

Alors que les personnes migrantes constituent un quart du personnel dans le secteur hospitalier en Suisse, on dispose jusqu'à présent de très peu de connaissances sur leurs ressources informelles. Cette étude comble cette lacune en s'interrogeant sur l'utilisation des aptitudes linguistiques, des expériences de la migration et des connaissances « culturelles » du personnel migrant. Elle cherche à clarifier le rôle que jouent ces ressources dans le processus de transculturalisation et l'ouverture des institutions sanitaires à des clients d'origines très différentes dans une société pluraliste.

L'étude repose sur des entretiens individuels ou menés en groupe dans sept hôpitaux et cliniques de Suisse alémanique et Suisse romande. Les auteurs montrent que les ressources informelles du personnel migrant constituent des atouts potentiels pour les institutions sanitaires et discutent les avantages et les inconvénients découlant de leur utilisation sur le lieu de travail.

Auteurs:

Bülent Kaya, politologue, Martina Kamm, sociologue et Alexis Gabadinho, démographe, sont chercheurs au Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population.

ISBN: 978-2-940379-08-8

sfm
SWISS FORUM FOR MIGRATION
AND POPULATION STUDIES

B. Kaya, M. Kamm, A. Gabadinho

Ressources du personnel migrant: quelle importance dans le domaine de la santé?

Etudes du SFM 50

sfm

SWISS FORUM FOR MIGRATION
AND POPULATION STUDIES



Bülent Kaya, Martina Kamm, Alexis Gabadinho

Etudes du SFM 50

Ressources du personnel migrant: quelle importance dans le domaine de la santé?

Etudes du SFM 50

Bülent Kaya
Martina Kamm
Alexis Gabadinho

**Ressources du personnel migrant :
quelle importance dans le
domaine de la santé ?**
Une recherche-action

Table des matières

Préface	7
Résumé	9
Zusammenfassung	11
Abstract	14
PARTIE I : Problématique et éléments de méthode	15
1 Introduction	15
1.1 Contexte et objectifs du mandat	15
1.2 Question de vocabulaire	16
1.3 Structure du rapport et remerciements	16
2 Problématique et questions de recherche	18
2.1 Migration et santé : un rapport complexe	18
2.2 Notion de ressource	23
2.3 Questions de recherche	24
3 Eléments de méthode	25
3.1.1 Module I : approche théorique	26
3.1.2 Module II : approche statistique	26
3.1.3 Module III : approche de recherche-action	26
PARTIE II : Approche théorique	31
4 Ressources : enjeux et arguments scientifiques	31
4.1 Enjeux : améliorer l'accès aux soins et la qualité de traitement	31
4.2 Usage des ressources des migrants	34
4.2.1 Approche communicationnelle : interprétariat	34
4.2.2 Approche anthropologie médicale	37
4.2.3 Approches gestionnaires	40
4.2.4 Approche juridique	42
4.3 Conclusion	44

Ce projet a été soutenu par l'Office fédéral de la santé publique.
Le numéro de contrat : 03.001541 / 2.24.02./-232.

© 2007 SFM

Photo de couverture : © 2007 FGZ Inselspital Bern

ISBN : 978-2-940379-08-8

PARTIE III : Approche statistique	45	PARTIE IV: Recherche-action	59
5 Caractéristiques de la population active dans le secteur hospitalier	45	6 Etat des lieux : acteurs, perceptions, identification et ressources	60
5.1 Répartition par nationalité selon la catégorie socio-professionnelle	46	6.1 Brève description des services	60
5.2 Répartition par sexe selon la catégorie socio-professionnelle et la nationalité	48	6.2 Sensibilisation et identification : modèles (idéaux types)	61
5.3 Répartition selon le permis de séjour	48	6.3 Perception de leurs ressources par les employés migrants	67
5.4 Répartition par nationalité selon la profession exercée	49	6.4 Eventail des ressources répertoriées	69
5.4.1 Auxiliaires soignants	49	6.5 Outils d'identification des ressources	75
5.4.2 Professions de la médecine humaine et de la pharmacie	49	7 Utilisation des ressources	78
5.4.3 Professions de la thérapeutique et de la technique médicale	50	7.1 Fréquence d'utilisation et fonctions des ressources	78
5.4.4 Professions commerciales et administratives	50	7.2 Utilité et qualité des ressources employées	85
5.4.5 Professions de la restauration et de l'hôtellerie	50	7.3 Effets de l'utilisation des ressources	88
5.4.6 Professions du nettoyage et de l'entretien et de l'économie domestique	51	7.3.1 Effets sur l'institution	88
5.4.7 Entrepreneurs, directeurs et fonctionnaires supérieurs	51	7.3.2 Effets sur l'utilisateur-migrant	90
5.4.8 Professions de l'assistance sociale et de l'éducation	51	7.3.3 Effets sur le poste et le lieu de travail	91
5.5 Répartition par nationalité selon le canton	52	7.3.4 Effets sur le patient	92
5.6 Langue parlée sur le lieu de travail	52	7.4 Obstacles en amont de l'utilisation des ressources	94
5.6.1 Auxiliaires soignants	53	7.4.1 Obstacles structurels	94
5.6.2 Professions de la médecine humaine et de la pharmacie	53	7.4.2 Obstacles découlant de la pratique	100
5.7 Niveau de formation	55	8 Conclusion : de l'utilisation à la valorisation des ressources	102
5.7.1 Niveau de formation, selon la nationalité et le sexe	56	9 Recommandations	109
5.7.2 Niveau de formation, selon la catégorie socio-professionnelle et la nationalité	56	Bibliographie	115
5.8 Conclusion	57	Annexes	123

Préface

Mobilité dans le domaine de la santé : défis locaux et crise globale

A l'heure de la globalisation, nous vivons dans une société de plus en plus mobile et diversifiée. Avec plus du quart de sa population d'origine étrangère, la Suisse ne fait pas exception. Cette diversité des origines influence directement les services de santé, tant en ce qui concerne les patients qui les utilisent que les professionnels qui les constituent. Un nombre grandissant de patients ne parle pas ou maîtrise mal une langue locale et leur perception de la maladie, leurs attentes par rapport aux soins peuvent diverger de celles des soignants. Ces décalages culturels et linguistiques mènent à des incompréhensions, à des malaises de part et d'autre avec à la clé une mauvaise compliance au traitement.

Parallèlement l'origine des professionnels elle aussi se diversifie. Le dernier recensement de 2000 révèle que près du quart du secteur hospitalier est étranger, la proportion approchant le 70% dans le secteur infirmier. Cela pose toute une série de questions sur la reconnaissance des compétences et des qualifications professionnelles acquises hors de Suisse, l'intégration du personnel migrant dans l'institution et dans la société suisse et sur l'utilisation de ce potentiel de ressources professionnelles.

La présente étude réalisée dans sept hôpitaux suisses par le Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population apporte un éclairage nouveau sur cette réalité en Suisse. Plusieurs institutions ont pris conscience du potentiel des employés migrants et les sollicitent déjà, pour leurs compétences linguistiques ou leur connaissance de la culture des patients de même origine. Ils sont amenés à servir d'interprètes ou de médiateurs culturels entre soignants et patients, à faciliter la compréhension et améliorer l'accès aux soins apportés aux migrants. Toutefois, cette utilisation est bien souvent faite de façon ad hoc, peu structurée, le contrôle de qualité très embryonnaire et la reconnaissance des compétences absente. Ce travail met en évidence le potentiel disponible sur place, rapidement mobilisable et ce à moindre coût. Il relève la nécessité de formaliser l'utilisation de ces ressources humaines disponibles pour éviter les risques d'exploitation, améliorer l'efficience et surtout assurer un contrôle de la qualité des prestations données. Cela implique un engagement de l'institution vis-à-vis de son personnel et vis-à-vis des patients.

A l'heure qu'il est, l'essentiel du personnel de santé migrant provient des pays proches de la Suisse. Mais nos voisins européens, eux aussi pris de court par le vieillissement de la population et l'augmentation des maladies chroniques, souffrent de la même pénurie dans ce secteur professionnel. La

crise ne frappe pas uniquement l'Europe, elle est devenue mondiale. L'OMS estime à plus de 4 millions le manque de médecins, d'infirmières, de sages-femmes et d'autres professionnels de la santé dans le monde. Cette pénurie touche tout particulièrement les pays en développement, déjà sous-dotés, dont les professionnels qualifiés migrent vers l'Europe et l'Amérique du nord, attirés par des salaires et des conditions de travail bien meilleurs.

Dès lors, le problème ne se pose plus uniquement en terme institutionnel localement. Une vision plus globale s'impose. La Suisse doit-elle continuer à « importer » le personnel de santé dont elle a besoin, même au prix de dépléter des pays qui affichent déjà un déficit encore plus sévère que le sien, ou est-elle prête à investir dans la formation pour répondre à ses besoins ? Il s'agit là de choix à faire aujourd'hui pour couvrir les besoins de demain. Dans l'immédiat, engageons-nous à valoriser les compétences disponibles par respect de celles et ceux qui les dispensent et pour le bien des patients qui en bénéficient.

Dr Louis Louton

*Unité de Médecine des Voyages et des Migrations
Hôpital Cantonal Universitaire de Genève*

Résumé

Le Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population (SFM) a mené une recherche-action commandée par l'OFSP dans le cadre de la stratégie fédérale « Migration et santé 2002 - 2007 ». L'étude s'interroge sur les ressources potentielles du personnel migrant dans le domaine de la santé ; en d'autres termes : comment les aptitudes linguistiques, l'expérience de la migration ou les connaissances culturelles de la population migrante contribuent-ils à la transculturalisation et à l'ouverture des institutions sanitaires ?

Sujet de l'étude

En raison de la pluralisation croissante de la société, les institutions sanitaires sont de plus en plus confrontées à des clients d'origines très différentes. Leur rapport à la santé est complexe. D'une part, l'on constate des déficits sanitaires dans la population migrante ; d'autre part, il y a lieu de penser que ces personnes accèdent moins facilement au système de santé. Parmi les obstacles figurent la communication entre les patients et le personnel médical et les lacunes d'informations dans les deux groupes. Ces barrières hypothèquent la qualité des soins. Pour améliorer la situation, les institutions sanitaires devraient davantage s'ouvrir à la population migrante : grâce à un processus de transculturalisation, il serait possible d'abattre certains obstacles au système sanitaire et de mieux intégrer sur le plan institutionnel les employés ayant un passé lié à la migration. La présente recherche-action se penche sur le rôle que pourraient jouer les ressources potentielles des employés migrants.

Méthode

L'étude s'appuie, pour une partie, sur la recherche fondamentale, en utilisant une typologie théorique sur les ressources des migrants. Sur le plan terminologique, les chercheurs parlent de ressources informelles. Ces dernières se constituent au cours de la socialisation et comprennent des ressources qui ne sont pas forcément sanctionnées par un diplôme ou un certificat. Il s'agit entre autres de la langue, de l'expérience de vie, des codes culturels, des systèmes de valeurs, des croyances. Le groupe visé, à savoir la population migrante, englobe à la fois la catégorie juridique des étrangers sans passeport suisse et le groupe social des migrants des première, deuxième et troisième générations. Leurs propriétés statistiques seront décrites dans le chapitre des caractéristiques de la main-d'œuvre étrangère et leurs ressources. Ces données découlent du recensement populaire effectué en l'an 2000.

La deuxième partie de la recherche-action porte sur l'analyse de l'utilisation des ressources potentielles. Elle repose sur des entretiens individuels ou menés en groupe dans sept hôpitaux et cliniques triés sur le volet en Suisse alémanique et romande. Parmi les interviewés figurent des spécialistes et des cadres. Les employés migrants ont fait l'objet d'un entretien séparé.

Résultats

Dans la théorie, il existe des arguments selon lesquels les ressources de leur personnel sont profitables aux institutions. Les migrants jouent, par exemple, un rôle essentiel de médiateurs entre les patients allophones et le personnel médical en se faisant leurs interprètes. Leur travail de médiation ne se limite pas au transfert linguistique, mais intervient aussi lors de conceptions divergentes de la santé et de la maladie, ou encore, en présence d'autres habitudes thérapeutiques ou culturelles. D'une part, le recours à des ressources informelles contribue fortement à améliorer l'accès et la qualité des soins et des traitements apportés aux migrants. Il permet d'assurer le droit de s'exprimer. D'autre part, l'utilisation de ces ressources a des retombées positives sur la cohésion des équipes, la compétitivité et l'aménagement du lieu de travail (*diversity management*).

La pratique, quant à elle, montre que tous les acteurs interrogés recourent aux ressources linguistiques de leurs collègues. Aussi modestes soit-elles, elles apportent une contribution importante à la transculturalisation dans le domaine de la santé. Dans la pratique également, l'utilisation des ressources est une initiative qui émane de la base. Souvent, c'est une seule personne ou un groupe de travail qui intervient quand des problèmes de communication surviennent avec des patients d'origine étrangère. Le résultat était positif dans la plupart des cas. A ce sujet, il faut toutefois émettre une réserve : l'utilisation de ces ressources devrait être encore largement systématiser et se professionnaliser. A titre d'exemple, le recours aux interprètes communautaires dépend à la fois des exigences linguistiques et de la complexité de la communication. Aussi n'existe-t-il pas, pour l'utilisation des ressources, de concept global assorti de critères de planification, de développement et d'évaluation. Dans ce domaine, il faudrait le soutien actif de la direction de l'établissement hospitalier et du service du personnel. La diversité au travail n'est pas encore suffisamment perçue comme un atout. En effet, l'hétérogénéité du personnel n'était pas considérée comme une opportunité lors du sondage ; au contraire, ce sont les problèmes et les lacunes des migrants qui ont été avancés lors des entretiens. C'est la raison pour laquelle l'utilisation des ressources devrait être précédée par un travail de sensibilisation, qui, en fin de compte, aborderait le sujet de l'égalité des chances. Le recours aux ressources informelles pourrait contribuer, pendant le travail, à augmenter la compréhension pour d'autres modes de vie et, par

là, assurer à terme que la qualité des prestations sanitaires soit équivalente pour tous les patients.

Recommendations

Les recommandations portent sur toutes les trois dimensions : la sensibilisation, l'identification et l'utilisation des ressources. Cette première devrait viser trois groupes d'acteurs : la direction de l'institution et ses cadres, qu'il s'agirait de convaincre de ce que l'utilisation des ressources est essentielle dans le contexte de la transculturalisation. Ce faisant, il conviendrait de mettre en exergue les avantages d'une organisation de travail horizontale. De plus, il faudrait sciemment former le personnel dans ce domaine pour contrer les idées préconçues et la discrimination au travail.

L'identification des ressources passe d'abord par leur recensement - et c'est là que les services du personnel jouent un rôle prépondérant. Les ressources des migrants doivent être relevées systématiquement dès l'entretien d'embauche. Un relevé des ressources existant déjà au sein de l'institution permettrait d'exploiter les potentialités en friche. Quant à leur utilisation proprement dite, il sera crucial de déterminer d'emblée les critères : lesquelles pourront être utilisées, et quand. Le recours à ces ressources devrait être systématisé et évalué. Par ailleurs, la formation et l'encadrement professionnel augmentent la qualité de telles interventions. Et, finalement, il importera d'éliminer les entraves, en autres, en améliorant la coopération entre le prestataire de services et les personnes auxquels les ressources se destinent. Cette démarche permettrait peut-être d'éliminer les problèmes de statut et de hiérarchie, qui opposent les services et les personnes d'une même équipe et qui forment les obstacles les plus saillants.

Zusammenfassung

Das Schweizerische Forum für Migrations- und Bevölkerungsstudien (SFM) hat für das Bundesamt für Gesundheit (BAG) im Rahmen der Bundesstrategie „Migration und Gesundheit 2002–2007“ eine Aktionsforschung durchgeführt. Gegenstand der Forschung war die Frage, wie potenzielle Ressourcen, die Arbeitskräfte mit Migrationshintergrund mitbringen, für das Gesundheitswesen (besser) genutzt werden könnten. Oder in anderen Worten: Welchen Beitrag leisten Sprachkompetenz, Migrationserfahrung oder kultureller Hintergrund von MigrantInnen für eine Transkulturalisierung und institutionelle Öffnung des Gesundheitswesens?

Fragestellung

Im Zuge der gesellschaftlichen Pluralisierung sehen sich Institutionen des Gesundheitswesens mit der Tatsache konfrontiert, dass sich ihre Klientel

vermehrt aus Personen unterschiedlicher Herkunft zusammensetzt. Deren Beziehung zur Gesundheit gestaltet sich komplex. Einerseits sind Gesundheitsdefizite auf Seiten der Migrationsbevölkerung auszumachen. Andererseits gibt es Hinweise darauf, dass der Zugang von MigrantInnen zum sanitären System erschwert ist. Zu nennen sind hier etwa Hürden bei der Kommunikation zwischen PatientInnen und medizinischem Personal oder beidseitige Informationsdefizite. Diese Hürden beeinflussen die Versorgungsqualität. Sie könnte verbessert werden, indem sich Institutionen des Gesundheitswesens für die Migrationsbevölkerung stärker öffneten: Durch einen Prozess der Transkulturalisierung würden Hindernisse beim Zugang zum sanitären System teilweise abgebaut und Arbeitskräfte mit Migrationshintergrund institutionell besser integriert. Welche Rolle dabei die potenziellen Ressourcen der angestellten MigrantInnen spielen könnten, ist Gegenstand der vorliegenden Forschung.

Methodisches Vorgehen

Die Forschung basiert auf einem Grundlagenteil mit einer Typologie von Theorieansätzen zu Ressourcen von MigrantInnen im Gesundheitswesen. Terminologisch sprechen wir im Forschungskontext von informellen Ressourcen. Diese entstehen im Verlaufe des Sozialisationsprozesses und umfassen Ressourcen, die nicht durch ein Diplom oder Zertifikat erworben wurden. Dazu gehören Sprache, Lebenserfahrungen, kulturelle Codes, Wertesysteme, Glauben etc. Die Zielgruppe der MigrantInnen umfasst nebst der rechtlichen Kategorie der AusländerInnen ohne Schweizer Pass auch die soziologische Kategorie von MigrantInnen der ersten, zweiten oder dritten Generation. Deren statistische Merkmale werden in einem Kapitel zu Charakteristika von ausländischen Arbeitskräften und ihren Ressourcen beschrieben. Sie beruhen auf den schweizerischen Volkserhebungsdaten des Jahres 2000.

Im zweiten Teil der Forschung wird eine Analyse der Ressourcen-Nutzung vorgenommen. Sie beruht auf Einzel- und Focus-Gruppen Gesprächen, die wir an sieben ausgewählten Spitätern und Kliniken der Deutsch- und Westschweiz durchgeführt haben. Zu den InterviewpartnerInnen zählten ExpertInnen und KadermitarbeiterInnen. MigrantInnen wurden parallel dazu separat befragt.

Ergebnisse

In der Theorie finden sich Argumente für einen Gewinn, welchen Institutionen des Gesundheitswesens aus der Beanspruchung interner Ressourcen ihrer Mitarbeitenden ziehen können. So spielen MigrantInnen eine wichtige Vermittlerrolle zwischen fremdsprachigen PatientInnen und medizinischem Personal, indem sie dolmetschen. Nebst

Verständigungsfragen geht es um die Vermittlung bei unterschiedlichen Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit, um andere Therapiegewohnheiten oder kulturelle Geprägtheiten. Die Verwendung informeller Ressourcen leistet einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung von Zugang und Qualität der Pflege und Behandlung von MigrantInnen. Sie hilft, das Recht auf Verständigung zu sichern. Die Beanspruchung informeller Ressourcen spielt zweitens bei der Teamentwicklung, Wettbewerbsfähigkeit und Gestaltung des Arbeitsplatzes eine positive Rolle (*Diversity Management*).

Der Blick auf die Praxis zeigt, dass alle befragten Akteure sprachliche Ressourcen ihrer Mitarbeitenden in Anspruch nehmen. Sie leisten damit einen bedeutenden, zugleich aber bescheidenen Beitrag zur Transkulturalisierung im Gesundheitswesen. In der Praxis erfolgt die Ressourcen-Nutzung heute aus einer bottom-up Perspektive heraus. Es sind Arbeitsgruppen oder Einzelinitiativen, die aktiv werden, wenn Probleme bei der Kommunikation mit PatientInnen anderer Herkunft auftreten. Die Erfahrungen mit der Ressourcen-Nutzung fallen mehrheitlich positiv aus. Dies gilt mit der Einschränkung, dass der Ressourceneinsatz wesentlich besser systematisiert und professionalisiert werden müsste. So wird zum Beispiel der Dolmetscher-Einsatz einerseits von den Anforderungen an die Sprachkompetenz, andererseits vom Komplexitätsgrad der Kommunikation abhängig gemacht. Es fehlt für die Ressourcen-Nutzung daher ein Gesamtkonzept mit Zielvorgaben, Planungs-, Entwicklungs- und Evaluationskriterien. Hierfür wäre eine aktiverere Unterstützung seitens der Spitalleitung und des Personaldienstes notwendig. Zu wenig ausgeprägt ist ebenfalls ein positives Bewusstsein für die Diversität am Arbeitsplatz. Statt die Chancen zu sehen, die sich aus der Heterogenität der Mitarbeitenden ergeben, kamen in den Gesprächen Probleme und Defizite auf Seiten der MigrantInnen zur Sprache. Im Vorfeld der Ressourcen-Nutzung müsste daher eine positive Sensibilisierungsarbeit geleistet werden, bei der es letztlich um Chancengleichheit geht. Die Nutzung von Ressourcen könnte on the job dazu beitragen, anderen Lebensformen mehr Verständnis entgegenzubringen und dadurch die Qualität der Gesundheitsleistungen auch längerfristig für alle PatientInnen gleichwertig zu sichern.

Empfehlungen

Die Empfehlungen setzen bei allen drei Dimensionen: Sensibilisierung, Identifizierung und Nutzung der Ressourcen an. Im Sensibilisierungsbereich müssten drei Zielgruppen anvisiert werden. Betriebsleitung und Kader müssten von der Wichtigkeit der Ressourcen-Nutzung im Kontext der Transkulturalisierung überzeugt werden. Parallel dazu würden auch die Vorteile einer horizontalen Arbeitsorganisation hervorgehoben. Im Weiteren

müsste das Personal gezielt gegen negative Einstellungen und Diskriminierung am Arbeitsplatz geschult werden. Bei der Identifizierung der Ressourcen geht es primär um die Erfassung. Hierfür spielen die Personalabteilungen eine massgebliche Rolle. Ressourcen von MigrantInnen müssten bereits beim Einstellungsgespräch systematisch erhoben werden. Ein Screening bestehender Ressourcen würde es ermöglichen, auch brachliegendes Potenzial zu nutzen. Was die Nutzung der Ressourcen anbelangt, so ist vorab entscheidend, Kriterien zu bestimmen, wann welche Ressourcen verwendet werden sollen. Der Einsatz müsste systematisiert und evaluiert werden. Weiterbildungen und professionelle Begleitung der Einsätze tragen zu einer Qualitätsverbesserung bei. Schliesslich müssten Hindernisse beseitigt werden. Dazu gehört eine bessere Zusammenarbeit zwischen Anbietern und Nutzern der Ressourcen. Status- und Hierarchieprobleme, die zwischen den Diensten sowie innerhalb der Teams eines der Haupthindernisse bilden, könnten dadurch vielleicht eher behoben werden.

Abstract

Mandated by the Swiss Federal Office of Public Health (SFOPH), the Swiss Forum for Migration and Population Studies (SFM) has conducted an action research in the framework of the "Migration and Public Health Strategy, 2002 – 2007". The action research dealt with the principal question how potential resources of migrant health workers could be (better) used for the public health system. In other words: What is the contribution of language competence, migration experience or cultural background of migrant health workers for the transculturalisation and institutional opening of the health system? The results prove that hospitals are primarily using language resources of their employees in a modest way. The surrounding is quite complex and characterized by different players with diverging interests. Structural and practical obstacles are preventing a satisfying use, and an overview is difficult to get. Among the recommendations are therefore concrete measures for a better sensitization, identification and use of informal resources in public health institutions.

PARTIE I : Problématique et éléments de méthode

1 Introduction

1.1 Contexte et objectifs du mandat

En s'appuyant sur l'objectif de la stratégie de « la santé pour tous en l'an 2000 » développée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a défini une stratégie intitulée « migration et santé 2002-2007 »¹. Cette stratégie a pour but de recenser les problèmes et leurs causes et de définir les axes principaux d'intervention et les objectifs à atteindre.

Basée sur le principe de la solidarité et de l'égalité des chances entre tous les habitants dans le système de santé suisse, la mise en œuvre de cette stratégie devrait contribuer à une meilleure intégration des migrants dans le domaine de la santé, notamment à l'amélioration de l'accès au système de santé de la population migrante. En effet, les résultats de différentes enquêtes et de recherches soulignent qu'en raison de plusieurs facteurs tels que la barrière linguistique, les conditions de vie précaires etc., les personnes migrantes sont nettement plus exposées au risque de maladie que la population indigène.

Cette observation, qui a mis en évidence la nécessité d'agir et de prendre des mesures adéquates, constitue le point de départ de la stratégie « migration et santé 2002-2007 ». Cette dernière se donne pour objectif d'adapter le système de santé, avec ses institutions, aux besoins d'une société pluraliste et hétérogène en général et aux besoins spécifiques d'une clientèle hétérogène, en particulier. Les flux migratoires sont en effet l'une des sources les plus importantes qui alimentent la *diversification* de la clientèle du système de santé.

Afin d'atteindre cet objectif, la stratégie « migration et santé 2002-2007 » a défini les cinq champs concrets d'intervention suivants. Le présent rapport s'inscrit dans le cadre du champ d'intervention « Recherche » et présente les

¹ Elaboré en collaboration avec l'Office fédéral des réfugiés (ODR), l'Office fédéral de l'immigration, de l'intégration et de l'émigration (IMES) et la Commission fédérale des étrangers (CFE). Cf. Office fédéral de la santé publique (OFSP) (2002). Migration et santé. Stratégie de la Confédération pour les années 2002 à 2007. Berne

résultats d'une recherche que l'OFSP a mandatée au Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population.

La problématique de notre recherche s'aligne sur le constat établi par la stratégie « migration et santé 2002-2007 » selon lequel les personnes migrantes possèdent des ressources potentielles qui pourraient être mobilisées afin de compenser certains désavantages qu'elles affichent en matière de santé. Plus concrètement, la recherche mandatée se penche sur la question de l'utilisation des ressources des migrants qui travaillent dans le secteur de santé, un sujet qui, à notre connaissance, n'a jamais fait l'objet d'une étude approfondie. Ce rapport aborde donc une problématique inédite – *ressources des migrants* – et se veut une contribution pour combler la lacune sur ce sujet dans les recherches abordant l'intégration des migrants.

1.2 Question de vocabulaire

Le terme « migrants » est utilisé à titre générique pour l'ensemble des personnes qui sont migrées, ou, l'un des parents est migré, pour des raisons d'immigration de travail ou d'immigration forcée. Il comprend donc toutes les personnes issues de l'immigration, de la première génération, de la deuxième ainsi que les naturalisés.

Nous avons préféré le terme d'« employés migrants » à celui de « travailleurs migrants », terme utilisé dans le projet de recherche, car ce dernier fait référence, ne serait-ce qu'implicitement, plutôt aux travailleurs moins ou non qualifiés. Nous n'avons pas voulu limiter notre recherche à cette seule catégorie.

Enfin, les mots de *migrant*, de *patient migrant* ou *d'employé migrant*, utilisés dans ce rapport au masculin par souci de simplification s'entendent naturellement aussi au féminin.

1.3 Structure du rapport et remerciements

Ce rapport a pour but d'étudier la problématique des ressources des migrants dans le contexte institutionnel, notamment dans le secteur hospitalier, en tant qu'une dimension importante d'un processus d'adaptation de celui-ci aux besoins qu'induit la forte *diversification* de la clientèle.

Ce but général se traduit par des objectifs spécifiques, auxquels sont consacrés les 9 chapitres qui suivent.

Dans le chapitre 1, nous situons la logique de l'étude dans le contexte dans lequel s'inscrit notre problématique, que nous allons développer dans le chapitre 2. Le troisième chapitre (3) est consacré à la démarche méthodologique. Il prend une place relativement importante, car nous nous

sommes efforcés de nous référer à différentes approches afin de mieux cerner notre problématique.

Les bases théoriques autour desquelles nous structurons principalement notre analyse sont fournies par l'approche théorique qui est présentée dans le chapitre 4. Quant à l'approche statistique qui fait l'objet du chapitre 5, elle brosse de manière détaillée le portrait de la population active dans le secteur de santé, et plus particulièrement celui des personnes migrantes sur lesquelles porte la partie empirique de notre recherche.

Les trois chapitres suivants portent sur l'exploitation des résultats de l'approche de recherche-action qui se penche sur cet aspect empirique de notre problématique.

Le chapitre 6 dresse l'état des lieux en ce qui concerne les différentes dimensions de notre problématique ; la description des services (6.1), les modèles (idéaux types) concernant la sensibilisation et l'identification des ressources (6.2) les perceptions que font les employés migrants de leurs ressources (6.3), l'éventail des ressources répertoriées (6.4), ainsi que les outils d'identification des ressources (6.5).

Afin de compléter la partie exploratoire, nous avons consacré le chapitre 7 à l'utilisation des ressources et tous ses enjeux. Le chapitre 8 propose quelques perspectives en guise de conclusion. Quant au 9^{ème} chapitre, il est consacré aux recommandations.

Les annexes sont au nombre de deux :

- la première présente le document de réflexion destiné aux membres de *focus groups* ;
- la deuxième rassemble les tableaux et les figures concernant les caractéristiques de la population active dans les activités hospitalières.

Cette étude a bénéficié du soutien de l'OFSP, dans le cadre de sa stratégie « migration et santé 2002-2007 ». Nous tenons donc à le remercier de son appui. Elle n'aurait pas été possible sans la participation des personnes interviewées et des participants aux *focus groups* qui ont bien voulu partager avec nous leur riche expérience de terrain.

Cette étude a été suivie par un groupe de pilotage composé de personnes de différents milieux concernés par notre sujet, qui a apporté des éléments précieux à la réflexion et que nous remercions.

Un remerciement particulier va à notre collègue Janine Dahinden qui nous a donné ses remarques et suggestions constructives tout au long de la réalisation de ce travail.

2 Problématique et questions de recherche

2.1 Migration et santé : un rapport complexe

Traditionnellement, la relation que l'on établissait entre la migration et la santé portait sur la « santé des migrants ». Cette dernière a été un objet de recherche réservé aux spécialistes du domaine médical et psychologique. On s'intéressait au « bagage pathologique » des migrants reflétant l'état de santé de ceux-ci (Gentilini et al. 1986). Marqué par une série d'éléments négatifs traduisant la réalité sanitaire des migrants – maladies héréditaires emportées par des migrants, pathologie d'adaptation dans la société d'accueil, troubles psychiques etc.-, l'état de santé de ceux-ci n'a été considéré que du point de vue du « groupe à risques » que représenterait la communauté migrante pour la santé publique. Toutefois, une telle approche réductrice, dominante dans les années 70, a longtemps empêché de repenser les différents aspects des questions de santé autour d'un contexte sociétal marqué par une forte pluralité issue de l'immigration.

Par ailleurs, certaines recherches soulignent le fait que les migrants ont été sélectionnés en fonction de leur bonne santé et capacité à travailler. De ce fait, le rapport entre migration et santé peut être considéré comme plutôt positif, ce que Parkin (1992) appelle « *healthy migrant effect* ». Ce constat ne tient sans doute pas compte du développement sanitaire des migrants tout au long de leur vie dans les pays d'accueil. Selon certaines recherches, le rapport entre migration et santé ne peut pas être étudié sans tenir compte, dans l'analyse, des conditions socio-économiques et politiques qu'offrent les pays d'accueils à leurs migrants. Elles soulignent autant les mauvaises conditions de travail et de vie, le statut de séjour précaire ainsi qu'un certain nombre de barrières d'ordre administratif, politique, linguistique, etc., en amont de l'accès aux soins qui influent négativement sur la santé des migrants, ce que Bollini et Siem (1995) appellent « *exhausted migrant effect* ».

Si l'on ne peut établir un quelconque rapport de causalité direct entre la migration et certaines pathologies définies, on ne peut pas non plus ignorer les effets des conditions de vie et de travail des migrants ainsi que du cadre socio-économique et politique sur leur santé. De ce fait, les récents travaux soulignent plutôt la *complexité* du rapport entre migration et santé, se caractérisant par une série d'éléments d'ordre génétique, social, économique et culturel (Bollini et Siem 1995; Scholl 1998).

En réalité, cette complexité se traduit par la forte diversification de la clientèle du système sanitaire et la nécessité d'adaptation des services sanitaires afin de répondre aux besoins de leur clientèle. La complexité reflète aussi les enjeux sociétaux tels qu'égalité et équité en matière de santé

et suscite une nouvelle réflexion sur ce que devrait être l'orientation et la réaction du système de santé dans une société pluraliste et hétérogène.

En effet, la question de la prise en compte de la pluralité issue de la migration dans les prestations sanitaires a toujours suscité un grand débat tant parmi les scientifiques que les décideurs politiques (Macbeth et Shetty 2001; Nazroo 2001; Uniken Venema et al. 1995). Ce débat s'inscrit nécessairement dans les discussions sur l'intégration des migrants dans les sociétés d'accueil et est marqué par les réflexions principales existantes en matière d'intégration des populations migrantes dans ces sociétés (Garrett et Lin 1990).

De manière générale, trois perspectives semblent baliser le terrain de réflexion : « assimilationniste », « multiculturelle » et « intégrationniste ».

L'approche assimilationniste suppose la *similarité* entre les membres des communautés migrantes et ceux de la population d'accueil. Dans le contexte de la migration, elle suppose donc la disparition des différences significatives entre membres des deux communautés. De par la logique de cette approche, on s'attend à ce que les migrants s'adaptent à la population d'accueil de telle sorte qu'ils deviennent virtuellement indistinguables en ce qui concerne leurs habitudes (culture, langue, style de vie, etc.). En matière de santé, l'assimilation implique que les migrants adoptent les mêmes habitudes sanitaires (usage des services, perception de la maladie et des soins etc.). La diversité d'habitudes des migrants en matière de santé est considérée sous l'angle d'un déficit qu'il faut combler par l'adoption par ceux-ci des habitudes de la population autochtone.

D'autre part, l'approche assimilationniste s'oppose à la mise en place de mesures *spécifiques* destinées aux populations migrantes. Ces derniers devraient utiliser les services disponibles de soins en s'adaptant à la manière dont le système de santé est organisé.

Contrairement au concept d'intégration assimilationniste que l'on peut aussi qualifier de perspective universaliste, l'approche multiculturelle met l'accent sur les spécificités culturelles (Rex 1986) et sur la reconnaissance des compétences communautaires dans la résolution autonome des problèmes avec une perspective d'« empowerment communautaire » pour reprendre le terme de Etzioni (1993).

Considérés comme culturellement différents, on n'attend pas des migrants qu'ils s'assimilent à la culture de la majorité. Au contraire, ils doivent préserver leurs caractéristiques culturelles dans la société d'accueil. Sur le plan sociétal, la préservation intégrale de nombreux systèmes de valeurs et culturels sera entretenue et très probablement accompagnée de la permanence à long terme de différences intercommunautaires, voire de la juxtaposition entre communautés, sans nécessairement un code culturel commun. Se pose dès lors pour la société d'accueil la question de protéger la diversité culturelle

(Taylor 1992). En ce sens, cette approche suggère bien évidemment la reconnaissance de certains droits différenciés aux migrants afin de préserver leur identité culturelle et ethnique et relever le défi de l'égalité dans la société (Kymlicka 1995).

