'Enfance (DMCP) ; Service des urgences (DCILM) + Consultation générale/centre médecine ambulatoire de la PMU (PMU/DUMSC)
2) Peu/pas sensibilisés : Service de médecine interne (DM) ; service des maladies infectieuses (DM) ; Service de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation (DAL); service de neurologie ; service d'urologie ; service de radio-oncologie

Calendrier : réalisation de l'enquête du 15 novembre au 15 janvier

Instrument : Adaptation modules du « Residency training in cross-cultural care » (The Massachusetts General Hospital, Institute of Health Policy, Joseph R. Betancourt, Joel S. Weissman, 2003) + modules du questionnaire « Enquête sur la prise en charge des patients migrants/précaires» de l'équipe de projet MFH des Hôpitaux Universitaires Genevois.

INTENTIONS

Une enquête par questionnaire sur la prise en charge des patients migrants a été réalisée. Elle visait en priorité l'auto-évaluation par le personnel médical et infirmier de leurs compétences et expériences dans la prise en charge des patients migrants ainsi que l'accès actuel à la formation en compétences cliniques transculturelles (CCT) et son impact, ceci afin d'identifier les priorités en termes de formation. Elle visait par ailleurs à faire un point de situation sur la connaissance et l'utilisation des ressources spécialisées ainsi que sur les pratiques en termes d'interprétariat.

METHODE

Questionnaire

Le questionnaire utilisé (Annexe 1) est divisé en 5 parties : **1) Ressources** (connaissance et utilisation des ressources spécialisées, préférence en termes de stratégie d'interprétariat, fréquence des recours à différents types d'interprètes, politiques institutionnelles en matière d'interprétariat) ; **2) Formation** (auto-évaluation de la préparation à la prise en charge, accès aux formation/type de formations reçues); **3) Expériences cliniques** (auto-évaluation des compétences de prise en charge, évaluation des facteurs problématiques dans la prise en charge); **4) Opinions** (rôle de l'institution versus rôle du patient); **5) Caractéristiques personnelles et professionnelles**. Il s'inscrit dans la lignée théorique des compétences cliniques transculturelles[1][2][3] en abordant les 3 axes fondamentaux des CCT, soit l'axe des *connaissances*, l'axe du *savoir-faire* et l'axe du *savoir-être*.

Le questionnaire est constitué de questions fermées issues

1) d'un questionnaire conçu à l'attention des médecins assistants étasuniens visant les perceptions de l'efficacité des programmes de formation en CCT: « Residency training in cross-cultural care » (The Massachusetts General Hospital, Institute of Health Policy, J. R. Betancourt, J.S. Weissman, 2003)[4]. Les modules de questions issus de ce questionnaire permettent d'une part une auto-évaluation de la préparation à la prise en charge de patients d'origines diverses et d'autre part une auto-évaluation des compétences dans cette prise en charge. L'adaptation des questions aux professionnels infirmier.ère.s a été effectuée en collaboration avec le Pr Alexander Green du Disparities Solution Center (Massachusetts General Hospital, Boston) et de Mme Françoise Ninane, directrice des soins du Département universitaire de médecine et santé communautaire et de la PMU. La traduction a été effectuée par l'équipe de recherche et validée par une personne anglophone.

2) de l'«Enquête sur la prise en charge des patients migrants/précaires» de l'équipe de projet MFH des Hôpitaux Universitaires Genevois (hiver 2010). Dans une perspective de collaboration et de comparaison des résultats, différentes questions liées à l'utilisation des ressources, les pratiques en termes d'interprétariat, le type de formation reçues et l'opinion quant au rôle de l'hôpital dans la prise en charge des patients d'origine migrante ont été issues du questionnaire genevois.

En termes de caractéristiques professionnelles, le questionnaire recense la fonction et le service d'appartenance et le nombre d'années passées au sein de l'institution. Pour ce qui est des

[1] Betancourt JR. Cross-cultural medical education: conceptual approaches and frameworks for evaluation. Acad Med. 2003; 78(6): 560-9.
[2] B Smith WR et al. Recommendations for teaching about racial and ethnic disparities in health and health care. Ann Intern Med. 2007; 147(9): 654-65.
[3] Althaus F et al. Compétences cliniques transculturelles et pratique médicale : quels besoins, quels outils, quel impact ? Forum Med Suisse 2010 ; 10(5) : 79.
[4] Instrument validé dans l'article de Park ER, Chun MB, Betancourt JR, Green AR, Weissman JS: Measuring residents' perceived preparedness and skillfulness to deliver cross-cultural care. *J Gen Intern Med* 2009, 24(9):1053-1056.

caractéristiques socio-démographiques, il recense le sexe, la (les) nationalité(s), ainsi que la langue maternelle. Une question supplémentaire recense l'ensemble des langues que les répondants maîtrisent suffisamment pour les utiliser en consultations.

Afin de tester le temps nécessaire au remplissage du questionnaire et la bonne compréhension des questions, une première version a été distribuée à 5 médecins et 5 infirmier.ère.s du CHUV hors échantillon. Aucun remaniement notable n'a dû être apporté suite à leurs retours.

Format questionnaire

Un questionnaire papier permettant une numérisation automatique des réponses par scanner a été choisi (logiciel Teleform). Une version pré-test a été remplie par 5 cliniciens puis envoyée aux informaticiens pour scannage. La base de données test a été contrôlée et validée. Un étudiant en médecine a toutefois contrôlé de façon systématique que la numérisation automatique des réponses avait correctement interprété les réponses.

Echantillon

Seuls les médecins assistants et chefs de clinique ont été sélectionnés pour ce qui est du corps médical, principalement afin de restreindre l'échantillon aux médecins en première ligne sur le terrain et afin de restreindre l'échantillon à une volée de médecins ayant eu accès aux mêmes formations dans leurs cursus pré-gradué et post-gradué. Pour le corps infirmier, les fonctions étant moins directement liées aux âges, nous nous sommes contentés d'exclure les infirmier.ère.s cadres et enseignants. Seul.e.s les infirmier.ère.s diplômé.e.s et spécialisé.e.s ont été selectionné.e.s.

Un choix limité de services a été sélectionné. Ceci pour 2 raisons. Premièrement, une partie de services du CHUV ont une activité clinique réduite, voire inexistante (par exemple, les services du Département de pathologie et de médecine de laboratoire). Deuxièmement, pour des raisons budgétaires, la distribution d'un questionnaire par courrier postal étant extrêmement onéreux.

Le choix final des services sélectionnés a reposé sur un principe de base : sélectionner un service par département clinique. Un seul département, au vu du nombre de services qu'il regroupe (13), voit 2 de ses services sélectionnés : le Département de médecine. Les services ont été sélectionnés aléatoirement pour les départements qui regroupent plusieurs services cliniques, ou par défaut pour les départements qui regroupent une activité clinique réduite. Le volume de ces services est extrêmement variable (229 personnes en médecine interne, 6 personnes en radio-oncologie). Nous avons ensuite séparé les services appartenant à un département du CHUV considéré comme « sensibilisé » à la problématique de la migration (existence de ressources/compétences expertes) et ceux considérés comme « non sensibilisés ». Le choix de ces 2 groupes de services (voir ci-dessous) doit permettre une représentativité des pratiques au sein du CHUV.

GROUPE 1 : **5 services issus de départements sensibilisés**	**GROUPE 2 :** **6 services issus de départements peu/pas sensibilisés**
Service de psychiatrie de liaison (DP)	Service de médecine interne (DM)
Service de gynécologie-obstétrique (DGOG)	Service des maladies infectieuses (DM)
Hôpital de l'Enfance (DMCP)	Service de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation (DAL);
Service des urgences (DCILM)	Service de neurologie (DNC);
Policlinique médicale universitaire (consultation générale, urgences et centre de médecine ambulatoire) (DUMSC)	Service d'urologie (DSCA)
	Service de radio-oncologie(DRM)

L'échantillon final comprend 885 personnes et représente plus d'un quart de la population cible (environ 30% des médecins assistants et chefs de clinique et un quart des infirmier-ère-s du CHUV). Le tableau ci-dessous donne la composition précise des groupes ciblés.

GROUPES	FONCTION		TOTAUX
	Médecins assistants et chefs de clinique	Infirmier.ère.s diplômé.e.s/spécialisé.e.s	
GROUPE 1	164	313	477
GROUPE 2	125	283	408
TOTAUX	**289**	**496**	**885**

Mode d'administration et distribution

Le questionnaire a été administré sous format papier exclusivement. Afin d'être certains que l'ensemble des questionnaires remplis puissent être scannés, seules les versions imprimées par le service de reprographie devaient être utilisées.

Le questionnaire a été envoyé au domicile des répondants par courrier postal le 15 novembre 2010 muni d'une enveloppe préaffranchie permettant de le renvoyer à l'équipe de recherche. La population infirmière n'ayant pas toujours accès de façon régulière à un poste informatique, nous avons choisi cette option.

2 relances ont été faites par courriers électroniques à 15 jours d'intervalle.

Communication

Dans la mesure où le démarrage du programme MFH ainsi que la mise en place des autres enquêtes ont nécessité diverses mesures de communication (bandeau informatif sur intranet, lettres aux directions générales, lettres aux chefs de service), nous avons décidé de ne pas faire une campagne d'information ou un courrier explicatif spécifiquement en lien avec cette enquête, ceci afin de ne pas provoquer un effet inverse dû à un trop plein d'information. Seule une information par courrier électronique à l'attention des chefs de service annonçant le démarrage de l'enquête et leur transmettant une version informative du questionnaire a été effectuée.

Collaborations internes

Le développement et le déploiement de cette enquête a requis les **collaborations internes** suivantes:

- Direction des Systèmes d'Information (création du questionnaire sur logiciel Teleform, scannage des données, création base de données)
- Direction des Ressources Humaines du CHUV et de la PMU (simulation d'échantillon, transmission des fichiers de données des employés au CIR)
- Le Centre d'Impression et de Reprographie (impression des questionnaires-papier et des enveloppes préaffranchies, publipostage)

RESULTATS

1) Taux de réponse

371 questionnaires ont été récoltés, ce qui représente un taux de réponse général de 41.9%. Le taux de réponse est de 42.9% pour les médecins et de 41.1% pour les infimier.ère.s. Il est de 45.9% pour les services sensibilisés et de 36.3% pour les services non sensibilisés.

2) Caractéristiques sociodémographiques

L'échantillon est composé de 22.3% d'hommes et 77.7% de femmes. Il y a 33.6% de médecins (85 médecins assistants et 39 chefs de clinique) et 66.4% d'infirmièr.er.s (186 diplômé.e.s et 59 spécialisé.e.s). Les personnes ayant participé proviennent pour 59.7% de services sensibilisés (3.0% psychiatrie de liaison, 15.0% gynécologie-obstétrique, 11.4% Hôpital de l'enfance, 15.3% urgences et 15.0% PMU) et pour 40.3% de services considérés comme non sensibilisés (24.5% médecine interne, 4.6% maladies infectieuses, 6.5% neurologie, 1.4% rhumatologie, 1.4% médecine physique et réhabilitation, 3.0% radio-oncologie et 0.3% urologie). La répartition des médecins et des infirmier.ère.s par types de services est la suivante : 20.7% de médecins sensibilisés, 39.0% d'infirmier.ère.s sensibilisé.es, 13.1% de médecins non sensibilisés, 27.3% d'infirmier.ère.s non sensibilisé.e.s.

Les nationalités se répartissent de la manière suivante : 44.1% des répondants sont suisses, 20.7% européens, 7.2% extra-européens, 24.5% binationaux dont suisses, 3.6% binationaux non suisses.

Le français est la langue la mieux maîtrise par 84.0% de l'échantillon. Pour 3.4%, il s'agit de l'allemand, 3.9% l'italien, 2.2% l'anglais, 1.9% l'espagnol. Les autres personnes représentant 5 personnes ou moins. 85.2% des personnes interviewées peuvent communiquer en anglais durant les consultations, 43.9% en allemand, 26.2% en espagnol, 21.0% en italien, 4.3% en portugais et moins de 2% pour chacune des langues suivantes (soit moins de 7 personnes par langue) : albanais, romanche, roumain, russe, arabe, bosniaque-serbe-croate, chinois, tamoul, farsi, hindi, lingala.

3) Utilisation des ressources spécialisées

La connaissance et l'utilisation des ressources en lien avec la prise en charge des migrants est très variable (cf. tableau ci-dessous).

RESSOURCES	Connaissent		Utilisent	
	N	%	N	%
1) Liste des interprètes de l'annuaire du CHUV	351	95.9	273	74.4
2) Unité Psy&Migrants, Département de psychiatrie	121	33.2	36	10.2
3) Unité des populations vulnérables (UPV), PMU	234	64.1	128	36.3
4) Consultations communautaires et/ou consultations multidisciplinaires transculturelles, Hôpital de l'Enfance	81	22.2	35	10.1
5) Centre de Santé infirmier (CSI), PMU	188	51.5	105	30.0
6) Consultation pour personnes âgées migrantes, CHUV	31	8.5	5	1.5
7) Equipe mobile vulnérabilités (EmvS), CHUV	155	42.0	67	19.3
8) Unité de gynécologie psychosociale, Département de gynécologie-obstétrique et génétique médicale	150	40.5	54	15.3
9) Service Intermedia (interprétariat), Association Appartenances	211	57.2	137	38.7
10) Consultation pour victimes de la torture et de la guerre, Département de psychiatrie	66	17.9	12	3.4

Il ressort de manière générale que les personnes des services sensibilisés connaissent et utilisent plus souvent les ressources spécialisées que les personnes des services non sensibilisés avec une plus grande différence pour les ressources Unité des Populations Vulnérables (PMU), Centre de Santé infirmier (PMU), Equipe mobile vulnérabilités (transversal CHUV) et Service Intermedia/Appartenances.

En ce qui concerne la connaissance et l'utilisation des ressources par les médecins et les infirmier.ère.s, il ressort que 81.3% des médecins disent connaître la ressource n°3 contre 55.0% des infirmier.ère.s et 54.9% des médecins disent l'utiliser contre 25.8% des infirmier.ère.s. Ces différences sont significative (respectivement chi(1)=24.39, p<0.001 et chi(1)=29.40, p<0.001). Il ressort également que 59.4% des médecins disent connaître la ressource n°5 contre 47.1% des infirmier.ère.s et 45.1% des médecins disent l'utiliser contre 21.2% des infirmier.ère.s. Ces différences sont significative (respectivement chi(1)=4.90, p<0.05 et chi(1)=21.62, p<0.001). De plus, 52.4% des médecins disent connaître la ressource n°7 contre 36.2% des infirmier.ère.s (chi(1)=8.87, p<0.01). Par contre, il n'y a pas de différences significatives quant à son utilisation par les médecins et les infirmier.ère.s. Et finalement, 70.7% des médecins disent connaître la ressource n°9 contre 50.0% des infirmier.ère.s et 58.5% des médecins disent l'utiliser contre 28.0% des infirmier.ère.s. Ces différences sont significative (respectivement chi(1)=14.34, p<0.001 et chi(1)=31.58, p<0.001).

