«La enfermedad del millionario» («la maladie du millionnaire»)

Prise en charge transculturelle d'une patiente équatorienne

Patrick Bodenmann[a], Fabrice Althaus[b], Myrian Carbajal[c], Isabelle Marguerat[d], Danièle Kohler[e], Yves Jackson[f], Hans Wolff[g]

Quintessence

- En Suisse, l'existence des patients latino-américains nous ramène souvent à la réalité des patients «sans-papiers»; alors que 40 000 ressortissants latino-américains «légaux» étaient recensés en 2005, ils constitueraient aujourd'hui environ trois quarts du collectif des «sans-papiers» en Suisse Romande.
- S'agissant essentiellement d'une migration féminine, les pathologies les plus fréquemment rencontrées concernent la santé de la sphère gynécologique et obstétricale. Des atteintes infectieuses (tuberculose, maladie de Chagas) sont également plus prévalentes au sein de la communauté latino-américaine, sans omettre certains comportements et facteurs de risque dont la perception par les patients leur est propre.
- A partir de l'histoire clinique d'une patiente équatorienne, les spécificités des compétences cliniques transcuturelles nécessaires aux soignants pour améliorer la prise en charge de patients d'origine latino-américaine sont explicitées.
- Même si l'approche transculturelle s'avère nécessaire, comme le met en évidence l'histoire de notre patiente, elle n'est pas suffisante: un regard précis sur les déterminants sociaux de la santé est essentiel à une prise en charge globale et de qualité.

«No soy de aqui, ni soy de allá, no tengo edad, ni porvenir, y ser feliz es mi color de identidad.»
«Je ne suis pas d'ici, ni d'ailleurs, je n'ai ni âge, ni avenir, et être heureux est ma couleur d'identité.»
(Facundo Cabral, chanteur argentin)

Patrick Bodenmann

Les auteurs certifient qu'aucun conflit d'intérêt n'est lié à cet article.

Figure 1
Caution (Attention), Prohibido (Interdit).
Un des nombreux panneaux routiers situés tout le long des autoroutes du Sud de la Californie, Etats-Unis.
© Sean Biehle, License Creative Commons.

A partir de l'histoire clinique d'une patiente équatorienne, nous passons en revue dans cet article les spécificités des compétences cliniques transculturelles utiles pour les médecins et soignants dans la prise en charge de patients latino-américains précaires. Au préalable, nous réalisons une revue socioépidémiologique de ces patients en Suisse.

Introduction

Alors que la législation internationale contre l'immigration – en particulier contre l'immigration «illégale» – tend à se durcir, la communauté hispanique (les «Latinos») est le premier groupe ethnique aux Etats-Unis (15% de la population aujourd'hui, pouvant atteindre 30% d'ici 2050) (fig. 1). Parmi ce groupe, 12 millions de sans-papiers occupent généralement des emplois sous-payés et vivent dans un climat d'insécurité, alors qu'ils sont un support démographique et économique reconnu [1] …

L'Amérique latine, du nord du Mexique au sud de la Patagonie, est peuplée de 565 millions de personnes parlant pour la plupart l'espagnol (le portugais au Brésil) avec une population à majorité urbaine (78,5%), dont l'âge moyen d'espérance de vie est de 70,4 années pour les hommes et 76,7 années pour les femmes [2].

A partir de cette Amérique latine, les courants migratoires les plus connus, parce que les plus importants en termes quantitatifs, sont ceux issus du Mexique, des Caraïbes, de l'Amérique centrale et de quelques pays d'Amérique du Sud (Colombie, Equateur, Pérou, Brésil, Argentine) vers les Etats-Unis [3]. Moins connus, il existe néanmoins des courants migratoires de ressortissants

[a] Médecin associé, MER, MSc, Responsable de l'Unité des Populations Vulnérables, Policlinique Médicale Universitaire, Lausanne
[b] Médecin-assistant, Responsable de recherche, Unité des Populations Vulnérables, Policlinique Médicale Universitaire, Lausanne
[c] Professeure, Docteure en travail social et politiques sociales, Haute Ecole Fribourgeoise de travail social, Givisiez, Fribourg
[d] Cheffe de clinique, Unité des Populations Vulnérables, Policlinique Médicale Universitaire, Lausanne
[e] Infirmière, Thérapeute systémique, Point d'Eau, Lausanne
[f] Chef de clinique, Responsable de l'Unité Médicale de Santé Communautaire (UMSCO), Service de médecine de premier recours, Hôpitaux Universitaires de Genève
[g] Médecin-adjoint, MPH, Médecin Responsable de l'Unité de médecine pénitentiaire, Service de médecine de premier recours, Hôpitaux Universitaires de Genève

Vous trouverez les questions à choix multiple concernant cet article à la page 100 ou sur Internet sous www.smf-cme.ch.

d'Amérique du Sud, d'Amérique centrale et dans une plus infime partie du Mexique, à destination de l'Europe (environ 1500000 personnes en 2006) (fig. 2). En Suisse, 40000 latino-américains avec permis de séjour ont été recensés en 2005, avec des ressortissants principalement issus du Brésil (12169 personnes) de la République Dominicaine (5523), de la Colombie (3570) et du Chili (3564) [3].