En matière de santé, la perspective multiculturelle prône la différenciation culturelle des prestations sanitaires et la mise en place de mesures, de services et d'institutions spécifiques destinées à la population immigrée. Elle suggère la mise en place de formes de traitement différencierées, d'actions positives, voire d'institutions parallèles afin de permettre aux membres des groupes culturellement définis en amont de bénéficier de formes d'égalité plus effectives.

Dans les années 1990, des débats sur l'intégration des migrants ont donné lieu à des critiques par rapport à ces deux approches d'intégration et à une nouvelle perspective dite d'« incorporation » qui s'inspire de travaux de Vertovec (1999). La critique majeure qui leur est adressée est d'appréhender la notion de culture selon une optique statique et clairement délimitée qui naturalise les contenus culturels (Chimienti et Cattacin 2004). Une telle perception de la culture ne correspondrait pas à la réalité des sociétés qui deviennent de plus en plus plurielles dans un contexte migratoire et de mobilité internationale. De plus, ces deux perspectives renvoient l'effort de l'intégration soit à la seule responsabilité des migrants (perspective assimilationnistes) soit à celle de l'Etat en termes de reconnaissances des droits spécifiques aux migrants.

Cependant, l'approche intégrationniste suggère que l'intégration est une adaptation réciproque et nécessite un engagement mutuel des parties concernées : l'effort individuel des migrants en matière d'intégration doit être accompagné par des ajustements socio-structurels prônés par l'Etat.

Quant au domaine de la santé, l'approche « intégrationniste » renonce à la culturalisation de la problématique de santé des migrants et à la mise en place des institutions parallèles. Le déficit sanitaire qu'ont les migrants est moins une question de santé et de culture qu'une question d'ordre structurel et politique, comme le souligne Fassin (2000).

Il y a dès lors lieu de considérer la question de la santé des migrants comme un sous-secteur du domaine de l'intégration dont l'acteur principal est l'Etat. Le rôle de ce dernier est de mettre en place des mécanismes de régulation, d'ouverture institutionnelle et des structures pour développer des compétences transculturelles (Domenig 2001) qui seront susceptibles de favoriser la compréhension mutuelle entre les populations migrantes et autochtones. Ce ne sont pas les spécificités culturelles d'un quelconque groupe qui devront orienter l'adaptation des services ou des institutions, mais

ce sont les besoins spécifiques des individus qui doivent déterminer des actions.

Transculturalisation

Certaines études mettent l'accent sur la transculturalisation des institutions publiques, en particulier dans le domaine de la santé. La transculturalisation ne signifie pas la mise en place de mesures ou d'institutions spécifiques destinées aux populations migrantes puisqu'il a été démontré que la création d'institutions parallèles risquerait de provoquer de nouvelles formes d'exclusion (Efionayi-Mäder et Chimienti 2003). Elle signifie en premier lieu la nécessité d'ouvrir les institutions du pays d'accueil à la population migrante, de lever des obstacles en amont de l'accès au système de soins et d'intégrer institutionnellement les migrants.

La reconnaissance du principe de l'égalité des chances et des compétences transculturelles au sein des institutions et des organisations gagne une importance considérable (Dahinden et Chimienti 2002; Wicker 2001) afin de pouvoir soutenir l'intégration des migrants. Malgré ces démarches, on constate qu'il manque une définition consensuelle du concept de la transculturalisation.

Cependant, certains travaux s'efforcent de définir les éléments concrets de la transculturalisation. Parmi ces éléments, l'accent est mis notamment sur le développement d'une culture d'institutions et d'organisations transculturelles (Domenig 2001), ainsi que sur la mise en évidence et l'amélioration par la formation des compétences transculturelles du personnel cadre (Auernheimer 2002; Domenig 2004; Kalpaka 1998; Leenen et al. 2002; Leiprecht 2002). D'autre part, l'embauche de migrants dans les institutions, le questionnement des stéréotypes, la reconnaissance de l'existence de mécanismes de la discrimination institutionnelle, ainsi que le renforcement de la participation des migrants dans le team et dans la hiérarchie interne de l'organisation sont également considérés comme les caractéristiques du concept de la transculturalisation (Gaitanides 2001, 2003).

Dans le domaine de la santé, la mise en place d'un service d'interprétariat professionnel est soulignée comme exemple d'une approche transculturelle. En effet, les obstacles de nature communicationnelle et culturelle entravent le travail du personnel sanitaire avec les patients migrants, en particulier avec ceux de la première génération et pourraient engendrer des anamnèses et des fautes médicales coûteuses sur le plan humain. A cela s'ajoute le fait qu'elles risqueraient de diminuer le standard médical et sanitaire (Bundesamt für Gesundheit 2002; Efionayi-Mäder et al. 2001; Interpret' 2002). Le service de traduction professionnelle pourrait remédier aux problèmes et supprimer les obstacles en amont de l'accès aux soins que rencontre la population migrante.

Ressources des migrants dans le secteur de la santé et transculturalisation

Dans ce contexte de transculturalisation, la question qui se pose est de savoir dans quelle mesure les ressources des employés migrants pourraient apporter une contribution aux démarches transculturelles dans le domaine sanitaire. Car, répétons-le, les employés migrants jouent depuis longtemps un rôle considérable dans l'économie suisse et plus particulièrement dans les hôpitaux (Ayoubi 2003; Dahinden et al. 2003). Les données disponibles (*cf.* chapitre 5) indiquent que, sans le personnel issu de l'immigration, les hôpitaux pourraient avoir des difficultés de fonctionnement tant en ce qui concerne les activités de soins et médicales que les services d'exploitation.

Vers la fin des années 90, les hôpitaux devaient très souvent se tourner vers l'étranger pour le recrutement du personnel qualifié, car ce dernier n'était pas disponible en Suisse. De plus, depuis quelques décennies, les professions de la santé ont considérablement perdu leur attractivité auprès de la population autochtone, ce qui a engendré un « exode ». On parlait même d'une pénurie de personnel.

Suite au processus de restructuration et à l'introduction des critères de *New Public Management*, en particulier depuis le début de l'année 2002, les hôpitaux ne sont visiblement plus touchés par le problème de pénurie de personnel. Néanmoins, Ils ont toujours besoin d'un personnel qualifié qu'ils ne trouvent pas très facilement sur le marché du travail en Suisse (Kuster et Cavelti 2003).

Dans ce segment qualifié, il s'agit en général du recrutement de personnel en provenance de l'Union européenne. Cependant, il est encore trop tôt pour estimer les effets de la libre circulation des citoyens de l'Union européenne sur le secteur hospitalier et la politique du personnel des hôpitaux en Suisse.

Comme nous l'avons constaté dans le chapitre 5, la présence d'employés migrants est particulièrement importante dans les emplois manuels et non-qualifiés. Les activités d'exploitations concernant la cuisine, le service de nettoyage, etc. sont assumées en grande partie par les travailleurs migrants. Ces derniers sont en général des migrants de la première génération des pays d'émigration traditionnels tels que l'Italie, l'Espagne, le Portugal, l'Exyougoslavie et la Turquie. Depuis peu, on y trouve également les requérants d'asiles et des personnes provisoirement admises. En raison de restrictions administratives ou de non reconnaissance des diplômes obtenus dans le pays d'origine, une partie de ces personnes se voient obligées d'accepter des emplois manuels ou non qualifiés qui ne correspondent pas à leurs qualifications. Ceux-ci sont même désignés comme les « *nouveaux* » *Gastarbeiter*, une tendance qui peut être observée aussi dans d'autres branches économiques, en particulier dans celle de l'hôtellerie (Kuster et Cavelti 2003; Piguet et Losa 2002).

C'est dans cette perspective que nous pouvons nous demander dans quelle mesure la diversité qu'affiche le personnel du secteur hospitalier peut être considérée comme une ressource potentielle à mobiliser dans les activités hospitalières, notamment pour les prestations destinées à la population migrante. Quels types de ressources existe-t-il et comment peuvent-elles être utilisées de manière stratégique ? Quels sont les avantages et les inconvénients liés à l'usage de ces ressources ? Avant d'apporter des réponses à ces questions à la lumière des résultats de notre travail de terrain, il nous paraît important de nous pencher sur la notion de ressource.

2.2 Notion de ressource

Depuis quelques décennies, la notion de ressource est devenue l'objet central de nombreuses discussions dans les sciences sociales et humaines. Elle a été popularisée notamment dans le domaine du travail social. Car le travail social était traditionnellement caractérisé par une approche se référant plutôt au déficit des bénéficiaires de l'aide sociale (*deficit oriented*), un terme qui se voit remplacé par la notion de ressource (*resource oriented*).

Néanmoins, la notion de ressource est très vague et délicate à manier. Elle entretient des liens étroits avec les théories de plusieurs disciplines en science sociales, ce qui fait qu'il n'y a pas à ce jour de consensus sur sa définition. Il nous paraît donc nécessaire de définir ce que nous entendons par « ressource ».

Dans le cadre de ce travail, notre définition de ressource se réfère à l'ensemble des potentiels et moyens mobilisables, tangibles ou intangibles, résultant d'un processus de construction complexe, dont dispose un individu pour accomplir une action². Dans la littérature scientifique, on distingue en général les *ressources personnelles* des *ressources sociales* (Herriger 2002; Nestmann 1996).

Au sens large du terme, les ressources personnelles correspondent à ce que Bourdieu appelle « *capital culturel* », qui désigne l'ensemble des ressources culturelles dont dispose un individu (Bourdieu 1979).

Le « *capital culturel* » se réfère à deux types de ressources : le premier type de ressource comprend les ressources formelles, à savoir des ressources qui se présentent sous forme de compétence institutionnalisée et validée par un diplôme ou certificat (les titres scolaires, universitaires, professionnels, etc.). De plus, les ressources personnelles se réfèrent à des éléments

² Dans cette définition, compte tenu de l'objet de notre recherche et bien que nous y soyons conscients de leur importance, les ressources matérielles ne sont pas incluses.

psychologiques tels que convictions, auto-perception, savoir-être, manière d'agir etc. qu'un individu développe tout au long de son vécu.

Quant au second, ce sont des ressources informelles qui se construisent par socialisations successives. Il s'agit en fait d'*habitus culturel* qui comprend toutes les ressources non validées par un diplôme ou certificat qu'un individu incorpore, telles que savoir-être, expériences liées au vécu, savoir-faire, codes culturels et système de valeurs et de croyance etc.

Quant aux ressources sociales, il s'agit de ressources qu'un individu construit à travers ses relations sociales, ce que Bourdieu appelle le « capital social » (réseaux de relations) qui joue un rôle dans la détermination et la reproduction des positions sociales. Celles-ci sont fortement liées à des structures de relations et de réseau qui complètent les ressources personnelles d'un individu.

Du point de vue de cette définition, deux éléments méritent d'être soulignés : le premier est le fait que les ressources ne se réduisent pas forcement à un état statique. Elles sont à envisager sous un angle dynamique : elles peuvent être mobilisées et transformées. Le second est que les ressources sont une construction dans un contexte donné. Ainsi, les opportunités structurelles qui cadrent les ressources apparaissent comme une dimension qu'il faut prendre en considération dans le processus de construction et de l'utilisation des ressources.

Soulignons que ces deux éléments revêtent une importance considérable dans le contexte migratoire. En effet, la migration produit un double effet : d'une part, en raison de certaines restrictions politico-administratives dans le pays d'accueil (ignorance, sous-estimation, non reconnaissance des diplômes des migrants acquis dans leur pays d'origine, etc.), elle empêche les ressources potentielles des migrants de se mobiliser et de se transformer en compétences. D'autre part, elle pourrait créer des conditions favorables pour la construction de nouvelles ressources dans un nouveau contexte (l'acquisition de la langue d'accueil, des compétences transculturelles etc.).

Dans ce travail, nous préterons une attention particulière à la problématique de l'utilisation des *ressources informelles* des employés migrants dans le contexte hospitalier suisse. Cette attention s'inscrit sans doute dans la logique de la transculturalisation des institutions et de la gestion de la diversité culturelle et linguistique, issue de l'immigration, sur le lieu de travail.

2.3 Questions de recherche

La question fondamentale à laquelle notre recherche tente de répondre est de savoir dans quelle mesure les employés migrants peuvent contribuer, en mettant à disposition leurs ressources potentielles, à l'amélioration des

prestations de soins de santé à l'égard des patients migrants. Nous supposons que l'usage de ces ressources informelles, à savoir des ressources non sanctionnées par un diplôme (savoir-faire, connaissances en langue d'origine, expériences migratoires, etc.) pourrait jouer un rôle complémentaire dans l'amélioration de la qualité des soins dont bénéficient les patients migrants.

Les questions complémentaires suivantes attirent particulièrement notre attention dans cette recherche :

1) Quel rôle les employés migrants jouent-ils dans les activités hospitalières, quel type d'activités exercent-ils et comment ceux-ci se caractérisent-ils ?

Il manque actuellement des données fiables concernant leurs nombres, origine et qualifications. Il nous paraît donc essentiel d'obtenir une photographie de leurs activités et profil professionnel.

2) Quelles tâches les ressources des employés migrants peuvent-ils assumer, face à l'hétérogénéité culturelle des patients ? Quelles sont les barrières en amont de l'exécution de ces tâches ?

En l'absence d'un cadre adéquat d'interprétation, par exemple, certains hôpitaux font appel aux compétences linguistiques de leurs employés migrants, afin de combler la lacune en communication entre un patient migrant et le soignant. La question qui nous intéresse ici est de savoir quelles sont ces ressources et dans quelles mesures elles peuvent être associées à l'exécution de certaines tâches.

Il nous paraît fort important d'identifier aussi les problèmes et les difficultés posés par un usage immédiat des ressources disponibles.

3) De quelle manière les ressources des employés migrants peuvent-elles être mieux utilisées en termes de « diversity management » ?

On sait que les migrants n'arrivent généralement pas dans le pays d'accueil les mains vides : ils apportent avec eux un certain nombre de ressources telles que compétences linguistiques et culturelles, expérience acquise au cours de la migration, perceptions de soins, etc. Dans une perspective de «diversity management», l'utilisation de ces ressources pourrait être significative dans le contexte hospitalier, caractérisé par une clientèle fortement hétérogène.

3 Eléments de méthode

La recherche, que nous avons menée dans sept hôpitaux choisis dans deux régions linguistiques (la Suisse romande et la Suisse alémanique), a été articulée selon trois modules impliquant chacun une méthode particulière. En raison du fait que notre problématique –en tout cas dans le contexte suisse– n'a jamais fait l'objet d'une étude approfondie, nous nous sommes référés à plusieurs approches méthodologiques. Les résultats des approches que nous

avons utilisées dans le premier et deuxième module ont servi de base pour mieux calibrer la recherche-action constituant le troisième module. Décrivons maintenant tour à tour ces trois modules.

3.1.1 Module I : approche théorique

Dans ce premier module, nous avons tout d'abord situé la problématique de l'usage des ressources des migrants dans le contexte qui porte sur le lien entre la migration et la santé. Ensuite, nous avons identifié, dans les travaux existants, les différents arguments militant *explicitement ou implicitement* en faveur de l'usage des ressources potentielles des migrants dans les activités hospitalières. Sur la base de cette dernière démarche, nous avons établis une typologie des arguments promouvant l'usage des ressources des migrants (*cf.* chapitre 4).

3.1.2 Module II : approche statistique

L'approche statistique, quant à elle, se propose d'analyser les données du recensement fédéral de la population 2000. En effet, il y a une grande lacune de connaissances statistiques en ce qui concerne les caractéristiques des employés migrants dans les activités hospitalières. Qu'est-ce que l'on sait concrètement de leur nombre, leur qualification et leur origine ? Quelles ressources linguistiques possèdent-ils ? Quelles tâches assument-ils dans les hôpitaux ? Telles sont les quelques questions fondamentales auxquelles nous avons apporté, dans ce deuxième module, des réponses en nous basant sur les données du RFP 2000.

3.1.3 Module III : approche de recherche-action

Le troisième module constitue le cœur de la partie empirique de notre recherche. Il est essentiellement réalisé suivant la logique de l'approche recherche-action. Le point de départ de cette dernière est de considérer les perspectives des acteurs comme la base pour l'action. En d'autres termes, le but de la recherche-action est d'associer l'action et la réflexion dans la mesure où les connaissances développées au cours de la recherche sont directement applicables à la problématique aussi bien sur le plan théorique que pratique. De plus, la recherche-action renvoie à une démarche méthodologique qui soulève un positionnement particulier, tant du côté du chercheur que celui des bénéficiaires et des acteurs. Si elle permet aux chercheurs de participer consciemment à un processus de changement social sans renoncer à leur scientificité et à leur objectivité, elle offre aux acteurs sociaux la possibilité de participer à la théorisation de leur pratique et de leurs expériences concrètes (Barbier 1996; Stringer 1999). C'est la raison pour laquelle la recherche-action est aussi considérée comme une *approche participative*. Dans notre recherche, elle n'a pas seulement permis de mieux

comprendre la question de l'utilisation des ressources, mais aussi de leur proposer une sensibilisation concernant notre problématique et de créer un lieu d'échange sur les expériences réciproques.

Pour ce faire, nous avons eu recours à quatre démarches complémentaires.

Approche centrée sur les personnes clé : dans cette phase, nous avons mené huit interviews avec des personnes clé, afin de nous faire une première impression de la pratique existante dans les hôpitaux. A l'exception d'une personne issue du milieu syndical, toutes les autres personnes clé sont des professionnels du domaine hospitalier. Ces interviews nous ont permis de tester notre dispositif méthodologique et conceptuel, et d'entrer en contact avec d'autres personnes concernées par les *focus groups*.

Approche centrée sur les migrants travaillant dans les hôpitaux : on ne peut pas aborder de manière satisfaisante le thème des ressources des employés migrants sans intégrer leur point de vue dans l'analyse. C'est dans ce but que nous avons interviewé une dizaine de migrants travaillant dans les hôpitaux sélectionnés. Les interviews avec les employés migrants nous ont fourni un autre regard enrichissant à côté du regard institutionnel et des indications précieuses sur notre problématique. Dans ces interviews, nous nous sommes intéressés plutôt aux éléments liés au processus de l'utilisation des ressources ainsi qu'aux effets engendrés par l'usage.

Approche centrée sur les focus groups : l'objectif de cette approche est, par le biais d'une discussion croisée, voire même controversée, de créer une synergie entre les expériences, les idées et les obstacles rencontrés, afin de pouvoir répondre à la question de savoir comment des ressources des employés migrants pourront être liées à l'exécution des tâches prioritaires dans les activités hospitalières. Il s'agit concrètement de discussions croisées sur l'utilisation des ressources des employés migrants. Les *focus groups* ne visent pas seulement à récolter des données mais aussi à contribuer, du côté des acteurs participants, à l'acquisition de connaissances supplémentaires et à un changement de conscience en la matière (Lamnek 1995). Voyons brièvement quelques caractéristiques du *focus group*.

Focus groups

Etant donné qu'ils garantissent un niveau élevé de participation des acteurs concernés par la problématique, le recours aux *focus groups* comme approche méthodologique est très systématique dans la recherche-action. Il s'agit concrètement de groupes de discussion composés de 5 à 10 participants. Choisis selon des critères précis garantissant une certaine diversité d'opinion et qualité de contribution, les participants débattent de la problématique sur la base d'un document préparé à l'avance pour ce but et les discussions sont modérées par une personne compétente en la matière qui donne des impulsions réflexives au débat. Le contenu des discussions constitue le

matériel empirique et est analysé suivant les critères d'une approche inductive et qualitative (Lamnek 1995; Powell et Single 1996).

Choix d'hôpitaux

Afin de pouvoir organiser les *focus groups*, le premier pas est de choisir les hôpitaux sur lesquels se concentre notre recherche. Le premier critère retenu est celui de la région linguistique. Afin de pouvoir avoir des éléments comparatifs, nous nous sommes restreints à deux régions linguistiques, à savoir la Suisse alémanique et la Suisse romande, qui comptent la plus forte proportion de travailleurs étrangers dans les activités hospitalières. (cf. Tableau 11 et Tableau 12). Tout en prenant en considération la proportion de la population migrante dans la population générale des villes, avec la supposition que celle-ci se reflète aussi dans la composition de la clientèle des hôpitaux, nous avons opté pour les hôpitaux ayant participé aux travaux du projet *Migrant Friendly Hospitals* ont affiché un intérêt pour notre problématique et recherche. En d'autres termes, dans le critère du choix d'hôpitaux, nous n'avons pas visé la représentativité dans chaque région linguistique retenue mais plutôt la disponibilité des hôpitaux à notre recherche. Il s'agit concrètement de 5 hôpitaux, d'une Polyclinique et d'une clinique de réhabilitation.

Tableau 1 : Liste des institutions participant aux *focus groups*

Nr	Nom	Région	Groupe	Nombre de participants
1	Rheuma- und Rehabilitationsklinik Valens	Suisse alémanique	Cadre	5
2	Universitätsspital Zürich	Suisse alémanique	Cadre	5
3	Kantonsspital St.Gallen	Suisse alémanique	Cadre	5
4	Inselspital Bern	Suisse alémanique	Cadre	7
5	Polyclinique Médicale Universitaire, Lausanne	Suisse romande	Cadre	5
6	Hôpitaux universitaires de Genève	Suisse romande	Cadre	6
7	Hôpital psychiatrique de Nant, Vevey	Suisse romande	Cadre	4

Réalisation des *focus groups*

Les membres des *focus groups* et leur nombre sont déterminés avec la direction des hôpitaux choisis. Sont en général représentés dans les *focus groups* les différents départements tels que la direction des ressources humaines, le département d'exploitation, le département de soins infirmiers, le service de qualité, le département de médecine communautaire, etc. Nous avons organisé un *focus group* par hôpital et chaque *focus group* est composé

de personnes cadres, supérieurs ou intermédiaires (direction, responsable, chef, etc.) concernées par notre problématique. Afin de garantir une certaine transparence dans les discussions, nous n'avons pas inclus les employés migrants dans les *focus groups* composés de cadres. Nous les avons interviewés séparément.

Elaboré sur la base des résultats de la partie théorique et statistique, un document de travail (cf. annexe 2) a été envoyé à tous les participants du *focus group*. Il a servi de document de base pour alimenter la réflexion dans les discussions.

Dirigé par un modérateur donnant des impulsions aux discussions, le *focus group* a permis aux participants d'exprimer leurs idées et d'échanger leurs expériences concernant différents aspects de la problématique des ressources des employés migrants. Concentrées sur la réalité propre à chaque hôpital, les discussions ont ainsi brossé le tableau de la situation. En outre, les débats croisés entre les participants et l'intervention de l'équipe de recherche ont donné lieu à un processus d'apprentissage et de sensibilisation en matière de ressources des migrants.

Difficultés rencontrées

Le projet de recherche prévoyait que le travail de terrain inclurait cinq institutions hospitalières et que quatre *focus groups* par institution choisie seraient organisés. Néanmoins, nous étions contraints au stade de planification du travail de terrain de revoir le nombre d'institutions et de *focus groups* à organiser au sein de chaque institution.

En effet, étant sollicitées par plusieurs groupes de recherche en cours, les institutions ont signalé un grand problème de disponibilité pour participer à notre recherche, tout en soulignant cependant leur intérêt pour notre thématique. De même, l'organisation de plusieurs *focus groups* en fonction des sections concernées par la problématique des ressources (ressources humaines, direction, service de soins, service d'urgence etc.) au sein de chaque institution ayant accepté de participer était impossible en raison de surcharge de travail et du problème de disponibilité des participants potentiels aux *focus groups*.

Pour remédier à ce problème, nous avons opté pour une solution qui consiste, d'une part, à augmenter le nombre d'institutions à inclure (sept au lieu de cinq prévues) et, d'autre part, à réunir les représentants de divers services concernés dans un seul *focus group* que nous avons organisé pour chaque institution choisie.

Par ailleurs, afin de garantir la représentation des acteurs concernés, nous avons réalisé une dizaine d'interviews téléphoniques ou face-à-face auprès des employés migrants utilisant leurs ressources informelles dans leurs

activités hospitalières, ce qui n'était pas prévu dans l'esquisse de recherche soumise à l'OFSP. Le choix de ces personnes nous a été communiqué par les responsables de divers services ayant participé aux *focus groups*. La participation des employés migrants a permis à notre recherche d'inclure le regard des migrants-utilisateurs des ressources, acteurs directement concernés par la problématique et d'enrichir ainsi la perspective sur le sujet.

Il est également important de souligner une autre difficulté substantielle que nous avons rencontrée lors des discussions en groupe. Les discussions ont pris parfois une direction qui touche de manière générale le problème de l'intégration de la population migrante en Suisse. Malgré l'importance du sujet, cela posait parfois le problème pour mieux cadrer et approfondir notre propre problématique, soit la question des ressources. Dans certains *focus groups*, ceci était parfois lié au manque de connaissances approfondies sur la problématique de ressources.

Workshop avec les membres du comité de pilotage : composé par des experts en la matière, le comité de pilotage est chargé de piloter la recherche. En d'autres termes, il s'agit d'assurer le suivi de la recherche et de l'accompagner en apportant un soutien d'expert externe. L'intervention du comité de pilotage a eu lieu à deux reprises et sous forme d'un workshop réunissant l'équipe de recherche et les membres du comité de pilotage. Le premier workshop visait à récolter, d'une part, des réactions globales du comité de pilotage par rapport aux résultats intermédiaires obtenus suite aux travaux réalisés dans le cadre des modules théorique et statistique et, d'autre part, à discuter du contenu des *focus groups* (détermination des dimensions, vérification de la pertinence des thèmes etc.). Le second workshop, qui a lieu après la réalisation de la partie empirique, s'est essentiellement concentré sur la discussion des résultats de l'ensemble de la recherche et sur l'orientation de la réflexion prospective. C'est suite aux feedback, remarques, recommandations et suggestions du comité de pilotage que le rapport final a été rédigé.

Tableau 2 : Membres du comité de pilotage

Nom	Institution
Liliane Avondet-Chennit	Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI), section NE/JU
Janine Dahinden	Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population
Dagmar Domenig	Schweizerisches Rotes Kreuz, Département Migration
Ivana Novara	Fondation Mont-Calme, EMS
Peter Saladin	«Migrant Friendly Hospitals, H+»

PARTIE II : Approche théorique

4 Ressources : enjeux et arguments scientifiques

Dans ce chapitre, nous décrivons tout d'abord le contexte de l'usage des ressources des migrants et, ensuite, discuterons les différents arguments scientifiques militant *explicitement ou implicitement* en faveur de l'utilisation de ces ressources.

4.1 Enjeux : améliorer l'accès aux soins et la qualité de traitement

Les effets de la pluralisation de la société sont nombreux et se répercutent sur l'ensemble du système de soins. Ils mettent les institutions sanitaires face au défi de s'ouvrir à l'ensemble de la société et tracent les balises d'une culture de prestations sanitaires, susceptible de s'adapter à un contexte marqué par la forte hétérogénéité de la clientèle du système de soins. Un rapide survol de la littérature scientifique attire notre attention sur deux enjeux majeurs dans un contexte migratoire : les questions de l'accès aux soins et de la qualité des services sanitaires.

Plusieurs travaux internationaux mettent l'accent sur l'existence du problème de l'accès des migrants aux soins (Carla et Charles 1987; Cooper et al. 1998). Une étude démontre que l'utilisation des services de soins par la population migrante aux Etats-Unis n'est pas déterminée par le simple choix individuel des migrants, mais qu'elle est affectée par une série de facteurs (Leclerc et al. 1994). Certains obstacles en amont de l'accès sont d'ordre économique, politique, administratif et culturel et ne touchent pas nécessairement la population autochtone (Bollini et Siem 1995; Salman 2001).

Bibeau et Chan-Yip (1992) soulignent que les conditions sociales précaires des migrants ne facilitent pas l'accès de ceux-ci aux soins. A cela il faut ajouter les barrières linguistiques observées par un grand nombre d'études comme un élément important ayant un effet négatif sur l'usage des services de soins, particulièrement pour des migrants récemment arrivés dont les compétences linguistiques en langue d'accueil sont insuffisantes pour pouvoir communiquer dans cette langue avec les professionnels de la santé. (Bischoff 2001; Bischoff 2000; Chimienti et Cattacin 2001; Pitkin et Peker 2000; Taskin et al. 2002; Toscani et al. 2000; Weiss 2003). Il est également à noter qu'une certaine catégorie de migrants, en particulier ceux que l'on appelle les « sans papiers » sont frappés par des obstacles administratifs qui les privent de l'accès aux soins. Les « sans papiers » n'ont accès qu'aux

services d'urgence et sont exclus des programmes de santé publique et de campagnes de prévention en matière de santé. Les requérants d'asile, eux aussi, sont effectivement touchés par des restrictions administratives limitant l'accès aux soins (Bollini et Siem 1995).

Par ailleurs, plusieurs travaux observent que différents préjugés racistes ou xénophobes constituent des obstacles additionnels affectant notamment le recrutement du personnel issu de l'immigration et les prestations de services (Pearson 1989). Comme l'observent Van Ryn et Burke dans leur étude (2000), les préjugés interviennent notamment dans l'appréciation de la culture des migrants en lui attribuant une position inférieure par rapport à la culture de la majorité. Dans cette catégorie d'obstacles, il y a lieu de mentionner la présence de discriminations à l'égard des patients migrants. Selon Adebimpe (1994), ces derniers reçoivent plus souvent des diagnostics relativement sévères et un traitement d'une qualité inférieure à celui qu'obtiennent les patients appartenant à la population autochtone.

On ne peut conclure cette partie sans évoquer les obstacles qui proviennent de la population migrante elle-même. Nombreux sont les migrants qui affichent une grande lacune de connaissances et d'informations concernant le système de santé et des institutions sanitaires du pays d'accueil. De plus, la présence de différents concepts de santé et de maladie chez les migrants ne facilite pas l'usage approprié des services de soins, s'ils ne les empêchent pas complètement. A cela s'ajoute certainement des obstacles résultant d'une certaine méfiance qu'affichent certains migrants à l'égard des institutions publiques.

Une des conséquences majeures de ces obstacles de différente nature est l'utilisation insuffisante par la population migrante des services de soins³ (Carla et Charles 1987; Faber 1995; Leclerc et al. 1994). Cela engendre des conséquences sur la santé de la population migrante.

L'accès des migrants aux services de soins apparaît ainsi non seulement comme un élément décisif pour l'accomplissement d'une justice distributive, mais aussi comme le moteur du processus de leur intégration dans le domaine de la santé (Toscani et al. 2000), où l'égalité des chances signifie que les migrants bénéficient d'une égalité d'accès aux soins et que les services de santé s'adaptent à la diversification des besoins des patients migrants.

³ Outre l'existence de problèmes d'accès et de l'usage limité des services de soins constatés par la littérature, il est également à noter qu'un certain nombre de travaux observent une certaine sur-utilisation par un groupe de migrants, soit les réfugiés et les requérants d'asile, de certains services médicaux en comparaison avec l'ensemble de la population, cf. par exemple (Hjern et al. 2001; Wicker et Katona 1999).

Le deuxième enjeu pour le système de santé concerne l'amélioration de la qualité des services et des soins. Cette dernière consiste bien évidemment en une combinaison et mobilisation d'efforts et d'éléments de différente nature. Dans le contexte migratoire, la qualité des services et des soins prodigués aux patients migrants est avant tout liée à la prise en charge compétente de leurs besoins sanitaires (Toscani et al. 2000), et à l'abolition des barrières en amont de l'accès aux services de soins. Comme le précise une étude, dans le contexte médical caractérisé par la communication plurilingue, «il est difficile d'assurer la qualité des soins si l'accès se heurte à des barrières linguistiques» (Bischoff et al. 2000: 395).

Certaines recherches, étudiant la satisfaction des patients migrants, concluent que les facteurs culturels et linguistiques sont des contributeurs majeurs à la qualité des soins destinés à des populations migrantes. Comme l'observe Barret (1998), les migrants attendent de leurs soignants avant tout la compréhension de leur perception de la maladie. Dans un contexte sociétal où coexiste une multitude de perceptions concernant la maladie et la manière dont celle-ci est exprimée, l'acquisition et l'utilisation des *compétences transculturelles* par les soignants et le personnel des services de soins est considérée par plusieurs travaux comme un des ingrédients de la qualité dans le domaine de la santé (Nunez 2000; Zielke-Nadkarni et Schnepp 2003). Par ailleurs, certains travaux précisent l'importance de la présence de migrants dans les équipes et dans les organisations internes et la valorisation de leurs ressources pour améliorer la qualité des soins et des services (Gaitanides 2003).

Le contexte, que nous venons de décrire, a conduit les établissements de soins, en particulier les hôpitaux, à mettre en place des mesures et des pratiques afin de mieux adapter leur structure organisationnelle et à offrir des services « *client-oriented* » pour mieux répondre aux besoins de la population migrante.

Malgré leur variété d'orientation et d'implémentation, ces pratiques se donnent pour but commun d'améliorer l'accès aux services de soins et la qualité des services pour la population migrante. La première question qui se pose est de savoir si l'usage des ressources potentielles des employés migrants du secteur de la santé est pris en considération ou non dans la conceptualisation et la mise en pratique de ces projets. Et si oui, dans quelle mesure et de quelle manière les ressources des employés migrants sont mobilisées.

Dans la section suivante, nous allons faire un tour d'horizon de la littérature scientifique qui aborde d'une manière ou d'une autre la problématique « migration et santé ». Notre objectif est de relever différents arguments concernant l'usage des ressources potentielles des migrants.

4.2 Usage des ressources des migrants

L'étude des ressources potentielles des migrants peut être le fait de disciplines très variées parmi lesquelles se trouvent toutes les sciences de l'homme et de la société. Jusqu'à présent, une vision globale intégrant différentes perspectives disciplinaires fait défaut. Dans cette section, nous n'avons aucunement l'intention de nous lancer dans une entreprise de grande envergure. Toutefois, nous entendons proposer quelques pas dans cette direction. Pour ce faire, nous allons nous limiter, étant donné notre problématique, au domaine de la santé.

Pour simplifier, il est utile de classer les arguments en faveur de l'usage des ressources potentielles des migrants en quatre approches.

- approche communicationnelle : la relation communicationnelle entre patients migrants et soignants et l'accès à l'information ;
- approche anthropologie médicale : l'analyse de la culture médicale et la perception culturelle des maladies ;
- approches gestionnaires : gestion optimale des différents aspects et des enjeux issus de la diversité dans les établissements sanitaires ;
- approche juridique : accent mis sur le droit à la santé et les droits des patients.

Bien entendu, des découpages plus détaillés sont possibles, mais celui que nous proposons ici, sans prétendre être exhaustif, suffit aux besoins de notre problématique. Passons-les rapidement en revue. Rappelons que notre but n'est aucunement de mener une discussion conceptuelle sur les approches elles-mêmes (philosophie, enjeux scientifiques, etc.). Nous nous limitons ici à discuter leurs arguments qui, explicitement ou implicitement, articulent notre thème, à savoir l'utilisation des ressources potentielles des migrants en matière de santé.

4.2.1 Approche communicationnelle : interprétariat

La question de la communication dans le milieu hospitalier a pris une grande importance en l'espace de quelques décennies dans l'ensemble du domaine sanitaire. Qu'il s'agisse de réalité aussi diverse que le processus de communication et de compréhension entre soignant et patient, la transmission des informations aux patients, l'accès aux soins, les conflits dus à la différence des systèmes de valeurs, la notion de l'interprétariat s'est imposée

comme une notion indispensable⁴. En témoigne la production scientifique devenue écrasante sur ce sujet tant au niveau suisse (Bischoff et al. 2003; Dahinden et Chimienti 2002; Tonnerre et al. 1997; Toscani et al. 2000; Weiss et Stuker 1998b) qu'international (Bowen 2001; Cioffi 2003; Pitkin et Peker 2000). Or, une compétence linguistique insuffisante en langue d'accueil est montrée comme un obstacle majeur non seulement à la communication entre le soignant et le patient, mais aussi à l'accès aux services de soins (Bischoff et al. 2000; Bischoff 2000; Rothschild 1998). De plus, les barrières linguistiques rendent difficile la tâche du personnel soignant dans la mesure où elles peuvent également entraîner une imprécision dans le diagnostic et dans le processus thérapeutique (Bischoff 2001; Métraux 1995; Weiss et Stuker 1998a).