Concernant les problèmes de communication, 23 personnes disent avoir eu jamais ou rarement des difficultés de communication avec les patients en raison de la barrière linguistique (6.6%), contre 140 qui ont eu parfois des difficultés (40.0%) et 187 qui ont souvent eu des problèmes (53.4%). Les personnes des services sensibilisés sont surreprésentées dans la catégorie « souvent » (66.8% pour le gr1 et 33.6% pour le gr 2) et celles des services peu ou pas sensibilisés dans la catégorie « parfois » (57.1% pour le gr 2 et 28.4% pour le gr 1). Il n'y a pas de différence entre médecins et infirmier.ère.s pour cette question.

Le tableau ci-dessous expose le nombre de recours à différents type de ressources en termes d'interprétariat.

Durant les 6 derniers mois à quelle fréquence l'aide des personnes suivantes a été requise pour communiquer avec le patient	jamais	1 à 10 fois	11 à 20 fois	Plus de 20 fois
12) De la famille ou des connaissances du patient (adultes)	1.9%	48.8%	27.5%	21.8%
13) Des enfants de moins de 18 ans de la famille du patient	30.4%	59.7%	6.0%	3.8%
14) Du personnel hospitalier bilingue (non formé comme interprète)	9.0%	62.4%	19.9%	8.7%
15) Moi-même, car je parle d'autres langues que le français	11.0%	52.9%	19.7%	16.4%
16) Un interprète communautaire professionnel (Service Intermedia, Association Appartenances), en personne	47.8%	36.4%	8.7%	7.1%
17) Un interprète communautaire professionnel (Service Intermedia, Association Appartenances), par téléphone	82.9%	16.0%	0.8%	0.3%

Il apparaît, entre autre, que près de la moitié des répondants n'ont jamais été aidés par un interprète professionnel au cours des 6 derniers mois et une minorité y ont fait appel plus de 10 fois en 6 mois. L'aide la plus courante est la famille du patient, seule 1.9% n'y fait jamais appel. En revanche, plus de 30.0% ne demandent jamais d'aide aux enfants des patients. En comparaison, seul 9.0% ne fait jamais appel au personnel bilingue.

Les personnes des services sensibilisés font plus souvent appels que les personnes des services non sensibilisés aux différentes modalités d'aide à la communication (cf tableau ci-dessous).

	Gr1	Gr2	test
12) De la famille ou des connaissances du patient (adultes)	60.0%	34.5%	chi(1)=22.87, p<0.0001[5]
13) Des enfants de moins de 18 ans de la famille du patient	15.3%	2.1%	chi(1)=16.86, p<0.0001
14) Du personnel hospitalier bilingue (non formé comme interprète)	32.1%	24.3%	n.s.
15) Moi-même, car je parle d'autres langues que le français	43.5%	26.5%	chi(1)=10.76, p<0.001
16) Un interprète communautaire professionnel (Service Intermedia, Association Appartenances), en personne	25.5%	1.4%	chi(1)=38.66, p<0.0001
17) Un interprète communautaire professionnel (Service Intermedia, Association Appartenances), par téléphone	1.8%	0.0%	n.s.

Les médecins ont plus souvent recours aux interprètes formés que non formés que les infirmier.ère.s : 18.0% des médecins ont été aidés par du personnel hospitalier bilingue contre 34.2% des infirmier.ère.s (chi(1)=10.30, p=0.001) et inversement, 27.1% des médecins ont été aidé par un interprète communautaire professionnel contre 9.8% des infirmier.ère.s (chi(1)=18.33, p<0.001).

Concernant la préférence de la voix de communication dans le cas de difficulté linguistique : 36.3% choisissent la famille ou des connaissances (adultes) du patient, 24.5% le personnel hospitalier bilingue et 39.3% préfèrent faire appel aux interprètes communautaires professionnels. La famille ou les connaissances sont préférés par les services pas ou peu sensibilisés (43.5% des participants des services sensibilisés) et les interprètes communautaires professionnels sont préférés par les personnes des services sensibilisés (47.0% des personnes des services peu ou pas sensibilisés). La famille ou les connaissances sont préférés par les infirmier.ère.s (45.6% des infirmier.ère.s) et les interprètes communautaires professionnels sont préférés par les médecins (63.9% des médecins).

Si les médecins préfèrent l'utilisation des interprètes, cela dépend du service, vu que les médecins des services sensibilisés y recours à 76.3% contre 43.5% des médecins des services peu ou pas sensibilisés.

Concernant les habitudes du service en cas de difficulté linguistique, 30.0% des services encouragent son personnel à utiliser des interprètes communautaires (ce qui est d'autant plus fort dans les services sensibilisés (44.4% vs 7.6% pour les services non sensibilisés)), 26.1% à utiliser d'autres solutions pour communiquer, 33.2% des services ne donnent pas de consigne sur la procédure à suivre dans ces cas et 10.7% disent ne pas savoir la position du service à ce sujet. Les deux dernières options étant surreprésentées dans les services non sensibilisés. 48.0% des médecins sont encouragés par leur service à utiliser des interprètes communautaires ce qui ressort dans leur pratique. Les infirmier.ère.s sont surreprésenté.e.s dans les deux dernières options par rapport aux médecins (32.9% des infirmier.ère.s son encouragé.e.s à trouver d'autres solutions et 37.5% des infirmier.ère.s n'ont pas de consigne, respectivement 13.0% des médecins et 24.4%).

[5] Comparer à 5%/6=0.0083

4) Formation

Entre 30 et 40% des répondants ne se trouvent pas préparés (pas du tout ou pas vraiment) pour prendre en charge des personnes avec des croyances et des pratiques liées à la santé en désaccord avec la médecine occidentale, méfiants à l'égard du système de santé suisse, dont les croyances religieuses affectent le traitement ou qui sont victimes de violence domestique (cf. tableau ci-dessous).

A quel point vous sentez-vous préparé(e) à prendre en charge des patients :	Pas du tout ou pas vraiment préparé	Un peu préparé	Bien ou très bien préparé
20) Qui présentent une problématique d'abus de substances	24.9%	34.4%	40.7%
21) Qui sont victimes de violence domestique	39.3%	37.4%	23.2%
22) Qui ont un faible niveau de scolarisation	16.1%	26.7%	57.2%
23) Qui vivent dans la précarité	19.4%	34.2%	46.5%
24) De cultures différentes de la vôtre	7.6%	25.1%	67.3%
25) Avec des croyances et des pratiques liées à la santé en désaccord avec la médecine occidentale	30.3%	40.6%	29.2%
26) Méfiants à l'égard du système de santé suisse	32.0%	38.3%	29.8%
27) Dont la maîtrise du français est limitée	8.7%	38.3%	53.0%
28) Récemment arrivés en Suisse	21.0%	31.4%	47.5%
29) Dont les croyances religieuses affectent le traitement	37.1%	41.1%	21.8%
30) Qui ont recours aux médecines alternatives ou complémentaires	13.6%	29.2%	57.2%
31) Qui sont membres d'une minorité raciale/ethnique	18.9%	23.5%	57.7%

Les personnes provenant des services sensibilisés se sentent de « également » à « plus souvent » bien voire très bien préparées face aux différentes situations mentionnées ci-dessus par rapport aux personnes venant des services non-sensibilisés.

Pour les points b20 à b23, les réponses sont significativement différentes entre les infirmier.ère.s et les médecins. En particulier, les infirmier.ère.s se sentent plus souvent bien ou très bien préparé.e.s par rapport aux médecins et les médecins se sentent plus souvent un peu préparés que les infirmier.ère.s. Pour les points b25 à b31, il n'y a pas de différence significative des réponses en fonction que le répondant soit médecin ou infirmier.

Prêt de la moitié de l'échantillon n'a suivi aucune formation (47.1%), un quart à suivit 1 à 2 formations (26.7%), un sixième (16.9%) a suivis entre 3 et 5 formations et près de une personne sur 10 a suivis plus de 5 formations (9.3%). Les personnes des services sensibilisés suivent significativement plus de formation que les personnes venants des services non sensibilisés (Mann-Whitney test, z=3.716, p=0.0002). Des analyses supplémentaires montrent que si la PMU est enlevée du groupe des services sensibilisés, l'effet est marginalement significatif. La PMU semble ainsi sur-formée par rapport au reste des services sensibilisés.

Chaque formation a été suivis par au moins 12.7% des répondants (les risques liés à l'utilisation d'interprètes non formés) et au plus par 31.7% (la prise en charge des patients sans assurance et/ou sans papiers).

Le cours sur les risques liés à l'utilisation d'interprètes non formés est principalement suivi par des personnes qui ont également suivis d'autres cours avec 79.4% des personnes qui ont suivi ce cours et qui ont suivie 5 autres cours au moins.

Le pourcentage de médecins ayant suivis les formations b32 à b37 est significativement plus élevé que celui des infirmier.ère.s.

La corrélation (de Spearman) entre le nombre de formations suivies et le nombre de ressources connues est de 0.52 ($p<0.001$) et la corrélation entre le nombre de formations et le nombre de ressources utilisées est de 0.50 ($p<0.001$). Ainsi, plus le nombre de formations suivies est élevé, plus les ressources sont connues et utilisées.

Afin de tester s'il existait une relation entre le nombre de formations suivies et le fait de se sentir préparer à prendre en charge certaines situations, nous avons effectué des corrélations de Spearman. De nouveau, vu la multitude de tests, nous avons appliqué une correction de Bonferroni au seuil alpha (5%/12) = 0.0042. Plus les personnes suivent de formation plus elles se sentent préparées à prendre en charge des personnes qui présentent une problématique d'abus de substances ($r=0.154$, $p=0.0032$), qui sont victimes de violence domestiques ($r=0.214$, $p<0.0001$) et qui sont récemment arrivés en Suisse ($r=0.160$, $p=0.0023$). Les autres situations n'étant pas significativement corrélées au nombre de formations.

5) Expériences cliniques

Entre 55.0% et 68.0% des participants trouvent moyennement voire très problématiques les points 41 à 45 (29% pour le point 40) (Entre 55.0% et 68.0% des participants trouvent moyennement voire très problématiques les points 41 à 45 (29% pour le point 40) (cf. tableau ci-dessous).

A quel point les éléments suivants vous sont-ils problématiques lorsque vous prodiguez des soins à des patients d'origine migrante?	Pas du tout	Un peu	Moyen-nement	Très
40) Un manque d'expérience pratique dans la prise en charge de patients d'origines diverses	25.9%	45.5%	26.7%	1.9%
41) Un manque de temps pour aborder de façon adéquate les problématiques culturelles	6.5%	28.3%	35.2%	30.0%
42) Une formation inadéquate en compétences cliniques transculturelles	10.4%	32.6%	40.8%	16.2%
43) Un accès limité aux interprètes formés	15.6%	29.9%	32.1%	22.5%
44) Un accès limité à du matériel écrit en d'autres langues - y compris des brochures de promotion de la santé, des formulaires de consentement, etc.	6.8%	25.4%	29.0%	38.8%
45) Une absence de personnes-ressources compétentes en termes de prise en charge transculturelle au sein de l'hôpital	15.1%	26.7%	36.3%	22.0%

Les personnes du groupe peu/pas sensibilisés trouvent le manque de temps pour aborder de façon adéquate les problématiques culturelles, plus problématique (moyennement ou très) que les personnes du groupe sensibilisés ($chi(1)=7.70$, $p<0.01$). Il en est de même pour la formation (C42) ($chi(1)=9.0$, $p<0.01$), l'accès au matériel dans d'autres langues (C44) ($chi(1)=8.6$, $p<0.01$) et les personnes ressources (C45) ($chi(1)=15.1$, $p<0.001$).

Pour les points C40 à C42, il n'y a pas de différence dans la distribution des problèmes rencontrés en fonction de la profession. Par contre, les infirmier.ère.s trouvent plus problématiques les points C43 ($chi(1)=9.1$, $p<0.01$), C44 ($chi(1)=15.9$, $p<0.001$) et C45 ($chi(1)=8.0$, $p<0.01$) par rapport aux médecins.

Concernant une formation inadéquate en compétences cliniques transculturelles (C42), les médecins (services sensibilisés ou non) et les infirmier.ère.s des services sensibilisés trouvent ce point pour 50.0% comme pas ou peu problématique et pour 50.0% comme moyennement voire très problématique. Par contre les infirmier.ère.s des services peu ou pas sensibilisés trouvent à 73.2% ce point comme moyennement voire très problématique.

Pour chacun des points mentionnés ci-dessous (cf tableau ci-dessous), au moins 34% des participants ne se sentent pas compétents (chiffre qui peut atteindre presque le double de participants).

A quel point vous jugez-vous compétent pour réaliser les tâches suivantes?	pas compétent	compétent
46) Réaliser l'anamnèse psychosociale du patient	35.5%	64.5%
47) Identifier la capacité du patient à lire ou à écrire en français	41.3%	58.7%
48) Identifier les habitudes culturelles (non religieuses) pouvant avoir un impact sur les soins	61.4%	38.6%
49) Identifier les croyances religieuses pouvant avoir un impact sur les soins	65.8%	34.3%
50) Travailler efficacement avec un interprète formé	44.3%	55.7%
51) Identifier comment, et avec l'aide de quels membres de sa famille, un patient prend des décisions quant à son problème de santé	42.6%	57.4%
52) Négocier avec le patient sur les aspects fondamentaux du plan de traitement	35.3%	64.7%
53) Evaluer la compréhension du patient de la cause de sa maladie/de ses problèmes de santé	34.2%	65.8%
54) Evaluer le niveau de confiance du patient vis-vis du système de soins	52.8%	47.3%

Les personnes du groupe sensibilisé se sentent significativement plus compétentes pour travailler efficacement avec un interprète formé (Chi(1)=16.22, p<0.001), avec 63.9% des personnes du groupe sensibilisé qui se sentent compétentes contre 42.3% des personnes du groupe non sensibilisé qui se sentent compétent.

Les médecins se sentent plus compétents que les infirmier.ère.s pour réaliser l'anamnèse psychosociale du patient (93.5% des médecins pour 49.6% des infirmier.ère.s) (chi(1)=68.57, p<0.001), pour travailler efficacement avec un interprète formé (68.6% des médecins pour 48.7% des infirmier.ère.s) (chi(1)=12.93, p<0.001), pour négocier avec le patient sur les aspects fondamentaux du plan de traitement (81.8% des médecins pour 55.8% des infirmier.ère.s) (chi(1)=23.86, p<0.001) et pour évaluer la compréhension du patient de la cause de sa maladie 75.0% des médecins pour 61.0% des infirmier.ère.s) (chi(1)=6.97, p<0.01).