Très fréquemment, la réalité de nos patients latino-américains nous ramène à celle des «sans-papiers» (plus communément connus sous le terme de clandestins), résidant principalement dans les grandes villes de Zurich, Genève et Lausanne. Parmi les 5 à 7000 «sans-papiers» de Lausanne, 70% sont d'origine latino-américaine, et ils seraient 85% chez les 8 à 12000 «sans-papiers» de Genève [4]. Il s'agit essentiellement de femmes (dans 65% des cas) ayant quitté leur pays d'origine pour des raisons multiples, mais en particulier économiques et professionnelles, et qui vivent dans des conditions précaires de travail, logement et d'accès aux soins.

Epidémiologie

Au cours de ces cinq dernières années, les études cliniques effectuées en Suisse auprès des communautés latino-américaines se sont concentrées principalement sur trois thématiques: 1) des maladies dont sont porteuses plus fréquemment les **femmes**; 2) des maladies infectieuses classiques et bien connues comme la **tuberculose** mais également d'autres auxquelles nous pensons moins fréquemment en termes de diagnostic différentiel telle que la maladie de **Chagas**; 3) les **comportements à risque** (tabac, alcool, sexualité) et la perception de ces risques qu'en ont les patients (tab. 1).

Concernant les atteintes à la santé plus spécifiques des femmes sud-américaines et en particulier de celles qui n'ont pas de statut légal en Suisse, ces études ont montré que lorsqu'elles sont enceintes, elles ont tendance à consulter plus tardivement que les femmes non sud-américaines et avec documents; de même, elles ne connaissent pas et/ou sous-utilisent les mesures préventives en lien avec la santé gynécologique/obstétricale, souffrant notamment trois fois plus d'infections à Chlamydia trachomatis. Finalement, elles ont tendance à subir jusqu'à trois fois plus de violence domestique durant la grossesse [5–7].

L'infection tuberculeuse latente est hautement prévalente dans cette communauté à risque de développer une tuberculose active. De manière inattendue, la plupart des patients questionnés sont prêts à être dépistés pour cette infection [8, 9]. De plus, les signes fibrotiques évocateurs de tuberculose à la radiographie du thorax sont plus fréquents chez les latino-américains comparés aux autres résidents en Suisse [10]. En ce qui concerne la maladie de Chagas, elle présente une prévalence élevée et un risque important de complications cardiaques à terme. De plus, les femmes enceintes latino-américaines peuvent transmettre l'infection à *Trypanosoma cruzi* (maladie de Chagas) à leurs enfants [11, 12].