L'interprétariat en matière de soins vise avant tout à surmonter les problèmes de communication et les effets négatifs en découlant. Le problème de communication est souvent identifié comme un élément rendant difficile la garantie d'un certain standard médical souhaité (Métraux 1995; Salis Gross 1997). L'objectif de cette intervention est dès lors double : améliorer l'information et la communication pour faciliter l'accès aux soins et établir le dialogue entre soignant et patient considéré comme une condition de base pour le diagnostic et le traitement de la maladie (Jacobs et al. 2001).

Par ailleurs, de nombreux travaux scientifiques, étudiant la question de l'utilité et de l'efficacité de l'interprétariat en matière de soins, établissent une corrélation positive entre l'amélioration de la qualité des services sanitaires et l'usage de l'interprétariat pour les patients allophones (Bischoff et al. 2003; Jacobs et al. 2001; Labun 1999). Ils proposent de mettre en place un service d'interprétariat professionnel (Bundesamt für Gesundheit 2002; Efionayi-Mäder et al. 2001; Interpret' 2002; Jacobs et al. 2001).

Compte tenu de l'intérêt de notre problématique, la première question qui se pose est de savoir dans quelle mesure l'opérationnalité de cette approche communicationnelle (interprétariat) impliquerait l'utilisation des ressources des migrants.

Deux types d'usage des ressources des migrants semblent caractériser la pratique des institutions sanitaires en matière de communication. Le premier vise à avoir recours aux ressources des migrants externes à l'institution sanitaire, en mettant sur pied un service d'interprétariat (« médiation

⁴ Pour une compréhension théorique de la problématique de l'interprétariat professionnel dans le domaine de la santé, du social et de l'éducation, voir l'étude de Dahinden et Chimienti (2002), et pour les aspects opérationnels et pratiques du concept de l'interprétariat, voir le travail de Dahinden, Felder et D'Amato (2004).

interculturelle dans les hôpitaux » en Belgique, et, « Health Education for migrants in their own language and from their own cultural perspective » (*Vetc*, en néerlandais) aux Pays-Bas, par exemple. Le deuxième type, quant à lui, suppose par contre l'appel aux ressources linguistiques du personnel bilingue au sein de l'institution.

Le travail de Cioffi (2003), qui a étudié l'expérience communicationnelle des infirmiers avec les patients migrants en Australie, souligne la satisfaction des infirmiers qui ont recours aux ressources des migrants, qu'il s'agisse d'interprètes ou de leur collègues bilingues. Par ailleurs, l'étude de Cioffi met en évidence certaines difficultés liées à l'accès et à la disponibilité de l'un ou de l'autre type de ces ressources⁵.

Si le travail face-à-face avec les interprètes est considéré comme pratique et facilite l'interaction⁶, il ne pose pas moins de problèmes en ce qui concerne l'accès au service de l'interprétariat et à la disponibilité des interprètes, en particulier pour les week-ends et le service de nuit et d'urgence. Le service d'interprétariat apparaît ainsi comme un concept qui pourrait mobiliser des ressources de diverses natures (sociales, linguistiques etc.).

Quant aux ressources du personnel bilingue, les infirmiers estiment que l'accès à ces ressources est beaucoup plus facile en raison de leur disponibilité sur place. Néanmoins, il se peut que le contingent du personnel bilingue disponible sur place ne soit pas suffisant pour satisfaire les besoins linguistiques de différents patients ne parlant pas la même langue. Comme le souligne une infirmière ayant participé à la recherche :

“We have bilingual health workers here. I find the types are not enough to cater for the diverse patients that we have in this hospital. We don't have anyone for Vietnamese or Turkish” (Cioffi 2003: 302).

Les infirmiers pensent que la contribution des travailleurs bilingues va au-delà du simple apport linguistique puisque leur intervention dans une situation complexe et émotionnelle permet l'encadrement individuel et contextuel des patients migrants. Outre les interprètes externes, les travailleurs bilingues au sein de l'institution sont ainsi identifiés comme une forme de ressources informelles que l'on peut utiliser dans le processus du traitement des patients migrants (Cioffi 2003). Les recommandations de

certaines recherches (Josipovic 2000) vont même plus loin en proposant de considérer le recrutement du personnel bilingue comme un élément stratégique de la gestion des besoins des patients migrants.

En résumé, il convient de préciser que, d'une manière ou d'une autre, les ressources des migrants contribuent considérablement à surmonter des difficultés communicationnelles entre soignants et patients migrants. Il est cependant à noter que les ressources des employés migrants bilingues interviennent dans ce processus de communication en tant que ressources complémentaires.

4.2.2 Approche anthropologie médicale

La littérature en anthropologie médicale atteste du grand intérêt qu'affichent les anthropologues pour les questions de santé (construction de symptômes, stratégie de soins, perception de la maladie etc.).

Dans le cadre de notre thématique, deux tendances anthropologiques attirent une attention particulière : celle du relativisme culturel et l'approche de l'ethnologie médicale moderne, centrée sur l'acteur (le malade).

L'école du relativisme culturel a une longue tradition. Les études en ethnopsychologie, menées notamment aux Etats-Unis au début du 20 siècle, cherchaient à comprendre la relation entre la *culture* (manière de voir le monde, structure sociale, religion, perception de la maladie) et la *personnalité* (sujet issue d'un processus de socialisation). L'individu dans sa construction culturelle constitue le centre de leur observation. L'hypothèse principale de cette approche est qu'il existe une culture holistique au dessus du sujet qui caractérise les individus à travers le processus de socialisation. De ce fait, les individus qui se sont socialisés dans une culture donnée, intègrent les éléments principaux de cette culture, les *patterns of culture* pour parler comme Benedict (1961). De plus, on suppose que ceux qui vivent dans une culture donnée possèdent des caractéristiques personnelles communes constituant la structure culturelle de base de la personnalité, *Basic personality Structure* (Kardiner et Linton 1939). L'école de relativisme culturel a fortement influencé l'ethnopsychiatrie à travers les études de Georges Devereux. Ce dernier considérait les pathologies psychologiques du point vu holistique et du relativisme culturel. C'est la culture qui est déterminante : tant le normal que l'anormal sont déterminés par la culture.

⁵ Pour ne pas dépasser le cadre de notre sujet, nous ne voulons pas discuter tous les avantages et les inconvénients de l'usage de l'un ou l'autre service. Nous nous limitons à mentionner ceux qui ont un intérêt direct pour notre thématique.

⁶ Dans certains pays, l'usage des services de l'interprétariat téléphonique est une pratique connue. Ceux-ci sont utilisés notamment en cas d'indisponibilité de l'interprétariat en face-à-face.

L'effet de l'approche culturaliste sur le domaine de la migration-santé n'est pas négligeable : on tend à *culturaliser* la compréhension des problèmes que les migrants rencontrent en matière de santé⁷.

Les travaux en anthropologie médicale de Foster et Anderson (1978) mettent l'accent sur la relation entre la culture et les représentations de la santé, de la maladie, des soins et la vision de système médical. Ils renoncent à considérer les systèmes médicaux en tant que tels et de manière isolée en dehors des représentations et des comportements liés à la santé et à la maladie dans une société donnée. Selon leur approche, le système médical d'une société est une partie intégrante de la culture de celle-ci.

L'étude de Wotton (2000) sur la profession d'infirmière en Australie, par exemple, va dans le même sens en concluant que la pratique anglo-australienne est largement dominée par des éléments culturels occidentaux. Comme conséquence, les soignants imposent plus souvent des comportements, des valeurs et des significations de leur vision médicale dominante à des patients migrants en ignorant que ceux-ci peuvent avoir d'autres valeurs culturelles (Purnell 2000).

Selon cette perspective que l'on peut aussi qualifier de déterminisme culturel, la définition de la maladie comporte une dimension culturelle. Les différentes cultures ou groupes ethniques reconnaissent différents symptômes, causes et maladies et développent une variété de stratégie de traitement et de système de soins. Certains désordres considérés comme pathologiques dans une culture donnée peuvent être perçus ailleurs comme des dérangements normaux par exemple. Concrètement, les migrants sont considérés comme des individus se distinguant des membres de la population indigène par leur « différence culturelle » qui détermine leurs rapports à la maladie, aux prestations de services, aux processus thérapeutiques etc.

Une telle explication culturaliste de la problématique de santé dans un contexte migratoire pose un certain nombre de problèmes. La culture est considérée ici comme une entité stable et homogène qui exclut la variabilité intraculturelle. La compréhension des mutations culturelles et de ses effets sur les individus est exclue du concept. Néanmoins, en raison de la mobilité et de la migration internationale, les sociétés deviennent de plus en plus hétérogènes et complexes sur le plan des systèmes de valeurs et de représentation.

⁷ Concernant la question de la culturalisation des problèmes sociaux, l'étude de Dahinden et Chimenti (2002) apporte des éclairages importants tout en soulignant les inconvénients d'une telle approche « culturaliste » en matière d'interprétariat.

L'approche culturaliste et déterministe est fortement mise en question par l'anthropologie médicale moderne, fondée par Kleinman (1980). Les observations de Kleinman renoncent à la superposition des perceptions culturalistes des systèmes de soins et des maladies et souligne plutôt la coexistence concurrentielle de ces systèmes.

L'originalité de l'approche de Kleinman⁸ réside dans le fait qu'elle opère une distinction entre *être malade* (illness) et *maladie* (disease). Si la maladie est une pathologie organique qui véhicule une certaine image des symptômes où le corps se présente comme une instance de médiation, le fait d'être malade (illness) est le signe pour la gestion culturelle de la maladie (disease) présentée. L'être malade est une expérience culturelle et psychosociale de la production d'un signe et d'un rapport comportemental concernant la gestion de la maladie, sa classification et son interprétation. Le rapport entre *illness* et *disease* n'est pas linéaire : *illness* peut exister sans qu'il y ait une pathologie organique (douleurs chroniques, par exemple) et, de la même manière, *disease* peut exister sans qu'il y ait un sentiment de *illness* (diabète par exemple).

Par ailleurs, ce qui est caractéristique de l'approche de Kleinman, c'est qu'elle reconnaît l'existence de différents modèles d'explication (*Explanatory Models*) et que le modèle d'explication des soignants se distingue de celui des patients. Les *Explanatory Models* donnent des informations par rapport aux causes, aux aspects patho-psychologiques, au déroulement de la maladie et du diagnostic thérapeutique, etc.

L'enjeu central de l'interaction entre patient et soignant devient ainsi la négociation des sens, des causes, des interprétations, de la perception de la maladie, du diagnostic et de la thérapie. Le modèle d'explication du soignant se focalise sur la maladie (*disease oriented*) alors que celui du patient est plutôt orienté vers l'être malade (*illness oriented*). La négociation entre patient et soignant devient plus complexe si le point de vue du patient et du soignant est différent.

Dans le contexte migratoire, la question de l'interaction gagne une importance accrue. Car, renforcée par le phénomène migratoire, la pluralité des modèles d'explication concernant la perception de la maladie, ses causes, la description des symptômes, l'interprétation du diagnostic et du processus thérapeutique rend beaucoup plus problématique, parfois même conflictuelle,

⁸ Pour cette approche nous nous basons essentiellement sur le texte de Wicker, cf. <http://www.ethno.unibe.ch/lehre/dokumentationen.html>

la négociation entre le patient migrant et le soignant. Lorsque les médecins n'arrivent pas à obtenir de la part des patients la compréhension de leur maladie, le problème de compréhension mutuelle rencontré dans le processus de négociation peut avoir des conséquences négatives sur la qualité de l'interaction entre le patient et le soignant et les soins et thérapies envisagés (Harword 1981).

La réflexion anthropologique à propos du rapport entre la migration et la santé a fourni un cadre de référence aux concepts tels que *médiation interculturelle*, *médiation de conflit*, *soins transculturels*, *culture bokarage* (passeur de culture), *ethnic care consultant* etc. Plusieurs hôpitaux ont mis en œuvre des structures de médiation afin de faciliter la communication et la compréhension.

La question qui se pose ici est de savoir dans quelle mesure l'opérationnalité des structures de médiation implique l'usage des ressources des migrants et de quels types de ressources il s'agit.

La réponse à cette question dépend de la fonction que l'on attribue aux structures de médiation en matière de santé. Selon un rapport belge publié par le Ministère des Affaires Sociales, de la Santé Publique et de l'Environnement, celles-ci se donnent pour fonction d'« expliquer la culture de l'hôpital et du médecin au patient et le monde du patient au médecin » (Florence et Jamin 2003: 19). Le médiateur jouerait avant tout une fonction de pont entre deux systèmes de valeurs et de significations ; celui du soignant et celui du patient. Il impliquerait ainsi la reconnaissance des valeurs, des modes de vie et des représentations symboliques auxquels les parties se réfèrent dans leur relation mutuelle (Florence et Jamin 2003).

Ce rôle d'intermédiaire que l'on attribue à la médiation va au-delà des ses fonctions purement linguistiques. Il comprendrait également l'intervention des compétences sociales et culturelles. Outre les compétences linguistiques, le médiateur ou la médiatrice devrait avoir des connaissances sur les pratiques, les usages et les significations symboliques d'un système de valeurs particulier.

Dans ce concept, les ressources des migrants sont utilisées de manière complémentaire. Cela signifie que si les ressources linguistiques ont essentiellement une fonction communicationnelle, les ressources culturelles et sociales remplissent plutôt une fonction de compréhension culturelle et mutuelle dans le processus de diagnostic et de traitement entre le patient migrant et le soignant.

4.2.3 Approches gestionnaires

La diversité culturelle et linguistique est devenue un enjeu important en matière de gestion de l'organisation. On assiste non seulement à la

pluralisation des approches gestionnaires mais aussi des thèmes traités par celles-ci.

Gestion de la diversité sur le lieu de travail

La diversité culturelle et linguistique sur le lieu de travail constitue l'objet d'étude d'un grand nombre de recherches. Parmi les différents aspects de la problématique étudiés, celui des effets de l'hétérogénéité sur le lieu de travail est devenu depuis une décennie un axe privilégié de recherche (Dahinden et al. 2004; Lynch 1994; Thomas 1991).

Malgré la complexité évidente des effets de la diversité, de nombreuses recherches concluent que la diversité culturelle contribue à l'*innovation* et la *créativité*. Les résultats d'une étude de terrain de Cady et Valentine (1999) confirme la corrélation significative entre la diversité culturelle et les idées innovatrices. On défend ainsi la thèse selon laquelle la pluralité des systèmes de valeurs et de symboles et des perceptions en découlant est susceptible de déclencher des conflits intellectuels constructifs qui pourraient conduire à des innovations. D'autre part, la diversité est considérée dans la littérature économique comme une nouvelle source pour la compétitivité économique (Delaunay 2000).

En s'appuyant sur la définition que les gestionnaires se donnent de la culture, comme forme de différences de Weltanschauung (perception du monde), et de culture subjective aboutissant à des comportements différents entre les groupes, la gestion de la diversité implique ainsi l'utilisation des ressources culturelles et sociales des employés au sein de l'organisation.

Dans un contexte hospitalier, il s'agirait des ressources potentielles telles que la manière de penser, la construction de perspectives, l'expérience de vie, des préférences en produits et en services que les employés migrants pourraient mettre au service des hôpitaux.

Gestion des ressources humaines : capital humain des migrants

La gestion des ressources humaines se donne pour mission de valoriser le potentiel humain dans les organisations. Une littérature abondante souligne le rôle essentiel que jouent les ressources humaines dans les processus de transformation et d'optimisation de la performance organisationnelle, afin que les programmes fonctionnent et produisent les effets escomptés, mais également dans la fourniture de prestations de service (Becker et Gerhart 1996; Delaney et Huselid 1996).

Le paradigme des ressources humaines se réfère très souvent à la mise en valeur du capital humain des employés pour l'accomplissement des tâches, le fonctionnement et le développement de l'organisation. Par analogie avec d'autres formes de connaissances et de compétences professionnelles formelles (sanctionnées par les diplômes), les compétences informelles des

employés (savoir-faire, compétences sociales, expérience, etc.), elles aussi, sont considérées comme capital humain. Suivant la même logique, il y aurait lieu de penser que la mobilité et l'expérience migratoire apportent des éléments qui pourraient être transformés en ressources informelles. Dans son article, Gut-v.Schulthess met l'accent sur les ressources potentielles que pourrait apporter l'interculturalité dans le contexte caractérisé par la diversité et souligne la nécessité d'intégrer ces ressources dans la culture de management des ressources humaines dans les hôpitaux (Gut-v.Schulthess 2003).

Dans le domaine de la migration, les travaux en science économique ont été les premiers à aborder la migration en mettant nettement l'accent sur les attributs formels et informels de la qualification des migrants en tant qu'élément de capital humain (Borjas 1994; Chiswick 1978; Grenier 1984).

Prenons pour exemple les recherches portant sur les ressources linguistiques des migrants. Si les premiers travaux se sont intéressés plutôt à la question de la valeur des compétences en *langues d'accueil* en tant qu'éléments du capital humain des migrants (Grenier 1984), on s'intéresse depuis peu à la valeur des ressources en *langues d'origine*. Les résultats d'une étude empirique démontrent que les migrants turcs et italiens en Suisse romande utilisent considérablement leur capital linguistique d'origine pour leurs activités professionnelles et que, notamment pour le turc, cet usage est fortement lié à la perception que les migrants se donnent de l'utilisation de leur capital linguistique en langue d'origine. Il s'est également révélé que l'exploitation des ressources potentielles est bénéfique pour les entreprises (Grin et al. 2000). Cependant, une étude souligne que les compétences linguistiques en langue d'origine dans les hôpitaux apparaissent comme une ressource en faveur de la communication interculturelle dont l'usage implique une fonction et un nouveau rôle informel pour leurs acteurs (Dahinden et al. 2004).

En résumé, la littérature sur la gestion des ressources humaines suggère une meilleure exploitation et valorisation des ressources potentielles des employés dans l'organisation. En tant qu'élément du capital humain, les ressources tant professionnelles que sociales et linguistiques des employés migrants devraient, selon cette approche, être mises en avant comme valeur ajoutée à l'organisation.

4.2.4 Approche juridique

C'est la référence aux principes d'*égalité* et de *droit d'être compris* qui constituent, d'une façon plus ou moins directe, le cadre conceptuel de l'approche juridique en matière de santé.

Le principe de l'*égalité* suppose que les droits à des soins ne deviennent effectifs que si les patients parviennent à accéder à des soins existants. En effet, d'innombrables recherches soulignent le problème de sous-utilisation de ces droits par certains patients allophones qui ne possèdent pas de connaissances suffisantes en langue d'accueil. Cela pose naturellement la question de l'*égalité* dans la mesure où l'utilisation des services de soins est conditionnée par un accès équitable aux soins de tous les bénéficiaires potentiels. Certains pays comme la Suède, par exemple, reconnaissent formellement une base légale permettant le recours à un interprète pour les migrants dans tous les services publics (y compris le domaine sanitaire) afin de leur garantir l'accès aux prestations du système de santé.

Le principe de *droit d'être compris*, quant à lui, suppose que l'exercice des droits du patient lors du traitement ne peut devenir effectif que si le patient parvient à exprimer son consentement à tout traitement médical⁹. En Suisse, les droits du patient sont réglés par des dispositions cantonales sur la santé publique qui reconnaissent le devoir d'information du médecin et du personnel médical à l'égard du patient¹⁰. Il est évident qu'en présence de graves difficultés de communication liées à la langue lors du traitement des patients migrants, ce principe risque de ne pas être appliqué.

Pour relever le défi de l'*égalité* et du *droit d'être compris* en matière de santé, l'approche juridique part de l'idée que, à l'instar du système judiciaire qui reconnaît le droit d'accès dans la langue maternelle, le droit à des soins pourrait devenir effectif avec la reconnaissance du droit d'avoir recours à un interprète, permettant à un patient allophone d'accéder, dans une langue compréhensible, aux soins garantis par la constitution (Ayer et Gilbert 2004).

Si la reconnaissance des droits des patients s'inscrit dans les grands courants des droits humains, elle est sans doute aussi nourrie par le constat qu'il faut viser l'amélioration de l'accès aux prestations du système de santé et l'efficacité thérapeutique pour des patients migrants.

En ce qui concerne le recours aux ressources des migrants, ce sont plutôt leurs ressources linguistiques qui sont explicitement mentionnées. Comme l'approche communicationnelle, l'approche juridique, elle aussi, met en avant le concept de l'interprétariat afin de répondre aux exigences relevant des

⁹ On sait que dans un Etat de droit et démocratique, le patient doit donner son consentement à tout traitement médical et ceci fait partie formellement des droits du patient.

¹⁰ Pour plus de détail concernant le thème des droits du patient dans le contexte suisse, cf. le travail de Weiss et Stuker (1998b).

arguments juridiques en matière de santé, à savoir le principe d'égalité d'accès et le droit d'être compris.

4.3 Conclusion

Nous venons de constater que le recours aux ressources des migrants est perçu avant tout comme une fonction de l'amélioration de l'accès aux soins et de la qualité des soins et que la relation entre l'usage des ressources et cette dernière apparaît positive. Toutefois, cette relation n'est pas linéaire, c'est-à-dire que l'existence des ressources n'engendre pas systématiquement l'usage direct de celles-ci. De plus, le recours aux ressources n'échappe pas à certaines difficultés.

L'optimisation et les effets escomptés de l'usage des ressources ne deviennent effectifs que si l'usage satisfait le degré de professionnalisation que requiert le besoin. Plusieurs travaux soulignent par exemple le danger qui pourrait découler de l'intervention d'un(e) employé(e) de cuisine pour résoudre le problème de communication entre patient migrant et soignant.

Par ailleurs, les différentes approches laissent un certain nombre de questions sans réponse. Les arguments de l'approche gestionnaire, par exemple, se réfèrent à un certain type de ressources que seul le personnel hautement qualifié semble posséder. Les arguments de *créativité* et de *productivité* que cette approche met en avant sont-ils également valables pour les ressources du personnel non qualifié ou peu qualifié ? Les migrants auront-ils le monopole de la valeur ajoutée qui sera créée par l'usage de leurs ressources ? Dans quelle mesure les personnes ou/et le personnel autochtones pourraient-ils également mettre à disposition leurs ressources (pour l'interprétariat par exemple) ? Quelle contribution les compétences transculturelles peuvent-elles apporter en la matière ?

PARTIE III : Approche statistique

Ce chapitre a pour objet d'analyser les données du recensement fédéral de la population réalisé en 2000 (RF 2000). Les connaissances font défaut en ce qui concerne les caractéristiques socio-démographiques de la population active dans le secteur hospitalier. Quelle place les employés migrants occupent-ils ? Quelles sont leurs qualifications et comment se distribuent-ils selon la nationalité ?

Les cinq premières sections brossent un tableau portant sur différentes répartition des actifs par ; nationalité selon la catégorie socio-professionnelle (5.1), sexe selon la catégorie socio-professionnelle et la nationalité (5.2), permis de séjour (5.3), nationalité selon la profession exercée (5.4) et nationalité selon le canton (5.5).

Les deux dernières sections traitent la question de ressources des employés migrants à partir des données disponibles : la langue parlée sur le lieu de travail fait l'objet de la section 5.6 et le niveau de formation celui de la section 5.7.

Afin de ne pas alourdir trop la lecture, les tableaux et les figures relatifs à l'analyse sont en annexe du rapport.

5 Caractéristiques de la population active dans le secteur hospitalier

D'après les données du RF 2000, 109 379 personnes travaillaient dans le secteur « activités hospitalières » (code NOGA¹¹ 8511). Le secteur d'activité est codé par l'Office fédéral de la statistique à partir des informations sur l'entreprise dans laquelle la personne travaille. Le secteur « activités hospitalières » regroupe les hôpitaux universitaires et hôpitaux pour soins généraux, les cliniques spécialisées, les cliniques psychiatriques et les cliniques gériatriques.

Près des trois-quarts (74%) des individus travaillant dans ce secteur sont de nationalité suisse, dont 10% sont des naturalisés. On compte par ailleurs 9% de ressortissants des pays de l'Europe de l'Ouest, en particulier plus de

¹¹ La Nomenclature générale des activités économiques (NOGA) permet de classer les unités statistiques "entreprises" et "établissements" en fonction de leur activité économique. Voir www.statistik.admin.ch/stat_ch/ber00/noga/fnoga01.htm pour plus d'informations.

6000 Allemands (près de 6%) et 1700 Français (1,6%). Les ressortissants des pays d'Europe du Sud représentent plus de 12% des actifs, avec notamment plus de 5000 (5%) personnes ayant la nationalité d'un pays de l'ex-Yougoslavie et plus de 3200 Italiens (3%). Après les pays d'Europe de l'Ouest et du Sud, les nationalités les plus représentées sont les nationalités turques, avec plus de 830 actifs (0,8%) et sri lankaise, avec 824 actifs (0,8%).

5.1 Répartition par nationalité selon la catégorie socio-professionnelle

La présence d'actifs de nationalité étrangère varie selon la catégorie socio-professionnelle (Tableau 3 et Tableau 4). La proportion de personnes de nationalité suisse avoisine ou dépasse les 80% dans les catégories socio-professionnelles supérieures telles que les dirigeants, les professions libérales, les professions intellectuelles et d'encadrement ainsi que parmi les manuels et non-manuels qualifiés (ouvriers et employés). En revanche, on trouve à peine plus de 50% de suisses parmi les travailleurs non qualifiés. La proportion de suisses est également comparativement faible (64%) parmi les personnes classées dans la CSP « personnes actives occupées non attribuables », dont on peut supposer qu'elle comprend en majorité des emplois peu qualifiés¹².

Par ailleurs, la répartition par nationalité des actifs étrangers varie selon la catégorie socio-professionnelle (Tableau 5). Parmi les professions intellectuelles et d'encadrement et les professions intermédiaires, respectivement 73% et 61% des actifs étrangers sont des ressortissants des pays de l'Europe de l'Ouest, alors que 13% et 22% sont des ressortissants de pays de l'Europe du Sud.

La situation est plus équilibrée pour les dirigeants (38% des étrangers ont la nationalité d'un pays d'Europe de l'Ouest et 43% d'un pays d'Europe du Sud) et les employés (respectivement 44% et 41%). La répartition selon la nationalité est assez similaire dans ces deux catégories, avec environ 3 Allemands sur 10 étrangers, 2 ex-Yougoslaves et 1 Italien.

Parmi les ouvriers et les travailleurs non qualifiés, les pays de l'Europe de l'Ouest sont nettement moins représentés, avec respectivement 19% et 4% des travailleurs étrangers, contre respectivement 66% et surtout 80% pour les travailleurs manuels non-qualifiés de ressortissants des pays d'Europe du Sud. Parmi les manuels qualifiés (ouvriers), près de trois étrangers sur dix (27%) possèdent la nationalité italienne, et près de deux sur 10 (18%) sont ressortissants d'un pays d'ex-Yougoslavie. Parmi les travailleurs non-qualifiés, les Portugais forment le plus gros contingent puisqu'ils représentent près d'un quart (24%) des actifs étrangers dans cette catégorie socio-professionnelle, suivis par les ressortissants des pays d'ex-Yougoslavie (21%), les Italiens (18%) et les Espagnols (16%).

En ce qui concerne les nationalités minoritaires, on notera que les ressortissants des pays d'Asie du Sud (en grande majorité sri lankais) sont les plus représentés parmi travailleurs non qualifiés (6% des étrangers) et les personnes actives non attribuables (8% des étrangers). La situation est similaire pour les ressortissants des pays du Proche-Orient. En revanche, c'est dans la catégorie socio-professionnelle « Profession intellectuelles et d'encadrement » que l'on trouve la plus forte proportion de ressortissants des pays de l'Europe de l'Est, avec 5% des étrangers.

La répartition, pour chaque nationalité prise séparément, des individus selon la CSP met en évidence des profils différents. Plus de trois-quarts des portugais, des espagnols, des turcs et des sri lankais, sont classés dans les deux catégories socio-professionnelles inférieures, à savoir « travailleurs non-qualifiés » et « personnes actives non attribuables ». Pour les ressortissants des pays de l'Europe de l'Ouest et du Nord, en revanche, on trouve une faible proportion de personnes classées dans les deux CSP « inférieures » et au contraire une forte proportion de professions intermédiaires et d'employés.

Bien que peu nombreuses (respectivement 362 et 273), les personnes de nationalité indienne et philippine se distinguent des européens du Sud et des turcs par une proportion nettement plus faible de travailleurs non-qualifiés (moins de 5%) et plus importante de professions intermédiaires et d'employés (40% d'employés parmi les Indiens et 43% de Philippins classés dans les professions intermédiaires).

Le profil des personnes naturalisées se rapproche de celui des Suisses de naissance et des Européens de l'Ouest, avec une proportion relativement faible de travailleurs non qualifiés (10%), une proportion importante de non-manuels qualifiés (35%), et une proportion de professions intellectuelles et d'encadrement équivalente à celle des européens de l'Ouest (14%).

¹² La codification de la catégorie socio-professionnelle repose sur trois variables : profession exercée, situation dans la profession, et niveau le plus élevé de la formation achevée. Les personnes classées dans la CSP "personnes actives occupées non-attribuables" sont celles pour lesquelles il manque une de ces informations. La grande majorité sont des individus dont la profession n'est pas connue (91%) et des personnes dont la profession n'a pas pu être codée (8%).

5.2 Répartition par sexe selon la catégorie socio-professionnelle et la nationalité

La population travaillant dans le secteur hospitalier est composée pour les trois quarts de femmes (Tableau 6). Cette proportion varie toutefois fortement selon la catégorie socio-professionnelle et la nationalité. Parmi les dirigeants, les professions libérales et les autres indépendants, le nombre de femmes et d'hommes est à peu près équivalent pour les suisses de naissance et les naturalisés, alors que les femmes sont majoritaires parmi les européens de l'Ouest et du Nord (56%) et surtout parmi les autres étrangers (71%).

Les professions intellectuelles et d'encadrement comptent environ 6 hommes pour 4 femmes, et ce quelle que soit la nationalité. C'est l'inverse pour les professions intermédiaires, avec près de huit femmes pour 2 hommes parmi les suisses de naissance et les naturalisés, mais cette proportion est légèrement moins forte parmi les étrangers hors Europe de l'Ouest et du Nord (64% d'hommes).

Les personnes classées parmi les employés sont également essentiellement des femmes, puisqu'elles représentent environ 9 personnes sur 10 dans cette catégorie parmi les suisses de naissance et les naturalisés. Cette proportion est cependant légèrement moins importante pour les ressortissants de l'Europe de l'Ouest et du Nord (80% de femmes) et les autres étrangers (75% de femmes). Au contraire, les manuels qualifiés sont principalement des hommes (8 personnes sur 10).

En ce qui concerne les travailleurs et travailleuses non-qualifié(e)s, la proportion de femmes atteint 85% et plus parmi les suisses de naissances et les personnes naturalisées, mais est légèrement inférieure parmi les ressortissants de l'Europe de l'Ouest et du Nord et les autres étrangers, avec respectivement 73% et 75%.

5.3 Répartition selon le permis de séjour

Parmi les 28600 étrangers travaillant dans le secteur hospitalier (Tableau 7 et Tableau 8), près de 7 sur 10 disposent d'une autorisation d'établissement (permis C) et plus d'un quart d'un permis de séjour annuel (permis B). Environ 4%, soit un peu plus de 1000 personnes, ont une autorisation de séjour de courte durée (permis L). Les étrangers admis provisoirement (permis F) et les requérants d'asile (permis N) représentent environ 1% des actifs étrangers du secteur (on compte au total 93 détenteurs d'un permis N et 224 titulaires d'un permis F).

C'est parmi les manuels qualifiés et les travailleurs non-qualifiés que les détenteurs d'un permis C sont les plus nombreux (87% et 82% respectivement). En revanche, moins d'un étranger sur deux (43%) classé

dans les professions intellectuelles et d'encadrement bénéficie d'une autorisation d'établissement, alors que plus d'un sur deux (51%) dispose d'un permis de séjour annuel.

Les étrangers ayant une autorisation de séjour de courte durée se trouvent principalement dans les professions intellectuelles et d'encadrement, les professions intermédiaires et les employés (5 à 6%). Les étrangers admis provisoirement et les requérants d'asile sont en revanche plus concentrés dans les emplois non qualifiés (travailleurs non-qualifiés et personnes actives occupées non attribuables).

5.4 Répartition par nationalité selon la profession exercée

Les personnes actives dans le secteur hospitalier ont été regroupées par types de professions (codes à trois chiffres) selon la profession déclarée lors du recensement. Seules les catégories professionnelles les plus importantes (comprenant plus de 1000 actifs) sont considérées (Tableau 9 et Tableau 10). On notera toutefois que la profession exacte n'est pas disponible pour un nombre considérable d'actifs (18%, soit plus de 19000 personnes), et qu'il s'agit pour une part non négligeable d'étrangers (près de 40%). Par ailleurs, la catégorie comprenant les professions qui n'ont pu être codées (1700 personnes environ) est difficilement appréhendable. Elle comporte cependant une proportion importante d'actifs de nationalité suisse (86%).

5.4.1 Auxiliaires soignants

Le groupe professionnel le plus représenté parmi les actifs du secteur hospitalier est celui des auxiliaires soignants, avec plus de 41000 personnes (38% du total). Cette catégorie comprend principalement les infirmiers diplômés (67% de la catégorie), ainsi que les aides infirmiers et aides hospitaliers (17% de la catégorie).

Parmi les auxiliaires soignants, on compte près d'un quart d'étrangers (76% de suisses, *cf.* Figure 1). Il s'agit avant tout de travailleurs venant des pays de l'Europe de l'Ouest et du Nord (13%). Viennent ensuite les ressortissants des pays de l'ex-Yougoslavie (3,6% soit 1500 personnes), les Italiens (3% soit un peu moins de 900 personnes) et les Portugais (1%, soit 450 personnes). On notera également que c'est parmi les auxiliaires soignants que les Indiens sont proportionnellement les plus représentés (0,5% soit plus de 210 personnes).

5.4.2 Professions de la médecine humaine et de la pharmacie

Le second groupe professionnel en termes d'effectifs est celui comprenant les professions de la médecine humaine et de la pharmacie, avec environ 9600

actifs (9% du total). Ce groupe est essentiellement composé de médecins (85% de la catégorie) et d'assistants médicaux (10% de la catégorie).

Dans ce groupe professionnel, les Suisses et les ressortissants des pays d'Europe de l'Ouest et du Nord représentent ensemble 95% des actifs (respectivement 82% et 13%, *cf. Figure 2*). Avec environ 100 personnes (environ 1%) dans chaque cas, les ressortissants des pays de l'ancienne Yougoslavie et les Italiens sont les autres étrangers les plus représentés.

5.4.3 Professions de la thérapeutique et de la technique médicale

Le troisième groupe est celui des « professions de la thérapeutique et de la technique médicale », avec un peu moins de 8000 personnes (soit 7% du total). Il comprend les physiothérapeutes et ergothérapeutes (38% du groupe), les assistants médicaux-techniques (29%) et les laborantins médicaux (19%).