Afin de tester s'il existait une relation entre le nombre de formations suivies et le sentiment d'être compétent dans la prise en charge de certaines situations cliniques, nous avons effectué des corrélations de Spearman. Au vu de la multitude de tests, nous avons appliqué une correction de Bonferroni au seuil alpha (5%/9) = 0.0056.

Il ressort que plus le nombre de formations est élevé, plus le sentiment de compétence est élevé sur c46 (r=0.333, p<0.0001), c50 (r=0.155, p=0.0032)et c52 (r=0.167, p=0.0015). Les autres items ne sont pas liés au nombre de formations suivies.

6) Opinions

Quand les valeurs et les coutumes des migrants diffèrent de celles de la Suisse : 16.2% pensent que c'est plutôt aux institutions suisses de s'adapter aux valeurs et coutumes des migrants (1 à 3), 36.0% que c'est autant aux institutions suisses de s'adapter aux valeurs et coutumes des migrants qu'aux migrants de s'adapter aux institutions suisses (4) et 47.8% que c'est aux migrants de s'adapter aux institutions suisses (5 à 7).

Lorsque le patient ne parle pas le français: 66.4% pensent que l''hôpital doit mettre un interprète professionnel à disposition du patient, 23.2% que c'est autant à l'hôpital qu'au patient de trouver une solution et 10.4% que c'est au patient de trouver quelqu'un qui puisse traduire pour lui.

Lorsque le patient ne sait pas lire le français : 71.9% pensent que c'est plutôt à l'hôpital de fournir des informations écrites dans la langue du patient, 17.5% pensent que c'est autant à l'hôpital qu'au patient de trouver une solution et 10.7% qui pensent que c'est plutôt au patient de s'arranger pour comprendre les informations écrites remises par l'hôpital.

Il n'y a pas de différences significatives entre les opinions des personnes du groupe sensibilisé par rapport au groupe peu ou pas sensibilisé.

Concernant les questions d'opinions, il n'y a pas de différences significatives entre ce que pensent les infirmier.ère.s et ce que pensent les médecins.

Afin de tester s'il existait une relation entre le nombre de formations suivies et les opinions, nous avons effectué des corrélations de Spearman. De nouveau, vu la multitude de tests, nous avons appliqué une correction de Bonferroni au seuil alpha (5%/3) = 0.017.

Il ressort que plus le nombre de formations est élevé, plus on pense que c'est aux institutions suisses ou aux hôpitaux de s'adapter aux valeurs et coutumes des migrant et non le contraire ($r=-0.200$, $p<0.001$). L'effet n'est pas significatif sur les opinions d56 et d57.

DISCUSSION

Les résultats de cette enquête mettent en évidence différents acquis et lacunes liés aux bonnes pratiques en matière d'interprétariat, à la connaissance et l'utilisation des ressources à disposition et à l'impact de la formation en CCT. Nous avons tenté ci-dessous de discuter des résultats à partir d'une synthèse par thématique. Une analyse plus approfondie des améliorations à apporter sur les 3 axes de la connaissance, du savoir-faire et du savoir-être dans les modules de formation en CCT sera faite dans un second temps (mai-juin 2011).

Notons tout d'abord que le taux de réponse général, bien qu'inférieur à 60%, signifie une prise en considération de l'importance de la thématique de la part des cliniciens et rend probablement compte des développements qui ont eu lieu depuis une dizaine d'années dans l'institution. Pour point de comparaison, la dernière enquête satisfaction du personnel du CHUV a atteint un taux de réponse de seulement 30%. Nous suspections un intérêt plus marqué pour la thématique abordée de la part du corps infirmier et de la part des membres des départements considérés comme sensibilisés. Un taux de réponse similaire entre infirmier.ère.s et médecins est allé à l'encontre de la première présupposition et démontre un intérêt similaire. En revanche, une discrépance entre le taux de réponse des services sensibilisés et non sensibilisés est confirmée et permet d'imaginer que certains services et départements sont effectivement moins sensibilisés d'une part mais qu'ils se sentent probablement aussi moins concernés par la problématique.

1) Connaissance et utilisation des ressources spécialisées

La connaissance et l'utilisation des ressources spécialisées mettent en avant une meilleure connaissance ainsi qu'une meilleure utilisation des ressources liées à l'interprétariat. L'UPV (Unité des populations Vulnérables de la PMU) est par ailleurs bien connue et dénote d'une association entre la PMU et la patientèle migrante, plus particulièrement parmi le corps médical. Cette association est à mettre en lien avec la mission et l'historique de la PMU mais démontre aussi probablement aussi l'expertise de cette institution dans le domaine. Une meilleure connaissance et utilisation des ressources spécialisées chez les médecins est un autre élément à prendre en compte dans nos observations.

Besoins

- ⇨ Une meilleure information sur le réseau spécialisé interne en termes de prise en charge des migrants doit se développer, plus spécifiquement à l'attention du corps infirmier.

2) Communication et interprétariat

Les opinions quant aux solutions à mettre en place quand un patient ne parle pas le français montrent que pour la majorité, c'est à l'hôpital d'y remédier alors que pour ce qui est de l'opinion sur les valeurs et les coutumes, la moitié pense que c'est aux migrants de s'adapter aux institutions suisses. Parer aux barrières linguistiques apparaît ainsi comme plus légitime que parer aux barrières culturelles. Pourtant, les problèmes de communication en consultation sont une réalité au CHUV, plus de la moitié des répondants annonçant avoir eu souvent des problèmes de communication en raison de barrière linguistique. Par ailleurs, la réalité du terrain s'éloigne des « bonnes pratiques » et des critères de qualité MFH en termes d'interprétariat:

- Bien qu'il soit appréciable d'observer que le Service Intermedia de l'Association Appartenances qui met à disposition un pool d'interprètes professionnels est relativement bien connu par rapport aux autres structures spécialisées, la ressource la mieux connue et la plus utilisée par les cliniciens est la liste d'interprètes non professionnels (employés CHUV bilingues) à disposition des collaborateurs.
- Outre le fait que près de la moitié des répondants n'ont jamais été aidés par un interprète professionnel au cours des 6 derniers mois, l'aide sollicitée le plus souvent pour communiquer en consultation est la famille du patient. Le choix d'un interprète professionnel ne va par ailleurs pas de soi puisqu'une majorité dit préférer soit la famille soit le personnel hospitalier. Il est toutefois rassurant d'observer la forte proportion de personnes ne sollicitant jamais l'aide des enfants des patients.
- Les répondants disent se passer fréquemment d'interprètes et gérer eux-mêmes les consultations dans d'autres langues que le français. Si cette pratique n'est pas optimale, elle est probablement justifiée dans une partie des situations, la majorité des cliniciens interrogés annonçant pouvoir communiquer en consultation au moins dans une 2ème langue.
- Seul un tiers des répondants affirme que leur service les encourage à utiliser des interprètes professionnels et un 2ème tiers affirme que les services ne donnent pas de consigne sur ce sujet, ce qui n'est guère plus encourageant. Un encouragement à l'interprétariat professionnel n'est ainsi pas systématique au sein du CHUV.
- Alors que les consultations infirmières sont confrontées aux mêmes barrières de langues que les consultations médicales, les infirmier.ère.s sont moins encouragé.e.s que les médecins par leur service à recourir à des interprètes professionnels.

Besoins

- ⇨ Une meilleure communication générale sur les bonnes pratiques en termes d'interprétariat est nécessaire auprès de l'ensemble des cliniciens, ceci notamment afin de diminuer le recours à la famille ou à du personnel bilingue dans des situations qui nécessitent les compétences d'un interprète professionnel.
- ⇨ Des directives claires au sein de chaque service ou département doivent être prises et communiquées afin que chaque clinicien sache dans quelle situation il est encouragé à recourir à un interprète.
- ⇨ Au vu de l'importance des ressources plurilingues au sein de l'institution et du recours important au personnel multilingue interne comme aide en situation de barrière linguistique, il est nécessaire d'adapter des solutions permettant de tirer profit du personnel multilingue sans porter atteinte à la qualité des soins et sans prétériter le personnel (migrant) multilingue.
- ⇨ Il est important de définir les consultations infirmières pour lesquelles un recours à un interprète professionnel se voit justifié et d'encourager les infirmier.ère.s à y avoir recours.

3) Formation

L'accès à une formation en CCT n'est pas généralisé mais son impact a pu être en partie mesuré.

- La proportion de personnes n'ayant jamais été formées ou sensibilisée aux différentes thématiques liées aux patients migrants est importante puisqu'elle est de l'ordre de 50%.
- La formation la plus suivie est liée aux aspects administrativo-logistiques (prise en charge des patients sans assurance ou sans papiers). Les formations liées aux aspects historiques et culturels sont par ailleurs moins suivies par les médecins.
- Plus le nombre de formations est élevé, plus le sentiment de compétence est élevé pour ce qui est de travailler avec un interprète formé. Par ailleurs, plus les personnes sont formées, plus les ressources sont connues et utilisées. Le nombre de formations suivies est par ailleurs associé au fait de se sentir préparé à prendre en charge des migrants récemment arrivés en Suisse à défaut des patients dont la culture et les systèmes de croyance est différent et des patients qui ne maîtrisent pas le français. Il est finalement intéressant de voir que plus le nombre de formations est élevé, plus on pense que c'est aux institutions suisses ou aux hôpitaux de s'adapter aux valeurs et coutumes des migrants et non le contraire, opinion qui n'est à la base pas partagée par la majorité.
- Un groupe particulier, les infirmier.ère.s des services non sensibilisés, trouvent très majoritairement que leur formation en CCT est inadéquate pour prendre en charge des patients migrants.
- Bien que deux tiers des personnes disent être bien préparées à prendre en charge des patients de cultures différentes, un manque de préparation à la diversité culturelle ressort toutefois puisque les répondants ne se sentent souvent pas préparés à prendre en charge des personnes avec des croyances et des pratiques liées à la santé ou religieuses différentes ou un rapport au système de santé différent du leur.
- Au moins un tiers des répondants ne se sent pas compétent pour l'ensemble des tâches liées à la prise en charge des patients migrants, ce qui signifie que chaque compétence doit être améliorée. Cela dit, les points les plus problématiques sont liés à l'identification d'habitudes culturelles et religieuses pouvant avoir un impact sur les soins.

Besoins

- ⇨ Une meilleure préparation aux aspects culturels liés à la prise en charge de patients migrants doit être intégrée aux modules de formation en CCT ou revisitée, particulièrement pour les formations destinées aux médecins.
- ⇨ L'impact d'une formation en CCT est apparent mais les formations doivent évoluer afin que l'impact sur le sentiment de compétences, les connaissances et les opinons soit plus manifeste.
- ⇨ L'accès aux formations en CCT doit se développer, particulièrement pour les infirmier.ère.s des services non sensibilisés.

4) Départements sensibilisés VS départements non sensibilisés

A défaut des opinions, une différence en termes de pratiques et de connaissances entre représentants des départements considérés comme sensibilisés et non sensibilisés est manifeste :

- Les personnes affiliées à des départements considérés comme sensibilisés connaissent et utilisent plus souvent les ressources spécialisées, principalement les ressources non spécifiques (non pédiatriques, non psychiatriques, non gynécologiques) et l'organisme d'interprétariat professionnel, ce qui atteste d'un niveau d'information et de bonnes pratiques plus importants.
- Les cliniciens des départements sensibilisés sont beaucoup plus encouragés à recourir à l'interprétariat professionnel, ce qui dénote des prises de position de la part des directions.
- Les personnes sensibilisées disent préférer faire appel aux interprètes professionnels, contrairement aux personnes non sensibilisées qui disent préférer la famille du patient.
- Les cliniciens des départements sensibilisés font clairement plus souvent appel aux interprètes professionnels. Il est cela dit étonnant d'observer qu'ils font aussi plus souvent appel à la famille des patients, à ses enfants ou qu'ils se passent plus souvent de toute forme d'aide pour la communication.
- Le fait que le personnel sensibilisé soit surreprésenté parmi les personnes annonçant avoir eu souvent des problèmes de communication en raison de barrière linguistique, est probablement à mettre en lien avec un volume de patients migrants plus important dans leur département ainsi qu'une attention plus marquée à ces problématiques.
- Les personnes sensibilisées se sentent plus compétentes pour travailler avec un interprète formé, tout comme les médecins se sentent plus compétents que les infirmier.ère.s pour cette tâche.
- Les personnes provenant des services sensibilisés se sentent mieux préparées face aux différentes situations liées au contexte culturel du patient, contrairement aux personnes venant des départements non-sensibilisés qui ont des connaissances plus pragmatique.
- Les personnes des services sensibilisés suivent plus de formations, ce résultat étant à mettre en lien avec la présence du personnel de la PMU dans l'échantillon qui a, du moins pour les médecins, accès à des formations obligatoires.

Besoins

- ⇨ Un travail d'information en termes de bonnes pratiques liées à l'interprétariat doit se développer parmi les départements les moins sensibilisés, au sein des directions tout autant qu'auprès des cliniciens.
- ⇨ Le développement de formations destinées aux cliniciens non sensibilisés doit se développer.
- ⇨ Un travail général d'information et de sensibilisation en-dehors des départements de première ligne (urgence, médecine générale, médecine de premier recours) doit se faire, les médecins spécialistes (regroupés dans les départements les moins sensibilisés) étant aussi confrontés à une patientèle migrante importante et devant aussi acquérir certains outils liés à leur prise en charge.

5) Médecins versus infirmier.ère.s

Si nous envisagions des différences quant aux pratiques et besoins des médecins et des infirmier.ère.s, nous ne savions exactement où les situer. Cette enquête nous a donné quelques pistes utiles:

- Les médecins connaissent et utilisent plus souvent les ressources spécialisées non spécifiques (non pédiatriques, non psychiatriques, non gynécologiques), ainsi que l'organisme d'interprétariat professionnel. Les infirmier.ère.s mentionnent par ailleurs une absence de personnes-ressources compétentes en termes de prise en charge transculturelle au sien du CHUV. Un niveau d'information, d'accès et de bonnes pratiques plus importants parmi les médecins est à mettre en lien avec leur meilleur accès aux formations.
- Les médecins se sentent plus compétents que les infirmier.ère.s pour travailler avec un interprète formé. Par ailleurs, les médecins ont plus souvent recours aux interprètes formés que les infirmier.ère.s, ce qui s'explique probablement par le fait que le recours aux interprètes professionnels est plus souvent encouragé ou admis par les services ou départements quand il s'agit de consultations médicales, bien que les directives en matière d'interprétariat s'adresse au personnel médical et infirmier. Les infirmier.ère.s disent en effet être moins encouragés que les médecins par leur service à recourir à des interprètes professionnels et jugent l'accès aux interprètes formés, ainsi qu'à du matériel traduit, plus problématique. Le fait que les médecins disent préférer travailler avec un interprète professionnel, particulièrement dans les services sensibilisés, alors que les infirmier.ère.s disent préférer avec la famille du patient ne doit pas remettre en cause ce constat car ce dernier résultat est probablement en lien avec un niveau de formation plus important parmi les médecins.
- Les infirmier.ère.s se sentent mieux préparé.e.s aux situations moins directement liées au statut migratoire mais plus directement liée à une situation de précarité sociale (violence domestique, faible niveau de scolarisation, violence domestique, conditions de vie précaires).