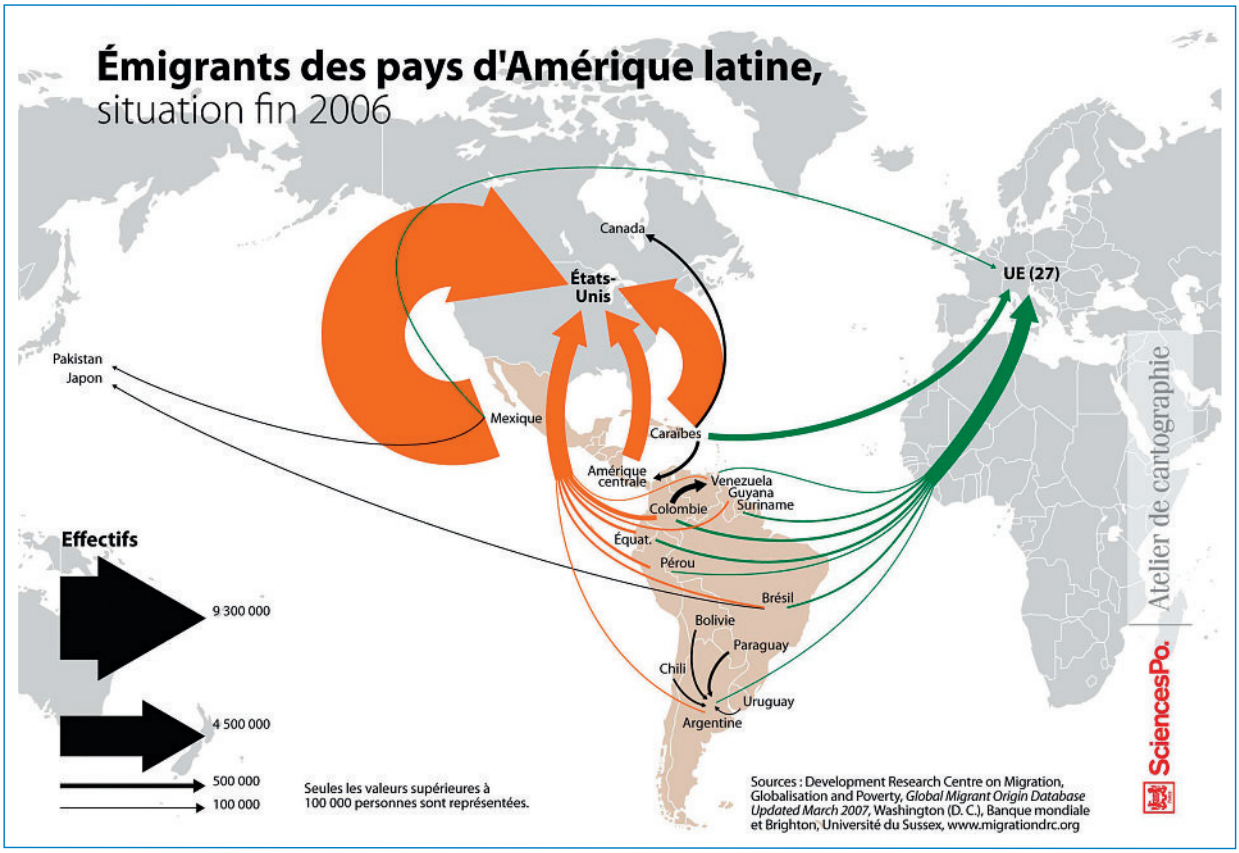

Figure 2
Emigrants des pays d'Amérique latine.
© Atelier de cartographie de SciencePo.

Enfin, il y a une tendance, non significative, pour une **prise de risques** moindre par les patients d'origine latino-américaine en ce qui concerne le tabagisme, une consommation d'alcool à risque ou un comportement sexuel à risque; cependant, la **perception** qu'ils ont de ces risques est nettement plus surévaluée que la perception qu'en ont les patients autochtones. Cette tendance à la surévaluation du risque est d'autant plus importante que les populations sont vulnérables [13, 14].

Vignette clinique

Mme T. est une femme équatorienne de 34 ans, d'origine modeste, cadette d'une fratrie de cinq. Elle quitte son pays d'origine en l'année 2000 et peu après son arrivée en Suisse, «sans papiers», elle est hospitalisée pour une décompensation hyperosmolaire d'un diabète de type 1 connu depuis l'âge de 18 ans et traité par insuline, traitement qui lui a été volé dès son arrivée en Suisse.
Suivie par un médecin de premier recours depuis plusieurs années, il ressort de différents entretiens qu'elle n'a pas fini ses études secondaires et qu'elle a dû venir en Suisse car sa famille ne pouvait plus assumer les coûts de sa maladie (sa mère étant également diabétique). Au diabète viennent s'ajouter différents facteurs de risque cardiovasculaires, et la péjoration de sa maladie métabolique nécessite l'intervention d'un diabétologue et d'infirmières de pratique avancée en diabétologie.
Malgré ce réseau conséquent et le fait que le médecin traitant parle espagnol, les contrôles paracliniques sont fréquemment décevants (hémoglobine glycosylée à 10%) avec une atteinte de la plupart des organes-cibles (rétinopathie, néphropathie, cardiopathie). Son adhérence thérapeutique aux hypoglycémiants oraux et à l'insulinothérapie n'est pas idéale et elle manque parfois ses rendez-vous.
Dix ans après son arrivée en Suisse, Mme T. demeure une «sans papiers».