Comme le groupe comprenant les médecins, celui-ci est composé pour près de 94% par des actifs de nationalité suisse ou d'un pays de l'Europe de l'Ouest et du Nord. C'est dans ce secteur professionnel que les ressortissants des pays de l'Europe de l'Ouest et du Nord sont les plus représentés, avec 16%. Avec respectivement 120 et 130 personnes (1,5 et 1,7%), les ex-Yougoslaves et les Italiens constituent les deux autres principaux contingents d'étrangers (Figure 3).

5.4.4 Professions commerciales et administratives

Les métiers classés dans la catégorie « professions commerciales et administratives » regroupent 7500 personnes, soit près de 7% des actifs du secteur hospitalier (Figure 4). Ce groupe est composé essentiellement d'employés de bureau (82%). Il s'agit du groupe professionnel qui comprend le plus de travailleurs de nationalité suisse (92%) alors que, en comparaison des secteurs précédents, les européens de l'Ouest et du Nord y sont peu représentés (3%). Les actifs de nationalité italienne, en revanche, sont légèrement mieux représentés que dans les secteurs précédents, avec 2,3% (soit 170 personnes).

5.4.5 Professions de la restauration et de l'hôtellerie

On trouve ensuite les professions de la restauration, avec environ 5400 personnes (5% du total), dont 61% classées dans la rubrique « personnel de cuisine ».

Avec 63%, la proportion d'actifs de nationalité suisse est nettement moins élevée dans ce groupe professionnel que dans les précédents (Figure 5). De même, les ressortissants des pays de l'Europe de l'Ouest et du Nord y sont relativement peu nombreux (4,5%). Avec 8% chacune, l'ex-Yougoslavie et le

Portugal sont les pays les plus représentés devant l'Italie (4,4%), l'Espagne (3,7%) et le Sri Lanka (3,4%). Il s'agit d'ailleurs, pour les travailleurs de nationalité sri lankaise, du secteur dans lequel ils sont proportionnellement les plus nombreux (on compte au total 0,8% de sri lankais parmi les actifs du secteur hospitalier).

5.4.6 Professions du nettoyage et de l'entretien et de l'économie domestique

Les professions du nettoyage et de l'entretien regroupent moins de 2400 personnes, soit 2% de l'ensemble des actifs du secteur hospitalier. Il s'agit des professions dans lesquelles la proportion de nationaux est la plus faible, puisqu'à peine plus d'un tiers (36%) des travailleurs sont de nationalité suisse (Figure 6).

Les ressortissants des pays d'ex-Yougoslavie (15%), les Italiens (13,7%), les Espagnols (12%) et les Portugais (13,3%) représentent plus de la moitié du personnel. Avec 3,3%, les actifs de nationalité turque sont également surreprésentés dans ce groupe professionnel, par rapport à leur représentation parmi l'ensemble des travailleurs du secteur hospitalier (0,8%).

La catégorie « professions de l'économie domestique » comprend essentiellement des employés de maison (87% des 2200 personnes classées dans cette catégorie), dont la répartition selon la nationalité est relativement similaire à celle des professions du nettoyage et de l'entretien : 41% de suisses, les ressortissants des pays d'Europe du Sud représentant près de la moitié des actifs (18,5% de Portugais, 14,5% d'ex-Yougoslaves, 9% d'Espagnols et 7% d'Italiens).

5.4.7 Entrepreneurs, directeurs et fonctionnaires supérieurs

Les actifs classés dans la catégorie « entrepreneurs, directeurs et fonctionnaires supérieurs » représentent un peu plus de 2% du total (2300 personnes). Dans ces fonctions supérieures, la part des étrangers ne provenant pas de l'Europe de l'Ouest et du Nord est limitée à environ 4% des effectifs. On dénombre 30 personnes de nationalité italienne (1,3%) et 27 de nationalité d'un des pays de l'ancienne Yougoslavie (1,2%), alors que toutes les autres nationalités sont représentées par moins de 10 personnes.

5.4.8 Professions de l'assistance sociale et de l'éducation

La dernière catégorie qui regroupe plus de 1000 actifs (1300 personnes au total, soit un peu plus de 1% du total) est celle des « professions de l'assistance sociale et de l'éducation ». Elle comprend des assistants sociaux (35%), des éducateurs spécialisés (29%) et des actifs classés dans la rubrique « autres professions de l'assistance sociale ».

Dans ce type de professions, les Suisses sont très nettement majoritaires (88%), alors que les étrangers sont essentiellement des ressortissants des pays de l'Europe de l'Ouest et du Nord (7,5%). L'Italie et les pays de l'ex-Yougoslavie sont les deux autres nationalités à compter au moins 10 personnes.

5.5 Répartition par nationalité selon le canton

La proportion de travailleurs de nationalité suisse parmi les actifs du secteur hospitalier varie selon le canton, de 65% et moins à Genève (61%), Neuchâtel et Vaud (65%) jusqu'à 82% et plus dans les cantons de Bern, Obwald et Soleure (Tableau 11 et Tableau 12). Comme nous l'avons vu précédemment, les principaux contingents de travailleurs non-suisses sont constitués par des ressortissants des pays de l'Europe de l'Ouest et du Sud, mais la répartition selon la nationalité varie sensiblement en fonction du canton.

Les trois cantons francophones (Genève, Neuchâtel et Vaud) qui comptent la plus forte proportion de travailleurs étrangers sont également les seuls pour lesquels la proportion d'Africains dépasse 1%, et même 2% pour le canton de Genève. Ces trois cantons se distinguent également par un nombre relativement élevé de Portugais travaillant dans le secteur hospitalier, principalement Genève et Neuchâtel, où ils représentent plus de 9% des actifs. Dans le canton de Genève, près d'un quart (23%) des personnes occupées dans le secteur hospitalier sont ressortissants d'un pays d'Europe du Sud (Portugais, 10%; Espagnols, 7%; Italiens, 5%). Les cantons de Neuchâtel et Vaud comptent une proportion un peu plus élevée d'Européens de l'Ouest (respectivement 15% et 13%) et un peu moins élevée d'Européens du Sud.

Le canton d'Appenzell Rhodes intérieures se distingue par une présence peu importante des Européens de l'Ouest en comparaison des autres cantons (4%), et par un fort contingent d'ex-Yougoslaves (10%), et d'Indiens (4%, contre 0,3% pour l'ensemble de la Suisse). La proportion de travailleurs ayant la nationalité d'un pays de l'ex-Yougoslavie avoisine également les 10% dans l'autre canton appenzellois, et apparaît relativement élevée pour d'autres cantons germanophones (St. Gall, Zürich, Schwyz) ainsi que dans le Tessin.

5.6 Langue parlée sur le lieu de travail

Le RF 2000 contient une question sur les langues parlées au travail. On ne peut cependant pas distinguer si l'utilisation des langues étrangères se limite aux relations avec les collègues de travail. Par ailleurs, l'information sur la langue exacte parlée n'est pas disponible. On sait uniquement si la personne parle une langue nationale ou régionale, l'anglais ou une autre langue étrangère. On notera que dans le cas des personnes ayant la nationalité d'un

pays de l'Europe de l'Ouest et des Italiens, la langue du pays d'origine est dans la plupart des cas également une langue nationale de la Suisse.

Un peu moins de trois quarts (73,5%) des personnes actives dans le secteur hospitalier ne pratiquent qu'une ou plusieurs langues nationales ou régionales (dialecte ou langue littéraire) dans le cadre de leur travail, alors que 15,5% déclarent pratiquer l'anglais en plus d'une langue nationale ou régionale (Tableau 13 et Tableau 14). Les personnes utilisant une autre langue étrangère que l'anglais en plus d'une langue nationale ou régionale représentent moins de 6% (3,6% une autre langue que l'anglais, 2,2% l'anglais et une autre langue).

On constate cependant de fortes variations en fonction de la nationalité. Ainsi, près de 32% des actifs de nationalité espagnole déclarent utiliser une langue étrangère autre que l'anglais dans le cadre de leur travail. Cette proportion s'élève à 23% pour les ressortissants portugais, 16% pour les Turcs, 15% pour les Sri Lankais, et respectivement 11% et 10% pour les ressortissants des Philippines et de l'Inde. L'utilisation de l'anglais est particulièrement fréquente parmi les personnes de nationalité indienne et philippine (28% et 30% respectivement) mais peu courante parmi celles d'Europe du Sud.

5.6.1 Auxiliaires soignants

L'analyse peut également être faite pour certaines catégories de profession, en particulier celles qui impliquent un contact avec les patients et les malades. Parmi les auxiliaires soignants, environ 8 personnes sur 10 (78,5%) n'utilisent qu'une langue nationale et/ou régionale dans le cadre de leur travail, alors que 13% utilisent l'anglais en plus d'une langue nationale et/ou régionale (Tableau 15). Environ 5% déclarent utiliser une autre langue étrangère que l'anglais.

Les auxiliaires soignants de nationalité philippine, espagnole et indienne sont ceux qui sont les moins nombreux à n'utiliser qu'une langue nationale ou régionale (respectivement 57%, 60% et 62%). Environ 20% des indiens et des philippins n'utilisent que l'anglais, alors qu'un peu plus de 10% utilisent également une autre langue étrangère. Les personnes n'utilisant qu'une langue étrangère autre que l'anglais en plus d'une langue nationale ou régionale sont particulièrement nombreuses parmi les Espagnols (28%), les Turcs et les Portugais (18%).

5.6.2 Professions de la médecine humaine et de la pharmacie

Parmi les médecins et les assistants médicaux, plus de 9 personnes sur 10 déclarent utiliser uniquement une langue nationale ou une langue nationale et l'anglais (Tableau 16). Les effectifs d'étrangers sont limités dans cette

catégorie professionnelle et ne permettent pas une analyse détaillée pour la plupart des nationalités. Cependant, près de 20% (sur un total de 112 personnes) des ressortissants des pays de l'ancienne Yougoslavie déclarent utiliser une langue étrangère autre que l'anglais dans le cadre de leur travail.

Le questionnaire individuel du recensement ne permet pas de connaître les langues maîtrisées mais il comprend une question sur la langue principale (« Quelle est la langue dans laquelle vous pensez et que vous savez le mieux. »)¹³. L'allemand est la langue principale la plus répandue parmi les actifs du secteur hospitalier (il s'agit de la langue principale pour 68% des individus, suivi par le français (15%) et l'Italien (5%). En tant que langue principale, le serbe et le croate représentent les premières langues non nationales (2,5% des actifs) suivies par l'espagnol et le portugais (2% chacune).

Alors que 85% des personnes dont la langue principale est l'allemand sont de nationalité suisse, ce n'est le cas que pour 75% de ceux dont c'est le français, 53% pour l'italien, 12% pour le serbe et le croate et pour l'espagnol, et seulement 5% dans le cas du portugais et des langues indo-aryennes et dravidiennes. L'information sur la langue principale a été croisée avec celle sur les langues utilisées dans le cadre du travail (Tableau 17 et Tableau 18). Bien que ce ne soit pas vérifiable, on suppose que lorsqu'une langue non-nationale autre que l'anglais est parlée sur le lieu de travail, il s'agit en priorité de la langue que la personne connaît le mieux.

L'utilisation au travail d'une langue étrangère autre que l'anglais est particulièrement fréquente parmi les personnes dont la langue principale est l'espagnol (34%), le portugais (31%) et, de manière plus inattendue, le néerlandais (34%). La proportion est également supérieure à un quart pour les actifs dont la langue principale est le macédonien, bien que ceux-ci soient peu nombreux au total (97 actifs). Avec respectivement 23% et 22%, les personnes dont la langue principale est le suédois et le finnois figurent également parmi ceux qui utilisent le plus fréquemment une langue étrangère sur leur lieu de travail.

La proportion est un peu moins importante (de 16 à 17%) parmi les personnes dont la langue principale est le serbe ou le croate, une langue indo-aryenne ou dravidiennes, le hongrois, le turc, une langue d'Asie de l'Ouest ou le grec. Pour l'albanais et les langues d'Asie de l'Est, qui sont la langue principale d'environ 500 actifs chacune, la proportion tombe à 13%.

¹³ La codification de la langue principale comprend cependant des regroupements, comme le serbe et le croate ou les langues indo-aryennes et dravidiennes (parlées par les Sri Lankais et les Indiens).

5.7 Niveau de formation

C'est la question du recensement concernant la plus haute formation achevée qui a été utilisée ici. Le niveau de formation a été recodé en trois niveaux¹⁴. Un quart des suisses de naissance ont un niveau de formation tertiaire, et 58% un niveau secondaire (Tableau 19 et Tableau 20). Les naturalisés sont globalement plus qualifiés que les suisses de naissance, puisque 35% d'entre eux possèdent une formation supérieure et 18% (contre 15%) un niveau de formation primaire.

En revanche, plus de la moitié des ressortissants des pays de l'Europe de l'Ouest et du Nord ont un niveau de formation tertiaire (formation professionnelle supérieure, Ecole professionnelle supérieure, haute école spécialisée, université, haute école), et plus de 9 sur 10 ont au moins un niveau de formation secondaire. Ceci s'explique par le fait que ceux-ci sont surtout présents dans les catégories socio-professionnelles supérieures.

On compte également une proportion importante de travailleurs philippins (52%) et dans une moindre mesure indiens (33%) ayant un niveau de formation supérieur. Au total, plus de trois quarts ont au moins un niveau de formation intermédiaire. Nous avons vu par ailleurs que ces actifs étrangers étaient particulièrement représentés parmi les professions intermédiaires et les employés. Les Italiens et les ressortissants des pays d'ex-Yougoslavie ont un profil similaire, avec respectivement 14% et 15% ayant un niveau de formation tertiaire, 31% et 33% un niveau de formation intermédiaire, et plus de 4 personnes sur 10 ayant un niveau de formation primaire ou inférieur.

Les actifs de nationalité espagnole, turque, portugaise et sri lankaise sont dans l'ensemble les moins qualifiés. De 3% (Portugais) à 7% (Espagnols) ont achevé une formation supérieure, alors que de 64% (Sri Lankais) à 73% (Portugais) ne possèdent pas plus qu'une formation primaire. On notera toutefois que pour ces nationalités, les personnes dont le niveau de formation n'est pas indiqué sont nombreuses, en particulier les Sri Lankais (20%) ainsi que les Turcs et les Portugais (13%).

¹⁴ Niveau primaire = école obligatoire ou école de culture générale ou préparant à une école professionnelle ; niveau secondaire = Apprentissage, école professionnelle à plein temps, école préparant à la maturité, école normale ; niveau tertiaire = formation ou école professionnelle supérieure, haute école et haute école spécialisée, université. On notera que la correspondance entre les formations réalisées à l'étranger et celles proposées en Suisse peut être problématique lors de la codification.

5.7.1 Niveau de formation, selon la nationalité et le sexe

Le Tableau 21 présente la distribution, selon la nationalité et le niveau de formation, de l'ensemble des hommes et des femmes actifs dans le secteur hospitalier. Ces distributions reflètent dans une large mesure l'étroite relation existant entre niveau de formation et profession exercée. On constate d'une part que la « hiérarchie » est la même quel que soit le sexe : les personnes originaires de l'Europe de l'Ouest et du Nord sont proportionnellement les plus nombreuses à avoir suivi une formation supérieure, devant les suisses naturalisés et les suisses de naissance, alors que les autres étrangères et étrangers sont les moins nombreux.

On constate également que, pour chaque nationalité ou groupe de nationalités, le niveau de formation est globalement plus élevé pour les hommes. Ainsi, 48% des hommes suisses actifs dans le secteur hospitalier ont un niveau de formation tertiaire et 8% un niveau de formation primaire, contre respectivement 19% et 17% pour les femmes suisses. De même, 13% des femmes étrangères hors Europe de l'Ouest et du Nord ont achevé une formation supérieure, contre 22% pour leurs homologues masculins.

5.7.2 Niveau de formation, selon la catégorie socio-professionnelle et la nationalité

Le Tableau 22 présente la répartition, pour chaque catégorie socio-professionnelle et groupe de nationalités, des actifs selon leur niveau de formation. Les étrangers hors Europe de l'Ouest et du Nord classés parmi les dirigeants, les professions libérales et autres indépendants, apparaissent comme peu qualifiés en comparaison des autres actifs de la catégorie, puisque 43% d'entre eux ont un niveau de formation primaire, contre 5% ou moins pour les suisses et les européens de l'Ouest et du Nord.

Pour ce qui est des professions intellectuelles et d'encadrement, on ne constate pas de différence dans les niveaux de formation entre les différentes nationalités ou groupe de nationalités considérées : la quasi-totalité des actifs ont un niveau de formation supérieur. En revanche, les étrangers exerçant une profession intermédiaire semblent plus qualifiés que leurs homologues suisses. Alors que parmi ces derniers, 53% ont un niveau de formation tertiaire et 38% un niveau secondaire, ces chiffres sont respectivement de 83% et 15% pour les européens de l'Ouest et du Nord, et de 81% et 12% pour les autres étrangers.

Parmi les employés, les niveaux de formation sont relativement homogènes selon la nationalité. On ne compte aucune personne ayant une formation supérieure, alors que 9 personnes sur 10 sont titulaires d'un diplôme correspondant à un niveau de formation secondaire (8 sur 10 pour les autres

étrangers, mais le niveau de formation est inconnu pour plus d'une personne sur 10). La situation est similaire pour les manuels qualifiés (ouvriers).

Les travailleurs non-qualifiés sont dans leur quasi-totalité des personnes n'ayant effectué qu'une formation de niveau primaire, et ce quelque soit leur nationalité. En revanche la catégorie « personnes actives occupées non-attribuables », qui regroupe plus de 18000 personnes au total, est nettement plus hétérogène. Si les européens de l'Ouest et du Nord figurant dans ce groupe sont plutôt des personnes qualifiées, puisque 44% ont un niveau de formation tertiaire et 37% un niveau secondaire, ce n'est pas le cas des autres étrangers, pour lesquels ces proportions sont respectivement de 8,5% et 17,1% (avec toutefois 20% d'entre eux pour lesquels le niveau de formation est inconnu).

5.8 Conclusion

D'après les données du RF 2000, un quart des personnes occupées dans le secteur hospitalier, soit plus de 28000 actifs, sont de nationalité étrangère. La plupart d'entre eux possèdent la nationalité d'un pays d'Europe de l'Ouest ou du Sud. En proportion, la présence de travailleurs étrangers est particulièrement importante dans les emplois non-qualifiés.

Près des trois quarts des actifs sont des femmes, la féminisation des emplois étant surtout marquée dans les professions intermédiaires, ainsi que parmi les employés et les travailleurs non-qualifiés. Toutefois, dans ces professions, la proportion de femmes est légèrement inférieure pour les actifs ressortissants de l'Europe de l'Ouest et du Nord et les autres étrangers que pour les suisses. De plus, on notera que, contrairement aux suisses, les étrangers hors Europe de l'Ouest et du Nord figurant dans les catégories socio-professionnelles supérieures (dirigeants, professions libérales et autres indépendants) sont en majorité des femmes (à plus de 70%).

Outre la répartition des travailleurs étrangers selon la nationalité et la profession exercée, l'analyse des données du recensement a porté, dans la mesure des informations disponibles, sur la valorisation par les actifs étrangers des deux « ressources » potentielles que constituent le niveau de formation et la maîtrise d'une langue étrangère. En ce qui concerne le niveau de formation, on peut observer une étroite liaison avec la profession exercée. A catégorie socio-professionnelle identique, on n'observe pas de différences marquées dans les niveaux de formation en fonction de la nationalité, à l'exception des professions intermédiaires, où les étrangers paraissent plus qualifiés que les suisses. Les femmes sont globalement moins qualifiées que les hommes et, pour chaque sexe, les ressortissants des pays de l'Europe de l'Ouest et du Nord sont les plus nombreux à avoir suivi une formation de niveau tertiaire, devant les naturalisé(e)s et les Suisses, alors que les autres

étrangères et étrangers se distinguent par une proportion élevée de personnes ayant un niveau de formation primaire.

On peut établir de manière schématique, en fonction de la nationalité, plusieurs profils définis par le niveau de qualification et le type d'emplois occupés. Le premier groupe est constitué par les travailleurs originaires de l'Europe de l'Ouest et du Nord. Il s'agit pour la plupart de ressortissants allemands et français, maîtrisant donc une des langues nationales de la Suisse. Leur niveau de formation est élevé en comparaison des autres étrangers, mais également des suisses. Ils occupent en conséquence des postes relativement qualifiés.

Les Indiens et Philippins présentent un profil qui se rapproche de celui des Européens de l'Ouest et du Nord : une formation de niveau secondaire ou tertiaire pour près de trois quarts d'entre eux et une concentration importante (près des deux tiers) dans les professions intermédiaires et les non-manuels qualifiés (employés), alors que moins de 5% occupent un emploi non-qualifié. Les ressortissants italiens et ex-yougoslaves présentent un profil intermédiaire. Un peu moins de la moitié ont un niveau de formation secondaire ou tertiaire et environ 4 sur 10 occupent un emploi intermédiaire ou non-manuel qualifié, alors que respectivement un tiers (Italiens) et un quart (ex-Yougoslaves) sont classés parmi les travailleurs non-qualifiés.

On peut regrouper dans une dernière catégorie les autres ressortissants des pays d'Europe du Sud (Espagnols et Portugais), ainsi que les Turcs et les Sri Lankais. Près des deux tiers ont un niveau de formation primaire, et près des trois quarts figurent parmi les travailleurs non-qualifiés ou les personnes actives non-classifiables.

Dans l'ensemble, la langue non-nationale la plus utilisée est l'anglais, alors que 6% des actifs du secteur hospitalier déclarent utiliser une autre langue étrangère dans le cadre de leur travail. L'utilisation d'une langue étrangère autre que l'anglais varie en fonction de la nationalité, mais, en revanche, elle n'apparaît pas plus importante parmi les personnes étrangères dont l'emploi les place en contact avec les patients.

Ce sont par ailleurs les personnes dont la langue principale est l'espagnol et le portugais, principalement présentes parmi les ouvriers et dans les professions non-qualifiées, qui utilisent le plus fréquemment une langue étrangère. En revanche, les Indiens et les Philippins, dont une part importante exerce des emplois qualifiés, utilisent beaucoup plus l'anglais que leur propre langue sur leur lieu de travail.

PARTIE IV: Recherche-action

Pour étudier le rôle des ressources informelles des employés migrants dans les activités hospitalières, des données nouvelles étaient nécessaires : nous avons constaté que les données des recensements fédéraux ne disent rien sur les ressources informelles, et guère davantage sur leur utilisation dans les activités hospitalières. Pour compléter cette lacune, nous avons mené des interviews avec des personnes clé et des employés migrants, et organisé des *focus groups* dans sept institutions hospitalières.

Il ressort du travail de terrain que la problématique des ressources informelles se présente comme un processus qui se caractérise par trois phases : sensibilisation à l'égard des ressources, l'identification et enfin l'utilisation des ressources. Etant donné que notre analyse du travail de terrain se structure autour de ces trois phases, nous allons voir brièvement ce qu'elles signifient ces trois phases.

La phase de la sensibilisation se présente comme la plus importante. L'utilisation efficace et réfléchie des ressources informelles est très fortement liée à la sensibilisation que les acteurs affichent à l'importance des ressources informelles dans leurs activités. On a beaucoup de peine à penser qu'un employé migrant puisse avoir d'autres ressources (linguistiques, culturelles, etc.) que ses compétences professionnelles pour lesquelles il est engagé et que ces ressources pourraient être bénéfiques pour l'institution.

La phase d'identification des ressources permettrait à l'institution de savoir quels types de ressources informelles sont disponibles et de les mettre en corrélation avec les besoins identifiés.

Il ne suffit pas de disposer des ressources, encore faut-il savoir les exploiter. Le fait d'être migrant n'est pas une ressource en soi mais les expériences migratoires, par exemple, pourraient, dans certaines situations, se présenter comme une ressource à mobiliser pour les soins des patients migrants. La phase d'utilisation se donnerait pour but d'optimiser les ressources pour un usage efficace et de qualité.

Cette partie « recherche-action » est donc consacrée à la présentation des résultats obtenus lors de notre travail de terrain. Elle se divise en deux chapitres : le premier fait un état des lieux portant sur les acteurs, leur sensibilisation à l'égard de l'importance des ressources informelles ainsi que sur les pratiques d'identification. Quant au second, il se donne pour objet d'analyser le processus d'utilisation des ressources informelles.

6 Etat des lieux : acteurs, perceptions, identification et ressources

Ce chapitre présente un état des lieux portant sur la description des services - acteurs- (6.1), la sensibilité que ceux-ci affichent à l'égard de l'importance des ressources informelles ainsi que les pratiques existantes concernant l'identification des ces dernières (6.2), la perception que font les employés migrants de leurs ressources informelles (6.3), l'éventail des ressources répertoriées (6.4) ainsi que les outils mis en place pour les identifier (6.5).

6.1 Brève description des services

Pour mieux comprendre le rôle des de différents services dans le processus d'utilisation des ressources, il nous paraît important de présenter leurs caractéristiques majeures en lien avec notre problématique.

Services des soins : les services des soins comptent parmi les services les plus concernés par la question des ressources. Ils sont en contact étroit et régulier avec les patients. De ce contact résulte une familiarité avec les besoins des patients migrants. Les services de soins ont régulièrement recours aux ressources disponibles dans les autres services.

Salles d'opération : l'importance de l'utilisation des ressources trouve une reconnaissance importante auprès des salles d'opération. Même si le contact avec les patients est moins régulier que dans les services de soins, il comporte un grand risque, d'où l'importance de la communication avec les patients.

Cliniques pour enfants : il est bien évident que l'hospitalisation des enfants est différente de celle des adultes, notamment en ce qui concerne la présence, parfois obligatoire, des parents qui peuvent rester à l'hôpital 24h sur 24h (*rooming in*). Cette situation engendre une relation très intense non seulement entre le personnel et les enfants, mais également entre le personnel et les parents.

Maternités : les femmes migrantes constituent une proportion importante de la clientèle dans les maternités. Il s'agit d'une catégorie de la population migrante qui affiche un déficit linguistique important en langue de région, ce qui pose, selon nos informateurs, un grand problème de communication. A cela s'ajoute la perception que se font les femmes migrantes de la grossesse et de l'accouchement, qui présente une très forte diversité, déterminée par des facteurs de nature différente tels que la tradition dans le pays d'origine, les facteurs culturels, etc.

Services d'urgence : les migrants entretiennent une relation très particulière avec les services d'urgence, malgré le caractère sporadique que pourrait avoir la visite d'un service d'urgence. Les recherches soulignent que les migrants

fréquentent plus souvent les services d'urgence que les autochtones (Weiss 2003). Les services d'urgence sont très souvent surchargés et doivent faire face à des visites de nature urgente ou pas. A cela s'ajoutent l'imprévisibilité des situations et le risque de vie que pourraient présenter les cas dans les services d'urgence.

Cliniques de réhabilitation : contrairement aux services d'urgence où la relation n'est que sporadique, les cliniques de réhabilitation ont une relation avec les patients qui est moins caractérisée par le risque sanitaire que par la durée du contact. La communication avec les patients dans les cliniques apparaît primordiale. Cette communication présente un caractère complexe qui inclue aussi des éléments culturels.

Services d'exploitation : bien qu'ils ne soient en contact qu'occasionnellement avec les patients, les services d'exploitation (restauration, hôtellerie, service de nettoyage, etc.) sont directement concernés par l'utilisation des ressources des employés migrants. Ces services que l'on peut aussi qualifier de services « offrants » des ressources et qui sont hiérarchiquement moins bien placés, subissent des difficultés qui découlent du déplacement de leurs employés dans d'autres services, sans bénéficier pour autant des ressources d'autres services, « *there is no investment on return* », pour reprendre les termes d'un responsable.

Services des ressources humaines : l'intérêt que ces services expriment à l'égard des ressources des migrants s'inscrit plutôt dans une perspective de gestion des ressources que dans celle de l'utilisation directe de ces dernières. Cependant, l'approche dominante de la politique du personnel des institutions hospitalières repose plutôt sur le principe selon lequel « une personne correspond à un poste déterminé », qui donne davantage d'importance aux caractéristiques professionnelles du poste qu'aux ressources informelles des employés.

Nous passons à présent à étudier les facteurs qui influencent sur la sensibilité des services à l'égard des ressources informelles et les pratiques d'identification des ressources.

6.2 Sensibilisation et identification : modèles (idéaux types)

Les différents services qui ont été représentés dans nos *focus groups*, affichent une grande diversité de perception à l'égard de l'importance de ressources informelles de leurs employés migrants et une variété de procédés pour identifier ces ressources. Lors des interviews et des *focus groups*, nous avons observé l'existence d'un certain nombre de facteurs qui influencent

considérablement le processus d'utilisation des ressources, en particulier la sensibilisation et l'identification des ressources.

Ces facteurs qui sont au nombre de cinq :

Intensité du contact avec les patients migrants : les services entretiennent un contact avec les patients migrants dont l'intensité et le degré de proximité varient en fonction de leur mission professionnelle. Ainsi le service de soins est, par nature, en contact étroit avec les patients migrants contrairement au service des ressources humaines, par exemple. De même, le contact avec les femmes migrantes dans une maternité est plus régulier et plus intense que dans un service administratif, par exemple, où le contact est essentiellement *ponctuel*. Le service d'exploitation n'est en contact avec les patients migrants que de manière *sporadique*.

Estimation d'un risque potentiel sanitaire : les services ont d'autant plus recours à des ressources informelles de leurs employés s'ils estiment que le traitement ou la visite d'un patient migrant comporte un certain risque sanitaire. Ne pas pouvoir dialoguer pour des raisons linguistiques avec un patient migrant dans une salle d'opération apparaît ainsi beaucoup plus risqué, qu'avec un patient au service de facturation, par exemple. De manière générale, nous avons classifié ce facteur de risque que les services estiment dans l'exécution de leur mission sous trois formes : *risque élevé*, *risque faible*, *absence de risque*.

Service « offrant » ou service « demandeur » des ressources : le positionnement d'un service en tant que *offrant* ou *demandeur* influence la perception qu'il se fait de l'importance des ressources informelles dans ses activités. Le facteur qui fait qu'un service se positionne en tant que *demandeur* est le problème qu'il rencontre dans la prise en charge des patients migrants, dans le cadre duquel l'intervention des ressources informelles lui semble être nécessaire et utile. Dans un tel cas, un service *demandeur* donne davantage d'importance aux ressources qu'un service *offrant* dont les activités ne nécessitent pas le recours aux ressources des employés migrants d'autres services.

Familiarité avec les approches gestionnaires : les différents services se familiarisent à des degrés divers avec les approches gestionnaires dans les domaines qui les concernent. Nous avons observé que certains services mettent en avant l'importance de l'approche « New Public Management » qui considère la population migrante comme une nouvelle clientèle potentielle dont il faut prendre en considération les besoins spécifiques. De la même manière, la politique des ressources humaines dans certaines institutions montre une tendance à s'orienter vers une approche « ressources oriented » qui est susceptible de favoriser l'utilisation des ressources informelles du personnel. Cette familiarité avec les différentes approches gestionnaires se

présente, selon le service et le domaine, de manière *stratégique, contextuelle ou occasionnelle*.

Existence de structures transculturelles : la direction de certaines institutions se montre plus ouverte et s'engage plus que les autres dans le processus de transculturalisation de leur institution en mettant sur pied des structures transculturelles (groupe de travail « migration et santé », etc.). Les activités de ces structures produisent des effets positifs sur la sensibilisation et sur la pratique de l'identification des ressources informelles des employés migrants.

Sur la base de ces éléments, nous avons construit trois modèles qui se présentent sous formes d'idéaux types. Il est bien évident que la construction des ces derniers ne prétend pas être exhaustive, et ne vise qu'à comprendre une réalité complexe. Les frontières des modèles ne sont pas absolues ; il est possible de trouver dans les modèles des caractéristiques communes.

Modèle I : haut niveau de sensibilisation avec une pratique d'identification pro-active

Dans ce modèle, les ressources sont en général perçues comme un enrichissement, un atout ainsi qu'un potentiel particulier. C'est plutôt l'attitude positive vis-à-vis des ressources potentielles qui caractérise la perception des acteurs. Cette perception ne découle pas d'une approche subjective, mais d'une pratique vécue. Il s'agit de services qui entrent dans la catégorie des services « demandeurs » de ressources, comme c'est le cas pour le service de soins, par exemple. Les services qui sont classés dans ce modèle sont en contact régulier et ont une relation étroite avec les patients migrants. Leur intervention sur le patient migrant présente un risque sanitaire, parfois élevé. De ce fait, ces services montrent en général un haut niveau de sensibilisation à l'égard de l'importance des ressources informelles, comme l'explique une responsable de soins :

Die Sensibilisierung im Pflegedienst ist wirklich ganz enorm da und die wird auch gelebt. Es gibt andere Bereiche, wo ich denke, die Sensibilisierung ist nicht so stark ausgelebt (MK-09).

La tendance générale des services dans ce modèle est une identification stratégique avec l'approche « client oriented ». Ces services sont plus attentifs aux besoins des patients migrants et à leur satisfaction.

Dans ce modèle, la politique de ressources humaines joue un rôle actif dans l'identification de ressources informelles des employés migrants. Elle se définit par l'approche « *ressource oriented* » et tient compte ainsi de l'importance des ressources informelles déjà au moment de la détermination des caractéristiques du profil recherché.

Si on cherche un infirmier ou une infirmière et qu'on trouve une personne avec un background migratoire ou qui parle une des langues de l'immigration, elle a plus de chances pour obtenir le poste qu'une autre personne (BK-01).

Le service des ressources humaines répertorie et centralise de manière systématique les informations sur les différentes ressources des employés migrants, en particulier les ressources linguistiques, mais pas systématiquement les ressources non linguistiques.

Dans ce modèle, les structures transculturelles dans l'institution (groupe de travail « migration et santé », responsable désigné pour la question de la migration, etc.) interviennent activement dans le processus de l'identification des ressources informelles. Ces structures s'engagent parfois dans des initiatives et efforts individuels qui trouvent par la suite un écho positif auprès du service des ressources humaines. Ce processus aboutit à une pratique d'identification que nous pouvons qualifiée de « pro active ». La particularité d'une pratique d'identification « pro active » est que les initiatives singulières sont soutenues par la direction d'une institution¹⁵.

Modèle II : moyen niveau de sensibilisation avec une pratique d'identification active

Les services de ce modèle se caractérisent par une ouverture relative à l'égard de l'utilisation des ressources, accompagnée par certaines réserves et des réticences en ce qui concerne l'application. Il s'agit plutôt de services « offrants » des ressources, tels que les services d'exploitation, de nettoyage, d'hôtellerie, mais aussi de certains services administratifs qui sont en contact de manière sporadique et pour une courte durée avec les patients migrants. Ces services sont en principe confrontés à un niveau faible de risque sanitaire dans leurs activités impliquant les patients migrants.

Comme dans le premier modèle, on observe aussi dans ce modèle une certaine familiarité avec l'approche « *client oriented* ». Ce qui différencie cependant ces services de ceux du premier modèle, c'est que ceux-ci sont encore loin d'établir un lien positif entre les besoins de la clientèle migrante et l'utilisation des ressources de leurs employés migrants. De ce fait,

l'identification avec l'approche « *client oriented* » reste très contextuelle et pas systématique.

De plus, contrairement au premier modèle, l'attitude des services de ce modèle vis-à-vis de l'utilisation des ressources est plutôt réservée. Les discours des acteurs se montrent sceptiques concernant l'utilisation des ressources et mettant en avant les difficultés qu'elle engendre pour les services « offrants » et les déficits linguistiques des employés migrants en langue de région.

Au niveau de la politique de recrutement, il n'existe pas une sensibilité stratégique à l'approche « *resources oriented* ». Ce qui compte d'abord, ce sont les qualifications professionnelles et les connaissances en langue de la région.