<u>Besoins</u>

- ⇨ Les formations liées à la prise en charge des patients migrants ainsi qu'une information ciblée sur les ressources expertes à disposition doit se développer pour le corps infirmier.
- ⇨ Une position claire quant à la possibilité de recourir à des services d'interprétariat professionnel pour des consultations infirmières doit être donnée par les directions des services.

6) Obstacles institutionnels

Pour prendre en charge des patients migrants, au moins plus de la moitié des répondants trouvent problématiques différents aspects liés au fonctionnement institutionnel, tel qu'un manque de temps, une formation inadéquate, un accès limité aux interprètes, à des personnes-ressources ou à du matériel traduit. Seul le manque d'expérience n'est pas présenté comme un obstacle pour la majorité. Ceci met en évidence une discrépance entre une réalité en termes de confrontation à une patientèle migrante nombreuse et une absence de conditions mises en place pour favoriser une bonne prise en charge au sein de l'institution. Notons que ces obstacles institutionnels sont d'autant plus importants au sein des départements non sensibilisés.

- ⇨ L'importance et l'intérêt de développer des ressources humaines et financières et d'améliorer les compétences liées à la prise en charge des patients migrants ne doit pas rester l'apanage de quelques services mais doivent être intégrés par l'entier des départements. Un travail de sensibilisation auprès des directions doit être fait.

2. EVALUATION PAR CHECK-LIST DE L'APPLICATION DE CRITERES DE QUALITE MFH AU SEIN DES DEPARTEMENTS DU CHUV

Objectif direct: Vérifier si des mesures MFH sont d'ores et déjà établies dans la structure et si elles sont suffisantes. Identifier l'exhaustivité de ces mesures en 2010 (dans une logique pré-post).

Objectif(s) secondaire(s): Evaluer la qualité de l'accueil aux populations migrantes dans l'ensemble de l'itinéraire des patients dans l'hôpital. Vérifier si des mesures MFH sont établies au niveau des systèmes d'information.

Setting hospitalier : Direction hospitalière ; Accueil-orientation ; Gestion du personnel ; Relation médicale ; Relations externes.

Population : 11 directions départementales.

Calendrier : septembre-décembre 2010.

Instrument : version adaptée d'une liste de critères créée par le groupe de travail de la section MFH du réseau HPH (Réseau suisse des hôpitaux et des services promoteurs de santé).

Investigations complémentaires : 1) entretien semi-directif avec le Directeur général du CHUV à partir des résultats de la check-list; 2) exploration des bases de données AXYA et ARCHIMEDE à partir de check-list SF-MFQQ (Migrant-Friendliness Quality Questionnaire, short form).

INTENTIONS

Les politiques départementales en lien avec la formation et l'information, la récolte de données, l'accès aux mesures d'interprétariat, la traduction de matériel écrit, l'engagement du personnel et la collaboration avec des experts ont été explorés à l'aide d'une liste de critères de qualité. Les **objectifs** étaient

1) de vérifier si des mesures MFH sont d'ores et déjà établies dans l'institution et dans quelle mesure elles sont développées ;

2) de faire un premier point de situation en 2010 dans une logique pré-post (avant la mise en place d'une phase de réalisation et en fin de phase de réalisation).

Notons qu'une enquête à l'attention des directions départementales avait aussi comme objectif secondaire de sensibiliser les directions aux critères de qualité en lien avec la prise en charge des patients migrants mais aussi au démarrage du programme MFH.

Les résultats de cette enquête par questionnaire ont servi de base d'entretien avec le Directeur général du CHUV.

METHODE

Instrument

L'instrument utilisé est une liste de critères de qualité du groupe technique de la section MFH du réseau HPH (Réseau Suisse des Hôpitaux et des Services promoteurs de santé) adaptée par l'équipe de projet (Annexe 2). Cette liste comprend 15 items répartis en **3 axes** :

1) Politique de l'institution ;

2) Communication ;

3) Compétences cliniques transculturelles.

L'ensemble des items vise à évaluer si des directives institutionnelles ou des mesures financières et administratives en lien avec la prise en charge des patients migrants sont en place au sein des départements. Pour chaque item, une échelle permet de spécifier si les mesures sont *non appliquées*, *partiellement appliquées*, *largement appliquées*, *systématiquement appliquées*, au sein du département ou si cette information n'est pas connue (NSP). Un espace laissant place aux commentaires a été ajouté à la fin de cette check-list.

Il était demandé sur la check-list de spécifier la/ les personnes de référence en charge de la remplir. Ceci dans l'objectif de pouvoir recontacter la/les personne/s ayant rempli le questionnaire si les informations données n'étaient pas claires mais aussi afin de vérifier que ce soit - dans la mesure du possible - les même personnes qui participent à l'exercice dans une 2ème phase du programme MFH.

Afin de vérifier la bonne compréhension des items, une première version de la check-list a été envoyée à 2 cadres administratifs du CHUV. Leurs commentaires ont été en partie pris en compte pour améliorer la terminologie des items de l'instrument.

Population-cible

Le CHUV est composé de 13 départements. 2 départements ont été exclus pour cette enquête. Dans un premier temps, nous avons exclu le Département Formation et Recherche (DFR), celui-ci étant un département ne présentant aucune activité clinique mais faisant le lien entre l'Hôpital universitaire et la Faculté de Biologie et de Médecine de l'Université de Lausanne. Dans un second temps, nous avons exclu, à leur demande, l'Etablissement médico-social psycho-gériatrique de Gimel, institution rattachée au CHUV en tant que département pour des raisons historiques et ne travaillant pas avec des patients du CHUV mais avec des résidents.

La check-list a ainsi été envoyée aux directions de **11 départements** :

- le Département de Médecine (DM) ;
- le Département des services de chirurgie et d'anesthésiologie (DSCA) ;
- le Département de gynécologie-obstétrique et génétique médicale (DGOG) ;
- le Département médico-chirurgical de pédiatrie (DMCP) ;
- le Département universitaire de médecine et santé communautaires (DUMSC) ;
- le Département de l'appareil locomoteur (DAL) ;
- le Département des Neurosciences cliniques (DNC) ;
- le Département de pathologie et de médecine de laboratoire (DPML) ;
- le Département de radiologie médicale (DRM) ;
- le Département des centres interdisciplinaires et logistique médicale (DCILM) ;
- le Département de psychiatrie (DP).

Nous avons délibérément envoyé le questionnaire à l'attention des « directions départementales » sans autre spécification, ceci afin d'impliquer dans cette démarche autant la direction médicale que la direction administrative que la direction des soins.

Diffusion

Le questionnaire a été envoyé par courrier postal et électronique le 7 septembre 2010 aux directions départementales accompagné d'une lettre co-signée par le Directeur général du CHUV, la Direction du Département de psychiatrie et la Direction du Département de médecine et santé communautaires. En plus de demander aux directions départementales de remplir la check-list, le courrier présentait le programme et annonçait l'ensemble des enquêtes à venir.

Un rappel à l'attention des départements n'ayant pas encore participé a été effectué un mois plus tard par mail. Les derniers départements ont répondu avant la fin du mois d'octobre.

Mode d'administration et gestion des données

Le questionnaire a été administré en format papier. Les données récoltées ont été saisies sur une base de données excel puis analysées à l'aide du logiciel Stata 11 (analyses de fréquences univariées).

Investigations complémentaires : Entretien avec la DG et exploration base de données

Deux investigations complémentaires ont été faites afin de compléter les données récoltées auprès des directions départementales.

1) Une fois les résultats de l'enquête à disposition, **un entretien face-à-face avec le Directeur du CHUV**, le Professeur Pierre-François Leyvraz, a été conduit par Sophie Paroz. Un guide d'entretien souple a servi de base d'entretien. Nous souhaitions lui demander de commenter la liste de critères de qualité et de réagir à différents résultats issu de l'enquête auprès des directions départementales. Ci-dessous, les points abordés :

   - les critères de qualité MFH qui devraient être appliqués par chaque département en priorité ;
   - la bonne participation des départements à l'enquête ;
   - l'apparition de différents groupes de départements, les départements les plus sensibilisés appliquant plus de critères ou de façon plus systématique;
   - expertise vs standardisation
   - le peu de « bonnes pratiques » observées en lien avec l'interprétariat ;
   - la possibilité de récolter systématiquement les indicateurs de base en lien avec l'interprétariat dès l'admission ;
   - un commentaire spécifique : « Le soussigné ne pense pas qu'il faut trop développer ce secteur car cela risque de faire aspirateur!!! ».

2) La **base de données administrative du CHUV -** instrument utilisé à l'entrée d'un patient dans l'institution - ainsi que la **base de données médicale** ont été explorées à l'aide de la check-list SF-MFQQ (Migrant-Friendliness Quality Questionnaire, short form), module « dossier des patients », qui répertorie les informations qu'une institution de soins devrait avoir à disposition concernant sa patientèle migrante. Les informations en questions sont :

   - le pays d'origine ;
   - l'origine ethnique ;
   - le statut légal ;
   - les connaissances linguistiques ;
   - l'activité professionnelle (dernière en date) ;
   - la formation scolaire ;
   - autres (avec possibilités de préciser) ;
   - si les informations sont analysées et utilisées à des fins de planifications).

Seules la base de données administratives Axya ainsi que la base de données médicale Archimède ont été explorée dans la mesure où il s'agit des seuls instruments communs à l'ensemble de l'institution.

RESULTATS

Taux de réponse et qualité des réponses

Les 11 départements contactés ont répondu au questionnaire. La qualité des réponses est bonne (les données manquantes et les NSP sont rares). 2 départements (DPML et DRM) ont cependant répondu de façon plus lacunaire, spécifiant avoir une activité clinique réduite ne permettant pas l'application de ces critères. Il s'agit en effet de deux départements dont une part de l'activité est technique que clinique.

L'ensemble des départements a répondu dans un délai raisonnable. Par ailleurs, la direction de chaque département s'est annoncée comme répondante à l'exception d'un département. Dans 4 cas,

une personne ressource 'migration' interne au département a été annoncée (dans 3 cas en plus de la direction).

Si un questionnaire demandant d'évaluer l'application de critères de qualité risque d'induire des appréciations subjectives des pratiques de la part des répondants, une partie des réponses attestent d'une certaine objectivité. Par exemple, les 3 départements qui disent disposer d'un plan action et de ressources financières et humaines pour développer la prise en charge des migrants sont effectivement ceux bénéficiant soit d'un programme stratégique CHUV (DP/DUMSC) soit d'une unité spécialisée (DGOG) à l'attention de la patientèle migrante et/ou vulnérable. Autre exemple, les 4 départements du CHUV considérés comme les plus sensibilisés à la problématique (DGOG ; DMCP ; DUMSC ; DP) se différencient effectivement des autres avec un maximum de critères jugés appliqués largement ou systématiquement.

Application des critères de qualité MFH

Il ne s'agit pas ici de faire un point de situation pour chaque département ou pour chaque critère de qualité isolément (il sera en revanche intéressant de faire cette exercice dans une 2ème phase, après avoir repassé le questionnaire à 2-3 ans d'écart) mais de mettre en évidence quelques tendances générales :

1) Aucun critère n'est systématiquement ou largement appliqué dans chaque département et aucun département n'applique tous les critères systématiquement/largement.

2) Il arrive qu'au sein d'un même département, une partie des critères soient *non appliqués* et une autre partie soit *systématiquement appliquée*, comme dans le département de médecine ou celui des neurosciences cliniques, par exemple. La mise en application de différents critères MFH au sein d'un département se fait ainsi parfois parallèlement à la non application d'autres critères MFH.

3) Les résultats permettent en effet de regrouper les départements en 3 catégories :

   1ère catégorie : Deux départements se démarquent (DRM, DPML) en n'appliquant que très peu de critères MFH, sans surprise puisqu'ils comprennent une activité plus 'technique' que clinique (radiologie et laboratoires).

   2ème catégorie : Cinq départements (DM, DSCA, DCILM, DNC, DAL) sont plus polarisés avec des critères appliqués et d'autres non.

   3ème catégorie : les 4 départements du CHUV considérés comme les plus sensibilisés à la problématique (DGOG ; DMCP ; DUMSC ; DP) se différencient des autres avec un maximum de critères jugés appliqués largement ou systématiquement.

4) En moyenne, les critères de la catégorie « politique de l'institution » (1er axe) sont plus appliqués que les critères de qualité des deux autres axes. Ceci dit, ce résultat s'explique d'une part par l'annonce d'un recensement fréquent des langues des collaborateurs (item 5) et d'autre part par une identification systématique fréquente de certains indicateurs (maîtrise de la langue, statut de séjour, etc.) concernant les patients (items 3 et 4), notamment dans les départements considérés comme non sensibilisés. La mention des bases de données permettant le recensement de ces critères relativise cependant ce dernier résultat, les bases de données évoquées, après vérification, ne permettant pas toujours une identification systématique des indicateurs souhaités. Dans cette catégorie, l'auto-évaluation des pratiques (item 2) est le critère le moins appliqué.

5) En moyenne, les critères de la catégorie « communication » (2ème axe) sont les moins appliqués. Ceci est d'autant plus vrai pour les critères de qualité en lien avec l'interprétariat (items 7-10). Par ailleurs, des pratiques contradictoires apparaissent : par exemple, les départements affirmant systématiquement assurer la disponibilité d'une assistance linguistique qualifiée ne sont pas forcément ceux qui disent parallèlement largement décourager le recours aux proches ou au personnel du CHUV bilingue non formé pour communiquer. La disponibilité de déclaration

de consentement en plusieurs langues (item 11) et le critère le moins appliqué de cette catégorie.

6) Les critères de la catégorie « compétences transculturelles du personnel » (3ème axe) ne sont pas plus appliqués que les autres, à l'exception de l'engagement d'un personnel reflétant la diversité de la patientèle (item 13). La diffusion d'une information de base sur la politique du département (item 14) est le critère le moins appliqué de cette catégorie.

7) Un certain nombre de critères de qualité MFH ne sont jamais appliqués à large échelle dans les départements considérés comme non sensibilisés. Il s'agit de l'existence d'un plan d'action/de ressources financières, d'une auto-évaluation des pratiques et de partenariats publics et privés (items 1, 2 et 6 de l'axe politique de l'institution), du découragement au recours à la famille/proches et au personnel bilingue pour la communication et de l'existence en plusieurs langue de la feuille de consentement (items 8, 9 et 11 de l'axe communication), de l'accès à une formation de base sur la politique du département et de l'existence d'une formation en CCT (items 14 et 15, axe compétences transculturelles).