Compétences cliniques transculturelles: quels enseignements à partir de l'histoire de Mme T. (tab. 2) [15]

1. Savoir être («Attitude») [16]

Afin que la prise en charge de Mme T. se rapproche d'un «optimal», il est important que le médecin ait pris conscience de son propre contexte culturel. A cela s'ajoute la nécessité pour le soignant d'être attentif au risque de stéréotypes et de stigmatisations: on entend par exemple souvent que les patients latino-américains sont potentiellement peu adhérents, arrivent tard aux rendez-vous, ont plutôt tendance à vouloir s'amuser d'une façon globale; de même, il faudrait également être attentif à une représentation trop caricaturale de la femme, en quête de spiritualité et ancrée dans la religiosité, souffrant du machisme de son partenaire et de violence domestique, etc. A terme, le médecin se devra de questionner son ressenti face à un patient d'origine latino-américaine.

A Lausanne, une partie importante des femmes latino-américaines «sans-papiers» viennent en Suisse avec des projets migratoires économiques et organisent leur vie en fonction de l'épargne [17]. Elles assument souvent la charge du revenu familial, la santé de la famille et en particulier celle des enfants; l'homme est souvent moins présent, trouve moins d'opportunités de travail et peut souffrir plus fréquemment de dépression. La communauté n'est pas toujours une alliée lorsque la personne est malade surtout si cette maladie semble discréditer la personne en question (par exemple une infection sexuellement transmissible). Dans le cas de Mme T., le diabète semble être aussi connoté négativement par la communauté mais d'autres éléments explicatifs entrent en ligne de compte. Il y a en effet au sein des réseaux de sans-papiers des aspects ambivalents. D'une part les jalousies, les envies, la méfiance, les dénonciations, etc.; d'autre part, une certaine «solidarité» où il y a un échange de services qui rend possible l'existence du «monde» des sans-papiers. Le fait de se sentir rejeté par sa communauté peut aussi provenir du fait de ne pas avoir un statut légal, de souffrir d'une maladie à connotation négative, de présenter des comportements à risque (alcool, tabagisme, etc.), etc.
Il s'agit donc d'aborder la personne sans préjugé afin de permettre l'émergence d'informations personnelles indispensables à une bonne compréhension mutuelle.

> Il s'agit d'aborder la personne sans préjugé afin de permettre l'émergence d'informations personnelles indispensables à une bonne compréhension mutuelle

Notre patiente est une femme jeune, seule, au phénotype très «sud-américain». Elle se sent particulièrement isolée puisqu'elle est rejetée par sa communauté et, de ce fait, n'est plus en mesure d'exprimer sa religiosité, religiosité importante pour son équilibre lorsqu'elle se trouvait dans son pays d'origine.

2. Savoir («Knowledge») [18]

A cela s'ajoute l'importance de connaître la réalité géopolitique de la région d'origine et le parcours de vie de la patiente; ainsi, savoir localiser la capitale, le lieu de naissance et de vie de la patiente, la situation politique et socioéconomique actuelle de l'Equateur, le niveau d'éducation et les problèmes de santé sont des éléments qui nous permettront de mieux comprendre le contexte prémigratoire dans lequel la patiente a évolué.
En Suisse Romande, la majorité des femmes ont une formation longue en termes d'années de scolarité (plus de 12 ans pour 67% d'entre elles), et présentent essentiellement des atteintes à la santé en lien avec la lourdeur des activités professionnelles auxquelles elles sont confrontées (garde d'enfants, restauration, hôtellerie, etc.).
Mme T. est originaire d'un village à quelques centaines de kilomètres de la capitale et est la cadette d'une fratrie de cinq, dont la famille a des ressources limitées. Depuis neuf ans elle se trouve en Suisse, sans-papiers, avec de très rares possibilités d'emploi. Elle souffre d'un diabète de type 1 dans un contexte de syndrome métabolique, présente actuellement une dépression réaction-

Tableau 1. Etudes suisses récentes sur la santé des latino-américains sans-papiers de Genève et de Lausanne.