Néanmoins et paradoxalement, les services dans ce modèle qui se montrent sceptiques vis-à-vis de l'utilisation se trouvent dans l'obligation d'identifier de manière active les ressources informelles. Cette situation découle du fait qu'ils sont très souvent sollicités par des services « demandeurs » de ressources pour identifier les ressources dont ils ont besoin. Par ailleurs, les structures transculturelles jouent un rôle important dans l'identification des ressources dans ces services (l'établissement d'une liste comprenant les ressources linguistiques, par exemple).

Cette pratique d'identification des ressources que nous qualifions d'« active » se caractérise par la nécessité d'une adaptation contextuelle, c'est-à-dire que l'identification des ressources ne résulte pas d'une pratique systématique se fait en fonction de besoin ad hoc qui se présente dans la pratique.

Modèle III : faible niveau de sensibilisation avec une pratique d'identification re-active

La perception des services dans ce modèle montre une attitude négative vis-à-vis des migrants et de l'utilisation de leurs ressources. Cette attitude négative met l'accent plutôt sur le déficit des migrants, où les migrants - employés et patients- sont d'abord associés à des problèmes.

L'opinion partagée des services de ce modèle est que l'institution fait déjà assez pour les employés migrants et que les efforts apportent trop peu par rapport aux coûts investis. La perception de l'utilisation des ressources est considérée comme une faveur que les employés migrants pourraient faire envers leur institution :

¹⁵ L'hôpital cantonal de la région « St.Gall et Rorschach » a fait par exemple en 2001 une déclaration d'intention selon laquelle personne ne devrait être discriminée pour des raisons linguistiques. Cette déclaration a engendré un processus d'identification des ressources linguistiques disponibles dans l'hôpital pour publier un dictionnaire d'hôpital (« Spitalwörterbuch ») qui contient plus de 300 mots ou phrases dans 11 langues différentes (cf. Concept pour un service d'interprétariat au sein de l'hôpital de St.Gall, 2002).

Ich denke, dass man den Einsatz von Ressourcen unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten eher unter 'job enrichment', sprich Bereicherung der täglichen Tätigkeiten, einstufen muss. Ich selbst brauche meine Leute, ich brauche ihren vollen Einsatz und eigentlich liegt es kaum drin, dass ich sagen könnte, klar, den und den Mitarbeiter könnte ich in der und der Gruppe einsetzen – zum Übersetzen oder Vermitteln (MK-10).

Les acteurs abordent la question de l'utilisation des ressources plutôt sous un angle économique et soulignent les coûts supplémentaires qu'engendrerait une meilleure utilisation des ressources. Le faible lien qu'ils établissent entre l'utilisation des ressources des employés migrants et la prise en charge de la population migrante ne résulte pas d'une perspective gestionnaire (*client oriented*, par exemple), mais de la reconnaissance d'une utilité limitée dans des situations isolées. Les services, qui se caractérisent par ce faible niveau de sensibilisation à l'égard de l'importance des ressources, sont en contact avec les patients migrants de manière très ponctuelle et non systématique, et ne sont en principe pas confrontés à un risque sanitaire dans leurs activités impliquant les patients migrants.

En ce qui concerne la politique d'embauche dans ce modèle, elle présente des similarités avec le modèle II, notamment au niveau de la définition des critères du profil du poste qui tient compte plutôt de compétences professionnelles recherchées et ne donne pas d'importance à des ressources informelles.

Contrairement au deuxième modèle, l'identification des ressources se fait par le biais des *initiatives individuelles* et d'une manière occasionnelle, en tant que *réaction à des situations de communication problématiques*. Il s'agit d'une pratique d'identification que nous qualifions de « *re-active* » car elle suit une logique d'agir en urgence et utilise une méthode de « bouche à oreille ».

Es gibt keine systematische Erfassung der Ressourcen : vielmehr gab es einen Aufruf (zum Dolmetschen A.d.V.), und wer Interesse hatte, meldete sich einfach. Auf der Liste stehen aber wiederum nicht unbedingt die, mit denen ich zusammen arbeite und die gut qualifiziert sind. (...). Auch bei uns gilt, dass Ärzte, die sich weiterbilden und Interesse an der Thematik haben, die wissen einfach, wo sie sich was holen müssen (MK-01).

Nous concluons cette section sur les modèles (idéaux types) par le constat selon lequel il est, en réalité, extrêmement difficile d'attribuer de manière exhaustive les services et les institutions à l'un des modèles que nous avons présentés comme les idéaux types. Cependant, leurs points communs sont beaucoup plus visibles que leurs divergences.

6.3 Perception de leurs ressources par les employés migrants

On pourrait s'attendre à ce que les employés migrants soient plus sensibles à l'égard de leurs ressources potentielles. En réalité, la perception que les employés migrants se font de leurs ressources n'est pas homogène et indique l'existence de deux catégories d'appréciation.

Une première catégorie d'employés migrants est fortement sensibilisée et a une attitude positive à l'égard de l'utilisation de leurs ressources.

Ils se montrent volontaires et prêts à mettre leurs ressources à la disposition de l'institut et des patients. Ils affichent une forte compréhension à l'égard des patients et une grande empathie pour eux. Ils se mettent à leur place et aimeraient les aider à diminuer leur stress, leur angoisse ou leur nervosité découlant en partie de leurs problèmes linguistiques :

Meine Erfahrung ist, dass die Leute froh sind, wenn jemand dieselbe Kultur hat und die gleiche Sprache spricht. Und man ist dann offener im Gespräch, offener, als wenn man eine fremde Sprache reden muss. Auch ich profitiere, schon früher, als ich auf der Akutstation war. Man profitiert, wenn man umsetzen kann (MK-05).

Ils reconnaissent l'utilité des ressources dans leurs activités professionnelles. Ils sont motivés à utiliser leurs ressources et considèrent leur engagement comme un enrichissement personnel et professionnel. L'utilisation de leurs ressources a une signification au même titre qu'une formation professionnelle pour eux. Cela renforce leur motivation, comme le souligne une migrante :

Dass die Leute, wenn sie nach den drei Wochen wieder nach Hause gehen, dass sie wissen, dass sie auch nachher noch Hilfe holen können. Dann habe ich das Gefühl: doch, dann unterstütze ich auch im Privaten (MK-05).

Un cadre confirme cette motivation qui caractérise la perception positive des employés migrants

Si je peux vous donner un bon exemple de la motivation des gens d'emmener justement toutes ces connaissances, ce parcours, ces aspects personnels, ce sont des gens qui participent de manière très active. Ils ont l'impression de faire aussi avancer les choses et d'un monde dont ils font partie aussi. Je pense qu'ils sont assez fiers de pouvoir utiliser leurs connaissances (BK-06).

Contrairement à la première, la seconde catégorie regroupe les employés migrants qui ont une faible, sinon aucune, sensibilisation à l'égard de leur ressources. Ceux-ci n'étaient pas inconscients au moment de leur engagement qu'ils possèdent des ressources informelles, comme le précise une employée migrante :

Non, je n'étais pas consciente que j'aie des ressources à utiliser. Je pensais que ce que j'avais acquis dans mon pays d'origine n'intéressait personne ici (BK-04).

Ils sous-estiment l'importance et l'utilité de leurs ressources, comme c'est le cas pour un employé migrant :

J'avais l'impression que je n'avais rien à donner et que je devais tout apprendre ici pour être utile (BK-04).

Ils ne sont pas vraiment motivés à utiliser leurs ressources, ils soulignent qu'ils ne sont pas engagés pour « résoudre les problèmes personnels des autres » pour reprendre l'expression d'une employée migrante. L'idée partagée est que s'il subsiste des problèmes entre patients migrants et corps soignant, c'est parce que les premiers ne sont pas intégrés culturellement ou linguistiquement et qu'ils ne font pas assez d'effort pour comprendre le fonctionnement de l'institution sanitaire, comme le laissent entendre les explications suivantes :

Ils [patients migrants] n'ont qu'à faire comme tout le monde le fait. Moi même, j'ai passé par les mêmes difficultés. Ils n'ont qu'à s'intégrer, à apprendre la langue et comprendre la culture d'ici. Quand je suis venu il y a 20 ans, personne ne parlait ma langue j'ai du tout faire tout seul, j'ai du apprendre la langue, je me suis donné la peine de me débrouiller, j'ai du investir beaucoup, ils n'ont qu'à apprendre le français (BK-04).

Nous allons conclure cette section en formulant quelques observations concernant la perception des employés migrants à l'égard de leurs ressources. En première lieu, on voit très clairement les effets de l'approche assimilationniste chez les employés migrants qui sous-estiment leurs ressources potentielles et qui ne sont pas très motivés à les utiliser pour les patients qui en auraient besoin. Pour ces employés, le problème, c'est le problème de l'intégration qu'ont certains patients migrants. Ces derniers devront faire plus d'efforts pour s'intégrer. Cette appréciation est très souvent justifiée et motivée par leur propre succès d'intégration professionnelle et sociale, comme nous confirme une responsable romande :

Mes collègues migrants qui ont beaucoup de compétences culturelles, j'imagine qu'ils sont un peu dans leurs cocons d'assimilation. Ils ne s'efforcent pas de se faire reconnaître. Se sentir s'assimiler est plus fort que mettre en valeur leur richesse. Ça, il faut changer, cela empêche de transférer et mettre en évidence leurs compétences (BK-01).

Il nous paraît important d'accentuer ici une différence de perception observée entre les employés migrants de la première génération et ceux de la deuxième génération. Les membres du premier groupe tendent à sous-estimer l'importance des leurs ressources et s'identifient à une perspective plutôt assimilationniste.

Par contre les employés de la deuxième ou de la troisième génération, ayant fait toute leur scolarité ou une bonne partie de leur scolarité en Suisse, ont plutôt une perception positive vis-à-vis de l'importance de l'utilisation de leurs ressources potentielles. Une bonne partie de ces employés occupent des

postes qualifiés ou semi qualifiés et travaillent en général dans les soins. Reste à savoir dans quelle mesure les formations continues internes et la perspective de carrière que ceux-ci pourraient envisager expliquerait leur perception positive à l'égard de l'utilisation des ressources.

6.4 Eventail des ressources répertoriées

Les travaux sur la gestion des ressources humaines le répètent à l'envi : posséder des ressources est une chose, les utiliser en est une autre. De toute façon, il est indispensable de se pencher sur les caractéristiques des ressources disponibles des employés migrants. De même, c'est là que nous pourrons montrer que l'utilisation des ressources des employés migrants est loin d'être négligeable, même si elle se révèle complexe et problématique.

En premier lieu, il est important de rappeler que l'utilisation des ressources informelles est fortement tributaire de la nature du problème identifié (communicationnel, culturel, par exemple) au sein de l'institution. En d'autres termes, c'est l'identification d'un problème donné qui détermine le type de ressource à mobiliser, comme le précise un responsable de ressources humaines : « *si le problème ne se fait pas sentir, on ne pense pas aux ressources* ». Cela ne veut pas dire que les acteurs n'ont pas d'influence sur le type de ressources à mobiliser. Le travail de terrain nous montre, au contraire, que, les acteurs, en l'occurrence les différents services, jouent aussi un rôle considérable en matière de ressources du personnel issu de l'immigration.

Si le type de ressources utilisé peut varier selon la nature du problème identifié, les caractéristiques et la mission des acteurs, pratiquement tous les services, ont recours, d'une manière ou d'autre, à des ressources. En réalité, quatre types de ressources sont répertoriés : ressources linguistiques ; ressources culturelles ; expériences ante et post-migratoires et compétences transculturelles.

Ressources linguistiques

Les ressources linguistiques en langue d'origine du personnel issu de l'immigration constituent le premier type de ressources le plus utilisé. Toutes les institutions hospitalières qui ont participé à notre recherche soulignent, en leur sein, l'existence de ressources linguistiques importantes, quoique la variété linguistique change d'une institution à l'autre en fonction de la nationalité et du profil des migrants dans chaque institution. Ce phénomène observé dans la pratique est aussi confirmé par notre constat statistique (*cf. section 5.6*) selon lequel, dans les activités hospitalières, les personnes utilisant une autre langue étrangère que l'anglais en plus d'une langue nationale ou régionale représentent environ 6% (*cf. Tableau 14*), même les

données ne disent rien sur la nature de l'utilisation de ces ressources (avec les patients ou non).

Puisqu'il s'agit très souvent de la langue d'origine des employés migrants, l'existence de ressources linguistiques est indépendante du type d'activités professionnelles, du domaine d'activité voir même du type de fonction qu'assument les employés migrants dans leurs activités hospitalières. Pour prendre pour exemple la liste qui comporte des différentes langues disponibles au sein des institutions, on y observe des personnes travaillant dans différentes services (du service de nettoyage au service des soins) assumant différents fonctions professionnelles (infirmier, personnel administratif, etc.) et ayant différents niveaux de connaissances dans leur langue d'origine.

Par contre, il est bien évident que la qualité de ces ressources en termes de compétence, à savoir la capacité à utiliser les connaissances linguistiques et le niveau de compétence sont fortement tributaire du parcours scolaire et professionnel des employés migrants. Nos informateurs soulignent la différence de niveaux de compétences entre les employés de la première génération et ceux de la deuxième génération. Si le premier groupe a en général de très bonnes connaissances en langue d'origine, les membres de la deuxième génération montrent un certain déficit linguistique dans leur langue d'origine¹⁶.

L'utilisation des ressources linguistiques se fait en général dans un contexte bilingue (langue d'origine plus langue de la région). Les employés migrants ont recours à leurs ressources linguistiques afin de faciliter la communication entre un patient et un membre du personnel. Dans une telle situation, les employés migrants utilisent leurs ressources linguistiques pour assumer le passage mutuel entre la langue du patient et la langue d'accueil (traduction orale). Comme le mentionne une infirmière assistante d'origine kosovare :

Ich übersetze für verschiedene Dienste; im Moment am meisten in der Diabetes-Beratung für albanisch sprechende PatientInnen. Dort gibt es am meisten und dort habe ich manchmal auch fixe Termine, da die Leute ja immer wieder gehen müssen. Termine werden in der Diabetes-Beratung jeweils im Abstand von zwei Monaten vereinbart (MK-06).

De même, toutes les traductions écrites effectuées par les employés migrants vers la langue d'origine (documents d'information destinés aux patients, par exemple) se fait également dans le contexte bilingue et exigent une très

bonne maîtrise de la langue de la région. C'est ce qui ressort du discours de plusieurs cadres :

Sie müssen sich gut in beiden Sprachen ausdrücken können (MK-03).

En revanche, l'usage des ressources linguistiques des employés migrants dans un contexte monolingue (en l'occurrence en langue d'origine) n'est pas exclu du tout. Si la langue d'origine d'un membre du personnel migrant est la même que la langue du patient, le personnel et le patient communiquent dans leur langue d'origine. Cette pratique est relatée par un psychiatre d'origine cubaine :

Je fais aussi des entretiens dans ma langue maternelle, c'est-à-dire en espagnol. L'hôpital m'a même encouragé à faire des entretiens en espagnol, car, les entretiens en présence d'un interprète sont, malgré l'efficacité incontestable, quand même compliqués. L'idée de faire des entretiens dans la langue du patient fait partie de l'approche ethno psychiatrique (BK-04).

Ressources « culturelles »

Les ressources culturelles des employés migrants sont mentionnées tant dans les interviews individuelles que dans les *focus groups* comme un deuxième type de ressources utilisées. Il est important de noter que, dans la pratique, les ressources culturelles apparaissent comme une ressource indépendante d'une langue étrangère donnée. Nous avons observé que la notion de compétences culturelles recouvre plusieurs sous-ressources qui renvoient au savoir-être, au savoir-faire, à la connaissance de différents systèmes de valeurs et de croyance, etc.

Dans la facturation, j'utilise régulièrement mes ressources culturelles et mes expériences professionnelles précédentes. Dans mon pays d'origine, j'ai longtemps travaillé dans le domaine social avec les chômeurs et les personnes précaires. Je sais très bien comment il faut s'approcher aux personnes précaires. Même s'il s'agit d'un service administratif comme la facturation, il faut appliquer chaque fois un savoir-faire différent adapté à la situation de la personne. Il suffit que vous prononiez un mot dans la culture d'un client fâché pour le calmer (BK-04).

Un autre migrant décrit une autre dimension des ressources culturelles :

Ja, und ich kann die Leute auch besser beraten auf meine Muttersprache. Die Leute verstehen besser, worum es geht, denn die erste Reaktion ist sonst oft: „Oh je, sozial!“ Oder, wenn jemand eine psychische Behandlung braucht, oder einen Psychiater, dann heisst es: „Aber ich bin doch nicht blöd!“ Man kann es besser erklären, dann wollen die Leute die Unterstützung auch. So, blockieren sie einfach. Vielfach, weil sie das nicht verstehen. Sie sagen zwar, ja, ja, ja, aber wenn ich dann nachfrage, dann haben sie doch nicht alles verstanden (MK-05).

On emploie très souvent le terme de médiation culturelle pour designer le contexte dans lequel on fait appel à des personnes migrantes pour rendre une situation « culturellement » compréhensible en explicitant les divers codes des acteurs (soignant et soigné) qui caractérisent une situation donnée.

¹⁶ On trouve une situation inverse en ce qui concerne les connaissances en langue d'accueil.

Es ist ein sehr grosser Vorteil, wenn man auch die Kultur versteht. Die Leute sind nicht gewöhnt, mit ihrer Gesundheit so umzugehen, wie man das hier macht. Nicht nur sprachlich, sondern kognitiv und kulturell spielt es wichtige Rolle, welchen Zugang man zu den Leuten hat. Immer haben Leute Ängste, dass sie nicht richtig verstanden werden und sich nicht ernst genommen fühlen. Heute ist es so, dass die Leute bei der Therapie viel besser mitmachen, wenn man ihnen die Sachen gut erklärt (MK-08).

Contrairement aux ressources linguistiques, l'utilisation des ressources culturelles ne se limite pas seulement aux patients appartenant à la même communauté nationale ou culturelle que les employés migrants, elles sont utilisées également pour des patients d'autres nationalités. Ainsi un infirmier ou une infirmière de confession musulmane par exemple pourrait utiliser ses connaissances religieuses pour tous les patients de la même confession et ceci indépendamment de la langue ou de la nationalité des patients.

Il est important de souligner que les personnes interviewées et les participants à nos focus groups précisent qu'il n'est pas toujours facile de faire appel à des médiateurs internes de la même communauté que le patient.

Je crois que là encore, il y a la question être de la même culture que le patient mais, ce n'est pas tout, il faut pouvoir utiliser ces ressources culturelles internes dans le travaille et ça je crois que cela revient à ce que l'on disait avant c'est à dire que le personnel engagé en fonction du caractéristique du poste, avec la formation (BK-05).

Expériences ante et post-migratoires

Lors des discussions de *focus groups*, il s'est avéré qu'il ne faut pas négliger les expériences migratoires des employés migrants. Leurs expériences ante et post-migratoires, leur situation dans la société d'accueil et au sein de leurs propres communautés les amènent à développer des ressources dont l'utilisation apparaît bénéfique pour les activités hospitalières. Dans leur parcours ante et post-migratoire, les savoir-faire et les compétences se cumulent au gré des expériences migratoires produisant alors de nouvelles compétences de contextualisation, d'adaptation et de compréhension. C'est ce que souligne par exemple cette infirmière en chef romande, responsable de santé communautaire :

Ils [migrants] sont capables de se mettre à la place des patients qui viennent d'ailleurs, ou qui ont le même vécu lié à leurs motifs de migration par exemple. Cela favorise la compréhension, plus facilement que quelqu'un qui n'a pas cette expérience. Surtout dans les soins, être capable de se mettre à la place de quelqu'un, c'est un atout important (BK-01).

Si une définition opérationnelle des expériences ante et post-migratoires apparaît très difficile, les personnes interviewées nous ont mentionné de nombreux exemples indiquant l'utilisation de ces expériences comme une ressource, comme le montre ce témoignage d'une employée d'origine congolaise :

Un jour, une personne de couleur noire est venue et a dit à ma collègue qu'elle a reçu un rappel pour sa facture parce qu'elle est noire. Ma collègue ne savait pas quoi faire et comment agir. En me basant sur mes expériences, et mon vécu, j'ai pu résoudre le problème (BK-04).

Une responsable du service communautaire s'explique :

L'expérience migratoire est très utile concernant la manière dont on doit approcher les patients qui ont été traumatisés par la torture par exemple (BK-06).

Soulignons pour finir que le concept de culture auquel les acteurs se réfèrent implicitement apparaît comme concept figé et statique. Plusieurs participants indiquent le danger de culturalisation des problèmes sociaux que porte un tel concept statique de culture. Afin d'éviter ce danger de culturalisation, on se réfère plutôt au concept de transculturalité lors des formations continues.

Compétences transculturelles

Rappelons que certaines recherches mettent l'accent sur l'importance des compétences transculturelles dans les prestations sanitaires afin de mieux prendre en considération des besoins issus de la forte diversification de la clientèle hospitalière. Par compétences transculturelles, on entend :

« die Fähigkeit, individuelle Lebenswelten in der besonderen Situation und in unterschiedlichen Kontexten zu erfassen, zu verstehen und entsprechende, angepasste Handlungswisen daraus abzuleiten » (Domenig 2001: 200).

Nous avons abordé le thème des compétences transculturelles dans les *focus groups* et constaté que l'importance de ces ressources est aussi confirmée par les acteurs de terrain, comme le témoigne une personne responsable de la qualité de soins :

Sehr wichtig sind transkulturelle Kompetenzen, die MigrantInnen allgemein als Ressource mitbringen (MK-11).

Une personne responsable de la qualité de soins s'exprime :

MigrantInnen gehen oft anders an Probleme heran, zum Beispiel in Zusammenhang mit soziozentriertem oder individuellem Verhalten von PatientInnen. Die MigrantInnen haben mehr Kreativität und Phantasie bei anderssprachigen PatientInnen (selbst wenn sie nicht die gleiche Sprache sprechen). Sie gehen auch non-verbal kreativer mit eingeschränkten Möglichkeiten um. MigrantInnen sind oft multi-funktional, da sie nicht nur die eigenen Arbeiten erledigen, sondern auch den Haushalt und für grössere Familien da sind (MK-11).

Dans certaines situations, les compétences transculturelles sont situées dans des contextes du travail social ou de la réhabilitation qui nécessite des actions en faveur d'un meilleur processus de traitement et de guérison au-delà du simple séjour à l'hôpital. Pour certains, le problème de communication avec des patients migrants est plus un problème du contexte de vie et du traitement qu'un problème de communication linguistique, comme l'explique une assistante sociale :

Was machen wir mit Leuten, wenn sie sich nicht von ihrem Schmerz lösen? Ich glaube nicht, dass das so sehr ein sprachliches Problem ist, sondern das ist das Problem von der Situation dieser Leute in der Schweiz. Weil sie perspektivenlos sind, weil sie vielleicht nur schwere Arbeit verrichten dürfen, weil sie keine Ausbildung haben. Die Chance der Vielsprachigkeit ist mehr, dass wir den Leuten hier helfen, Perspektiven zu entwickeln, und weniger, wie sie ihren Schmerz ausdrücken sollen (MK-08).

Dans les *focus groups*, il s'est avéré que les employés migrants de la deuxième et de la troisième génération possèdent un grand potentiel en ce qui concerne les ressources transculturelles. Ils appartiennent très souvent à deux mondes culturels et ont des connaissances sur les codes sociaux et culturels de ces deux mondes. Actif dans différents services, notamment dans celui des soins, ils contribuent à la solution des problèmes qui surgissent très souvent de manière ad hoc, parfois en raison d'une approche qui se centre essentiellement sur l'individu et qui exclut le rôle du contexte familial ou communautaire.

Un jeune suisse a voulu que quelqu'un de sa famille reste avec lui jour et nuit à l'hôpital. Cela posait un problème pour l'infirmière indigène qui n'a pas accepté. Une de ses collègues migrantes lui a expliqué une autre vision qui a fait que l'infirmière a accepté que le jeune puisse être accompagné par la famille (MK-05).

Comme l'exemple ci-dessus nous le montre, les ressources transculturelles ne sont pas uniquement utilisées en contact avec les patients migrants, mais aussi en relation avec les patients suisses, ce que nous le confirmé une responsable :

Interessant ist dabei, dass die Ressourcen von MigrantInnen auch für Schweizer Patienten eingesetzt werden (MK-11).

Il est important de souligner que nos résultats montrent l'existence d'autres types de ressources sur le lieu de travail que les approches gestionnaires, notamment l'approche de la gestion de la diversité sur le lieu de travail et la gestion du capital humain, semblent avoir négligé (*cf.* section 4.2.3). De plus, il est intéressant de constater que les employés migrants moins qualifiés ou non qualifiés, eux aussi, possèdent des ressources informelles qui pourraient être valorisées dans une perspective de la gestion de la diversité sur le lieu de travail et de la gestion du capital humain, alors que ces dernières approches ne mettent l'accent que sur les ressources des migrants plutôt qualifiés.

Il convient de dire, à présent, quelques mots sur la manière dont on identifie les ressources informelles des employés migrants, c'est l'objet de la section suivante.

6.5 Outils d'identification des ressources

Si l'identification des ressources linguistiques se fait par des outils spécifiques développés pour dans ce but, l'identification des autres ressources (culturelles, transculturelles, expériences migratoires, etc.) se fait de manière *ad-hoc* sans aucun outil spécifique.

Liste des interprètes et service d'interprétariat

Pratiquement dans toutes les institutions que nous avons étudiées, nous avons observé une pratique commune qui consiste à établir une liste des personnes volontaires pour mettre à disposition leurs ressources linguistiques. Il s'agit concrètement d'une liste qui contient les noms des personnes qui peuvent être appelées par différents services. Outre les coordonnées des personnes (nom, numéro de téléphone, service, etc.), une rubrique « langue » répertorie les ressources linguistiques disponibles au sein de l'institution. Suivant l'institution, la liste peut avoir des rubriques concernant le niveau des compétences linguistiques¹⁷ et la disponibilité de la personne, comme le confirment les explications suivantes :

Certains départements font quand même des listes des compétences linguistiques des membres du personnel pour pouvoir les utiliser assez régulièrement (BK-07).

Grâce à cette liste, on sait qui parle quelle langue. Les médecins savent qu'il y a une liste. Alors quand on appelle quelqu'un, on l'appelle pour ce qu'il sait faire, ce que nous ne savons pas faire. La liste nous permet de savoir où se trouvent les ressources et où chercher cette complémentarité (BK-06).

Vor Jahren hat man begonnen mit der Übersetzungsliste, mit Leuten, die man angefragt hat. Und jetzt merke ich, es läuft immer mehr an, die Leute werden immer öfter auch angefragt (MK-09).

Certaines institutions développent un outil beaucoup plus élaboré qu'une simple liste des interprètes. Il s'agit concrètement de la mise en place d'un service d'interpréterait, soumis au contrôle de la direction, qui fonctionne selon un concept déterminant le public cible, les objectifs, le fonctionnement du service (mode de planification etc.). Le concept pose les exigences pour la qualité du service et prévoit le suivi voire même l'évaluation du service d'interprétariat. Outre que son fonctionnement est conceptualisé, le service d'interprétariat rend obligatoire la formation continue pour ceux qui en font partie et mène aussi un travail de sensibilisation auprès des utilisateurs du service d'interprétariat.

¹⁷ Sur une liste, les différents niveaux des compétences sont définis comme : *Muttersprache sehr gut, gut, wenig*.

La question qui se pose ici est de savoir quel est le profil des personnes qui figurent sur la liste des interprètes ou qui font partie du service linguistique. Peut-on y trouver aussi un employé de cuisine qui met ses compétences linguistiques à la disposition de l'institution ? Quels sont les critères pour figurer sur la liste ou faire partie du corps du service linguistique.

Bonne maîtrise de la langue

Nos interlocuteurs ont souligné deux critères majeurs dont ils tiennent compte dans la constitution de la liste. Le premier concerne la maîtrise linguistique. La personne qui doit figurer sur la liste doit maîtriser, outre la langue de la région, aussi sa langue d'origine (ou la langue qu'elle utilisera). Dans les débats de *focus groups*, il s'avère que, sauf exception, une grande partie des migrants non qualifiés (en raison de leur déficit en langue de la région) et une bonne partie des migrants de la deuxième génération (en raison de leur déficit linguistiques en langue d'origine pour certaines ou en langue de la région pour d'autres) ne figurent pas sur la liste, comme le confirment les explications suivantes :

Im Hausdienst arbeiten die Leute, die weniger gut deutsch können. Die Sprachkenntnisse im Hausdienst beschränken sich auf das absolute Minimum: Guten morgen, wie geht es? Mehr wird delegiert an den Pflegedienst (MK-10).

Il nous paraît important de préciser que tous ceux qui accomplissent des tâches non qualifiées ne peuvent pas être considérés comme des personnes ayant un plus faible niveau de scolarité. Dans les *focus groups*, il s'est avéré que certaines personnes d'origine migrante qualifiées voire même hautement qualifiées travaillent dans les activités non qualifiées parce qu'ils ne trouvent pas un travail répondant mieux à leur qualification en raison de la non reconnaissance de leur diplôme acquis dans le pays d'origine :

Wir haben Leute mit sehr hoch stehenden Ausbildungen, die jetzt an der Abwaschmaschine stehen, weil ihre Diplome hier nicht anerkannt sind, und weil ihre Sprachkenntnisse zu gering sind. Dort wird jetzt etwas gemacht, indem Elementar-Deutschkurse angeboten werden. Es wird aber auch noch zu wenig erfasst, wir wissen einfach, dass es Leute mit hohen Qualifikationen gibt (MK-09).

Quant aux migrants de la deuxième génération, ils commencent à afficher un autre profil que leurs parents en occupant des postes relativement qualifiées, notamment dans le service de soins, mais le problème linguistique n'apparaît pas complètement résolu pour tout le monde :

Wir haben vermehrt MigrantInnen der zweiten Generation in der Pflege (Italien, Spanien, usw.). Bei Tamilen der zweiten Generation gibt es zu viele Sprachprobleme, sie sind vermutlich (zu) spät in die Schweiz nachgezogen (MK-11).

Secret professionnel

Quant au second critère, il relève du domaine du secret professionnel. Il faut que les personnes, qui interviennent dans la communication destinée aux soins et à la thérapie, soient conscientes et sensibles au secret médical, comme le souligne l'expérience suivante :

J'ai travaillé une fois avec une femme de ménage italienne qui d'emblée allait vers les patients italiens et engageait une conversation avec eux. Elle nous ramenait des éléments. Je pense que il faut aussi tenir compte de ça, ce côté informel pose un problème de secret professionnel (BK-05).

En Pratique, ces deux exigences font que la majorité des personnes figurant sur les listes sont choisies parmi le personnel de l'administration, le corps soignant ou les médecins chez qui les critères retenus, de manière informelle, sont beaucoup plus susceptibles d'être réunis que chez les autres.

Mise à disposition via Intranet, la liste des personnes disponibles n'est pas accessible pour tout le monde : ceux qui n'utilisent pas l'informatique dans leurs activités hospitalières, par exemple, n'ont pas d'accès à cette liste.

D'autre part, la liste ne contient aucune information voire suggestions concernant les situations ou les problèmes qui nécessiteraient le recours à des ressources, comme le précise une responsable de contrôle de la qualité que nous avons interviewée :

Es gibt aber keine Liste, die besagt: Bei diesen Themen sind Dolmetscher unerlässlich (MK-02).

Par ailleurs, il est à noter qu'aucun autre outil spécifique n'a été développé pour identifier des ressources autres que linguistiques telles que les ressources culturelles, les expériences ante et post-migratoires.

En pratique, dès que le besoin se fait sentir, un processus d'identification se met en place de manière spontanée et ad hoc. Dans une telle situation, la liste établie pour les ressources linguistiques fait très souvent, selon nos interlocuteurs, la première source de référence aussi pour l'identification de ces ressources culturelles.

Néanmoins, l'organisation de formations continues pour le corps soignant et les cadres, en particulier dans le domaine de soins transculturels, peut être considérée comme un outil indirect qui permet à l'institution d'identifier d'autres ressources. En effet, les formations continues articulent des thèmes tels que la satisfaction des patients, la qualité des prestations, la prise en charges des patients migrants, etc. et provoquent directement des réflexions concernant les moyens et ressources à mobiliser afin d'atteindre certains objectifs.

Dans la section suivante, nous nous intéressons à analyser plus particulièrement les caractéristiques propres de l'utilisation des ressources.

7 Utilisation des ressources

Comme nous l'avons déjà remarqué, il y a une question qui est bien souvent ignorée : en effet, on souligne dans la vie professionnelle des migrants, l'importance des compétences professionnelles, de nouvelles ressources formelles comme l'acquisition de la langue d'accueil par exemple. Cependant, on s'intéresse peu au fait que les employés migrants, notamment ceux de la première génération, possèdent aussi du capital humain qu'ils ont acquis au cours de leurs parcours éducatifs et professionnels préémigratoires et des ressources informelles qu'ils ont construit dans leur vie. Quelle place celles-ci occupent-elles dans les activités professionnelles des employés migrants dans le milieu hospitalier ?

Nous allons nous intéresser ici au processus d'utilisation des ressources informelles des migrants. Les données que nous avons recueillies permettent, sans doute pour la première fois en Suisse, de brosser un vaste tableau du rôle des ressources dans le contexte hospitalier.

Ce chapitre traite des questions concernant la fréquence d'utilisation et les fonctions qu'accomplissent les ressources (7.1), l'utilité et la qualité des ressources employées (7.2), les effets de l'utilisation des ressources (7.3) et portons une attention particulière aux obstacles et difficultés qui concernent l'utilisation des ressources (7.4).

7.1 Fréquence d'utilisation et fonctions des ressources

La fréquence d'utilisation et la fonction des ressources sont des termes qui interviennent simultanément dans le processus d'utilisation et qui s'influencent mutuellement.

Il est important de préciser qu'en raison de l'absence de relevé systématique ou d'évaluation de l'utilisation des ressources, il nous paraît difficile de répondre de manière précise à la question de savoir quelle est la fréquence d'utilisation de chaque type de ressources et quels sont les caractéristiques des fonctions de l'utilisation. De ce fait, les paragraphes qui suivent ne nous brossent qu'un tableau général qui doit être pris en considération en tenant compte de la forte variété, mais aussi des similarités qui caractérisent la pratique des institutions voire même des services.

Puisque la nature des tâches qu'accomplissent les ressources linguistiques varie selon une certaine logique de fréquence d'utilisation (occasionnelle ou systématique), nous les présentons de manière intégrale. Par contre, nous abordons les fonctions d'autres ressources telles que ressources culturelles, expériences migratoires et compétences transculturelles de manière séparée de la fréquence d'utilisation. Car les tâches accomplies par celles-ci restent les mêmes quel que soit leur fréquence d'utilisation.

En réalité, deux types de fréquences sont observées : fréquence systématique et fréquence occasionnelle.

Fréquence systématique : logique d'alternance

Le premier type se caractérise par une logique d'alternance ; l'utilisation des ressources internes assume, suivant le cas de figure, soit une *fonction fondamentale* soit une *fonction de complémentarité*. Quelle que soit le cas de figure, l'utilisation des ressources internes est *systématique*.

Deux cas de figures peuvent être observés :

Cas de figure 1: fonction fondamentale

Il se caractérise par une grande flexibilité pour travailler avec les ressources internes. Plusieurs institutions ont mis sur pied un service d'interprétariat qui fonctionne *essentiellement* avec des ressources internes.

Es gibt inoffiziell seit Anfang der 90er Jahre einen Dolmetscherdienst. Ich wurde damit beauftragt, diesen Dolmetscherdienst zu verbessern (MK-02).