   Les commentaires libres ajoutés en fin de questionnaire sont pour la plupart en lien avec un item particulier, pour justifier/compléter une réponse ou pour spécifier la diversité des pratiques selon les services, un département mentionnant à ce propos que le questionnaire aurait dû être envoyé directement aux services. Différentes remarques isolées méritent d'être relevées :

8) Une en lien avec la pertinence de développer la prise en charge des patients migrants : « Le soussigné ne pense pas qu'il faut trop développer ce secteur car cela risque de faire aspirateur!!! ».

9) Une suggestion: « Le service d'accueil GAP [gestion accueil patient] devrait aussi être évalué dans ce questionnaire ».

10) Une considération d'ordre budgétaire: « Les coûts pour les interprètes ne sont pas prévus dans le budget! Manque de moyen: formation; brochures; identification des langues; budgets ».

11) Une considération en termes de ressources humaines : « Il est déjà difficile de recruter du personnel diplômé pour couvrir nos besoins, ajouter ce critère [engagement personnel varié, item 13] rendrait impossible tout engagement ».

Discussion des résultats avec le Directeur général du CHUV

L'entretien a débouché sur une discussion assez libre dépassant l'application des critères de qualité MFH et les bonnes pratiques des différents départements du CHUV. Seules les remarques permettant de compléter ou réagissant directement à l'enquête sont intégrées ici :

1) Le discours n'a pas permis de dégager les critères MFH de la liste à disposition jugés prioritaires par la Direction générale. Toutefois, il est ressorti que la priorité en matière de prise en charge des patients migrants au CHUV se trouve dans l'existence d'un réseau d'experts interne et un réseau d'interprétariat aussi bien linguistique que culturelle. La bonne compréhension des aspects culturels liés aux soins apparaissant particulièrement importante pour le Directeur général.

2) Le développement des CCT à travers l'ensemble de l'institution n'est pas un objectif en soi, certains services et départements étant considérés comme marginalement exposés à la problématique de la migration. Le Directeur général se représentant plutôt un noyau d'experts à même de servir de ressource pour les différents départements, qu'ils soient très exposés ou moins exposés à une patientèle migrante. Une amélioration générale des pratiques passera selon lui par ce biais-là.

3) L'interprétariat par les professionnels soignants non formés n'est pas clairement découragé. Le recours à des interprètes non professionnels non soignants est en revanche découragé, l'appartenance à une culture des soins (secret médical, etc.) apparaissant comme nécessaire

pour communiquer avec un patient. Le recours à la famille pour communiquer est présenté comme une solution dans certaines situations (si les rapports familiaux et le motif de consultation le permettent).

4) Le recours à l'interprétariat professionnel - parallèlement à l'interprétariat non professionnel par des soignants - est une réalité pour le Directeur général. Selon lui, le service a toujours été couvert par le CHUV en cas de besoin. Son développement doit toutefois passer par une décision politique, dans la mesure où il est lié au budget octroyé par l'Etat. Pour ce qui est de l'interprétariat professionnel par téléphone, il est envisagé comme une possibilité dans des situations d'urgences pour obtenir des informations précises.

5) Une amélioration de l'étape des admissions des patients à l'hôpital est un objectif reconnu. Le premier contact avec l'institution est jugé très important : la qualité de la réception des patients migrants et la délimitation de certains indicateurs (origine, culture, langue) dès l'arrivée ont été formulés.

Exploration base de données AXYA

Le tableau ci-dessous met en évidence si les indicateurs MFH sont recueilli sur les 2 bases analysées.

INDICATEURS MFH	AXYA	ARCHIMEDE
PAYS D'ORIGINE	NON	NON
ORIGINE ETHNIQUE	NON	NON
STATUT LEGAL	OUI*	NON
CONNAISSANCES LINGUISTIQUES	NON	NON
ACTIVITE (PROFESSIONNELLE) PRECEDENTE	OUI**	NON
FORMATION SCOLAIRE	NON	NON
AUTRES (préciser)	Nationalité Confession*** Lieu de naissance° Origine°° Assurance : cas particulier°°° Payeur ¨ Dispensé de bons FARMED¨¨	Religion
Les infos sont-elles analysées et utilisées à des fins de planification ?	EN PARTIE	NON

** Catégorie de population (sans-papier – non entrée en matière (FARMED; SPOP; SP) – requérant d'asile – autre*

*** Sous profession/activité*

**** 3 Réponses fermées (protestant ; catholique ; orthodoxe ; musulman ; israélite ; témoin de Jéhovah : sans)*

° Réponses libres

°° Réponses limitées à la Suisse

°°° Permet de recenser les personnes 'sans assurance'

¨ Permet de voir éventuelle affiliation au réseau Hpr SA (assurance pour requérants d'asile)

¨¨ Permet de voir si patient affilié au réseau Hpr SA (assurance pour requérants d'asile) et réseau de soin FARMED

La base de données générale AXYA récolte un certain nombre d'informations pertinentes mais n'utilise pas les indicateurs tels que définis par les critères MFH. Le *pays d'origine* n'est pas recensé, mais le *lieu de naissance* est recensé (les personnes n'étant pas nées en Suisse signalent un pays de naissance). Le *statut légal* n'est pas recensé en tant que tel mais est accessible sous l'indicateur *catégorie de population* qui propose différents statut légaux (sans papier – non entrée en matière – requérant d'asile - autre). Différentes informations en lien avec le paiement des prestations médicales permettent mettent en évidence les statuts migratoires précaires. Aucune information n'est récoltée en termes de communication (langues, maîtrise du français). Il est possible d'accéder aux informations de cette base de données à des fins de planifications et de recherche en passant par le système d'information du CHUV. A notre connaissance, seule la Commission Populations Sociales (commission qui vise à la mise en place des conditions-cadres administratives et financières permettant de garantir l'accès aux soins des patients du domaine de l'asile mais aussi des personnes sans papiers et/ou sans domicile fixe non assurées) utilise régulièrement certaines de ces données à des fins de planification.

Le logiciel d'archivage médical ARCHIMEDE est une plateforme réunissant divers dossiers scannés, lettres de sortie, rapport techniques, etc. Ainsi, s'il est parfois possible de trouver des indicateurs pertinents en lien avec le statut de migrant, ces données ne sont pas récoltées systématiquement mais dépendantes de l'exhaustivité des informations sociodémographiques donnée par les soignants sur leurs rapports médicaux. Seules quelques informations de base sont systématiquement accessibles sur ce logiciel pour chaque dossier.

De nombreuses bases de données internes à des services spécifiques ou à des consultations particulières existent. Dans la mesure où elles ne permettent pas une récolte systématique des indicateurs souhaités pour l'ensemble de la patientèle CHUV, elles n'ont pas été recensées ni explorées. Cela dit, aucune base de donnée dont nous sommes en connaissance ne récolte l'ensemble des indicateurs MFH, y compris la base de données du service social du CHUV et celle destinées aux populations vulnérables de la PMU.

DISCUSSION

Les résultats montrent qu'il est nécessaire de penser des développement sur les différents axes (politique de l'institution, communication et compétences transculturelles du personnel) - aucun d'entre eux n'étant réellement plus développé que les autres – et pour chacun des critères plus particulièrement, aucun d'entre eux n'étant acquis pour l'ensemble des départements. Le besoin le plus évident se situe toutefois sur l'axe **communication**, la diversité mais aussi la contradiction des pratiques étant manifeste à l'intérieur des départements. La position de la Direction générale va dans le sens d'une diversité des pratiques en matière de communication, dépassant des pratiques restreintes à l'interprétariat professionnel tel que recommandé par les critères MFH.

L'impression partagée de récolter systématiquement les indicateurs principaux (maitrise du français, nationalité, etc.) des patients migrants alors que les documents d'admission ne répertorient ni la maitrise du français, ni les besoins en interprétariat, ni les langues parlées, ni le pays d'origine, par exemple, souligne la pertinence de le faire. Un **relevé systématique des indicateurs de base** recommandés par le guide intitulé *Diversité et égalité des chances - Les fondements d'une action efficace dans le microcosme des institutions de santé* (au minimum la maitrise du français) au moment de l'entrée dans l'institution doit être envisagé et discuté avec le service des systèmes d'information du CHUV. La récolte systématique d'indication en termes de connaissances linguistiques est jugée prioritaire dans la mesure où elle permettrait d'identifier dès l'entrée dans l'institution les patients nécessitant un soutien linguistique, d'anticiper cette prestations, cette démarche s'inscrivant dans une perspective d'égalité de traitement.

Une remarque isolée concernant la pertinence d'enquêter du côté du service de la **gestion et de l'accueil des patients** a retenu notre attention puisqu'elle va dans le sens d'autres remarques entendues hors enquête laissant supposer qu'une amélioration des compétences transculturelles des admissionistes doit être envisagées. Cette remarque rejoint par ailleurs le discours du Directeur général qui soutient que le premier contact avec l'institution est très important et qu'une délimitation de certains indicateurs doit se faire à l'arrivée.

Si une observation axe par axe et critère par critère n'est pas particulièrement réjouissante en termes d'acquis, la mise en évidence d'une meilleure application des critères de qualité MFH dans les 4 départements que nous considérons comme sensibilisés à la problématique de la migration atteste de l'existence **de départements plus expérimentés/experts dans le domaine**, ce qui en soit est un acquis pour l'institution. Ceci atteste aussi de l'impact qu'ont eu les différentes initiatives (structures et ressources spécialisées, formations, plans stratégiques, etc.) mises en place au fur et à mesure des dernières années dans ces départements. Il est à ce jour pertinent de se demander si chaque département doit se développer ou si une certaine expertise de la prise en charge des patients migrants doit rester l'apanage de certains départements, ceux confrontés à un plus grand volume de patients migrants (Hôpital de l'Enfance, par exemple) ou à des problématiques complexes et spécifiques (Département de psychiatrie, par exemple). Il est apparu dans les commentaires que certains départements se sentent moins concernés et ces propos ont été soutenus par la Direction générale qui favorise le développement d'une expertise plutôt que le développement de compétences spécifiques sur l'entier de l'institution. Il est toutefois nécessaire que certains développements se généralisent. Les critères de qualité qui ne sont jamais appliqués de façon large/systématique dans les départements non sensibilisés offrent des pistes quant aux développements à privilégier sur l'ensemble de l'institution. S'il est prématuré d'attendre que chaque département ait un plan d'action ou des ressources financières ainsi qu'une offre spécifique de formation en CCT ou encore développe ses collaborations avec des experts publics et privés, il semble en revanche indispensable que chaque département informe sur les **bonnes pratiques en matière de communication** (plus spécifiquement décourage le recours aux famille et personnel bilingue dans certaines situations) et mette à disposition, au minimum, des **déclarations de consentement pour les interventions médicales en plusieurs langues**. Par ailleurs, une **information claire sur la position du département** en matière de prise en charge de la patientèle migrante est attendue. Notons que peu après la passation de l'enquête, le 14 décembre 2010, des feuille de consentement éclairé en 5 langues en plus du français (portugais ; espagnol ; italien ; anglais ; allemand) ont été mises à disposition sur l'intranet du CHUV. L'origine de cette initiative ne nous est pas connue.

3. ENQUETE PAR FOCUS GROUPS DE CLINICIENS, INTERPRETES ET PATIENTS

Objectif principal: Evaluer les pratiques en place en termes d'interprétariat/communication, d'interface somatique-psychiatrique; identifier les besoins ressentis par les patients, les cliniciens et les interprètes.

Objectif(s) secondaire(s): Evaluer l'accueil aux populations migrantes au sein de l'hôpital.

Setting hospitalier : **Relation médicale**; relations externes ; gestion du personnel

Population : 28 patients migrants du CHUV (10 patients d'Afrique subsaharienne francophone, 10 patients albanophones des Balkans, 8 patients originaires de pays latins d'Europe du sud) ; 10 interprètes (5 professionnels du service Intermedia et 5 collaborateurs du CHUV non professionnels) ; 30 cliniciens du CHUV (1 groupe de médecins psychiatres, 2 groupes de médecins somaticiens (1 groupe provenant se services sensibilisés et 1 de services non sensibilisés), 2 groupes de cliniciens non médecins (1 groupe provenant de services sensibilisés et 1 de services non sensibilisés).

Calendrier : de mi-octobre 2010 à mi-février 2011

Instrument : Guide d'entretien investiguant les besoins et lacunes dans la prise en charge des patients migrants avec 2 axes prioritaires: l'interprétariat et l'interface somatique-psychiatrique.

INTENTIONS

L'enquête par FG avait pour but l'évaluation de la prise en charge des patients migrants au CHUV par le biais d'une investigation qualitative des perceptions qu'en avaient les cliniciens, les patients migrants et les interprètes. L'accent a porté sur les ressources existantes, les besoins et les facteurs d'insatisfaction identifiés par ces intervenants et usagers. L'enquête a permis d'approfondir plus particulièrement deux axes établis comme prioritaires dans le cadre du projet global MFH : l'interprétariat dans les consultations et les itinéraires de soins en termes de liaisons et d'interface somatique-psychiatrique. Les besoins en termes de formation en CCT ont été élaborés par le biais d'une investigation large sur les lacunes et difficultés en lien avec la prise en charge des migrants.

METHODE

Approche

Les Focus Group (FG) consistent en des interviews collectives qui utilisent l'interaction entre répondants pour explorer en profondeur leur point de vue et leurs expériences[6][7]. Cette approche qualitative est beaucoup utilisée dans le domaine des soins et est reconnue pour son efficacité dans l'exploration des attitudes et besoins du personnel clinique, d'interprètes et de patients[8][9].

Le guide d'entretien a été construit à partir de nos questions de départ et des deux axes principaux à approfondir. Nous avons, à quelques modifications près utilisé le même guide d'entretien pour les 9 FG (Annexe 3). Cependant, nous avons davantage développé l'axe de l'interprétariat avec les interprètes et élaboré plus amplement la réflexion autour des questions d'interface et liaison soma-psychiatrique avec les médecins-psychiatres. Les patients/interprètes/cliniciens choisis pour participer aux FG ont reçu préalablement la fiche d'information du projet ainsi qu'une invitation (par email ou courrier postal) à se rendre au CHUV. Pour chaque FG, un animateur compétent dans la conduite d'entretiens de groupe, ainsi qu'un observateur prenant note des changements de tour de parole étaient présents. Le FG de patients albanophones a été animé par une responsable de recherche albanophone, affilié à l'équipe Psy&Migrants.