Référence	Questions	Résultats	Conclusion
Wolff H. et al. BMC Public Health 2008 [5]	Après combien de semaines en moyenne une femme enceinte sud-américaine sans-papier intègre-t-elle le système de santé?	Après 12,6 semaines (DS 6.1) versus 8,0 semaines (DS 3.1) pour le groupe contrôle (femmes non sud-américaines et sans problématique d'illégalité).	Les femmes sud-américaines sans-papiers consultent plus tard que les autres femmes pour leur premier contrôle de grossesse.
	Etre une femme sud-américaine sans-papiers est-il un facteur de risque pour méconnaître les mesures de prévention suivantes: 1. Pilule du lendemain 2. Frottis du col 3. Dernier frottis du col il y a plus de 3 ans 4. Palpation des seins	Oui, avec les OR suivants: 1. 8,2 (IC à 95%: 4,6–14,4) 2. 5,4 (IC à 95%: 2,6–11,1) 3. 2,4 (IC à 95%: 1,2–4,6) 4. 13,2 (IC à 95%: 7,6–23,0)	Les femmes sud-américaines sans papiers connaissent moins bien/utilisent moins les mesures de prévention en lien avec la santé gynécologique et obstétricale.
Wolff H. et al. Soc Sci Med 2005 [6]	Prévalence de violence domestique durant la grossesse chez les femmes sud-américaines sans-papier.	9,2% chez les femmes sud-américaines versus 3,4% chez les femmes non sud-américaines et sans problématique d'illégalité (p <0,005).	Les femmes sud-américaines sans papiers subissent trois fois plus souvent de la violence durant la grossesse que les femmes non sud-américaines et sans problématique d'illégalité.
Wolff H. et al. BMC Public Health 2008 [7]	Prévalence de l'infection à *Chlamydia trachomatis*.	12,8% chez les femmes sud-américaines versus 4,4% chez les femmes non sud-américaines et sans problématique d'illégalité, OR 3,2 (IC à 95%: 1,4; 7,39).	Les femmes sud-américaines sans papiers souffrent trois fois plus souvent d'infection à *Chlamydia trachomatis* que les femmes non sud-américaines et sans problématique d'illégalité.
Bodenmann P. et al. BMC Infectious disease 2009 [8]	Prévalence d'infection tuberculeuse latente auprès d'une population de sans-papiers majoritairement originaires d'Amérique du Sud.	15,6% (IC à 95%: 7,8–26,9) de patients sans-papiers présentent un t-spot tuberculosis positif avec 14,4% d'infections tuberculeuses latentes et 1,6% de tuberculoses actives.	La prévalence d'infection tuberculeuse latente est importante chez les migrants sans-papiers d'origine latino-américaine, population par ailleurs à risque de développer une tuberculose active.
	Acceptabilité du dépistage de la tuberculose.	83% sont d'accord d'être dépisté par un t-spot tuberculosis.	Le dépistage de la tuberculose est bien accepté.
Wolff H et al. J Immigr Minor Health 2009 [10]	Risque d'avoir des signes fibrotiques évocateurs d'une tuberculose en fonction de l'origine et du statut de séjour.	Les signes fibrotiques évocateurs de tuberculose (latente ou active) sont 2,7 fois plus fréquents (IC à 95%: 1,6; 4,7) chez les latino-américains comparés aux autres résidents en Suisse. Etre sans-papiers augmente ce risque, mais de manière non significative.	Le risque d'avoir des signes fibrotiques évocateurs de tuberculose (latente ou active) à la radiographie de thorax est essentiellement lié à l'origine latino-américaine. L'absence de statut légal augmente ce risque mais dans une moindre mesure.
Jackson Y. et al. Rev Med Suisse 2008 [10] et Emerg Infect Dis [11]	Risque de transmission congénitale de la maladie de Chagas en Suisse. Emergence de la maladie de Chagas en Suisse.	9,7% des femmes enceintes latino-américaines sont infectées, le risque de transmission est d'environ 5%. La maladie de Chagas est présente en Suisse avec un risque non négligeable de complications cardiaques ou digestives sévères.	La maladie de Chagas se transmet en Suisse de la mère à l'enfant. Le dépistage systématique est indiqué en cas de risque (origine bolivienne, mère avec Chagas, antécédent de transfusion sanguine en Amérique latine). L'infection à *T. cruzi* doit être recherchée chez les migrants à risque et devant une cardiopathie chez un patient latino-américain.
Bodenmann et al. J Immigr Minor Health 2008 [13]	Perception du risque en matière de consommation d'alcool, de tabac et de comportements sexuels à risques chez les migrants sud-américains.	Le fait d'appartenir au groupe des migrants issus de pays à faibles ressources implique que le patient a entre 2,1 et 3,1 fois plus de chances d'évaluer le risque général comme étant élevé d'avoir, par exemple, une cirrhose en abusant de l'alcool ou un cancer du poumon en fumant.	La perception du risque est nettement plus élevée chez les migrants sud-américains que chez les suisses. Cette tendance persiste si l'on compare les migrants sud-américains aux migrants d'autres origines.

nelle à l'absence de statut et a de plus en plus de comportement à risque notamment sous la forme de consommation aiguë d'alcool.

3. Savoir-faire («Skills») [19–21]

Une approche transculturelle doit demeurer d'abord une approche centrée sur le patient dans laquelle il faut être particulièrement attentif à la communication, qu'elle soit verbale ou non verbale.