Les ressources internes assument une *fonction fondamentale*. Quant aux ressources externes, elles interviennent dans une logique de complémentarité en assumant des cas considérés du point de vue médical comme compliqués, difficiles, problématiques. Cette pratique fonctionne selon un système de partage de tâches entre les ressources internes et ressources externes, comme le montrent les explications suivantes :

Der interne Dolmetscherdienst wird vor allem genutzt, wenn es um Diagnosen oder um Rezepte geht. Auf externe Dolmetscher wird zurück gegriffen, wenn wichtige Gespräche langfristig geplant werden, wenn es sich um heikle und komplizierte Inhalte handelt und man rechtlich sicher sein will, dass keine Missverständnisse auftauchen dürfen (MK-02).

Par rapport aux requérants d'asile, on fait attention, on ne prend que des professionnels, car il y a tout un suivi de confidentialité : quand on parle du SIDA avec certaines personnes, même avec l'interprète, les gens ne veulent pas en parler facilement. Il est certain que, pour refaire un pansement, on peut très bien prendre quelqu'un à l'interne, même non qualifié, au pied levé, je ne vois pas d'inconvénient si c'est pour débloquer une situation (BK-07).

Par ailleurs, il est à noter qu'une des raisons principales pour lesquelles certains institutions s'orientent vers l'usage des ressources linguistiques disponibles au sein de l'institution est avant tout d'ordre économique¹⁸, comme le précise une responsable de l'assistance sociale :

¹⁸ Il est aussi à noter que l'on préfère avoir recours aux ressources internes dans le cas où l'institution se trouve très éloignée du centre, dans les montagnes par exemple où les voyages des intervenants externes engendrent des coûts supplémentaires.

Aus Kostengründen [im Zusammenhang mit externen Dolmetschern] haben sie an der Klinik beschlossen, eigene Ressourcen zu nutzen (MK-03).

Si nous lisons les explications ci-dessus, on pourrait se demander dans quelle mesure cet argument économique concernant le coût de l'interprétariat externe pourrait, dans l'avenir, influencer la fréquence d'utilisation des ressources internes. Un cadre dans une petite institution s'exprime :

C'est vrai que les coûts qui sont liés uniquement à la question de l'interprétariat sont assez conséquents pour notre institution. C'est une charge importante. Je pense qu'il faudrait voir comment la structure de H-plus va se développer. Il y aurait une réflexion autour de l'utilisation des ressources linguistiques du personnel interne. Peut-être là aussi, au niveau financier notamment, ça risque de changer un peu la donne, pour les petits entretiens par exemple ou bien des situations d'urgence (BK-05).

Cas de figure 2: fonction de complémentarité

Contrairement au premier cas, les ressources internes assument la fonction de complémentarité alors que la fonction fondamentale est déléguée aux ressources externes.

La fonction de complémentarité des ressources internes s'exerce par le biais de deux approches. La première opte pour l'embauche d'une personne ayant les ressources identifiées comme besoin :

Doch, in der Ergo wurde eine Tessinerin gerade angestellt, weil wir sehr viele italienisch-sprechende PatientInnen haben. Damit sie mit ihnen arbeiten kann. Sonst hätten wir sicher eher jemanden genommen, der mehr Berufserfahrung hat. So aber haben wir sie genommen, weil sie die Sprache kann. Sie behandelt ja einerseits, andererseits macht sie Übersetzungen (MK-08).

La seconde approche table sur la professionnalisation, par le biais d'une formation, des ressources internes disponibles, comme le montre cette expérience dans un hôpital en Suisse alémanique :

Seit 1.5 Jahren ist der Dolmetscherdienst systematisiert. Unser Gesamtspital hat mit der Caritas einen Vertrag unterzeichnet, und die Caritas schult die Dolmetscher, die entweder von unserem Spital kommen oder extern sind. In einem 5-tägigen Kurs im Dolmetschen für PatientInnen im Gesundheitswesen. Nach dem 5-tägigen Kurs werden die Dolmetscher von der Caritas regelmäßig begleitet (MK-11).

En ce qui concerne les ressources linguistiques internes, elles sont utilisées de manière sporadique tant pour des tâches relevant de la communication basique que pour des tâches de communication que l'on qualifie de *communication avancée*. Cette dernière désigne des tâches qui font partie intégrante du processus de soin, de traitement, de diagnostic, mais aussi des entretiens d'entrée et de sortie ainsi que du processus de l'opération.

Fréquence occasionnelle : logique de dépannage

Certaines personnes interviewées et certains participants aux *focus groups* ont répondu à notre question de savoir avec quelle fréquence les ressources du personnel migrant sont utilisées de la manière suivante :

De manière occasionnelle, rare, non systématique, imprévue, hasardeuse, etc.

Les services qui se caractérisent par ce type d'utilisation ont recours de manière systématique à des *ressources externes* (interprètes, médiateurs interculturels externes, par exemple), comme le résume cette responsable du service de santé communautaire :

Chez nous, aux soins, le recours aux ressources des migrants, c'est plutôt occasionnel au niveau du personnel interne, mais systématique avec le « service de traduction » externe pour les requérants d'asile (BK-01).

On peut alors se demander en quoi consiste l'usage « occasionnel, rare, non systématique » des ressources internes. Nous avons observé que la logique de cet usage est celle de *dépannage*. En d'autres termes, on n'a recours aux ressources des employés migrants que lorsque la ressource externe n'est plus disponible et que l'on se trouve dans une *situation d'imprévu et d'urgence* où il faut agir immédiatement, comme le souligne un des participants aux *focus groups* :

Les ressources internes, c'est justement pour intervenir plutôt en urgence ou pour dépanner. Parce que parallèlement, on travaille dans nos entretiens psychiatriques avec des interprètes et médiateurs culturels formés qui viennent de l'extérieur (BK-05).

A cela s'ajoute un autre critère, le caractère planifiable ou non planifiable du besoin, qui rend *occasionnelle* l'utilisation des ressources internes. Pour des tâches que l'on peut planifier telles que l'intervention des ressources au moment de l'entrée ou de la sortie du patient, on a recours à des ressources externes. S'il s'agit d'un besoin que l'on ne peut pas planifier, on se trouve dans une situation d'imprévu, voire même d'urgence qui nécessite le recours aux ressources internes dans une logique de *dépannage*.

Sur le plan de la communication, la fonction principale des ressources linguistiques internes s'inscrit dans l'accomplissement des tâches qui entrent dans la catégorie que l'on qualifie de *communication basique*. Cette catégorie comprend la communication permettant de répondre à des besoins élémentaires de communication avec un patient. Il s'agit très souvent de comprendre ce que veut dire un patient ou de lui transmettre une information toute simple. Elle comprend également toute sorte de « communication qui est réduite à des tâches banales et quotidiennes dans la vie hospitalière », comme le précise une participante d'un *focus group*.

Organisation du système d'utilisation

En réalité, le système d'utilisation est organisé au moyen de trois instruments : service d'interprétariat structuré, liste contenant des personnes prêtes à mettre leurs compétences au service de leur institution et pratique de « bouche à oreille ». Géré par le service des ressources humaines ou par les structures transculturelles, le service d'interprétariat, contacté par les services ou les personnes, planifie avec eux l'intervention en consultant la personne qui interviendra. Quant à la liste, elle est distribuée à tous les services et est accessible sur l'intranet de l'institution. Les services ou les personnes contactent directement les personnes figurant sur la liste pour voir leur disponibilité et planifier l'intervention. En cas d'urgence et de situation imprévue, la procédure ne change pas. Dans la situation où ni une liste, ni un service d'interprétariat existe, le système d'utilisation se base sur une pratique de « bouche à oreille », c'est-à-dire des collègues de travail ou de différents services pour trouver la personne qui possède la ressource demandée.

Fonctions accomplies par des ressources non linguistiques

Les fonctions accomplies par les ressources autres que linguistiques (ressources culturelles, expériences ante et post-migratoires et compétences transculturelles) ne se différencient pas en fonction de la fréquence d'utilisation, contrairement aux ressources linguistiques. Les fonctions accomplies par les ressources non linguistiques décrites ci-dessous ne prétendent pas être complètes et se limitent aux exemples qui nous ont été mentionnés.

Commençons par les ressources culturelles. Il est important de souligner que, dans les *focus groups*, quand il s'agit de culture, les participants se réfèrent très souvent à des formes acquises d'attitudes sociales, de mœurs, à la compréhension de la maladie et de la santé. Les ressources culturelles sont ainsi utilisées en premier lieu dans le cadre de tâches aidant à comprendre des situations caractérisées très souvent par la différence de perception entre patient et soignant engendrant certains problèmes en amont d'un meilleur traitement, comme le laisse entendre une assistante sociale ;

Es ginge auch darum, den einheimischen Angestellten aufzuzeigen, dass es auch externe Faktoren gibt, und nicht unbedingt der Unwillen des/der PatientIn, die ev. für fehlende Therapieerfolge verantwortlich sind (MK-03).

Le niveau de cette différence de perception entre soignant et patient est tel que l'intervention des ressources culturelles devient indispensable pour rassurer le patient migrant voire même négocier avec le patient certaines pratiques culturelles. Dans certains cas, comme c'est le cas pour l'ethnopsychiatrie qui s'occupe des problématiques liées à l'exil (rupture avec la culture d'origine, continuité existentielle), l'utilisation des ressources

culturelles se donne pour tâche principale d'aider le soignant à situer le patient dans son identité culturelle :

Dans l'approche ethnopsychiatrique, on est très sensible au problème d'identité du patient. Dans une telle perspective, la notion de culture prend une place importante pour s'approcher du patient (BK-04).

Un médecin explique l'importance des ressources culturelles pour les tâches thérapeutiques :

On a un médecin qui vient tous les deux mois pour voir les patients balkaniques qui nous posent de gros problèmes, dans le cadre de la consultation générale. Il nous explique des choses qui nous permettent de répondre mieux à l'attente des patients ; l'injection de sérum physiologique, garantir la guérison de beaucoup de maux. Donc ça facilite clairement, ça nous permet de donner des soins qui sont plus appropriés (BK-06).

En ajoutant l'apport des différents savoirs-faire et savoirs-être :

Nos collègues médecins d'origine africaine ont un tempo, d'ailleurs c'est aussi bien ressenti par le groupe infirmier, que les choses avancent de manière différente. On constate et on fait avec, d'ailleurs derrière cela il y a aussi beaucoup d'atout. Par exemple, il y a beaucoup de patients qui sont extrêmement heureux que le médecin prenne beaucoup plus de temps (BK-06).

Une autre responsable souligne les tâches explicatives qu'accomplissent les ressources culturelles :

(...). Körpliche Ertüchtigung steht für sie gar nicht unbedingt im Zentrum – der Körper ist ein Instrument zum Geld verdienen und weniger Gegenstand von Sorgfalt und Pflege; deshalb sind Ressourcen der kulturellen Vermittlung so wichtig (MK-03).

Par ailleurs, les ressources culturelles peuvent aussi être utilisées pour des tâches informatives. Les employés migrants pourraient se charger d'informer leurs collègues sur le fonctionnement du système de santé, la perception de la thérapie, etc., dans leur pays d'origine. Ainsi une des institutions qui ont participé à notre recherche envisage de mettre sur pied un projet pilote visant à former les employés migrants en tant que médiateurs interculturels qui pourront assumer une telle tâche. Quant à l'utilisation des expériences migratoires des employés migrants, les personnes interviewées et les participants des *focus groups* s'accordent sur leur rôle dans la prise en charge des migrants exilés et traumatisés. Les expériences migratoires des employés migrants permettent de comprendre le patient avec les caractéristiques du contexte dans lequel il se trouve. De par leurs expériences et leur vécu commun, par exemple, les employés migrants issus de l'immigration forcée ont plus de facilité à comprendre les conditions de vie précaires, les difficultés liées au statut de séjour, le stress et l'angoisse des requérants d'asile, comme le souligne un médecin romand :

Nous avons un médecin interne qui est d'origine rwandaise, lui-même réfugié et qui a fait une partie de ses études en Suisse. Pour nous, c'est un plus parce qu'il a une sensibilité par rapport aux requérants d'asile qui viennent d'Afrique. Il peut nous être utile, parce qu'il a une sensibilité en plus par rapport à notre approche (BK-07).

En ce qui concerne l'utilisation des compétences transculturelles, il ressort des débats dans les *focus groups* et des interviews que la fonction des compétences transculturelles réside dans le fait de développer un *comportement adéquat* afin d'apporter une solution pour une situation ou un problème que l'on n'arrive pas à aborder autrement.

Cela demande des connaissances, mais aussi une certaine flexibilité, créativité et multi fonctionnalité de la part des individus susceptibles de dégager des compétences transculturelles. Les participants à nos focus groups considèrent que les employés migrants ont ce genre de compétence, comme le souligne une responsable :

MigrantInnen gehen oft anders an Probleme i.Z. mit soziozentriertem oder individuellem Verhalten bei PatientInnen heran. MigrantInnen haben mehr Kreativität und Phantasie bei anderssprachigen PatientInnen (selbst wenn sie nicht gleiche Sprache sprechen). Sie gehen auch non-verbal mit den eingeschränkten Möglichkeiten kreativer um. MigrantInnen sind oft multi-funktional, da sie nicht nur die eigenen Arbeiten erledigen, sondern auch den Haushalt und für grössere Familien da sind (MK-11).

Une autre fonction des compétences transculturelles qui nous a été mentionnée lors des discussions et des interviews concerne la solution des problèmes liés à une certaine manière dont on s'approcher des patients. En pratique, les soignants sont confrontés à des attentes et souhaits des patients, parfois inhabituels, qu'ils n'arrivent pas à satisfaire en utilisant une approche habituelle qui se centre essentiellement sur l'individu et qui tend à sous-estimer le rôle du contexte familial ou communautaire. Dans une telle situation, l'intervention des compétences transculturelles permet de mieux saisir le problème sous une autre perspective, comme l'explique une infirmière responsable :

Pour les femmes musulmanes par exemple, il faut veiller à ce que le rideau est tiré et que tout est bien respecté et voir avec le médecin s'il est possible d'être à côté de lui pour qu'elle n'ait pas peur si c'est un médecin qui doit l'examiner (BK-06).

Enfin, nous concluons par une observation importante : la confusion qui existe entre les ressources culturelles et les compétences transculturelles, que nous avons déjà observée dans la section sur l'éventail des ressources, se reflète aussi dans leur rôle. On a parfois l'impression que ces ressources, qui paraissent être de deux types complètement différents l'un de l'autre, assument les mêmes fonctions.

Les explications et témoignages que nous venons de mentionner soulignent l'importance des fonctions que remplissent les ressources du personnel

migrant dans les activités hospitalières. Il convient à présent d'aller voir ce que cette réalité recouvre, en termes d'utilité et de qualité des ressources.

7.2 Utilité et qualité des ressources employées

Il convient ici de se pencher sur l'utilité des ressources. La question qui se pose est de savoir si l'utilisation des ressources des employés migrants répond, de manière satisfaisante, aux besoins identifiés et de permet de résoudre un problème et/ou des difficultés rencontrées. D'autre part, il faut noter que sans faire une évaluation proprement dite, on ne peut estimer de manière optimale les thèmes tels qu'utilité, qualité etc. Ainsi cette section se donne pour objet de refléter plutôt les impressions subjectives qui nous ont été transmises dans les *focus groups*. De même, les employés migrants que nous avons interviewés ne pouvaient estimer, comme ils l'ont souligné, avec certitude l'utilité de l'usage de leurs ressources.

Les personnes interviewées lient l'utilité des ressources à plusieurs facteurs qu'il faut prendre en considération.

Nous avons constaté que l'utilité est fortement tributaire de la qualité des ressources mobilisées. L'utilisation des ressources disponibles n'engendre pas automatiquement son utilité, encore faut-il que les ressources remplissent certaines conditions afin de produire les effets escomptés. La première condition est de savoir si les ressources se présentent sous forme de compétence, c'est-à-dire si l'utilisateur sait combiner et mobiliser ses connaissances en la matière (linguistiques, culturelles, etc.) afin de produire des résultats satisfaisant pour un ou/et plusieurs destinataires, comme le précise une personne clé que nous avons interviewée :

C'est utile, si la qualité de l'intervention est bonne et que la qualité des ressources est suffisante pour produire une efficacité satisfaisante. De ce fait, il faut qu'elles soient utilisées à leur bonne place (BK-01).

Ce point de vue est aussi confirmé par une autre participante :

L'utilité dépend aussi de la qualité des ressources. Ce n'est pas le cas par exemple avec les compétences linguistiques en langue d'origine de certains membres de la 2ème génération (BK-07).

Disposer des ressources de manière compétente, c'est-à-dire que l'on sait comment mobiliser les connaissances constituant les ressources, ne suffit pas. Encore faut-il que l'utilisation tienne compte de la spécificité du besoin exprimé. Comme le besoin en communication dans les activités hospitalières apparaît très complexe, l'utilisation de toute ressource exigerait une adaptation réfléchie, voire même une supervision en fonction des exigences et des critères de performances en conformité avec la qualité envisagée dans les activités hospitalières, comme il ressort du *focus group* que nous avons mené dans une institution romande :

Toute personne a des compétences, parce que justement venant d'ailleurs, mais il faut voir comment ils les ont emmagasiné. Ils ont peut-être les mêmes pièces mais rangées différemment. Je ne prendrais pas pour argent comptant comme ça en disant voilà Madame une telle vient de Burkina-Faso, par exemple, la patiente elle-même vient de Burkina-Faso, donc ça va jouer. Je crois que c'est beaucoup plus compliqué que ça. C'est pour ça qu'avant d'utiliser ces compétences-là, ça nécessite une formation, une supervision, un travail de préparation et aussi de sélection. On ne peut pas utiliser ces compétences de manière brute. Cela poserait beaucoup plus de problème que l'utilité (BK-05).

D'une manière générale, mais sans qu'on les considère comme exhaustives, nous avons constaté deux formes d'utilité que les hôpitaux recherchent, de manière explicite ou implicite.

Utilité liée à la capacité de résoudre le problème : c'est la forme d'utilité la plus mentionnée explicitement. Rappelons d'ailleurs que nous avons constaté dans les sections précédentes que c'est l'identification d'un problème à résoudre qui est à l'origine de la sollicitation des ressources. Dans une telle perspective, il est tout à fait logique que l'utilité soit strictement liée à la capacité de l'intervention des ressources à résoudre le problème. Nous avons recensé un certain nombre d'expériences de différente nature soulignant les problèmes que pourrait poser une intervention qui ne contribue pas à la solution d'un problème que l'on veut résoudre, ce qui ressort d'une des ces expériences qualifiées de « mauvaises » ou « négatives » :

J'ai fait une expérience avec une personne interne, je crois, c'était une secrétaire, mais cela n'allait pas du tout. C'est aussi une histoire de rapprochement avec des patients, l'histoire de limites, de ce qu'on peut faire vivre à cette personne en traduisant des récits assez lourds, des histoires de vie compliquée. Depuis on ne l'a plus refait (BK-07).

Rappelons que cette dimension est très clairement mise en avant par l'approche communicationnelle et anthropologie médicale (cf. chapitre 4). Pour celles-ci, l'intervention des ressources se légitime dans sa capacité à résoudre le problème rencontré.

Utilité liée à la satisfaction : une deuxième forme d'utilité concerne la satisfaction tant du côté du soignant que de celui du soigné. L'intervention doit produire la satisfaction des partenaires engagés. Il est bien évident que les critères et le niveau de satisfaction peuvent varier suivant le soignant ou le soigné. Cependant, on constate que plus l'insatisfaction est grande, plus le recours à des ressources est contestée, ceci tant pour le soignant que pour le soigné, comme nous le précise une responsable :

Es geht doch aber auch um die Zufriedenheit von den Behandlern: wenn man sich mit dem Patienten nicht richtig verständigen kann, entsteht doch auch ein hohes Frustpotential unter den Mitarbeitern (MK-08).

L'utilité réside dans le fait de passer le ressenti de l'autre avec le détail et la précision. Quand on fait l'intermédiaire entre deux cultures, très souvent, la communication non –verbale basée sur l'expérience, est aussi importante (BK-04).

Par ailleurs, dans l'utilisation des ressources, l'utilité se présente très souvent sous une forme de qualité. Cette dernière dépend en premier lieu du niveau de compétence des ressources utilisées. Etant donné que les compétences du personnel migrant dans différentes ressources informelles ne sont pas évaluées, la qualité de l'intervention est jugée en fonction du niveau de formation de l'utilisateur des ressources. Ainsi on pense, par exemple, que les compétences linguistiques des migrants, ayant une formation élevée, sont logiquement bonnes et vice versa. D'autre part, certains lient la qualité de l'intervention à une hiérarchie du poste :

En ce qui concerne la qualité, ce n'est pas évident. Si un médecin fait une traduction à l'accueil, on ne peut pas douter de la qualité mais on ne peut pas dire la même chose si une personne travaillant au nettoyage fait la traduction en médecine (BK-01).

En même temps danger de nouveau, danger, car si c'est une employée de maison, qui vient traduire pour un patient, là il faut faire attention. La qualité, l'efficacité, le rapport de l'employée à la tâche qu'elle fait (la traduction), le secret professionnel etc. sont en jeux (BK-05).

Il ne faut pas oublier non plus l'effet des circonstances dans lesquelles l'intervention a lieu. Plusieurs facteurs tels que le passage d'un service à l'autre dans des moments imprévus, dans des situations d'urgence et sans savoir grand chose sur le patient et sur ses problèmes etc., pourraient également influencer la qualité de l'intervention, comme le souligne une responsable du service d'urgence :

La qualité est moyennement bonne car les collègues qui traduisent de manière urgente ne sont pas préparés (BK-03).

Néanmoins, il y a lieu ici de mentionner que la qualité de l'utilisation a sensiblement augmenté d'après certains participants de nos *focus groups*, par les démarches de professionnalisation de l'intervention des ressources. Le recours à des ressources dans une logique d'alternance (utiliser les ressources internes et externes de manière complémentaire) a pour conséquence qu'on devient plus sensible à la qualité de l'intervention.

Enfin, la question qui se pose ici est de savoir si le recours à des ressources externes engendre davantage d'utilité que l'utilisation des ressources internes. Malheureusement, nous ne possédons pas les éléments qui peuvent nous permettre d'effectuer une comparaison. Ceci montre que le processus d'utilisation des ressources est un sujet qui doit faire l'objet d'une analyse approfondie.

Après avoir décrit les caractéristiques majeures de l'utilisation des ressources, nous nous intéressons, dans la section suivante, aux effets de leur utilisation.

7.3 Effets de l'utilisation des ressources

Il n'est pas inutile de préciser que l'utilisation des ressources apparaît comme un processus complexe engendrant des effets sur les acteurs impliqués, dont les intérêts et les attentes sont pourtant différentes. Nous avons regroupé les questions qui abordaient les effets (positifs ou négatifs) de l'utilisation des ressources, du point de vue de l'institution, de l'utilisateur lui-même, du poste de travail et du patient.

7.3.1 Effets sur l'institution

Les effets de l'utilisation des ressources sur l'institution sont divers et touchent aux différentes dimensions de l'institution.

Tout d'abord, le premier effet peut être recherché sur le plan plus général qui concerne l'utilité de la diversité pour l'institution. Il s'est avéré dans les discussions de *focus groups* que le recours aux ressources des employés issus de l'immigration provoque, au sein de l'institution, une réflexion générale en ce qui concerne la prise en considération de la question de la diversité sur le lieu de travail et la question de la diversification de la clientèle.

D'autre part, l'utilisation des ressources amène l'institution à une restructuration ; comme nous l'avons déjà mentionné, certaines institutions ont mis en place un service formel de traduction interne ou un service informel fonctionnant sur la base d'une liste contenant les personnes mettant leurs ressources à la disposition de l'institution.

De plus, l'utilisation a contribué au renforcement et à la « professionalisation » des groupes de travail « migration et santé » et à la sensibilisation à l'égard des ressources, notamment auprès de la direction. Cette tendance à la professionnalisation est également visible en ce qui concerne les services linguistiques. Ceci amène certaines institutions à collaborer avec des organisations externes offrant des services d'interprétariat et/ou de médiation.

Parfois, il est nécessaire de repenser les cahiers des charges pour permettre une meilleure utilisation des ressources. Un autre effet sur l'institution, qui n'est pas facile à appréhender de manière concrète, se situe au niveau de l'éthique. De nombreux cadres pensent en effet que l'utilisation des ressources des employés issus de l'immigration sans qu'elle soit rémunérée pose un problème éthique, comme le souligne une infirmière responsable du service communautaire :

J'ai souvent l'impression d'exploiter les gens en les utilisant pour d'autres tâches qui ne sont pas les leurs (BK-03).

Une utilisation accrue des ressources a, dans certain cas, un effet sur la politique en matière de recrutement du personnel ; si l'utilisation des ressources et sa fréquence deviennent au fil du temps particulièrement importantes, l'institution pourrait avoir tendance à engager des personnes ayant certaines ressources dont l'institution aura besoin, comme nous souligne une responsable des ressources humaines :

C'est vrai, s'il y a quelqu'un qui parle espagnol, quelqu'un qui a des connaissances de langues étrangères qu'on utilise ici, les langues des pays balkaniques ou autre par exemple, on en tient compte, on y pense et c'est des points positifs aussi par rapport à notre politique de recrutement (BK-06).

En outre, l'utilisation des ressources des employés issus de l'immigration a un effet sur l'organisation et la planification du travail, car elle nécessite non seulement une collaboration entre différents services (service offrant et celui demandeur), mais aussi une certaine souplesse et flexibilité, notamment de la part du service permettant à son personnel issu de l'immigration de se déplacer dans un autre service. Sinon l'utilisation pose un problème d'organisation, comme l'illustre le constat d'un cadre :

Si on prend en considération le poste pour lequel il est employé, l'organisation du travail et son travail dans l'équipe, ça [son déplacement] perturbe la bonne organisation (BK-07).

Dans le cas d'une fréquence d'utilisation élevée, la planification devient très importante afin d'organiser la disponibilité de la personne mettant, pendant ses heures de travail, ses ressources à disposition. La disponibilité d'une personne est très souvent liée au fait que son déplacement dans un autre service ne devrait pas causer de problèmes pour l'exécution des tâches dans son service d'origine :

Nehmen wir den Iraki, gut ausgebildet, der in der Küche arbeitet: Er wird als Übersetzer in den Notfall gerufen. Den Iraki kann man nicht vom Fliessband A einfach zum Fliessband B versetzen, der fehlt ja dann am Fliessband A (MK. 04).

Ces remarques sont également partagées par des employés migrants, comme l'une d'eux nous l'explique :

Es ist ein bisschen schwierig, weil man immer von der Arbeit weg muss und diese dann erledigen muss, wenn man zurückkommt. Mir ist es so vorgekommen, als ob sie (meine Kollegen, A.d.V) einfach nicht die Arbeit machen wollten, die sie nicht machen müssten. Mit der Zeit organisiert sich aber alles auch besser und jetzt klappt eigentlich alles gut. Ich hänge es eigentlich immer einen Tag vorher auf der Tafel aus, so dass die Leute dann Zeit haben, sich vorzubereiten und sich anders zu organisieren (MK-06).

Une autre personne migrante s'exprime :

Sie rufen mich zum Beispiel an und wollen, dass ich heute um 14.00 zur Übersetzung komme. Dann muss ich das einfach mit meinem Team klären, damit die dann für diese halbe Stunde wissen, wo ich dann bin (MK-05).

Enfin, il est à noter que l'utilisation peut également avoir un effet sur le niveau de sensibilisation et sur le programme de formation professionnel du personnel. L'utilisation peut inciter à devenir plus sensible à la problématique des ressources en général, notamment à développer des approches en matière de ressources humaines visant une meilleure utilisation des ressources du personnel. De même, la formation professionnelle intègre de plus en plus des thèmes tels que compétences transculturelles qui concernent directement ou indirectement l'utilisation des ressources du personnel migrant. Dans certains cas, elle peut même orienter la politique de formation professionnelle, comme le suggère une responsable suisse alémanique :

Nehmen wir das Beispiel von X [une Sozialarbeiterin im Spital]. Es gibt ja ein Weiterbildungsbudget und die Frage ist, ob sie nicht statt eines Unfallversicherungskurses auch einen Deutschkurs machen könnte (MK-08).

Il est également possible que l'institution organise une formation professionnelle visant à améliorer l'utilisation des ressources internes, comme nous le montre la pratique dans cette institution :

Aber erst mit dem Statement kamen dann interne Schulungen, zusammen mit Caritas Schweiz eine Weiterbildung in der Region. Dieses Jahr organisieren wir die Fortbildung für alle internen Dolmetscher. (MK-02).

7.3.2 Effets sur l'utilisateur-migrant

Tous les employés issus de l'immigration que nous avons interviewés reconnaissent que l'utilisation de leurs ressources produit des effets importants sur eux-mêmes.

Tout d'abord, utiliser ses ressources renforce le sentiment d'utilité, de responsabilité et de solidarité de l'employé. Par conséquent, c'est aussi l'image de soi de la personne migrante qui se trouve valorisée, comme le précisent les explications suivantes :

Cela me fait plaisir de me voir « utile » autrement. C'est vrai que, du côté de nos collègues suisses, il y a toujours une sous-estimation de nos capacités professionnelles. Je suis très content de leur montrer que j'ai aussi quelque chose de supplémentaire à mettre à la disposition de notre institution, et que cela est bénéfique pour tout le monde. Je suis très fier et je me sens très responsable quand on m'appelle pour résoudre un problème avec un patient ou pour aider mes collègues en difficultés (BK-04).

Ein wichtiger Punkt ist nämlich, dass man sich wohl fühlt. Ich fühle mich wohl und mache es auch gerne, das sollten die anderen eigentlich auch (MK-05).

Une autre employée migrante met l'accent sur le sentiment de solidarité :

Je me sens très solidaire car je me rappelle que j'étais aussi à un moment donné dans la même situation que ces gens que j'aide (BK-04).

Les effets de l'utilisation des ressources sur les employés migrants (utilisateurs) ne se limitent pas à la seule motivation émotionnelle. Certains employés migrants considèrent que la possibilité de l'usage de ressources renforce leur motivation pour la carrière, comme nous le confie une migrante :

Ich finde das gut auch für meine Zukunft, dass ich mal mehr mache (MK-07).

Il ne faut pas oublier que l'utilisation des ressources engendre aussi des effets négatifs sur l'employé. Les employés migrants sont très souvent confrontés à des problèmes de charge psychique, à des situations de tension et également à une surcharge du travail, comme l'illustrent les explications suivantes :

Eine Kollegin hat sich für Slowenisch von der Liste streichen lassen. Sie arbeitete nur Teilzeit, dann kamen laufend Telefone, die Frau solle sofort kommen, oder aber sie stand am OP-Tisch und konnte auch nicht einfach ablösen und losgehen. Daraufhin hat sie gesagt: Nein, das mache ich nicht mehr mit, ich lasse mich von der Liste streichen. Solange man planen kann, ist es in Ordnung, nur wenn es schnell, schnell gehen muss, dann bin ich am Anschlag (MK-09).

Ja, es ist mehr geworden. Am Anfang konnten sie noch während der Arbeitszeit gehen, aber wenn es natürlich sehr streng ist und der Tagesablauf sehr belastend ist, ist es nicht möglich. Drum geht sie nun vielmehr nach der Arbeitszeit. (MK-09).

7.3.3 Effets sur le poste et le lieu de travail

L'utilisation des ressources contribue directement à une extension des tâches. En utilisant leurs ressources informelles, les personnes migrantes se voient attribuer de tâches différentes qui, au départ, ne font pas partie de leurs activités professionnelles. Du fait que l'utilisation des ressources reste encore fortement informelle, on est encore loin d'observer une reconnaissance et une systématisation formelle de l'extension du cahier des charges. C'est peut-être une des raisons principales pour lesquelles cette extension *de facto* pose un certain nombre de problème que nos interlocuteurs ont mis en évidence. Le premier problème est que l'utilisation des ressources informelles crée une situation de confusion ou un dilemme professionnel concernant la caractéristique du poste : quelles tâches assume-je principalement ? Est-ce que je suis une infirmière ou une infirmière-traductrice ?

Donc, si la personne est sollicitée à plusieurs reprises, par rapport aux collègues autour, par rapport à son travail, etc., je crois il y a tout cela qui crée une certaine confusion par rapport aux fonctions, aussi en terme salarial, car leurs compétences sont utilisées mais pas forcément reconnues formellement dans l'institution, donc pas rémunérées (BK-07).

Par ailleurs, si elle n'est pas planifiée ou gérée convenablement, l'absence de la personne migrante à son poste principal crée une certaine tension sur le lieu de travail, entre collègues de travail. Cependant, nous avons observé que si c'est le service offrant des ressources qui est touché par cette absence, la tension est encore plus accentué. Par contre, les employés des services demandeur des ressources sont plus tolérants à l'absence de leurs collègues en intervention.

Une responsable d'un service de santé communautaire s'exprime :

Les personnes migrantes qui sont très souvent appelées se trouvent dans un dilemme : entre être utile et avoir négligé son travail d'origine. De plus, dès leur retour à leur poste de travail, ils doivent encaisser les remarques de leurs collègues. Cela crée une certaine tension. Je connais une personne à l'administration qui traduit beaucoup, on lui a mis des barrières pour que cela change (BK-01).

Un autre cadre ajoute :

Une présence de 80% pour travailler en cuisine et de 20% comme interprète, avec deux fonctions différentes, pose beaucoup de problèmes d'organisation et d'équité entre les collaborateurs, parce qu'une ou deux fois ils peuvent bien accepter qu'un de leurs collègues se déplace dans un autre service pour l'interprétation. Mais au bout de quelque temps il y aurait la jalousie. Si dès le début il y a un contrat bien défini, c'est autre chose, mais c'est utopique dans une institution comme la nôtre qui est très grande (BK-07).

Il est bien évident que l'utilisation des ressources a aussi des effets positifs sur le lieu de travail. Certains de nos interlocuteurs soulignent que l'utilisation des ressources internes crée une utilité sociale en renforçant la dynamique et l'identité de l'équipe. D'autre part, en aidant à résoudre un problème, l'utilisation des ressources soulage le personnel et crée une atmosphère de sympathie si l'intervention a eu lieu dans le même team, comme le constate un employé migrant :

Les collègues sont soulagés s'ils voient que quelqu'un fait le pont. Cela déclenche auprès des collègues une sympathie et les sensibilise à l'importance de l'acquisition des compétences transculturelles (BK-04).

7.3.4 Effets sur le patient

C'est sur les patients eux-mêmes que l'utilisation des ressources produit les effets les plus importants¹⁹. Tout d'abord, l'utilisation des ressources

contribue à créer une proximité entre l'institution et le soigné en général et entre le soignant et le soigné en particulier. L'utilisation des ressources linguistiques, culturelles et des expériences migratoires renforce, chez les patients migrants, le sentiment d'être chez eux, d'être entendu, d'être écouté et compris dans un contexte de proximité, comme le précise un employé migrant :

Wenn es fremde PatientInnen sind, dann spreche ich serbo-kroatisch, mazedonisch, deutsch. Und wenn jemand merkt, dass ich seine Sprache spreche, wird er sofort anders. Es gibt mehr Sicherheit und man fühlt sich wohler. Meine Erfahrung ist, dass die Leute froh sind, wenn jemand dieselbe Kultur hat und die gleiche Sprache spricht. Und man ist offen im Gespräch, offener, als wenn man eine fremde Sprache reden müsste (MK-05).

Cette observation est aussi partagée par une autre responsable suisse alémanique qui s'exprime :

Die PatientInnen würden am liebsten ihre Sprache reden. Sprache ist etwas, wo man sich wirklich heimisch fühlt, das betrifft alle, auch die Schweizer (MK-10).