Les participants signaient la fiche de consentement, disponible en albanais pour le groupe de patients albanophones, puis répondaient au bref questionnaire recueillant les données sociodémographiques nécessaires au projet: âge, origine, emploi actuel, nombre d'années en Suisse, statut de séjour, niveau de français auto-évalué, services/unités du CHUV consultés récemment. Pour les interprètes et les cliniciens, le nombre d'années d'expérience a aussi été rapporté. Pour les cliniciens uniquement, leur spécialité, ainsi que leur service d'affiliation a été ajouté.

Analyse

L'ensemble des FG a été enregistré (audio) et retranscrit. Les transcriptions des FG ont été soumises à une analyse de contenu qualitative orientée par les objectifs du projet[10][11][12]. Une grille d'analyse avec 3 catégories principales comprenant chacune des sous-catégories a été élaborée dans le cadre d'une lecture flottante pluridisciplinaire. Le contenu de ces catégories est décrit dans la section Résultats.

---

[6] Morgan D. L. Focus groups as qualitative research. London :Sage. 1997
[7] Greenbaum T. The handbook for focus group research. Thousand oaks : Sage. 1998.
[8] Kitzinger J. Introducing Focus Groups. British Médical Journal. 2000 ;311 : 299-302
[9] Guex P. and Singy P. Quand la médecine a besoin d'interprètes. Médecine et hygiène. 2003
[10] Mayer R and Ouellet F. Méthodologie de recherche pour intervenants sociaux. Montréal : Morin. 1991
[11] Morgan 1997 D. L. Focus groups as qualitative research. London: Sage. 1997
[12] Mayring P. Qualitative Inhalts Analyse : Grundlagen und Techniken. Weinheim : Beltz. 2003

Echantillon

9 FG, constitués de 5 à 10 personnes, ont été conduits :

1. Patients migrants du CHUV : 3 FG
2. Interprètes professionnels et non professionnels : 1 FG
3. Cliniciens du CHUV : 5 FG

1) Patients

Afin de refléter la diversité de la population migrante présente dans la région lausannoise, différents groupes de migrants ont été ciblés, ces trois groupes correspondant à des migrations différentes :

- 10 patients d'Afrique subsaharienne francophone (groupe en français) en CH depuis moins de 2 ans ;
- 10 patients albanophones des Balkans (groupe en albanais), en CH entre 2 et 20 ans ;
- 8 patients migrants originaires d'Europe du Sud (Italie, Espagne, Portugal), en Suisse depuis plus de 20 ans (groupe en français).

Les participants répondaient à trois critères d'inclusion: être âgés de 18 ans au moins ; être un migrant de première génération ; avoir été hospitalisé au moins 1 fois au CHUV dans les 12 derniers mois et/ou avoir recouru au moins 2 fois à des consultations ambulatoires (sur rendez-vous ou aux urgences) du CHUV dans les 12 derniers mois.

Nous avons également tenté, au sein de chaque groupe, de refléter de manière indicative la diversité des sous-populations migrantes concernées, notamment en termes de genre, d'âge, de permis de séjour et de statut socioprofessionnel.

Afin de constituer ces 3 groupes, les admissions des différents départements du CHUV ont été sollicitées. Nous avons également fait appel à la consultation générale de la PMU, aux services sociaux de la Ville ainsi qu'à des associations communautaires de migrants ou actives auprès de ceux-ci.

2) Interprètes

Le FG unique d'interprètes a regroupé :

- 5 interprètes professionnels du service Intermedia (Appartenances) intervenant régulièrement pour le CHUV.
- 5 collaborateurs du CHUV plurilingues non formés à l'interprétariat figurant sur la liste « interprètes » de l'annuaire du CHUV, choisis au hasard.

L'inclusion dans ce groupe exigeait au minimum 2 interventions en tant qu'interprète dans un setting clinique du CHUV au cours des 12 derniers mois. Nous avons également tenté de diversifier les langues et origines des participants. Le contact avec les interprètes d'Appartenances a été pris par le biais des responsables du service Intermédia qui nous ont recommandé des interprètes susceptibles de participer.

3) Cliniciens

Les FG de cliniciens ont permis d'accéder aux points de vue de divers intervenants de l'hôpital :

- 5 Médecins psychiatres
- 5 Médecins de services somatiques sensibilisés
- 6 Médecins de services somatiques non sensibilisés
- 8 Cliniciens non médecins (infirmier.ère.s, psychologues, assistants sociaux) de services somatiques et psychiatriques sensibilisés
- 6 Cliniciens non médecins de services somatiques non sensibilisés

Initialement, les médecins psychiatres devaient être interrogés conjointement avec les médecins somaticiens de services sensibilisés, mais en raison du caractère décentré des services de psychiatrie, nous avons été contraints d'organiser deux FG distincts.

L'inclusion dans ces groupes exigeait au moins 1 an d'expérience dans le service. Une lettre à 32 chefs de service du CHUV demandant de déléguer deux cliniciens du service pour participer à cette enquête a été envoyée fin septembre. Un rappel par mails et téléphones a été fait à la mi-octobre auprès des secrétariats de chaque service. Au final, 16 (50%) des 32 services contactés sont représentés dans cette enquête :

- Services considérés sensibilisés : le service de gynécologie-obstétrique, le service d'alcoologie, le service de néonatologie, le service de pédiatrie, le service des urgences, le service de psychiatrie générale, le service de psychiatrie de l'âge avancé, le service de psychiatrie communautaire, le service de psychiatrie de liaison, et le service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.
- Services considérés comme non sensibilisés : le service d'endocrinologie, diabétologie et métabolisme, le service des maladies infectieuses, le service d'urologie, le service de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation, le service de neurologie, et le service de radio-diagnostic et radiologie interventionnelle.

RESULTATS

Les résultats sont présentés par thèmes et sous-thèmes, correspondant à autant de champs problématiques ou lacunes relevées en lien avec les prises en charge des patients migrants. Les propositions d'amélioration concrètes avancées par les personnes interrogées figurent par ailleurs dans les résultats.

Participation

Si tous les service sensibilisés ont répondu à l'appel et sont présents dans cette enquête, plusieurs chefs de services présupposés non sensibilisés aux questions de migration n'ont pas désigné de représentants à inviter aux FG. La plupart d'entre eux n'ont pas répondu, certains ont évoqué une surcharge de leur personnel et d'autres ont clairement exprimé leur désintérêt. Ceci montre d'une part les acquis du travail des dernières années en matière de sensibilisation à la clinique transculturelle des services sensibilisés mais relève aussi les nombreuses lacunes des services se sentant moins concernés par cette question. Pour ces raisons, les FG de cliniciens, médecins et non-médecins, ont été les plus difficiles à constituer.

1) Barrière linguistique et interprétariat

L'ensemble de la population interrogée se dit consciente de l'importance de bien communiquer et de bien comprendre l'autre dans une consultation clinique. La majorité des cliniciens présents lors des FG soutient l'objectif de faciliter et d'améliorer l'accès aux interprètes. Néanmoins, certains cliniciens de services non sensibilisés et peu habitués à travailler en trialogue font part d'une certaine méfiance à recourir à l'interprétariat par souci de perdre le contrôle de ce qui se dit et par inconfort.

« *On a peur de l'imprécision…on essaie de faire confiance mais finalement on n'est jamais vraiment sûr à 100%. Alors on dit que c'est mieux que rien mais c'est probablement insuffisant. Je sais pas quelle formation ils ont exactement, hein… je sais pas à quel point ils sont confrontés à des situations délicates… J'ai la crainte que tout ce que je dis ne soit pas retranscrit correctement* ».

Parmi les lacunes et difficultés relevées par l'ensemble des populations dans le domaine de la communication et de l'interprétariat, la première est liée ***aux situations d'urgences***. Dans de telles situations, trouver une personne qui puisse traduire dès la porte d'entrée des urgences apparaît difficilement réalisable du fait de l'indisponibilité des ressources bilingues internes du CHUV et de l'impossibilité d'organiser des rendez-vous différés avec des interprètes professionnels externes. Une nouvelle solution communément proposée réside dans la mise en place d'un service de ***traduction par téléphone*** de manière plus systématique.

« *Je pense que là où c'est difficile, c'est effectivement dans l'urgence, trouver quelqu'un de disponible…on recourt soit à la liste CHUV, soit à des traducteurs par téléphone* ».

Deuxièmement, un manque de ***documentation traduite*** à destination des patients migrants (consentement éclairé, informations sur déroulement et but de certains examens médicaux, information sur le fonctionnement des urgences, etc.) dans divers lieu de l'hôpital est relevé. Traduire des documents écrits pour les admissions, les urgences et pour tout autre service qui offre des examens spécifiques (radiologie, prise de sang, etc.) est proposé.

Les cliniciens et interprètes font part d'expériences de consultations en trialogue où un ***manque de connaissances linguistiques*** chez les personnes chargées de l'interprétariat a perturbé le bon déroulement de la consultation. De même, il se trouve quelques patients rapportant des expériences peu concluantes avec des interprètes jugés « peu précis » dans leur travail, renforçant le sentiment d'incompréhension de part et d'autre. De nombreux participants aux FG insistent plus également sur l'importance d'une formation solide des interprètes, professionnels et non professionnels, pour assurer de bonnes prises en charge aux migrants allophones.

Pour les cliniciens, le manque de personne-ressources disponibles pour certaines ***langues ou dialectes*** apparaît comme un obstacle. Il semble parfois compliqué, voire impossible, de trouver sur la liste d'interprètes volontaires du CHUV une ressource qui parle la langue recherchée. Plusieurs médecins et infirmier.ère.s évoquent la possibilité de créer un nouveau ***pool interne de collaborateurs plurilingues*** afin d'améliorer l'accès (plus rapide et moins coûteux) à des consultations en trialogue. Une autre solution suggérée est ***d'étoffer la liste existante des « interprètes » CHUV*** et de rendre ainsi ces ressources plus visibles. Enfin, certain cliniciens disent recourir à des dictionnaires électroniques (google translate, reverso, etc.) afin d'arriver à communiquer avec des patients allophones.

Pour certains collaborateurs de services non-sensibilisés, c'est le chef de service, et donc la ***hiérarchie***, qui limite le recours aux interprètes, ceci essentiellement pour des questions de coûts jugés trop élevés et/ou non justifiés. Il leur paraît donc important de faire du lobbying auprès de la Direction Générale et des différents chefs de département afin d'avoir une position institutionnelle plus claire.

En ce qui concerne les interprètes, ils déplorent le ***peu de temps*** dont dispose les soignants et la pression de rentabilité qu'ils subissent. Dans ces conditions, ils se sentent souvent « catapultés » dans des consultations dont ils ne connaissent ni le ***cadre*** ni les ***objectifs***, et n'ont par ailleurs pas assez souvent l'opportunité de ***débriefer*** avec le clinicien au terme de l'entretien. Le besoin des interprètes serait de bénéficier d'un temps de discussion avec le clinicien, avant et après la consultation.

« C'est important d'avoir quelques détails nécessaires avant la traduction pour qu'on comprenne exactement ce qu'on doit dire et à quoi on doit faire attention… ».

Parallèlement, plusieurs cliniciens rejoignent les interprètes pour souligner l'importance de clarifier le cadre du travail en triade avant la consultation, tout en relevant le ***manque de temps*** à leur disposition pour bien préparer l'entretien et bien communiquer avec le patient.

Une partie des cliniciens de services sensibilisés et interprètes attirent également l'attention sur le ***profil de l'interprète***, celui-ci pouvant influencer l'attitude du patient durant la consultation, notamment en l'empêchant dernier de s'ouvrir aux cliniciens sur des sujets personnels ou tabouisés. Ils suggèrent à cet égard de tenir compte autant que possible des ***préférences des patients*** quant au genre et à l'appartenance ethnique de son interprète.

Une autre difficulté soulignée par les interprètes est celle de maintenir ***le lien entre les différents services*** où le patient consulte et de s'assurer que ce dernier retrouvera « son » interprète lorsqu'il consultera un autre clinicien du CHUV ou à l'extérieur. Du point de vue des interprètes, les administratrices organisant les rendez-vous doivent passer par eux, sans quoi les patients risquent de

ne pas se présenter aux consultations et/ou de ne pas savoir où aller, la signalétique du CHUV étant peu claire pour des personnes non-francophones.

Pour les interprètes et plusieurs patients interrogés, le tournus périodique des médecins assistants représente un autre facteur de difficulté, puisqu'il contraint les patients à se réadapter à un nouveau soignant tous les 6 à 12 mois et entraine à chaque changement une perte importante d'informations concernant les patients et leur problématique. A cet égard, les interprètes se voient comme des garants possibles du lien entre les différents acteurs et de la ***continuité du suivi.***

« … le patient il se perd au milieu si en plus ça change toujours les interprètes ».

Certains patients font écho à ce point de vue, mettant en valeur la pluralité de l'appui que leur offrent les interprètes dans leur quotidien, au-delà du seul suivi médical. Ils relèvent la multitude de rôles que l'interprète peut jouer : traducteur, « avocat qui défend leur cause », conseiller, soutien moral et psychologique en dehors des consultations.

« J'ai une interprète d'Appartenances, quand je suis accompagnée d'elle, je me sens mieux dans la rencontre avec le médecin. J'arrive à expliquer tout ce que je ressens et elle traduit de façon précise. Quand je n'ai pas eu d'interprète, j'avais l'impression de ne pas être prise au sérieux ».

2) Prise en charge de la souffrance psychique

L'une des difficultés récurrente des cliniciens interrogés consiste de toute évidence à ne pas savoir à qui s'adresser en cas de questions ou de doutes survenant dans des situations cliniques transculturelles complexes. Plusieurs d'entre eux déplorent ainsi l'absence d'un ***soutien social*** approprié dans leur service afin de répondre aux besoins de certains patients migrants présentant une grande souffrance liée à leur situation sociale de migrants forcés. De leur point de vue, une assistante sociale rattachée au service permettrait de pallier cette lacune. Par ailleurs, comprendre la ***souffrance psychique*** dans son contexte culturel est perçu comme compliqué et les cliniciens se disent parfois démunis, avec un sentiment d'impuissance face à certains patients dans des situations de grande précarité. Certains souhaiteraient à cet égard pouvoir faire appel à des ***« traducteurs psychiques »*** ou à des ***experts en psychiatrie transculturelle***.

Le taux élevé de ***syndrome de stress post-traumatique (PTSD)***chez les patients migrants est relevé par les psychiatres et par certains cliniciens des services sensibilisés qui font part d'un mauvais dépistage et d'un manque d'attention porté à cette problématique chez les populations les plus à risque (requérants d'asile avec vécu de guerre et mineurs non accompagnés). Une solution proposée réside dans la mise en place d'un dépistage précoce des psychopathologies associées à la migration forcée (troubles de l'humeur et PTSD principalement) devant permettre d'orienter ces personnes correctement dans le réseau de soin psychiatrique.