En termes de réalité locale, les patients d'origine latino-américaine apprécient un rapport thérapeutique basé sur la confiance mutuelle, le respect et la dignité. Alors qu'initialement la relation est plutôt de type paternaliste au cours de l'entretien thérapeutique, nous perce-

vons, de plus en plus, la possibilité de travailler sous la forme d'entretiens motivationnels où à terme la décision sera partagée. Bien que certains soignants parlent l'espagnol, il est important à nouveau de souligner la nécessité d'un apprentissage du trialogue, via un interprète communautaire si possible.

Avec Mme T., les entretiens se réalisent parfois en espagnol (avec le médecin traitant et l'infirmière) ou en français (diabétologue). La consommation d'alcool à risque a nécessité des entretiens de type motivationnel, et c'est dans ce contexte que la patiente nous a évoqué le diabète comme étant, dans son pays d'origine, «la maladie du millionnaire» *(«la enfermedad del millonario»)*. En effet, les coûts induits pour la prise en charge notamment médicamenteuse sont importants en Equateur. La mère de Mme T. étant également diabétique et présentant des complications, ce coût était d'autant plus important. C'est «la maladie du millionnaire» qui a obligé Mme T. à quitter l'Equateur (elle a un frère en Suisse), et c'est cette même «maladie du millionnaire» qui l'empêche d'y retourner. Ainsi, la patiente a établi un rapport très conflictuel avec son diabète et a décidé de le négliger pour marquer son opposition aux méfaits générés et en particulier sa migration forcée. Cette dimension de la maladie de Mme T. nécessite à la fois un savoir dans le domaine des compétences cliniques transculturelles mais aussi une appréciation des déterminants sociaux de la santé de notre patiente.

Conclusion

L'histoire de Mme T. nous montre combien il est important de rester vigilant face à la tendance à «culturaliser» en excès ou de façon insuffisamment nuancée. Mme T. travaille de manière irrégulière pour des salaires très

Tableau 2. Mise en pratique des concepts généraux des compétences cliniques transculturelles dans le cadre de la vignette clinique.

Domaine des compétences cliniques transculturelles	Axes principaux	Généralités pré- et post-migratoires	Exemple de Mme T. (vignette clinique)
Savoir-être	Contexte personnel (individuel, familial, professionnel)	Le soignant parle-t-il espagnol? A-t-il déjà voyagé en Amérique latine? A-t-il des amis sud-américains? De la famille sud-américaine?	Médecin hispanophone avec d'excellentes connaissances du contexte latino-américain pour y avoir passé son enfance.
	Connaissances d'ailleurs	Place de la femme dans la société équatorienne, rôle de l'homme, de la communauté, de la religiosité, de la spiritualité.	Femme, jeune, seule, isolée de sa communauté, ne pratiquant plus sa religiosité.
	Sentiment personnel face à un patient sud-américain	Le soignant pense-t-il que ces patients sont difficiles à prendre en charge ou au contraire se sent-il plus à l'aise avec des Sud-Américains qu'avec des Suisses?	Médecin se sent à l'aise dans la prise en charge.
	Stéréotypes et stigmatisation	Soleil, plages, difficultés à être à l'heure aux rendez-vous, tendance à tout remettre au lendemain.	Femme au phénotype latino-américain marqué, se sentant isolée de sa communauté.
Savoir	Réalité économique et géopolitique	Equateur, nord-ouest de l'Amérique du Sud, capitale Quito, langue parlée espagnol, régime politique stable, conditions économiques défavorables.	Originaire d'un petit village à cent kilomètres de Quito.
	Données socio-démographiques	A Lausanne, 67% des migrants latino-américains sont des femmes, 43% sont mariées, 71% ont plus de 12 ans de scolarité. 53% ont une durée de séjour entre 1 et 4 ans.	Fratrie de 5, cadette, famille à ressources limitées, en Suisse depuis 9 ans, sans-papiers, sans perspectives professionnelles.
	Epidémiologie	Les principaux diagnostics (Lausanne): gastro-intestinal (17%) ostéo-articulaire (12%) psychiatrique (9%) urogénital (8%) dermatologique (6%)	Diabète de type 1, syndrome métabolique, dépression réactionnelle, comportements à risque (alcool).
Savoir-faire	Approche centrée sur le patient, décision partagée *(«shared decision making»)*	Importance particulière des notions de confiance, de respect et de dignité.	Mise en confiance par le partage de la langue avec le soignant et relation thérapeutique à long terme, continuité des soins possible.
	Instruments d'anthropologie médicale	Représentation particulière de la maladie.	Diabète décrit comme «la maladie du millionnaire».
	Communication	Paternalisme (semble parfois souhaité par les patients sud-américains) ou entretien motivationnel?	Prise en charge de la problématique alcoolique sur un mode motivationnel.
	Trialogue	Le soignant surestime souvent ses connaissances en espagnol. Ne pas hésiter à faire appel à un traducteur et à apprendre à travailler avec lui.	Les entretiens se font en espagnol avec son médecin et son infirmière, en français (+ traduction) avec la diététicienne.