En deuxième lieu, la grande majorité des participants à nos focus groups et des personnes interviewées pense que l'utilisation des ressources a des effets positifs sur la satisfaction des patients²⁰, comme le précise une assistante sociale dans une clinique :

Und die Patientenzufriedenheit? Wer sich wenigstens einmal während des Aufenthalts in der eigenen Sprache äußern kann, ist definitiv zufriedener, da könnte ich etwas wetten (MK-08).

Ou encore, comme le résume une responsable :

Pour les patients migrants, l'utilisation des ressources, c'est la merveille (BK-01).

Selon une employée migrante (assistante sociale), son intervention fait que le patient se sent plus en sécurité et a plus de confiance dans l'institution :

Und da kommt plötzlich jemand, der meine Sprache versteht, das ist für mich einfach wie ein Engel MK-05.

Nous pouvons aussi ajouter que l'effet positif sur le patient pourrait le rendre plus collaboratif et réceptif, ce qui engendrerait, de son côté, des facilités pour les soignants.

des patients migrants. Une étude mandatée au Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population se penche sur cette problématique.

¹⁹ Il est important de préciser que les effets sur les patients sont des impressions subjectives de nos interlocuteurs étant donné que nous n'avons pas inclus les patients migrants dans notre échantillon de personnes à interviewer. D'autre part, depuis très récemment, les hôpitaux commencent à donner une certaine importance à la satisfaction

²⁰ Il est intéressant de remarquer que les évaluations de la satisfaction des patients que font certaines institutions ne contiennent aucune question sur le lien entre la satisfaction des patients migrants et l'utilisation des ressources informelles du personnel migrant. Là aussi, les points de vue par rapport à la satisfaction ne reflètent que l'impression subjective de nos interlocuteurs interviewés.

Nous ne pouvons pas clore ce chapitre sur le processus d'utilisation des ressources du personnel issu de l'immigration sans parler des obstacles qui entravent cette utilisation: tel est l'objet de la section suivante.

7.4 Obstacles en amont de l'utilisation des ressources

Les obstacles qui sont en amont de l'utilisation des ressources sont nombreux et sont de différente nature. Nous nous limitons à mentionner les obstacles qui sont les plus cités et considérés les plus importants. Nous les avons regroupés en deux catégories : soit les obstacles structurels et les obstacles découlant de l'utilisation elle-même.

7.4.1 Obstacles structurels

Il s'agit des obstacles préexistant à l'utilisation des ressources. Ils se présentent sous la forme de mécanismes formels ou informels qui freinent, sinon empêchent entièrement, l'utilisation des ressources informelles du personnel issu de l'immigration ou qui ne permettent pas qu'elles soient développées ou déployées au mieux. Nous avons identifiés les obstacles les plus importants et communs :

Manque de conscientisation concernant l'importance de ressources

Dans les *focus groups*, le manque de conscience qui peut exister à différents niveaux de l'institution, en particulier au niveau de la direction et de l'administration, est très souvent cité comme un obstacle majeur, comme le résume les citations suivantes :

A part le manque de conscience et d'une politique institutionnelle pour promouvoir l'utilisation des ressources, je ne vois pas de grands obstacles (BK-01).

Die Hauptschwierigkeit ist, dass es anscheinend nicht einmal für nötig erachtet wird (MK-01).

La plupart des participants aux *focus groups* considèrent qu'il incombe à la direction de se pencher sur l'utilisation des ressources internes mais que la direction ne montre pas assez d'intérêt pour le sujet :

Die Leitung ist sich der Ressourcen nicht bewusst, sondern bewegt sich immer noch auf der Schulungsebene (MK-11).

Culture de travail, hiérarchie et statut du migrant

Le fonctionnement hiérarchique des institutions de santé est considéré comme un problème en ce qui concerne la reconnaissance des ressources potentielles de ceux qui travaillent dans les positions les plus basses de la hiérarchie. Une grande partie du personnel migrant est directement concerné par ce problème, comme le confirme un responsable d'une équipe de transport :

Ich denke, dass gerade im Transport das Cliché da ist, dass man Leute für eine Arbeit genommen hat, die niemand anderer machen wollte. Ich bin daran, das Image von diesen Leuten im Haus etwas aufzubessern, zum Teil ist es mir gelungen, zum Teil nicht. Es ist aber wichtig, weil die Leute sich in der Hierarchie minderwertig vorgekommen sind, das war am Anfang schwierig, aber da konnten wir etwas Fortschritte erzielen (MK-10).

Un responsable romand s'exprime dans le même sens :

Certains cadres peuvent aussi dire : comment je peux travailler pour la traduction avec quelqu'un qui travaille à la cuisine. Il y a un positionnement hiérarchique qui classe chaque personne selon son poste et ses compétences. L'obstacle, c'est notre culture de travail, de l'organisation plutôt avec une hiérarchie verticale. Pour sortir de ce schéma, pour faire participer quelqu'un de la cuisine à la traduction, il faut avoir un grand intérêt et changer beaucoup de choses (BK-05).

Les migrants interviewés confirment de leur côté l'obstacle engendré par le problème de hiérarchie. D'après les employés migrants, la culture de travail dans les institutions sanitaires est « très paternaliste » et, de ce fait, affiche un grand scepticisme à l'égard des potentiels des migrants et empêche une meilleure utilisation de ceux-ci.

Par ailleurs, le problème de hiérarchie accentue le statut du migrant qui devient un désavantage en soi et qui empêche, de son côté, une meilleure utilisation des ressources. Selon certains participants à nos *focus groups*, il est très rare qu'une assistante de soins, par exemple, migrante elle-même, dise à un-e de ses collègues dans l'équipe comment s'adresser ou mieux communiquer avec un patient, comme l'explique une responsable d'un service de qualité de soins :

Schon aus Statusgründen können MigrantInnen nicht als Vermittler eingesetzt werden. Als Pflegeassistent kann der Migrant nicht einer dipl. Pflegefachfrau etwas sagen über das Verhalten gegenüber einem Patienten (MK-11).

Déficit linguistique en langue d'accueil et en langue d'origine des employés migrants

L'usage des ressources potentielles dépend aussi de l'existence de certains instruments susceptibles de produire les résultats escomptés. Les compétences linguistiques en langue d'accueil des employés migrants sont souvent mentionnées dans nos *focus groups* comme un instrument. Il s'avère que le niveau de compétences linguistiques d'un nombre important d'employés migrants, en particulier ceux de la première génération, ne leur permet pas d'utiliser leurs ressources potentielles de manière optimale, comme le confirme une infirmière responsable,

70-80% der OPS-Schwestern und der Lagerungspfleger sind ausländische Mitarbeiter, es gibt jetzt noch solche, die nicht gut deutsch können und das ist ein Riesenproblem (MK-10).

Le problème est encore plus accentué auprès des employés migrants qui assument des tâches moins qualifiées.

Je pense à ceux qui travaillent à la cuisine qui ne sont pas eux- même encore intégré en plein. Ils ne pourraient pas assumer la traduction par ce qu'ils ne maîtrisent pas eux-mêmes la langue d'ici (BK-05).

Le déficit linguistique, comme nous l'avons remarqué, de certains employés migrants, particulièrement ceux de la deuxième ou de la troisième génération concerne par contre leur compétences linguistiques en langue d'origine.

Il faut aussi être sûr de la qualité des compétences, par exemple certaines personnes ne maîtrisent pas très bien leur langue d'origine, en particulier la 2ème génération (BK-03)

Conflits et tensions sur le lieu de travail

La présence d'une forte diversité d'origine nationale des employés sur le lieu de travail est très souvent accompagnée, si elle n'est pas gérée de façon consciente, par un certain nombre de conflits et de tensions. Bien que ce ne soit pas forcement d'ordre culturel, certains soulignent que les « motifs culturels ou ethniques » ne sont pas absents complètement dans l'émergence des conflits et des tensions, comme le confirme un cadre suisse alémanique :

Wenn es multi-kulturell wird, wird es sehr schwierig. Das ist für mich die grösste Herausforderung. In der Augenklinik habe ich viele asiatische Mitarbeiter und dort lächelt man, wenn man einen Konflikt hat, auch wenn man etwas korrigiert. Bis ich das gemerkt habe, vergingen Jahre. Dann habe ich andere Migranten, bei denen zu Hause fast noch Blutrache herrscht. Das spüre ich im OPS, der nimmt das mit hierher und wenn der in einen Konflikt gerät, dann habe ich ein echtes Problem. Und dann gibt es die, die mit Gewalt reagieren. Konflikt und Kulturen zu führen, das ist ein echtes Problem (MK-10).

Il est intéressant de constater que la haute hiérarchie de l'institution n'échappe pas à ce phénomène de culturalisation des problèmes :

Die Kulturfrage wird schneller gestellt, als wenn die Führungskraft Schweizer oder Schweizerin ist (MK-04).

Aussi bien la relation entre les employés issus de l'immigration eux-mêmes que leur relation avec les employés autochtones sont potentiellement source de conflits et de tensions, comme l'explique une responsable :

Wir haben auch Konflikte mit MigrantInnen am Arbeitsplatz: 50% der Deutschen sprechen eine oft unverständliche Sprache, die Zusammenarbeit zwischen Deutschen und Deutsch-Schweizern ist problematisch, auch, weil in Deutschland oft der Arzt alles entscheidet, während in der Schweiz die Pflegenden viel mehr Mitbestimmungsrechte haben (MK-11).

Par ailleurs, l'aspect politique est une des causes des conflits entre les employés migrants de différents groupes ethniques ayant des conflits historiques ou qui sont en guerre.

Ich habe zwei Mitarbeiterinnen, die eine Serbin, die andere Kroatin, aber nur schon diese zwei haben es sehr schwierig miteinander-damit, einander Verständnis entgegen zu bringen (MK-19).

Je me souviens dans les années 90, on avait une infirmière croate qui devait faire des traductions pour des Serbes, alors là, il y a eu certaines fois de petites difficultés (BK-06).

A cela s'ajoute le fait que les caractéristiques du travail dans certains secteurs (service d'urgence, salles d'opération, etc.) tels que le stress, le haut degré de concentration et les exigences de fonctionner de manière rapide et conséquente en équipe sont à l'origine de certaines tensions. Quelle que soit la cause, un conflit sur le lieu de travail détériore la bonne ambiance dans l'équipe et a des effets sur l'utilisation des ressources informelles du personnel. Dans une telle situation, les membres de la même communauté sont moins désireux d'intervenir, puisqu'ils veulent éviter toute sorte de conflit.

D'autre part, il est important de noter que l'utilisation des ressources qui nécessite un déplacement d'un service à l'autre devient, elle-même, une cause de conflit au sein de l'équipe :

Il y a des conflits du genre « Ah, il est de nouveau parti etc. », il faudrait vraiment gérer ça au niveau de l'emploi du temps avec peut-être une minimum de sortie dans un autre service (BK-05).

Existence de pratiques discriminatoires à l'égard des employés migrants

Dans plusieurs interviews face-à-face et dans les *focus groups*, il s'est avéré que l'existence de pratiques discriminatoires à l'égard des migrants constitue un obstacle majeur non seulement à avoir des ressources différentes au sein de l'institution mais aussi à tout le processus d'utilisation des ressources déjà disponibles. Le problème de discrimination se pose déjà au niveau de la politique de l'embauche :

Was ich merke, ist beim Bewerbungsverfahren, wenn ich Bewerber habe – ich arbeite stark mit der Stationsleitung zusammen – da merke ich schon, dass wenn jemand ein „ic“ am Ende hat, oder einen anderen Namen, der aus dem Osten kommt, dass der immer ein paar Minuspunkte mehr hat, als ein Schweizer, der hier das Diplom gemacht hat. Da sind auch extreme Vorurteile da (MK-09).

Le problème de discrimination et de préjugés qu'affiche le personnel autochtone à l'égard des employés migrants empêche d'avoir une perspective constructive par rapport à des ressources potentielles, comme l'explique un cadre :

Nicht-deutschsprachige Menschen (Angestellte und PatientInnen) haben für das Personal an der Basis einen anderen Wert. Kompetenz und Einflussvermögen gesteht man den Migranten und Migrantinnen nicht zu. Es grässiert im Moment ein „ic“-Phänomen, bei dem man sich lustig macht über Menschen vom Balkan. Dort muss man anfangen (MK-04).

On rencontre le même problème de non acceptation même si on monte dans la hiérarchie professionnelle :

Wenn ausländische MigrantInnen in Führungspositionen im Spitalwesen arbeiten, dann bestehen die grössten Schwierigkeiten mit älteren, männlichen Schweizern. Die haben Probleme mit der neuen Rollenverteilung: eine ausländische Frau gehört im Verständnis der älteren Schweizer Männer nicht in eine Geschäftsleitung (MK-05).

D'autre part, dans les *focus groups*, il a été mentionné que la généralisation des expériences qualifiées de « mauvaises » qu'ont vécu les employés autochtones avec les employés migrants ou les patients migrants les amène à sous-estimer les potentiels de leurs collègues migrants et empêche d'envisager des collaborations étroites avec eux.

Problème de la reconnaissance des diplômes acquis à l'étranger

De nombreux participants aux *focus groups* s'accordent sur l'obstacle qu'engendre le problème de la reconnaissance des diplômes acquis à l'étranger. Malgré le système mis en place entre les institutions hospitalières et la Croix-Rouge suisse afin d'assouplir le problème de reconnaissance des diplômes dans le domaine des soins infirmiers²¹, le thème reste toujours actuel et touche directement à l'utilisation des ressources, comme le confirme un médecin romand :

Il y a juste un problème initial, c'est l'équivalence des diplômes. C'est vrai, là ça nous limite beaucoup plus. Parce que si vous n'avez pas les bons papiers, vous ne pouvez pas exercer ce métier, dans ce pays. Donc ce qui fait qu'on est déjà confronté à des personnes qui ont beaucoup de ressources (BK-06).

Une responsable de ressources humaines ajoute :

La reconnaissance des diplômes faciliterait beaucoup de choses. Il y a des choses où je suis sûre qu'il y a une équivalence. Du côté de l'administration, on a souvent un peu des problèmes à reconnaître quelque chose qui a été faite dans un autre pays et qui peut avoir de l'équivalence ici (BK-07).

Ce phénomène a pour conséquence que certains migrants qualifiés se voient obligés d'accepter des postes non qualifiés ou moins qualifiés. Ils cachent consciemment leurs qualifications pour ne pas se montrer sur-qualifiés par rapport aux postes pour lesquels ils postulent, comme nous le montre cet exemple mentionné par une responsable des ressources humaines :

On leur a déjà dit auparavant, souvent, que ces diplômes là ne sont pas reconnus en Suisse, d'accord vous êtes diplômé, mais dans votre pays, ici vous êtes en Suisse et ce n'est pas valable alors ça les pousse aussi à ne pas le mentionner dans leur CV. Si ils mettent toutes ses qualifications en avant, aucun employeur ne va les employer en tant qu'employé de cuisine, car ils sont trop qualifiés (BK-07).

Les témoignages suivants nous laissent entendre l'existence de ressources « en sommeil » au sein des institutions hospitalières qui pourraient être mieux optimisées :

J'ai un Afghan qui a une licence en économie dans son pays, mais ici donc il est employé dans la cuisine, j'ai des doctoresse d'Afrique et autres ici qui sont employés de cuisine. On les utilise entre guillemet pour la fonction pour laquelle ils ont été employés. A aucun moment, la direction des ressources humaines analysait leur potentiel pour essayer de l'utiliser, de valoriser tout ce potentiel qui existe sûrement (BK-07).

La question de la reconnaissance des diplômes dépasse le cadre de l'utilisation des ressources. Elle concerne directement le processus d'intégration des employés migrants au sein des institutions hospitalières dans la mesure où la non reconnaissance des diplômes renvoie un certain nombre de migrants qualifiés à occuper des postes moins qualifiés voire même non qualifiés.

Manque de motivation des employés migrants

Quelques participants des *focus groups* se sont plaints du manque de motivation chez les employés migrants, notamment ceux qui sont qualifiés ou surqualifiés, concernant l'utilisation de leurs ressources, comme nous le dit un dirigeant d'un service de transport :

Deshalb ist das Thema „Ressourcen“ auch für meinen Bereich etwas speziell: ich habe einen Afghanen, der hat während der Sowjetzeit in Moskau Anwalt studiert. Ich habe einen rumänischen Veterinärarzt. Das ist einerseits interessant, das sind aber genau die Leute, bei denen ich feststelle, dass die völlig unmotiviert sind. Zu hause sind es die, die gross auftreten, die es auch so gegenüber ihren Kollegen so benennen. Die sind dann hier, fühlen sich zum Teil etwas ausgenutzt, weil ihr Wissen nicht abgerufen wird und das sind die, die ständig auf dem gleichen Level sind und nichts zur Verbesserung beitragen. Die Motivation, die sie scheinbar in ihrem Land hatten, die bringen sie hier gar nicht mit (MK-10).

Certains employés migrants, en particulier ceux qui occupent des postes non qualifiés, ne sont pas motivés pour améliorer leurs compétences linguistiques en langue régionale, comme le souligne un responsable suisse alémanique :

²¹ En Suisse, la reconnaissance des diplômes professionnels acquis à l'étranger relève de la compétence du Département fédéral de l'économie publique qui confie à l'Office fédéral de la formation professionnelle et de la technologie l'examen des dossiers de demande de reconnaissance (cf. www.admin.ch/dossiers/anerkenn/f)

Am Anfang waren wir nur italienisch-, spanisch- und portugiesisch-Sprachige im Hausdienst. Leider haben viele von ihnen minimale Schulbildung. Sie kommen in die Schweiz, um Geld zu verdienen. Sie haben kein Interesse, ihr Deutsch zu verbessern. Ich habe das versucht, einmal mit einem gratis Deutschkurs. Der eine hatte Kopfweh, ein anderer will mit dem Kollegen ausgehen (MK-10).

Motifs financiers

La grande majorité de ces institutions est confrontée à des difficultés financières et à la nécessité de réduire ses dépenses. Promouvoir ou optimiser les ressources potentielles des employés migrants ne fait pas partie des priorités financières :

Wenn man die Ressourcen wirklich gut nutzen wollte, dann fehlt es uns an Geld (MK-05). Man braucht auch Geld, wenn das jemand in die Hand nehmen und koordinieren soll. Es fehlt aber an personellen und finanziellen Ressourcen, um das Thema anzugehen (MK-01).

7.4.2 Obstacles découlant de la pratique

Après avoir abordé les obstacles structurels, il y a lieu de parler d'obstacles qui se constituent durant et/ou suite à l'utilisation des ressources. Il s'agit des obstacles engendrant non seulement des problèmes techniques, mais aussi humains. Voici quelques uns des plus importants qui nous ont été mentionnés :

Surcharge de travail des employés migrants

Dans un contexte d'utilisation non systématisée et régularisée des ressources au sein de l'institution ou du service, le recours aux ressources des employés migrants, en particulier dans une situation où on fait appel toujours aux mêmes employés pour l'intervention, crée une surcharge de travail à laquelle doivent faire face les intervenants :

Ich musste ziemlich viele MitarbeiterInnen wieder von der Liste nehmen. Da haben mich die Übersetzer dann angerufen und gesagt: Das geht nicht, ich werde um 10.00 morgens angerufen und müsste sofort kommen, gleichzeitig läuft der Betrieb und ich bekomme jeden morgen einen Clinch. Die Dolmetscher im Haus braucht man in der Regel sofort, wenn Visite ist und man ein Gespräch machen muss (MK-10).

A cela il faut aussi ajouter la charge psychique que pourrait amener l'intervention :

Ein zweites Problem bei der Uebersetzung ist, dass meine Sekretärin Türkin ist und irgendwann gesagt hat: „Ich kann's nicht mehr: jetzt hat die Patientin mir ihr ganzes Leben erzählt, und das ist so traurig“. Dann war die Sekretärin belastet (MK-10).

La surcharge de travail, de son côté, peut entraîner une démotivation pour les employés migrants qui deviennent moins disposés à mettre leurs ressources à

disposition de leur institution ou service, comme le montre l'exemple ci-dessous :

Wir haben zwei drei Leute, die top Deutsch können und top ihre Muttersprache, die hat man gerne geholt. Das sind die, die zu mir gekommen sind und gesagt haben: ich kann nicht mehr, das zerreißt mich, Du musst mich von der Liste nehmen. Die Leute haben es gern gemacht, es war aber nicht mehr machbar (MK-10).

Difficultés liées à la planification de l'intervention

Le déplacement des employés migrants d'un service à l'autre présente également des difficultés, notamment pour le service offrant des ressources. Les employés migrants sont sollicités à n'importe quel moment par d'autres personnes au service confrontées à un problème qui attend une solution. Si l'intervention est planifiable, les services et le migrant qui doit intervenir s'arrangent entre eux, dans le cas contraire cela provoque des mécontentements, en particulier dans des situations d'urgence :

Ja, aber die interne Spirale ist ein grosses Problem. Wenn ich jemanden habe, der Indisch spricht und frage dort an, dann hat die etwas zu tun, kann nicht weg und muss die Abteilungsleiterin fragen, ob sie nachmittags weg kann. Das ist im laufenden Betrieb schwierig. Meine Sekretärin ist nach der Arbeitszeit um 16.00 fast täglich eine Stunde übersetzen gegangen (MK-10).

Solange man planen kann, ist es in Ordnung, nur wenn es schnell, schnell gehen muss, dann bin ich am Anschlag (MK-09).

Ce problème est encore plus aigu en ce qui concerne les petites équipes, comme le souligne une responsable romande :

C'est également lourd à intégrer au niveau de planification. On a de petites équipes, donc sortir quelqu'un de l'équipe ce n'est pas si simple. Les personnes sont assez indispensables à leur poste à partir du moment où ils sont planifiés. Si on doit sortir quelqu'un dans l'urgence, je pense que cela n'est pas possible (BK-05).

Implication individuelle de l'utilisateur et secret professionnel

Si l'intervention d'un employé migrant n'est pas à l'avance déterminée et préparée, elle risque d'engendrer les difficultés supplémentaires que l'on n'a pas pu envisager au départ. Parfois, l'intervention ne se limite pas au cadre de l'utilisation prévue des ressources et prend une dimension beaucoup plus importante, comme l'indique une participante à nos *focus groups* :

Ich hatte die Situation, dass ein Rumäne für einen rumänischen Patienten übersetzt hat, z.T. im Beisein des Arztes. Am Schluss ist es um Geld gegangen, da die Leute nicht versichert waren und am Ende cash bezahlten. Er hatte eine Gutschrift, hat aber pausenlos von Rumänen aus meinen Mitarbeiter bedroht. Und niemand konnte dem Mitarbeiter beistehen, da niemand wusste, worum es eigentlich ging (MK-10).

Une forte implication individuelle du côté du migrant intervenant porte parfois des préjudices au principe du secret professionnel.

Disponibilité des ressources

Le recours aux ressources des employés migrants est fortement tributaire de la disponibilité des celles-ci. Que ce soit en raison du manque d'identification systématique des ressources ou de leur non-disponibilité, les services peuvent se trouver dans l'obligation de renvoyer une consultation. A cela s'ajoute le fait que parfois même la ressource demandée, bien qu'elle existe dans l'institution, n'est pas disponible au moment où elle est sollicitée, notamment le week-end ou pendant le service de nuit. Ce problème est également soulevé, comme nous l'avons vu, dans d'autres études (cf. Cioffi 2003). Cela a pour conséquence que l'institution ou le service se tourne vers les ressources externes.

8 Conclusion : de l'utilisation à la valorisation des ressources

Les données recueillies auprès des institutions hospitalières sélectionnées nous ont permis de comprendre la dynamique et les enjeux de l'utilisation des ressources informelles des employés migrants. Même si cette utilisation est à l'état embryonnaire et qu'elle doit être prise en considération avec précaution, elle n'en reste pas moins intéressante et soulève un certain nombre de questions importantes.

Une bonne partie des services a recours aux ressources informelles de ses employés migrants pour faciliter l'accès aux patients migrants et leur offrir une meilleure prise en charge. En effet, ces ressources-là présentent plusieurs avantages par rapport aux ressources externes tels que leur disponibilité immédiate, la connaissance des terminologies médicales des employés migrants, la proximité de ceux-ci avec les patients migrants, ainsi que la rapidité de l'intervention, etc. D'autre part, en utilisant leurs ressources informelles, les employés migrants se chargent d'autres tâches qui ne font pas partie de leurs cahiers des charges initiaux, comme le travail d'interprétariat par exemple.

En réalité, les ressources linguistiques des employés migrants, en particulier dans leur langue d'origine, sont utilisées de manière beaucoup plus étendue que d'autres ressources informelles répertoriées, à savoir les ressources « culturelles »²², les expériences préémigratoires et postémigratoires et les

compétences transculturelles. Quels que soient le degré et l'intensité de leur utilisation, les ressources informelles des migrants constituent, du point de vue organisationnel, un atout spécifique, une valeur ajoutée pour les institutions hospitalières et, par conséquent, contribuent à leur transculturalisation.

Au-delà de cette constatation, plusieurs réflexions méritent d'être discutées.

Formalisation et institutionnalisation de l'utilisation des ressources

Nous avons observé que, soit dans une logique d'alternance (usage systématique) ou de dépannage (usage occasionnel), les ressources linguistiques des employés migrants sont très souvent utilisées afin de surmonter les obstacles communicationnels entre les patients migrants et le personnel hospitalier. Néanmoins, leur utilisation est loin d'être formalisée et institutionnalisée. Au contraire, elle rencontre des obstacles structurels (hiérarchie, planification, niveau de compétences) et pratiques (conflit de fonction professionnelle, conflits entre le personnel). La question qui se pose ici est de savoir ce que l'on pourrait gagner à formaliser et institutionnaliser l'utilisation de ces ressources. Quelles seraient les conséquences d'un tel procédé ?

Le développement d'un cadre structurel formalisé et institutionnalisé permettrait, avant tout, de déterminer les critères d'utilisation des ressources linguistiques aussi bien internes qu'externes (interprètes professionnels). La tendance actuelle est d'utiliser le service d'interprétariat professionnel pour les situations dans lesquelles l'entretien avec le patient est planifiable (entretien d'entrée et de sortie, entretien pour le diagnostic, etc.) et pour des cas considérés, du point de vue médical, comme compliqués, difficiles et problématiques. Par contre, le recours à des ressources linguistiques internes est très utile lorsque la ressource externe n'est plus disponible (notamment pour les établissements géographiquement éloignés des grands centres) et/ou pour des situations imprévues (non planifiables) et d'urgence²³.

D'autre part, une structure formalisée et institutionnalisée permettrait de clarifier le contexte d'intervention et de développer les outils d'intervention. Un employé migrant est-il obligé d'intervenir ou a-t-il le droit de refuser d'intervenir? Quels types d'instruments (banque de données linguistiques,

auquel les acteurs se réfèrent apparaît comme un concept figé et statique permettant facilement la généralisation et la culturalisation des problèmes.

²² Le discours des acteurs du terrain indique l'existence d'une certaine confusion entre les ressources « culturelles » et compétences transculturelles. Parfois, le concept de culture

²³ L'importance de la détermination des critères pour l'utilisation des ressources linguistiques internes et externes est aussi confirmée par une récente étude de Bischoff et al. (2006).

par exemple) faut-il développer pour mieux répertorier et utiliser les ressources linguistiques ? Comment peut-on rassurer les patients sur la qualité de l'utilisation des ressources informelles ? Voici quelques questions auxquelles une démarche formalisée et institutionnalisée pourrait apporter des réponses appropriées suivant le contexte institutionnel.

Le développement d'un cadre structurel formalisé et institutionnalisé pourrait aussi avoir certaines conséquences, mentionnons-en les plus importantes :

- l'utilisation ad hoc des ressources linguistiques des employés migrants n'ayant pas reçu de formation adéquate pour l'interprétariat
- les inconvénients liés à des horaires non planifiables (intervention en dehors des heures de travail et les week-ends, p.ex.) touchant ces personnes et leurs proches pourraient ainsi être évités;
- compte tenu de la tendance favorisant le recours à des services externes professionnels, l'utilisation des ressources linguistiques internes dans le service d'interprétariat pourrait perdre son ampleur actuelle en faveur d'une utilisation accrue dans le domaine des compétences transculturelles ;
- l'emploi non rémunéré des ressources, la situation de surcharge des employés migrants et, par conséquent, l'exploitation de ces derniers pourrait en être empêchés ;
- le service des ressources humaines s'engagerait de manière plus consciente dans la gestion des ressources linguistiques des employés lors de l'embauche déjà (répertorier et classifier systématiquement les compétences linguistiques) ;
- la gestion des conflits (parmi les membres de l'équipe, conflits de charges professionnelles, ainsi que des situations de concurrence entre le service « offrant » et celui de « demandeur » des ressources) s'inscrirait dans une logique institutionnelle et non individuelle.

Amélioration de la qualité

L'utilisation des ressources des employés migrants est très souvent liée à l'objectif qui est d'améliorer la qualité des prestations pour les patients migrants. À ce sujet, de nombreuses questions subsistent encore quant à l'atteinte de cet objectif. Qu'améliore-t-on en ayant recours aux ressources des employés migrants ? Dans quels buts précis celles-ci devraient-elles être utilisées ? La réponse à ces questions est tributaire de la définition que l'on donne à la qualité des soins. L'amélioration de la qualité des soins comprend plusieurs objectifs tels que l'efficience, l'équité, l'accessibilité, l'acceptabilité, le patient-centeredness, la globalité et la sécurité (Bischoff 2006; Reerink 1990). L'utilisation des ressources des employés migrants pourrait-elle contribuer à atteindre certains de ces objectifs ?

Tout d'abord, sur le plan communicationnel, où la tendance est plutôt d'utiliser le service d'interprétariat professionnel externe, l'utilisation des ressources linguistiques des employés migrants peut, d'une certaine manière, contribuer à atteindre des objectifs tels que sécurité, efficacité, patient-centeredness, globalité et accessibilité. Par ailleurs, pour les traitements de longue durée dans une perspective de réintégration, ce qui est le cas très souvent dans les cliniques de réhabilitation par exemple, l'utilisation des ressources des employés migrants pourrait nettement améliorer la compréhension réciproque entre le patient et le personnel soignant ainsi que l'efficacité de l'intervention.

De plus, l'utilisation des ressources des employés migrants peut aussi être mise en rapport avec la satisfaction des patients migrants. Elle peut jouer plusieurs rôles, allant de la création d'une grande proximité avec des patients migrants jusqu'à l'intégration des employés migrants dans l'évaluation de la satisfaction de ceux-ci (entretiens, préparation et traduction du questionnaire, par exemple) (Stotzer et al. 2006).

En outre, il est évident que la qualité des prestations reçues durant le séjour hospitalier doit aussi être mise en rapport avec leurs effets à long terme sur les comportements sanitaires des patients et la prévention. Là, les ressources « culturelles », les expériences préémigratoires et postémigratoires et les compétences transculturelles des employés migrants pourraient être fort utiles dans ce travail et donc contribuer à atteindre l'objectif de globalité en ce qui concerne la gestion de la maladie. De la même manière, les ressources des employés migrants pourraient aussi être très utiles dans le travail de médiation interculturelle. Les employés migrants pourraient jouer le rôle d'acteur intermédiaire dans l'interaction entre le patient migrant et le personnel soignant.

Pour ce qui est du développement de l'équipe, il convient de souligner que les équipes soignantes deviennent de plus en plus hétérogènes sur le plan d'origine nationale du personnel, mais aussi sur celui du système des références et des valeurs. De ce fait, les ressources informelles des employés migrants, notamment leurs compétences transculturelles, pourraient jouer un rôle prépondérant dans la gestion de conflits liés à la pluralité des systèmes de références et de valeurs, dans le travail de sensibilisation contre la discrimination et le racisme à l'égard des patients.

Last, but not least, l'utilisation des ressources, les ressources linguistiques notamment, pourrait aussi contribuer à atteindre l'objectif « efficience », dans la mesure où elle réduirait les coûts qu'engendre le recours à des services d'interprétariat professionnel externes, permettrait de gagner du temps dans l'intervention et d'écartier les consultations superflues.

Diversité sociétale et santé

Plusieurs facteurs tels que la globalisation et la migration renforcent la pluralité et la diversité déjà existantes au sein de la société suisse, notamment en termes d'origine et de styles de vie, de systèmes de références et de valeurs. C'est un phénomène dont l'ampleur est telle que toutes les sphères de la vie collective et toutes les institutions, en l'occurrence les institutions hospitalières, sont touchées. Dans un tel contexte, la question qui se pose est de savoir dans quelle mesure les ressources des employés migrants pourraient être mieux utilisées en vue de la diversité en matière de santé.

En premier lieu, il convient de rappeler l'apport de la diversité, sur le lieu de travail, au développement de l'institution que mettent en évidences les diverses approches gestionnaires. L'utilisation des ressources potentielles des migrants pourrait renforcer la flexibilité et la créativité au sein de l'équipe, tout en sachant que les employés migrants utilisent plus souvent les signes non verbaux avec les patients dans certaines situations bloquées, par exemple.

Elle permettrait à l'institution de disposer d'un potentiel considérable du savoir-faire, du savoir-être des migrants qui les rend plurifonctionnels (manière de s'approcher des personnes se sentant discriminées ou se trouvant dans une situation précaire, par exemple). Cela pourrait renforcer l'efficacité et la capacité concurrentielle de l'institution, par exemple (Dahinden et al. 2004).

Par ailleurs, l'utilisation des ressources des employés migrants permettrait de transférer leurs compétences culturelles à d'autres membres du personnel. Rappelons que le projet « Migrant Friendly Hospital » insiste sur l'importance de la formation du personnel soignant en matière de compétences transculturelles, afin de rendre le personnel encore plus capable en matière d'encadrement individuel et contextuel des patients dans un contexte de diversité des systèmes de valeurs et de références.

S'agissant de la gestion de la diversité, il convient de dire quelques mots en ce qui concerne les ressources linguistiques des employés migrants des deuxièmes et troisièmes générations. Le déficit linguistique de ces derniers, que ce soit dans la d'origine ou dans la langue de la région, a très souvent été souligné dans les groupes de discussions.

Ce déficit doit être comblé au sein de l'institution en question, en vue d'une meilleure efficacité de l'utilisation de ces ressources linguistiques. Au-delà de ce besoin immédiat, il est important de lier cette problématique à une réflexion plus globale sur la gestion de la diversité linguistique sur le lieu du travail. Que voulons-nous faire concrètement avec les langues des migrations dans la vie professionnelle? Comment peut-on les rendre profitables aux

institutions et aux entreprises dans un environnement linguistique très diversifié²⁴?

D'autre part, les employés migrants de deuxième et de troisième génération possèdent des compétences transculturelles riches et flexibles qui pourraient être utilisées tant pour les patients migrants qu'autochtones. En effet, ils connaissent les systèmes de références et de valeurs aussi bien de la Suisse que du pays d'origine de leurs parents. De plus, ils pourraient jouer un rôle actif et dynamique dans l'ouverture des institutions hospitalières à la population migrante et dans le développement du personnel transculturel, grâce au pont qu'ils établissent entre les différents systèmes de valeurs. De ce fait, ils pourraient élargir le champ de communication et de compréhension.

Care drain et ressources

L'organisation mondiale de la santé (OMS) le précise sans cesse : l'ampleur de la migration des professionnels de la santé, venant des pays moins développés et allant vers les pays développés, est telle que les conséquences sur les services de santé, la santé des populations et le développement économique des pays d'origine sont désastreuses (WHO 2003).