« *…on a aussi des populations extrêmement vulnérables, comme les mineurs non accompagnés, où la difficulté supplémentaire est liée à cette incertitude et à tous les traumatismes, la plupart présente une santé mentale très très fragile. Après il y a aussi la problématique de savoir où on les adresse, quelle prise en charge pour ces patients. Parce qu'il y a des personnes qui n'ont jamais entendu parler d'un psychologue ou qui pensent qu'un psychologue c'est forcément pour les fous…* ».

L'évaluation de la santé mentale apparaît complexe pour beaucoup de médecins somaticiens interrogés. Ils sont en demande de formation afin d'acquérir des outils leur permettant de dépister plus facilement une souffrance ou une difficulté psychique chez un patient qui consulte pour une raison somatique.

Les cliniciens des services sensibilisés relèvent également l'importance ***d'appréhender le patient dans sa globalité*** et de le contenir dans un ***réseau*** de soin solide, où les compétences de chacun servent la prise en charge. Créer davantage de liens entre les médecins somaticiens et les psychiatres afin de « tirer tous à la même corde », tout en maintenant le patient au centre des préoccupations représente un objectif à long terme pour plusieurs cliniciens.

Du côté des patients, une partie des patients albanais et africains disent avoir été contents que le médecin s'intéresse à eux, en leur posant des questions, en leur demandant comment il se sentait « dans la tête » et en les orientant parfois chez un psychiatre. Ils disent attendre de leur médecin de l'écoute et des conseils. Il se trouve toutefois également des patients africains et, surtout, d'Europe du Sud qui, au contraire, ne souhaite pas que leur souffrance mentale soit abordée en consultation. Voir un psychiatre, « un médecin pour les fous », apparaît comme stigmatisant et le fait que certains médecins leurs demandent s'ils se sentent bien dans la tête, a été vécu comme intrusif.

Une partie des patients migrants ont également fait état de peurs de ne pas être pris en charge de la même manière que les patients autochtones et de se voir coller une étiquette de malade psychique en raison de leur statut de migrant :

« …et le médecin, il sait que toi tu es requérant et donc il te soigne pas, donc, au fond…moi j'avais mal aux dents, je pars au dentiste et il m'enlève les dents ».

« Quand nous venons aux urgences et que nous sommes suivis par un psy, ils pensent immédiatement que les douleurs que nous avons sont dues à ces problèmes-là… ».

3) Compétences transculturelles

Un besoin transversal relevé par l'ensemble des cliniciens est celui d'avoir plus de ***temps et d'espaces*** de partage de pratiques cliniques, de ***supervision et d'intervision liés spécifiquement à la prise en charge des patients migrants et aux aspects culturels intervenant dans cette prise en charge***. De plus, un sentiment de carences en termes de ***connaissances géopolitiques*** est partagé par les cliniciens des services sensibilisés qui ne se sentent parfois pas à même d'accueillir de manière adéquate ou de comprendre un patient migrant par manque d'information et de savoirs spécifiques. Le besoin de mieux connaître les ***droits et les questions*** liées ***au système de santé*** suisse ressort également souvent chez les cliniciens.

« *Je pense qu'il manque beaucoup de formations… Et des professionnels le demandent aussi par rapport au système de santé, de connaître comment ca fonctionne pour les migrants et puis aussi on a remarqué qu'il y a quand même des préjugés de la part de professionnels. Donc se serait de former les gens à s'ouvrir à l'autre, à d'autres manières de faire ».*

Tous les cliniciens sont en demande de ***formations*** plus régulières et plus complètes afin d'affiner leur savoir-faire et d'élargir leurs connaissances en clinique transculturelle.

Les interprètes font, quant à eux, référence à la culture médicale suisse qui entre en tension avec la culture des patients. En abordant la question ***du langage médical*** inadapté de certains cliniciens en consultation, ils mettent le doigt sur la nécessité pour les intervenants de ***se mettre à niveau*** avec le patient dans les explications qu'ils leur livrent.

Une partie des patients africains dit avoir eu d'excellentes expériences avec des médecins « ayant fait l'Afrique » ou ayant travaillé à l'étranger. Ils considèrent ces médecins comme « moins froids et plus humains ». Plus généralement, la présence au sein de l'hôpital de soignants de la même origine que les patients migrants ou connaissant bien leur pays est souvent considéré comme un avantage pour ces patients.

Attitudes, méconnaissances et préjugés

De nombreuses expériences négatives vécues essentiellement aux urgences par les patients interrogés mettent en évidence un sentiment de ne pas ***être pris au sérieux et reconnus dans sa souffrance par les soignants,*** et met en relief le ***manque d'explication*** que le personnel, tant administratif que clinique de l'hôpital, donne au patient.

Certains patients albanais ou africains racontent qu'ils ont dû « convaincre le personnel qu'ils étaient malades » en revenant plusieurs fois aux urgences :

Requérant d'asile: « Il y a des moments vraiment que j'ai pas aimés ici, quand on dit l'urgence, ca n'existe pas ici…chez moi quand tu souffres tu te sens mal, dès que tu rentres on doit te prendre vite. Mais j'ai poiroté ici presque deux fois…on le laisse pas là 2-3 heures de temps...là j'ai rien compris ».

Patient à l'aide d'urgence : « Aux urgences, j'attendais presque une heure et ils m'ont appelé, moi j'ai pensé pour me soigner mais c'était pas pour me soigner, c'étaient des questions encore… j'avais trop peur donc j'avais pas trop confiance quoi… »

Un patient portugais fait part d'une expérience en hospitalier suite à une opération :

« ….quand j'avais mal et que j'avais pas dit, même au médecin…ils m'ont dit « Bof, vous avez pas mal, c'est pas possible »….et les points ça a lâché à l'intérieur, et j'avais dit j'ai mal, chaque fois plus…Ils m'ont pas cru ».

DISCUSSION

La nécessité de rappels réitérés aux chefs de service pour qu'au final 50% des services contactés participent à cette enquête par FG confirme, tout d'abord, les importantes disparités internes au CHUV en termes de sensibilité aux problématiques de la migration et de la clinique transculturelle. S'il semble y avoir une sorte d'unanimité autour de l'importance d'une bonne intercompréhension dans les rencontres clinicien/patient migrant au CHUV, tout indique par exemple que les positions ambiguës, voire ouvertement limitatives de certaines hiérarchies de service en matière de financement de l'interprétariat professionnel pèsent négativement sur l'accès à ce type de prestations.

Pour ce qui est de la pratique de l'interprétariat, une partie des cliniciens de services non sensibilisés semble en proie à des craintes de perte de contrôle sur la consultation et les compétences linguistiques des interprètes professionnels sont parfois remises en question. A l'inverse, les patients allophones soulignent l'importance des diverses formes de soutien dont ils bénéficient de la part des interprètes communautaires professionnels, qui s'avèrent d'ailleurs souvent les seuls intervenants stables dans des trajectoires de soins marquées par des relations thérapeutiques discontinues. Les interprètes professionnels pour leur part, regrettent surtout l'absence fréquente de moments de concertation avec les cliniciens afin de poser le cadre de l'intervention et de « débriefer ». Ils rappellent également l'important de prendre en compte les préférences des patients quant au profil (genre, ethnie) de son interprète.

De plus, les entretiens cliniques d'urgence, non agendés et/ou très courts posent incontestablement des problèmes particuliers en vue d'une communication satisfaisante avec les migrants allophones. Dans ces situations, les cliniciens disent recourir à des membres de la famille du patient, à des solutions de traduction *in absentia* (traduction par téléphone par des aides informelles ou outils de traductions sur internet) et, plus souvent encore, à des collaborateurs plurilingues de l'hôpital. Certains cliniciens suggèrent d'ailleurs un élargissement et une diversification du pool d'interprètes internes en termes de langues et de dialectes.

Face au taux élevé d'état de stress post-traumatique et de troubles de l'humeur observés chez les patients migrants il est fait état d'un certain manque de prévention, de dépistage et de prises en charge précoces, pouvant conduire à des diagnostics tardifs et des hospitalisations d'urgence inutiles. L'absence d'un soutien social approprié dans des services confrontés à de nombreux patients migrants souffrant de leur précarité sociale représente une autre lacune importante signalée. De manière générale le travail en réseau et les collaborations entre services semble insuffisant pour permettre des prises en charge holistique de patients migrants et les cliniciens disent manquer de temps pour discuter de situations cliniques transculturelles complexes. Enfin, une partie des cliniciens apparaissent démunis face à des cas de patients migrants présentant une importante composante de santé mentale et souhaitent l'aide ponctuelle d'experts en psychiatrie transculturelle. Tous les médecins et les cliniciens non médecins sont par ailleurs en demande de formation afin d'améliorer leur pratique. La santé mentale des migrants et divers aspects relevant des cultures d'origine des migrants figurent parmi les principaux desiderata de formation des cliniciens.

Besoins

- ⇨ Les critères de recours à l'interprétariat professionnel doivent être clarifiés et communiqués aux collaborateurs et aux hiérarchies de services.
- ⇨ Les ressources permettant de communiquer avec des patients allophones consultant dans des situations d'urgence ou de consultations courtes méritent d'être étoffées (liste d'interprètes internes, interprétariat téléphonique, documents d'explication traduits dans plusieurs langues).
- ⇨ Les conditions d'interventions du personnel plurilingue doivent être améliorées (formation a minima, personne de contact en cas de problème, etc.).
- ⇨ Les cliniciens doivent être mieux formés à la collaboration avec des interprètes (briefing/débriefing, importance du choix de l'interprète (genre, ethnie), importance de continuité du lien patient/interprète, etc.).
- ⇨ Les interprètes professionnels doivent répondre à des standards de formation élevés, notamment au plan de leurs connaissances linguistique en français.
- ⇨ Le dépistage précoce des psychopathologies associées à la migration doit être amélioré en offrant des espaces de parole/d'évaluation aux migrants forcés.
- ⇨ L'accès pour les cliniciens en somatique et en psychiatrie à des experts en psychiatrie transculturelle doit être facilité.
- ⇨ Les ressources en travail social doivent être renforcées pour soutenir les patients migrants dans leurs démarches socio-administratives et permettre une prise en charge globale des cas de migrants complexes.
- ⇨ La création et l'élargissement d'espaces de supervisions/intervision d'équipes dévolus à des cas cliniques complexes et lourds doivent être encouragés.
- ⇨ Les offres de formation pour cliniciens doivent intégrer des savoirs spécifiques sur l'origine et la culture du patient (connaissances géopolitiques sur les pays d'origine, par exemple), l'évaluation de la santé mentale du patient migrant et des aspects juridico-légaux liés au système de santé suisse.

4. MONITORING DE L'ACTIVITE CLINIQUE DES EQUIPES EMVS ET PSY&MIGRANTS

Objectif principal: Identifier le profil de groupes de patients migrants particulier (avec problématique psychiatrique ou cumulant les facteurs de vulnérabilités) et les lacunes de l'institution dans leur prise en charge afin d'évaluer l'utilité et la pertinence des équipes Equipe mobile vulnérabilités (Emvs) et Psy&Migrants.

Objectif(s) secondaire(s) : Evaluer les besoins en termes d'interface psychiatrique/somatique ; Evaluer l'accueil et les itinéraires de soins des populations migrantes dans l'hôpital.

Setting hospitalier : **Relation médicale**; accueil-orientation

Population : Ensemble des patients migrants pris en charge par les équipes Psy&Migrants (patients psychiatriques migrants) et Emvs (patients cumulant les facteurs de vulnérabilités), sur une période de 6 mois.

Calendrier : monitoring du 1er juillet 2010 au 31 janvier 2011.

Instrument : base de données Psy&Migrants + base de données Emvs avec indicateurs communs.

INTENTIONS

L'extraction des données relative au travail effectué par l'Equipe mobile vulnérabilités (Emvs) et l'Equipe clinique Psy&Migrants avait comme objectif de décrire les populations concernées par leurs interventions et les besoins de cette population et du personnel qui les prend en charge en première ligne. Ceci notamment afin de les situer dans le réseau des structures spécialisées dans la prise en charge des patients migrants.

Ce monitoring visait par ailleurs à identifier les dysfonctionnements institutionnels éventuels (en terme de collaboration entre services et professionnel, de mise en réseau, de disponibilités de ressources spécialisées, par ex.) à travers les observations directes des deux équipes.

Finalement, l'analyse de l'activité des 2 équipes devait permettre d'observer leur complémentarité et leur développement en termes de collaboration : prise en charge conjointe de patients avec des co-morbidités somatiques et psychiatriques, aide ponctuelle en deuxième ligne, etc.

Présentation des équipes cliniques

L'**Equipe mobile vulnérabilités** (Emvs) a été créée en 2010 afin de répondre aux besoins des patients à multiples vulnérabilités. Elle est composée de deux infirmières cliniciennes, d'un assistant social et d'une supervision médicale.

Sa mission est de répondre en 2ème ligne dans le périmètre CHUV/PMU aux situations les plus complexes de patients cumulant des facteurs de vulnérabilités sociales et médicales tout en familiarisant les soignants de 1ère ligne à cette problématique, au travers de différentes interventions :

- faire une évaluation globale des patients ;
- prendre contact avec le réseau du patient ;
- aider les soignants intra-hospitaliers à orienter les patients vers des spécialistes ;
- instaurer un suivi médical ;
- soutenir et accompagner les patients sur le plan social ;

L'activité a démarré en juillet 2010 par des interventions sur appel et signalisation d'un soignant de 1ère ligne ou par détection « proactive » des situations à risque pas l'intervenant Emvs aux urgences.

Une patientèle migrante est indirectement ciblée par cette nouvelle structure institutionnelle, la migration étant un facteur de vulnérabilité important.

L'équipe clinique Psy&Migrants fait partie du projet Psy&Migrants débuté en 2005 au sein du Département de psychiatrie (DP) du CHUV, qui avait pour objectif d'améliorer l'accessibilité et la qualité des soins psychiatriques pour les migrants.

L'équipe clinique se consacre essentiellement au soutien en deuxième ligne des collaborateurs du DP du CHUV lorsqu'ils sont confrontés à des situations cliniques complexes avec des migrants, par différents moyens :

- hotline ;
- consultations spécialisées ;
- supervisions/intervisions ;
- sensibilisations itinérantes dans les unités du DP ;
- collaboration avec le réseau ;

Le périmètre d'intervention de cette équipe est le terrain du DP.

METHODE

Récolte de données

Dans leur pratique courante, les deux équipes utilisent chacune un questionnaire recensant un certain nombre d'informations en lien avec le motif de la demande qui leur est adressée, les interventions effectuées mais aussi le profil du patient. Des indicateurs en lien avec la situation sociale des patients, leur statut migratoire et leur situation médicale sont aussi recensés. L'entier des informations est reporté sur des bases de données informatiques, chaque équipe ayant sa propre base de données.