Tableau 3. Références Internet utiles pour s'informer à propos des sans-papiers et des patients latino-américains (date de consultation: juillet 2009).

Source	Descriptif	Adresse du site
Centre de contact suisses-immigrés et coordination nationale des sans-papiers en Suisse	Informations générales par thèmes, adresses des différents collectifs cantonaux de soutien, bulletin d'information.	www.sans-papiers.ch
Croix-Rouge Suisse	Adresses des services d'aide, de consultation et de soins médicaux par canton, partage d'informations et d'expériences, sensibilisation.	www.sante-sans-papiers.ch
University of Washington Health Sciences Library	Information médicales et culturelles au sujet des réfugiés et migrants originaires d'Amérique centrale et du Sud.	http://ethnomed.org/culture/hispanic
University of California San Francisco (UCSF)	Mise en place et développement de moyens de communication pour patients hispanophones.	http://www.hablamosjuntos.org

modestes; son support social est quasiment inexistant et elle se sent exclue de sa communauté parce que porteuse de maladie. Au vu d'une précarité financière marquée, il lui est difficile de s'alimenter de manière appropriée. Enfin, face à des situations de stress récidivantes, elle acquiert progressivement des comportements à risque sous la forme d'éthylisations aiguës.

Ainsi, l'approche bio-psycho-sociale et spirituelle devrait s'adapter de plus en plus à une patientèle bigarrée dans un contexte de globalisation des flux migratoires. L'acquisition de compétences cliniques transculturelles et l'observation des déterminants sociaux de la santé devraient permettre de mieux cerner cette diversité, ses besoins et les réponses que nous soignants pourrions et devrions y apporter.

A partir d'un éditorial résolument positif qui met en exergue la chance que nous avons de pouvoir prendre en charge des patients d'ailleurs, en tenant compte de la réalité épidémiologique des patients migrants en Suisse et en particulier de la communauté latino-américaine, nous espérons vous avoir convaincus de l'évidence suivante: tout soignant se doit d'acquérir des compétences cliniques transculturelles permettant une approche plus nuancée du patient, et toute institution universitaire se doit de les enseigner. De plus, l'impact de ces compétences doit être évalué en recherche clinique.

Tout soignant se doit d'acquérir des compétences cliniques transculturelles permettant une approche plus nuancée du patient, et toute institution universitaire se doit de les enseigner

Nous avons reporté dans le tableau 3 quelques ressources Internet concernant les sans-papiers en Suisse et la prise en charge de patients originaires d'Amérique latine.

Remerciements

Au Dr Philippe Staeger, Lausanne et à Madame Esther-Amélie Diserens, Lausanne, pour leur relecture attentive et leurs précieux commentaires. A «las señoras» T., H. et A., patientes latino-américaines qui ont participé aux enseignements postgradués de compétences cliniques transculturelles. Aux membres de l'Unité des Populations Vulnérables (UPV) qui, par leur professionnalisme et humanisme quotidiens, ont facilité l'accès aux patientes et patients latino-américains de Lausanne à une prise en charge égalitaire et de qualité.

Correspondance:
Dr Patrick Bodenmann
Médecin associé, MER, MSc
Responsable de l'Unité des Populations Vulnérables (UPV)
Policlinique Médicale Universitaire
Rue du Bugnon 44
CH-1011 Lausanne
patrick.bodenmann@hospvd.ch

Références recommandées

– Wolff H, Stalder H, Epiney M, Walder A, Irion O, Morabia A. Health care and illegality: a survey of undocumented pregnant immigrants in Geneva. Soc Sci Med. 2005;60:2149–54.
– Bodenmann P, Vaucher P, Wolff H, et al. Screening for latent tuberculosis infection among undocumented immigrants in Swiss healthcare centres; a descriptive exploratory study. BMC Infect Dis. 2009;9:34.
– Jackson Y, Myers C, Diana A, et al. Congenital transmission of Chagas disease in Latin-American immigrants in Switzerland. Emerg Infect Dis. 2009;14:603–5.

Vous trouverez la liste complète et numérotée des références dans la version en ligne de cet article sous www.medicalforum.ch.

«*La enfermedad del millionario*» («la maladie du millionnaire»): Prise en charge transculturelle d'une patiente équatorienne

«La enfermedad del millionario» («Millionärskrankheit»): Transkulturelle Betreuung einer ecuadorianischen Patientin

Weiterführende Literatur (Online-Version) / Références complémentaires (online version)

1 Van Eeckhout L, Simon C, Clochard O. L'Europe s'accorde à reculons; La mise au ban des clandestins; La mort au bout du voyage. L'Atlas des Migrations 2008; Le Monde, La Vie – Hors Série:118–9; 22–25.

2 Sterne JA, Egger M, Smith GD. Systematic reviews in health care: Investigating and dealing with publication and other biases in meta-analysis. BMJ. 2001;323:101–5.

3 Bolzman C, Carbajal M, Mainardi G. In: La Suisse au rythme latino: ies éditions; 2007.

4 Valli M. Les Latino-Américains sans-papiers à Lausanne: l'insertion cachée. In: La Suisse au rythme latino. Genève: ies éditions; 2007:185–99.

5 Wolff H, Epiney M, Lourenco AP, et al. Undocumented migrants lack access to pregnancy care and prevention. BMC Public Health. 2008;8:93.

6 Wolff H, Stalder H, Epiney M, Walder A, Irion O, Morabia A. Health care and illegality: a survey of undocumented pregnant immigrants in Geneva. Soc Sci Med. 2005;60:2149–54.

7 Wolff H, Lourenco A, Bodenmann P, et al. Chlamydia trachomatis prevalence in undocumented migrants undergoing voluntary termination of pregnancy: a prospective cohort study. BMC Public Health. 2008;8:391.

8 Bodenmann P, Vaucher P, Wolff H, et al. Screening for latent tuberculosis infection among undocumented immigrants in Swiss healthcare centres; a descriptive exploratory study. BMC Infect Dis. 2009;9:34.

9 Perone SA, Bovier P, Pichonnaz C, Rochat T, Loutan L. Tuberculosis in undocumented migrants, Geneva. Emerg Infect Dis. 2005;11:351–2.

10 Wolff H, Janssens J-P, Bodenmann P, et al. Undocumented migrants in Switzerland: Geographical origin vs. legal status as risk factor for tuberculosis. Journal of Immigrant and Minority Health 2009;[Accepted for publication].

11 Jackson Y, Chappuis F, Loutan L. Chagas disease in Switzerland: managing an emerging infection and interrupting its transmission. Rev Med Suisse. 2008;4:1212–4, 6–7.

12 Jackson Y, Myers C, Diana A, et al. Congenital transmission of Chagas disease in Latin-American immigrants in Switzerland. Emerg Infect Dis. 2009;14:603–5.

13 Bodenmann P, Cornuz J, Vaucher P, Ghali W, Daeppen JB, Favrat B. A Health Behaviour Cross-Sectional Study of Immigrants and Non-immigrants in a Swiss Urban General-Practice Setting. J Immigr Minor Health 2008.

14 Bodenmann P. Perception du risque pour la santé lié à la consommation excessive d'alcool, au tabagisme et aux comportements sexuels à risque chez les migrants et les autochtones: nécessité d'une prévention différente? In. Bern: OFSP; 2006:89–96.

15 Betancourt JR. Cross-cultural medical education: conceptual approaches and frameworks for evaluation. Acad Med. 2003;78:560–9.

16 Morales S. Care of Latinos. In: Bigby J, ed. In Cross-cultural Medicine. Philadelphia: Am Coll Physicians. 2003:61–94.

17 Carbajal M. Femmes latino-américaines sans-papiers en Suisse. Analyse de projets migratoires, logiques d'action et modes de vie. In: Femmes et mobilités. Marcinelle: C. Gavray; 2007:367–85.

18 Berg GD, Wadhwa S. Diabetes disease management results in Hispanic Medicaid patients. J Health Care Poor Underserved. 2009;20:432–43.

19 Bischoff A, Bovier PA, Isah R, Francoise G, Ariel E, Louis L. Language barriers between nurses and asylum seekers: their impact on symptom reporting and referral. Soc Sci Med. 2003;57:503–12.

20 Rollnick S, Butler CC, McCambridge J, Kinnersley P, Elwyn G, Resnicow K. Consultations about changing behaviour. BMJ. 2005;331:961–3.

21 Glyn E. Shared decision making – Patient involvement in clinical practice. In. Nijmegen, Netherlands: WOK; 2001.