Dans le cadre de la phase A du programme MFH, il a été proposé aux deux équipes :

1) D'extraire un certains nombres d'indicateurs communs:
   - Profil des patients : statut actuel/de séjour ; maîtrise du français ; état civil ; situation familiale ; assurance maladie.
   - Nature de la demande.
   - Nature de l'intervention.
2) D'observer et recenser leurs expériences en termes de fonctionnement institutionnel

L'Emvs a commencé son recueil de données parallèlement à sa mise en activité. A fin janvier, un rapport sur 7 mois a été effectué. L'équipe clinique Psy&Migrants, en place depuis 2006, a analysé ses données sur une période de 6 mois, de juillet à décembre 2010.

Une extraction de leurs données a été transmise à l'équipe de projet MFH en février 2011.

RESULTATS

Equipe Mobile Vulnérabilités (Emvs)

L'Emvs a vu 64 patients migrants depuis le début de son mandat en juillet 2010, ce qui représente 1/3 de ses patients. Toutes les interventions ont eu lieu auprès de patients ayant recouru aux urgences, dont 23% proviennent d'un dépistage proactif des situations à risques aux urgences.

Profil des patients

Sur l'ensemble des patients migrants vu par l'Emvs, 39% viennent d'Europe, 35% d'Afrique, 17% d'Asie et 9% d'Amérique latine.

En ce qui concerne leur statut de séjour, 44% des patients ont un permis B ou C, 31% sont en situation de clandestinité (sans-papiers), et 19% sont des requérants ou déboutés de l'asile, l'information sur le statut légal manquant dans 6% des cas. Un quart de l'ensemble des patients suivi par l'Emvs ne parle pas ou difficilement le français.

Parmi les patients migrants, on observe une majorité d'hommes et une moyenne d'âge de 40 ans. La grande majorité (80%) vivent seuls (célibataires, divorcés, ou veufs). Par ailleurs, une grande précarité sociale est apparente (56% sont sans revenu légal fixe, 36% sans domicile fixe, 31% à l'aide sociale).

La majorité des patients migrants présente une vulnérabilité somatique (68%), 53% souffrent de maladies aigües ou chroniques sévères. Ils sont par ailleurs nombreux (58%) à souffrir de troubles anxio-dépressifs et d'addiction (63%). Finalement, 62% n'ont pas de médecin de premier recours et 30% affirment avoir des difficultés relationnelles avec les soignants.

Types de demandes

Les demandes qui émanent du personnel de 1ère ligne ont concerné :

- des questions relatives aux possibilités de regroupement familial en fonction du permis de séjour ;
- des démarches à entreprendre pour modifier les conditions de logements dans les centres d'hébergement EVAM ;
- des démarches à entreprendre pour permettre à un migrant menacé d'expulsion de rester en Suisse pour motifs médicaux ;
- le financement des soins ;
- les difficultés de communication avec le patient.

Observations directes du fonctionnement institutionnel

Interprétariat et communication :

- il est impossible d'obtenir à ce jour une traduction pour les patients migrants dans le setting de prise en charge des urgences CHUV/PMU ;
- certains services du CHUV ont des réticences, voire refusent, à travers des ordres de service, d'organiser une traduction par des traducteurs professionnels du service Intermedia pour les patients migrants, mettant en avant des problèmes de financement de ce service de traduction
- bien qu'il soit théoriquement possible de faire appel à un traducteur sur la liste du personnel soignant figurant dans le bottin du CHUV, cette possibilité est souvent difficilement applicable (p.ex. refus de la hiérarchie de libérer le soignant pour la traduction, manque de disponibilité de ce personnel en raison de leurs tâches, etc.).

Les compétences cliniques transculturelles :

- de manière générale, les équipes soignantes méconnaissent les services existants en intra-hospitalier dans le domaine de la migration (Unité des populations vulnérables, Commission populations sociales, etc.)
- les démarches à entreprendre ou les structures extrahospitalières à contacter lorsqu'il s'agit d'accompagner ou d'orienter un migrant dans ses problématiques de logements, d'assurances, etc sont méconnues.

Equipe Psy&Migrants

L'équipe Psy&Migrants est intervenue pour 42 patients tous par définition migrants entre juillet et décembre 2010. Les demandes sont parvenues dans la plupart des cas d'unités ambulatoires du Département de psychiatrie, par l'intermédiaire de médecins cadres, assistants, psychologues, d'infirmier.ère.s et d'assistants sociaux. Des demandes externes au Département de psychiatrie ont aussi été répertoriées, par des médecins de premier recours ou d'autres partenaires installés dans le privé ou dans le réseau institutionnel externe.

Profil des patients

34% des patients vus par Psy&Migrants viennent d'Europe de l'Est, avant tout des pays d'ex-Yougoslavie ; 31% sont d'origine d'Afrique subsaharienne ; 14% sont d'Asie centrale ; quelques un d'Afrique du Nord et d'Amérique latine.

L'équipe clinique de Psy&Migrants est intervenue dans la majorité des cas pour des patients avec un statut de séjour précaire : des requérants d'asile (29%), des sans papiers (20%), des patients avec

une admission provisoire (17%) et des migrants étant en cours de procédure d'asile (14%). Sur le plan linguistique, la majorité de ces patients (58%) ont de très faibles compétences en français.

Une grande partie des demandes faites à Psy&Migrants concernent des femmes migrantes. 71% sont des personnes seules (célibataire, séparée, divorcée ou veuve). Les migrants récemment arrivés en Suisse (1 an max) constituant les 2/3 de sa patientèle.

Les troubles psychiatriques qui apparaissent le plus fréquemment chez cette population sont les troubles de l'humeur (80%). On trouve par ailleurs beaucoup de troubles anxio-dépressifs et des Etat de stress post-traumatiques.

Types de demandes

Les motifs des demandes étaient très variés :

- orientation dans le réseau, voire prise en charge immédiate
- prise en charge psychosociale (accompagnement dans le milieu et collaboration dans le réseau)
- aspects juridiques (possibilités de recours ou de demandes de réexamen dans le cadre du processus d'asile, intervention par rapport à l'EVAM).
- aspects culturels (par ex. incident raciste à l'hôpital, représentation de la psychiatrie, conflit intergénérationnel)
- demandes liées à l'interprétariat
- questions assécurologiques ou en lien avec le financement des soins
- questions de logement ou procédure de demande de transfert à l'EVAM

Observations directes du fonctionnement institutionnel

Itinéraire de soin et santé mentale :

- La porte d'entrée principale pour la population migrante que sont les urgences de psychiatrie, n'est pas un lieu conforme aux besoins de cette population en ce qui concerne le travail sur le lien, la nécessité d'organiser à l'avance des rendez-vous avec interprètes et le temps supplémentaire que ces deux aspects supposent. Les patients migrants y bénéficient en moyenne d'une seule consultation, selon le système d'information du DP. L'Equipe Psy&Migrants a dû recevoir rapidement certains patients, y compris ceux adressés avec des demandes sociales ou juridiques au premier plan, plutôt que de les adresser à des portes d'entrée avec des seuils trop élevés.
- Le passage entre le Service de médecine et psychiatrie pénitentiaires et la psychiatrie ambulatoire est aussi problématique. Les patients sont parfois renvoyés d'une structure à l'autre entre la sortie de prison, les urgences somatiques, les urgences psychiatriques, le Centre St-Martin (prise en charge de la toxicodépendance) et la Consultation générale de la PMU.

Formation

- Il a été constaté que les réceptionnistes sont peu sensibilisés à l'accueil des patients migrants et peu informés sur les différentes possibilités de financement.

DISCUSSION

La patientèle d'Emvs s'avère être en grande partie une patientèle migrante. Bien qu'ayant pour but d'intervenir à terme sur l'entier du CHUV, l'Emvs est intervenu à ce stade essentiellement aux urgences.

Bien que leur porte d'entrée institutionnelle soit différente, le profil des patients des deux équipes présente de nombreuses similitudes. Les informations récoltées nous montrent qu'il s'agit d'une patientèle migrante avec des problématiques somatiques, sociales et psychiatriques, et donc des co-morbidités importantes. Ces observations soulignent la complémentarité et les collaborations possibles entre les deux équipes : des prises en charge conjointes de patients migrants avec co-morbidité somatiques et psychiatriques permettraient de penser la situation de façon plus globale, d'être plus contenant pour le patient et de soulager les équipes d'aspects de la prise en charge qui les concernent moins.

La difficulté majeure relevée par l'Emvs semble se situer au niveau de l'accès à l'interprétariat. Elle relève également les connaissances approximatives du personnel soignant concernant le réseau de soins existant.

L'équipe Psy&Migrants constate, quant à elle, essentiellement des dysfonctionnements dans l'itinéraire de soins des patients migrants au sein du Département de psychiatrie : une prise en charge insuffisante et inadéquate aux urgences et un seuil d'accès trop élevé aux autres portes d'entrée du DP. L'équipe clinique a constaté qu'il manque au DP une structure qui puisse accueillir des patients migrants sans demande psychiatrique claire et ne nécessitant pas d'hospitalisation en urgence.

L'accès à l'interprétariat est aussi relevé et se situe essentiellement dans les situations d'urgence mais est également présent dans les autres services et au niveau de l'admission, en raison, probablement, du flou qui règne encore sur les droits d'accès à l'interprétariat et aux soins des patients non assurés.

Besoins

- Diffuser un message clair et unique quant aux directives concernant l'interprétariat au niveau des directions départementales;
- Développer et encourager des moyens de traduction pour les situations d'urgence ;
- Sensibiliser l'ensemble du personnel soignant aux questions d'interprétariat et informer de façon spécifique les admissionnistes quant aux droits des patients migrants à recevoir des soins adaptés;
- Rendre plus visible (pour le personnel et la patientèle) les structures intra et extrahospitalières liées à la prise en charge de la population migrante;
- Faciliter l'accès à des soins psychiatriques adaptés aux migrants forcés en allant dans la communauté;
- Intensifier la collaboration des deux équipes mobiles pour garantir une prise en charge globale et améliorer les itinéraires de soins des patients recourant aux urgences somatiques et psychiatriques.

DEPARTEMENT :

.....

PERSONNE(S) DE REFERENCE :

.....

.....

ANNEXE 2 : Check-list directions départementales

PROJET MFH (MIGRANT FRIENDLY HOSPITALS) DE L'OFSP POUR LE DEVELOPPEMENT DE CENTRES DE COMPETENCES DANS LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS MIGRANTS.

Questionnaire à l'attention des directions départementales, adapté à partir des critères de qualité définis par le réseau suisse MFH.

POLITIQUE DE L'INSTITUTION						
Veuillez indiquer si les critères suivant sont appliqués dans votre département.		Non appliqués	Partiellement appliqués	Largement appliqués	Systématiquement appliqués	Ne sais pas
1	Le département dispose d'un plan d'action et des ressources financières et humaines pour développer la prise en charge et l'accueil des patients migrants.	☐	☐	☐	☐	☐
2	Le département effectue une auto-évaluation des pratiques en termes de prise en charge et d'accueil des patients migrants.	☐	☐	☐	☐	☐
3	Le département identifie systématiquement la maîtrise du français des patients et leurs besoins en interprétariat. Si oui, sur quel type de base de données/formulaire : ……	☐	☐	☐	☐	☐
4	Le département identifie systématiquement la nationalité, le pays de naissance, les langues principales et le statut de séjour des patients migrants. Si oui, sur quel type de base de données/formulaire : ……	☐	☐	☐	☐	☐
5	Le département identifie systématiquement les langues principales des collaborateurs.	☐	☐	☐	☐	☐
6	Le département encourage le travail avec des partenaires publics et privés experts dans le domaine de la migration.	☐	☐	☐	☐	☐
COMMUNICATION						
7	Le département assure la disponibilité d'une assistance linguistique qualifiée (interprètes professionnelles du service Intermedia de l'association Appartenances) pour la communication des informations d'importance médicale entre le personnel de l'institution et les patients.	☐	☐	☐	☐	☐
8	Le département décourage le recours à la famille, aux enfants et autres proches des patients pour la communication des informations d'importance médicale.	☐	☐	☐	☐	☐

		Non appliqués	Partiellement appliqués	Largement appliqués	Systématiquement appliqués	Ne sais pas
9	Le département décourage le recours à du personnel bilingue non formé pour la communication des informations d'importance médicale.	☐	☐	☐	☐	☐
10	Les modalités de recours aux services d'interprétariat (directive «Utilisation d'interprètes pour des langues étrangères et la langue des signes») sont communiquées à tous les collaborateurs du département.	☐	☐	☐	☐	☐
11	La déclaration de consentement pour des interventions médicales est disponible dans les principales langues des patients.	☐	☐	☐	☐	☐
12	Les informations importantes destinées aux patients (brochures d'accueil, feuillets d'informations sur une pathologie, etc.) sont disponibles dans les principales langues des patients.	☐	☐	☐	☐	☐
	COMPETENCES TRANSCULTURELLES DU PERSONNEL					
13	Le département favorise l'engagement d'un personnel qui reflète la diversité linguistique et culturelle des populations soignées.	☐	☐	☐	☐	☐
14	Tous les collaborateurs reçoivent une information de base sur la politique du département suivie par rapport aux patients issus de la migration, les devoirs du personnel et les services à disposition.	☐	☐	☐	☐	☐
15	Le département assure une formation en compétences transculturelles pour le personnel soignant.	☐	☐	☐	☐	☐
	COMMENTAIRES					

ANNEXE 3 : Guideline Focus Groups

Besoins généraux

Q1) Ce qui m'intéresse dans cette première question c'est de savoir, selon vous, quelles sont les ***principales difficultés****, ce qui ne va pas,* dans le travail du personnel du CHUV (médecins, infirmier.ère.s, psychologues, etc.) avec les patients migrants ?

Q2) Quels seraient vos **besoins** pour pouvoir mieux prendre en charge les patients migrants ?

Q3) Que souhaiteriez-vous que le **CHUV fasse/offre** pour répondre à ces besoins ?

Interprétariat/ Communication

Q4) Et comment se passe d'ordinaire la communication avec vos patients migrants ? Y-a-il des **problèmes de compréhension** entre eux et vous ? Comment vous faites et quelles **solutions** verriez-vous à cela ?

Q5) Pour ceux d'entre vous qui ont fait des **entretiens avec interprètes** (l'expérience dans le travail avec interprètes), comment cela s'est-il passé (de prise de contact à l'entretien)?

Interface somatique-psychiatrique

Q6) Parmi votre patientèle, avez-vous l'impression que les migrants ont une plus grande **souffrance psychique** ? Que faites-vous avec cette souffrance?

- Dans votre expérience, comment se passent les **collaborations** entre somaticiens et personnel du département de Psychiatrie autour de cas de migrants ? Par rapport aux autres patients, remarquez-vous quelque chose de particulier ?

- Et avez-vous l'impression de pouvoir **répondre correctement** à leurs besoins dans ce domaine ? Quelles seraient les **améliorations possibles**, et que proposeriez-vous?