Dans le cas de la Suisse, l'analyse des données du recensement fédéral nous indique l'importance des professionnels migrants dans le domaine de la santé et permet de stipuler que cette perspective sera renforcée dans l'avenir, que ce soit par la libre-circulation des professionnels de la santé en provenance des nouveaux pays membres de l'UE ou par la migration de *brain drain* venant des pays extra-européens dans le cadre de la loi sur les étrangers. Cela dit, les institutions auront, à l'avenir, plus de ressources informelles à leur disposition.

Deux questions peuvent accompagner cette observation : la première est de savoir si et dans quelle mesure les ressources informelles des professionnels de la santé peuvent être aussi bénéfiques pour leur pays d'origine ; la seconde, directement liée à notre sujet, est de savoir ce que l'utilisation de ce potentiel apporterait sur le plan de la politique du personnel dans les institutions hospitalières ?

Il est clair que, dans le premier cas, seule une collaboration internationale des acteurs concernés (pays d'origine, pays d'accueil, OMS, etc.) pourrait être susceptible de former un cadre d'action en vue de transformer les ressources informelles des professionnels de la santé en un instrument de développement

²⁴ Une première en son genre, une étude s'intéressant au rôle des langues d'origine des migrants dans leur vie professionnelle en Suisse donne quelques perspectives intéressantes sur ce sujet (Grin et al. 2003).

pour le pays d'origine (le retour au pays d'origine, le recrutement, la formation et la planification des ressources humaines, etc.).

Il est évident que les institutions hospitalières pourraient aussi jouer un rôle positif en institutionnalisant des ressources informelles (développement d'un système de répertoire, de formation et de certification des ressources informelles, etc.).

C'est en combinant ces deux démarches que les ressources informelles du personnel de la santé d'origine migratoire peuvent être utilisées dans le cadre d'un transfert de savoir-faire et d'expériences, acquis dans les pays d'accueil, vers les pays d'origine. Une telle pratique aurait certainement des conséquences positives sur la situation épidémiologique dans les pays d'origine.

Par ailleurs, le fait de vouloir mettre systématiquement ce potentiel au bénéfice des institutions hospitalières, impliquerait le développement d'une politique globale de valorisation des ressources informelles dans une logique globale, c'est-à-dire pour les ressources informelles de l'ensemble du personnel et non seulement pour celles des employés migrants. Une telle stratégie doit s'inscrire dans un concept de développement du personnel et considérer le potentiel des ressources informelles comme un « capital humain » à exploiter.

Nécessité des preuves scientifiques

Un des aspects les plus importants de la problématique des ressources informelles est le manque d'études et de données scientifiques sur lesquelles peuvent se baser les divers choix organisationnels. On ne connaît guère, par exemple, le niveau des compétences linguistiques des employés d'origine migratoire dans les langues d'origine. Leurs connaissances sont-elles suffisantes pour un travail d'interprétariat ?

Les effets concrets de l'utilisation des ressources informelles sur la satisfaction des patients et la qualité du traitement n'ont pas encore fait l'objet d'études approfondies jusqu'à ce jour. De plus, la pertinence des données, disponibles sur ce sujet, est logiquement tributaire des explications anecdotiques des informateurs et ne découle pas d'un échantillon représentatif. Cela concerne aussi les résultats de notre recherche qui, première en son genre en Suisse, est une enquête exploratoire, car elle ne porte que sur un nombre restreint d'institutions hospitalières.

De ce fait, il serait fort utile de répéter l'analyse en couvrant les divers contextes institutionnels et en s'intéressant à d'autres enjeux de l'utilisation des ressources informelles (point de vue des patients, du personnel migrant, économique, par exemple). Ainsi pourrions-nous raisonnablement nous

prononcer sur la contribution de ces ressources à la transculturalisation des institutions hospitalières et à l'amélioration des prestations sanitaires.

9 Recommandations

Nous avons consacré ce dernier chapitre aux recommandations. Il se compose de deux parties : la première partie résume les résultats principaux des différentes dimensions de la problématique des ressources, à savoir la sensibilisation, l'identification et l'utilisation. Elle intègre également les recommandations opérationnelles portant sur les différents aspects de chaque phase.

Dans la deuxième partie, nous exposons les motifs importants pour l'élaboration d'un concept global de valorisation des ressources.

DIMENSION : SENSIBILISATION

Résumé : la perception que se font les services de l'importance des ressources informelles de leurs employés migrants varie d'un service à l'autre en fonction de leur implication dans la prise en charge des patients migrants. Elle apparaît sectorielle et ne résulte pas d'une politique institutionnelle en matière de ressources. Les structures transculturelles mises sur pied par certaines institutions jouent un rôle positif concernant la sensibilisation des ressources informelles. Quant aux employés migrants, ils n'ont pas non plus une perception homogène à l'égard de leurs ressources.

Recommandations opérationnelles : afin de mieux mettre en évidence la contribution des ressources informelles au processus de transculturalisation, les institutions devraient développer une stratégie élaborée de sensibilisation. Une telle stratégie permettrait de coordonner les efforts de sensibilisation auprès de trois types d'acteurs :

Auprès des cadres :

- Informer les cadres de l'importance de l'utilisation des ressources dans un contexte de transculturalisation ;
- Encourager les cadres à une culture de travail et d'organisation fonctionnant aussi horizontalement ;

Auprès du personnel :

- Informer le personnel quant à la contribution de l'utilisation des ressources informelles des employés migrants aux activités hospitalières ;
- Former le personnel à faire face aux attitudes intolérantes et aux préjugés à l'égard des employés migrants et à l'utilisation de leurs ressources ;

Auprès des employés migrants :

- Encourager l'engagement des employés migrants à mettre en évidence et à utiliser leurs ressources informelles.

DIMENSION : IDENTIFICATION

Résumé : la pratique d'identification des ressources n'est pas développée de manière optimale et systématique. Les services de ressources humaines se montrent en général très passifs dans le processus d'identification. Dans la plupart des cas, l'identification des ressources se fait au niveau du terrain, suite à l'impulsion des structures transculturelles au sein de l'institution ou des initiatives individuelles. Les outils d'identification développés (l'établissement d'une liste par exemple) se limitent généralement aux ressources linguistiques.

Recommandations opérationnelles : une meilleure identification des ressources ne pourrait se faire qu'au niveau du service de ressources humaines et avec des approches propres à celle-ci.

- Répertorier des ressources informelles de manière systématique déjà au niveau de l'embauche ;
- Collaborer avec les services « offrants » des ressources en les impliquant dans le processus d'identification ;
- Procéder à un *screening* des ressources du personnel afin d'estimer le potentiel des ressources informelles disponibles et non utilisées ;
- Professionnaliser les outils d'identification déjà existants (liste, Intranet, service d'interprétariat) ;
- Développer des outils d'identifications permettant d'identifier aussi des ressources non linguistiques (ressources culturelles, expériences migratoires, ressources transculturelles, etc.)

DIMENSION : UTILISATION

Résumé : les ressources informelles des employés migrants sont utilisées pour exécuter certaines tâches dans les activités hospitalières. Cependant, l'utilisation n'est pas le résultat d'une stratégie réfléchie de la part des institutions et le contexte d'utilisation n'est pas très clairement défini. Les ressources linguistiques sont les plus utilisées. La tendance est à reconnaître l'importance d'autres ressources, en particulier les ressources transculturelles. Néanmoins, l'usage est loin d'être formalisé et institutionnalisé, et rencontre des obstacles structurels et pratiques.

Recommendations opérationnelles : plusieurs démarches à différents niveaux sont nécessaires à entreprendre.

Contexte d'intervention :

- Clarifier le contexte d'utilisation de différents types de ressources ; le besoin et les circonstances qui nécessitent le recours aux ressources informelles internes et externes ; les droits (rémunération standardisée) et les devoirs (secret professionnel) des intervenants ainsi que les compétences requises pour l'intervention, etc. Le développement d'un guide d'utilisation des ressources interne serait très bénéfique.

Utilisation des ressources :

- Elargir le champ de l'utilisation des ressources informelles à la prévention et à l'information par exemple ;
- Développer des systèmes d'intervention internes (système téléphonique) ;

Qualité des ressources :

- Formaliser le processus d'utilisation en effectuant systématiquement l'évaluation de l'utilisation des ressources et de l'utilité de l'intervention ;
- Organiser des formations continues visant à améliorer la qualité de l'intervention et la qualité des ressources disponibles ;
- Mettre sur pied un réseau d'information permettant d'échanger et de systématiser des expériences et des pratiques.

Obstacles :

- Coopérer plus étroitement avec les services « offrants » des ressources afin d'éviter les obstacles en amont de l'utilisation.

Recommandations relatives à un concept global de valorisation des ressources informelles

Cette partie relative aux recommandations se veut être comprise comme un ensemble des *pistes de réflexions* pour l'élaboration d'un concept global de valorisation des ressources informelles dans les institutions hospitalières.

Plusieurs considérations constituent le point de départ de notre approche :

- Considérations contextuelles :** les institutions hospitalières sont confrontées à la question de la prise en charge de leur population clientèle qui devient de plus en plus diversifiée comme évolution logique découlant de la forte pluralité qui caractérise la société suisse. La proportion importante de patients migrants dans la clientèle des institutions hospitalières n'en constitue qu'un exemple parmi d'autres. La prise en charge par les institutions hospitalières de la population migrante nécessite le recours à des ressources informelles des employés migrants. Que ce soit de manière systématique ou non, de manière non formalisée et non institutionnalisée, les ressources informelles sont bel et bien utilisées dans les activités hospitalières. L'utilisation de celles-ci permet aux migrants d'accéder plus facilement aux prestations des institutions, elle facilite le travail du corps soignant dans la prise en charge de certains patients migrants et contribue, à une certaine amélioration de la qualité des prestations. Nous avons également constaté que le recours aux ressources informelles des employés migrants peut aussi résulter d'une logique économique visant à réduire les coûts qu'engendre le recours à des services externes, en particulier en matière d'interprétariat et de communication interculturelle.
- Considérations gestionnaires :** certaines approches en matière de gestion, telles que la gestion de la diversité sur le lieu de travail, la gestion de ressources humaines selon l'approche « capital humain » et « ressources oriented » ainsi que la perspective « client oriented » découlant de l'approche « new public management » font sentir leurs influences sur les institutions hospitalières. Il ressort des discussions de nos *focus groups* que, dans un avenir proche, la tendance serait que les institutions hospitalières s'identifieront davantage à ces approches gestionnaires. Du point de vue de l'optique de ressources humaines, il est tout à fait imaginable qu'il pourrait y avoir un potentiel de ressources informelles auprès de l'ensemble du personnel dont l'utilisation pourrait être bénéfique pour les activités hospitalières.
- Considérations découlant de la pratique :** la question de l'utilisation des ressources des employés migrants montre une réalité très complexe caractérisée par divers intérêts de différents acteurs impliqués. Ces intérêts se trouvent souvent en conflit et entravent, s'ils n'empêchent pas

complètement, l'utilisation des ressources informelles. L'utilisation manque d'un cadre institutionnel, d'un objectif cohérent et d'un suivi professionnel.

Le contexte que nous venons de décrire et dans lequel les institutions hospitalières sont confrontées à se positionner rend indispensable la nécessité de concevoir un concept global de valorisation des ressources à long terme.

Une telle conceptualisation doit reposer sur une nouvelle perspective en matière de gestion des ressources. Cette perspective ne devrait pas se limiter aux seuls employés migrants, mais au contraire s'inscrire dans un contexte plus large comprenant l'ensemble du personnel de l'institution. En effet, un concept global de valorisation des ressources concilierait deux perspectives qui nous paraissent importantes : perspective de développement du personnel et perspective institutionnelle.

Du point de vue de la perspective du développement du personnel, les ressources informelles du personnel peuvent être considérées un « capital » qui pourrait être valorisé dans l'exécution des tâches assumées en principe par des compétences professionnelles. L'utilisation des ressources informelles joue, répétons-le, un rôle de *complémentarité* dans l'exécution des tâches hospitalières qui pourrait être développé davantage.

Du point de vue de la perspective institutionnelle, l'utilisation des ressources informelles devrait être liée à des avantages qu'elle présente sur plusieurs plans. Tout d'abord, sur le plan économique, le recours à des ressources informelles, réduit les coûts engendrés non seulement par le recours à des services externes, mais aussi par le temps perdu en raisons des difficultés communicationnelles lors des visites et du traitement. A cela s'ajoute les éventuels coûts humains ou financiers qui pourraient découler d'un diagnostic établi dans des circonstances où le patient ne serait pas ou mal compris pour des raisons linguistiques. De plus, l'utilisation des ressources informelles pourrait faire gagner à l'institution hospitalière une nouvelle clientèle dont la prise en charge apporterait des revenus supplémentaires.

Outre les avantages économiques qu'engendreraient les ressources, le recours à ces dernières devrait être considéré aussi du point de vue de la mission de l'institution. Nous avons vu que l'utilisation des ressources informelles contribue à l'accomplissement de la mission institutionnelle dans la mesure où celle-ci facilite l'accès aux prestations et en améliore la qualité. Elle produit également des effets positifs sur les patients dont la satisfaction joue un rôle primordial dans la stratégie des institutions hospitalières.

Bibliographie

- (BAG), Bundesamt für Gesundheit (2002). *"Migration und Gesundheit. Strategische Ausrichtung des Bundes - 2002-2006"*. Bern.
- Adebimpe, V. R. (1994). "Race, racism and epidemiological surveys." *Hospital Commun. Psychiat.* 45, 27.
- Auernheimer, Georg (2002). "Interkulturelle Kompetenz - ein neues Element pädagogischer Professionalität?" dans Auernheimer, Georg (éd.), *Interkulturelle Kompetenz und pädagogisches Handeln*. Opladen: Leske + Budrich, p. 183-205.
- Ayer, Ariane et Muriel Gilbert (2004). *Droits du patient migrant: quelles sont les bases légales de la constitution médicale en présence d'un interprète?* Résumé de la recherche CFE 03-806. Genève, Lausanne.
- Ayoubi, Semya (2003). "Wirtschaftsfaktor Gesundheitswesen - mit 33% Ausländer/innen." *Competence H+*, 6: 8-10.
- Barbier, René (1996). *La recherche action*. Paris: Anthropos.
- Barrett, B. (1998). "Among/medicine interactions: Improving cross-cultural health care." *Family Medicine*, 30: 179-84.
- Becker, Brian et Barry Gerhart (1996). "The Impact of Human Resource Management on Organizational Performance: Progress and Prospects." *The Academy of Management Journal*, Vol. 39, No. 4: 779-801.
- Benedict, Ruth (1961). *Patterns of culture*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Bibeau, Gilles et Alice Chan - Yip (1992). *La santé mentale et ses visages*. Boucherville: Gaëtan Morin.
- Bischoff, Alexander (2000). "Sprachbarrieren und Kommunikation in einer medizinischen Poliklinik", dans *Dolmetschen und Übersetzen in medizinischen Institutionen: Beiträge zum Kolloquium "Dolmetschen in Institutionen" 17*. Hamburg: Universität Hamburg, p. 1-12.
- Bischoff, Alexander (2001). *Overcoming language barriers to health care in Switzerland*. Basel: Dissertation: Universität Basel.
- Bischoff, Alexander (2006). *Caring for migrant and minority patients in European hospitals: a review of effective interventions*. Neuchâtel: Swiss Forum for Migration and Population Studies.
- Bischoff, Alexander, Claude Tonnerre et Jacques Moser (2000). "Communication interculturelle et accès aux soins, le défi du multilinguisme dans le contexte médical", dans Centlivres, Pierre et

- Isabelle Girod (éd.), *Les défis migratoires: actes du colloque CLUSE "Les défis migratoires à l'aube du troisième millénaire"*. Neuchâtel: Seismo, p. 395-401.
- Bischoff, Alexander et al. (2003). "Improving communication between physicians and patients who speak a foreign language." *British Journal of General Practice*, July: 541-546.
- Bischoff, Alexander, Regine Steinauer et Elisabeth Kurth (2006). *Dolmetschen im Spital: Mitarbeitende mit Sprachkompetenzen erfassen, schulen und gezielt einsetzen*. Basel: Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel.
- Bollini, Paola et Harald Siem (1995). "No real progress towards equity: health of migrants and ethnic minorities on the eve of the year 2000." *Social science and medicine*, 41(6): 819-828.
- Borjas, George J (1994). "The economics of immigration." *Journal of economic literature*, 32: 1667-1717.
- Bourdieu, Pierre (1979). *La distinction, critique sociale du jugement*. Paris: Minuit.
- Bowen, S. (2001). *Language barriers in access to health care*. Winnipeg, Health System Division, Health Policy and Communication Branch, Health Canada.
- Cady, Steven et Joanie Valentine (1999). "Team Innovation and perceptions of consideration: What difference does diversity make?" *Small Group Research*, 30 (6): 730-750.
- Carla, Littlefield et L. Stout Charles (1987). "A Survey of Colorado's Migrant Farmworkers: Access to Health Care." *International Migration Review*, Vol. 21, No. 3(Special Issue: Migration and Health): 688-708.
- Chimienti, Milena et Sandro Cattacin (2001). *"Migration et santé": priorités d'une stratégie d'intervention: rapport de base d'une étude Delphi*. Neuchâtel: Forum suisse pour l'étude des migrations.
- Chimienti, Milena et Sandro Cattacin (2004). *Migration et santé: émergence d'une nouvelle problématique d'intégration*. Rev. Forum, Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population, 3: 9-11.
- Chiswick, Barry (1978). "The effect of Americanization on the earnings of foreign-born men." *Journal of Political Economy*, 86(5): 897-921.
- Cioffi, Jane R.N. (2003). "Communicating with culturally and linguistically diverse patients in an acute care setting: nurses' experiences." *International Journal of Nursing Studies*, 40: 299-306.
- Cooper, H., C. Smaje et S. Arber (1998). "Use of health services by children and young people according to ethnicity and social class: Secondary analysis of a national survey." *BMJ*, 317: 1047-51.
- Dahinden, Janine et Milena Chimienti (2002). *Professionelles Sprachmitteln und interkulturelles Vermitteln im Gesundheits-, Sozial- und Bildungsbereich: theoretische Perspektiven*. Neuchâtel: Schweizerisches Forum für Migrations- und Bevölkerungsstudien.
- Dahinden, Janine en collaboration avec Anna Neubauer et Philippe Wanner (2003). "Le rôle des étrangers dans le domaine de la santé." *Competence H+*: 5-7.
- Dahinden, Janine, Alexandra Felder et Gianni D'Amato (2004). *Aufbau einer Koordinationsstelle für interkulturelle UebersetzerInnen und VermittlerInnen*. Neuchâtel: Schweizerisches Forum für Migrations- und Bevölkerungsstudien.
- Dahinden, Janine et al. (2004). *Integration am Arbeitsplatz in der Schweiz. Probleme und Massnahmen. Ergebnisse einer Aktionsforschung*. Neuchâtel: Schweizerisches Forum für Migrations- und Bevölkerungsstudien.
- Delaney, John T. et Mark A. Huselid (1996). "The Impact of Human Resource Management Practices on Perceptions of Organizational Performance." *The Academy of Management Journ*, Vol. 39, No. 4: 949-969.
- Delaunay, A (2000). "8ème congrès mondial des ressources humaines: dépasser l'internationalisation des ressources humaines et s'enrichir de la diversité." *Personal*, 406, janvier: 7-10.
- Domenig, Dagmar (éd.) (2001). *Professionelle transkulturelle Pflege: Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe*. Bern [etc.]: H. Huber.
- Domenig, Dagmar (2004). "Transkulturelle Kompetenz - eine Querschnittsaufgabe", dans Département Migration, Schweizerisches Rotes Kreuz (SRK) (éd.), *Migration - eine Herausforderung für Gesundheit und Gesundheitswesen*. Zürich: Seismo, p. 57-70.
- Efionayi-Mäder, Denise et Milena Chimienti (2003). "Migration und Gesundheit: eine sozialpolitische Orientierung." *Sozialalmanach*, 5: 155-172.
- Efionayi-Mäder, Denise et al. (2001). *Evaluation des Gesamtprogrammes "Migration und Gesundheit" des Bundesamts für Gesundheit*. Neuchâtel: Forum suisse pour l'étude des migrations.

- Etzioni, Amitai (1993). *The Spirit of Community: Rights, Responsibilities, and the Communitarian Agenda*. New York: Crown Publishers.
- Faber, C (1995). "Le recours aux urgences hospitalières: un mode d'accès aux soins spécifique des populations défavorisées." *Prévenir*, 1er semestre, no.8.
- Fassin, Didier (2000). "Repenser les enjeux de santé autour de l'immigration." *Hommes & Migrations*, No 1225, Mai - Juin.
- Florence, Eric et Jérôme Jamin (2003). *Médiations interculturelles et institutions*. Bruxelles: Academia Bruylant.
- Foster, George et Barbara Anderson (1978). *Medical Anthropology*. New York: Wiley.
- Gaitanides, Stefan (2001). "Qualitätsstandards zur interkulturellen Teamentwicklung. Ergebnisse eines Qualitätsmanagement-Projektes in München." *IZA*, 1: 4-7.
- Gaitanides, Stefan (2003). "Interkulturelle Kompetenz als Anforderungsprofil in der Jugend- und Sozialarbeit." *IZA*, 1: 44-50.
- Garrett, P et V Lin (1990). "Ethnic health policy and service development." *The Health of Immigrant Australia: A Social Perspective*, Sydney, Harcourt Brace Jovanovich Publishers: 339-380.
- Gentilini, M., G. Brücker et M. de Montvalon (1986). *La santé des migrants*. Paris: La Documentation française.
- Grenier, Gilles (1984). "The effect of language characteristics on the wages of Hispanic American males." *Journal of Human Resources*, 1: 22-40.
- Grin, François, Jean Rossiaud et Bülent Kaya (2000). *Les langues de l'immigration au travail: vers l'intégration différentielle?* Genève: Université de Genève.
- Grin, François, Jean Rossiaud et Bülent Kaya (2003). "Langues de l'immigration et intégration professionnelle en Suisse", dans Wicker, Hans-Rudolf, Rosita Fibbi et Werner Haug (éd.), *Les migrations et la Suisse: résultats du Programme national de recherche "Migrations et relations interculturelles"*. Zürich: Seismo, p. 404-433.
- Gut-v.Schulthess, Isabel (2003). "Interkulturalität als Ressource für die Unternehmenskultur." *Managed Care*, 3: 25-27.
- Harword, Alan (éd.) (1981). *Ethnicity and Medical Care*. Cambridge: Harvard University Press.
- Herriger, Norbert (2002). *Empowerment in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Hjern, A. et al. (2001). "Is there equity in access to health services for ethnic minorities in Sweden?" *The European Journal of Public Health*, 11 (2): 147-152.
- Interpret' (2002). *Ausbildungsstandards für SprachmittlerInnen und interkulturelle VermittlerInnen im Gesundheits-, Sozial- und Bildungsbereich. Schlussbericht zu Handen des BAG (Bundesamt für Gesundheit)*. Bern.
- Jacobs, Elizabeth A. et al. (2001). "Impact of Interpreter Services on Delivery of Health Care to Limited-English-proficient Patients." *Journal of General Internal Medicine*, 16: 468-474.
- Josipovic, P. (2000). "Recommendations for culturally sensitive nursing care." *International Journal for Nursing Practice*, 6: 146-152.
- Kalpaka, Annita (1998). "Interkulturelle Kompetenz. Kompetentes sozialpädagogisches Handeln in der Einwanderungsgesellschaft." *IZA*, 3(4): 77-80.
- Kardiner, Abram et Ralph Linton (1939). *The Individual and his Society*. New York: Columbia University Press.
- Kleinman, Arthur (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland Between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. Comparative Studies of Health Systems and Medical Care, 3.
- Kuster, Jürg et Guido Cavelti (2003). "Rekrutierung ausländischer Arbeitskräfte: Die Bedeutung ausländer- und asylrechtlicher Bestimmungen", dans Wicker, Hans-Rudolf, Rosita Fibbi et Werner Haug (éd.), *Migration und die Schweiz*. Zürich: Seismo, p. 259-274.
- Kymlicka, Will (1995). *Multicultural Citizenship. A Liberal Theory of Minority Rights*. Oxford: Clarendon Press.
- Labun, Evelyn (1999). "Shared Brokering: The Development of a Nurse / Interpreter Partnership." *Journal of Immigrant Health*, 1, No 4: 215-222.
- Lamnek, Siegfried (1995). *Qualitative Sozialforschung. Band 2 Methoden und Techniken*. Weinheim: Belz.
- Leclerc, Felicia B., Leif Jensen et Ann E. Biddlecom (1994). "Health Care Utilization, Family Context, and Adaptation Among Immigrants to the United States." *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 35, No. 4. pp. 370-384.
- Leenen, Wolf Rainer, Andreas Gross et Harald Grosch (2002). "Interkulturelle Kompetenz in der Sozialen Arbeit", dans Auernheimer,

- Georg (éd.), *Interkulturelle Kompetenz und pädagogisches Handeln*. Opladen: Leske + Budrich, p. 81-102.
- Leiprecht, Rudolf (2002). "Interkulturelle Kompetenz als Schlüsselqualifikation von Arbeitsansätzen in pädagogischen Handlungsfeldern." *IZA. Zeitschrift für Migration und soziale Arbeit*, 3(4): 87-91.
- Lynch, F. R (1994). "Workforce diversity: PC's final frontier?" *National Review*, 46(3): 32-35.
- Macbeth, Helen et Prakash Shetty (éd.) (2001). *Health and ethnicity*. London [etc.]: Taylor & Francis.
- Métraux, Jean-Claude (1995). "Amélioration de l'accès aux "soins" des populations migrantes": "un droit: s'exprimer dans sa propre langue": projet-pilote. Lausanne: Appartenances.
- Nazroo, James Y (2001). *Ethnicity, class and health*. London: Policy Studies Institute.
- Nestmann, Frank (1996). "Psychosoziale Beratung - ein ressourcentheoretischer Entwurf." *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*, 28: 359 - 376.
- Nunez, A.E. (2000). "Transforming cultural competence into cross-cultural efficacy in women's healths education." *Academic Medicine*, 75: 1071-1080.
- Parkin, D. M. (1992). "Studies of cancer in migrant populations: methods and interpretation." *Rev. Epidemiol. Santé Publique*, 40, 410.
- Pearson, M. (1989). "Sociology of race and health." *Ethnic Factors in Health and Disease*, (Edited by Cruishank J. K. and Beevers D. G.): 71-83, Wright, Guilford, Surrey.
- Piguet, Etienne et Stefano Losa (2002). *Travailleurs de l'ombre? Demande de main-d'œuvre du domaine de l'asile et ampleur de l'emploi d'étrangers non déclarés en Suisse*. Zürich: Seismo.
- Pitkin, D. et DW. Peker (2000). "Limited English proficiency and latinos use of physician services." *Medical Care Research and Review*, 57 (1): 76-91.
- Powell, Richard A et Helen M Single (1996). "Focus groups." *International journal for quality in health care*, 8(5): 499-504.
- Purnell, Larry D. (2000). "A description of the purnell model for cultural competence." *Journal of Transcultural Nursing*, 11: 40-46.
- Reerink, Ever (1990). "Defining quality of care: Mission impossible?" *Quality Assurance in Health Care*, 2: 197-202.
- Rex, John (1986). *Race and ethnicity*. Milton Keynes: Open University Press.
- Rothschild, SK (1998). "Cross-cultural Issues in primary care medicine." *Dis Mon*, 44: 239-319.
- Salis Gross, Corina (1997). "Die Arzt-Patienten Interaktion aus der Sicht von MigrantInnen: Vorschläge für die ärztliche Praxis." *Praxis: schweizerische Rundschau für Medizin*, 86(21): 887-894.
- Salman, Ramazan (2001). "Zur Gesundheitsversorgung von MigrantInnen", dans Domenig, Dagmar (éd.), *Professionelle transkulturelle Pflege: Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe*. Bern [etc.]: H. Huber.
- Scholl, Beat E (1998). "Migration und public health: Patienten aus anderen Kulturen erfordern ein komplexes Krankheitsverständnis." *Neue Zürcher Zeitung*, 31.07.98: 8.
- Stotzer, Urszula, Denise Efionayi-Mäder et Philippe Wanner (2006). *Mesure de la satisfaction des patients migrants en milieu hospitalier. Analyse des lacunes existantes et recommandations*. Neuchâtel: Forum Suisse pour l'étude des migrations et de la population.
- Stringer, Ernest T. (1999). *Action research*. Thousand Oaks [etc.]: Sage Publications.
- Taskin, Aydin, Karin Luks et Thomas M Gehring (2002). *Gesundheitsversorgung von Migrant/innen in der Agglomeration Zürich*. Zürich: [s.n.].
- Taylor, Charles (1992). *Multiculturalism and " the Politics of Recognition "*. Princeton: Princeton University Press.
- Thomas, R. R., Jr (1991). *Beyond race and gender: Unleashing the power of your total workforce by managing diversity*. New York: AMACOM.
- Tonnerre, Claude, Alexander Bischoff et Louis Loutan (1997). *Interpréariat en milieu médical: enquête dans les services de médecine interne en Suisse*. Genève: [s.n.]; 5 f.; 4' . -.
- Toscani, Letizia, Louis Loutan et Hans Stalder (2000). "Accès aux soins: le patient d'une autre culture." *Médecine et hygiène*, 58(2316): 1933-1937.
- Uniken Venema, H.P, H.F.L Garretnsen et P.J. van der Maas (1995). "Health of migrants and migrant health policy: the Netherlands as an example." *Social science and medicine*, 41(6): 809-818.
- Van Ryn, M. et J. Burke (2000). "The effect of patient race and socio-economic status on physician's perception of patients." *Social science and medicine*, 50: 813-828.

- Vertovec, Steven (1999). "Multiculturalism, culturalism and public incorporation", dans Vertovec, Steven (éd.), *Migration and social cohesion*. Cheltenham: E. Elgar, p. 222-242.
- Weiss, Regula (2003). *Macht Migration krank? eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten*. Zürich: Seismo.
- Weiss, Regula et Rahel Stuker (1998a). *Interprétariat et médiation culturelle dans le système de soins: rapport de base*. Neuchâtel: Forum suisse pour l'étude des migrations.
- Weiss, Regula et Rahel Stuker (1998b). *Lorsque patients et soignants ne parlent pas la même langue.: patients de langue étrangère: interprétariat et médiation culturelle dans le système des soins*. Bern: Bundesamt für Gesundheit, Dienst Migration.
- WHO, World Health Organization (2003). *Report on Meeting on the migration of skilled health personnel in Pacific island countries*. Manila: (WHO Report Series No: RS/2003/GE/12(FIJ).
- Wicker, Hans-Rudolf et Barbara Katona (1999). *Die Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden in Kanton Bern*. Ein vorläufiger Bericht. Bern: Institut für Ethnologie.
- Wicker, Hans-Rudolf (2001). "Von der Assimilation zur Integration: Konzepte, Diskurse und gesellschaftlicher Wandel", dans Dagmar, Domenig (éd.), *Professionelle Transkulturelle Pflege*. Bern: Hans-Haupt, p. 47-64.
- Wotton, Karen (2000). "Selecting a nursing theory for clinical practice: analysis and critique", dans J., Greewood. (éd.), *Nursing Theory in Australia. Development and Application*. Frenchs Forest, p. 146-178.
- Zielke-Nadkarni, Andrea et Wilfried Schnepf (éd.) (2003). *Pflege in kulturellen Kontext: Positionen Forschungsergebnisse Praxiserfahrungen*. Bern [etc.]: H. Huber.

Annexes

Annexe 1 : document de réflexion destiné aux focus groups

Einführung

Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG) führt das Schweizerische Forum für Migrations- und Bevölkerungsstudien (SFM) eine Untersuchung zu Ressourcen und Potentialen von MigrantInnen durch, die in verschiedenen Pflege-Institutionen der Schweiz arbeiten. Für die Terrain-Arbeit wurden unterschiedlich grosse Spitäler, Pflegeheime oder Rehabilitationskliniken in der Deutsch- wie auch in der Westschweiz ausgesucht. Während in einem ersten Schritt Schlüsselpersonen innerhalb der ausgewählten Institutionen befragt wurden, sollen nun anschliessend Einzelaspekte im Verlauf von Gruppengesprächen vertieft und Fragen gezielt diskutiert werden. Da es sich beim Forschungsauftrag um eine Aktionsforschung handelt, übernimmt die Gruppendiskussion nicht nur die Funktion des Informationsaustauschs, sondern dient als Plattform für neue Impulse, Änderungsvorschläge oder gemeinsame Strategien.

Ausgehend von den Vorabklärungen haben wir vier Achsen definiert, die für die Thematik relevant sind und die dabei helfen sollen, die Diskussion zu strukturieren. Die Achsen beinhalten:

- a) Sensibilisierung** für Ressourcen und Potentiale. Zu diskutieren ist ganz allgemein die Wahrnehmung und Einschätzung der Thematik. Welche Priorität geniessen Ressourcen und Potentiale von Arbeitskräften mit Migrationshintergrund bei den verschiedenen Akteuren, die damit in Berührung kommen? Wie könnte man allenfalls die Heterogenität unter den ArbeitnehmerInnen möglichst produktiv in den Arbeitsprozess einbinden?
- b) Identifizierung.** Welche Ressourcen und Potentiale bringen die Arbeitskräfte mit? Zu diskutieren gälte es vorab den Kenntnisstand der Ressourcen. Werden diese erfasst, und um welche Ressourcen handelt es sich?
- c) Nutzung und Entwicklung** der Ressourcen und Potentiale. Wie werden die Ressourcen und Potentiale eingesetzt oder entwickelt? Oft zitiert wird das Dolmetschen oder Übersetzen. Entspricht der Gebrauch auch den realen Bedürfnissen, und welches sind Vor- oder Nachteile? Zu fragen wäre, ob die einzelnen Tätigkeiten zum Beispiel speziell entgolten oder honoriert werden? Und ob der Einsatz der Ressourcen einer speziellen Logik folgt.

d) Valorisierung der Ressourcen und Potentiale. Gegenstand der Diskussion ist, ob eine Motivation besteht, die Verwendung von Ressourcen und Potentialen in einen grösseren institutionellen Kontext einzubinden. Werden Ressourcen und Potentiale zum Beispiel beim Einstellungsgespräch berücksichtigt oder spielen sie für die Integration von MigrantInnen am Arbeitsplatz eine spezifische Rolle?

Sensibilisierung

Der Gesundheitssektor wird immer wieder als Beispiel angeführt, wenn es darum geht, die Wichtigkeit von ausländischen ArbeitnehmerInnen für das Arbeitsumfeld hervorzuheben. Heute liegt ihr Anteil im Gesundheits- und Sozialwesen bei 21%, was auch darauf zurückzuführen ist, dass in den 90er Jahren von einem eigentlichen „Pflegenotstand“ die Rede war, der den Rückgriff auf ausländische Arbeitskräfte in diesem Sektor unumgänglich machte. Die Wichtigkeit der Arbeitskräfte mit Migrationshintergrund kommt auch dann zum Tragen, wenn es sich bei den PatientInnen ebenfalls um MigrantInnen handelt. Deren Anzahl ist beachtlich, was auf die zunehmende Pluralisierung der Gesellschaft zurückzuführen ist. Viele der MigrantInnen sehen sich einem erschwerten Zugang zum Schweizer Gesundheitssystem ausgesetzt, dazu kommen immer wieder spezifische Stress- und Risikofaktoren sowie gesundheitliche Defizite. Die Zugangsbarrieren für die Klientel der MigrantInnen umfassen zum Beispiel Sprache, Aufenthaltsstatus, prekäre soziale Situation, Vorurteile, Diskriminierung, Lücken im Wissensstand über die Funktionsweise des hiesigen Gesundheitssystems oder auch Misstrauen. Bei der Interaktion mit dem Fachpersonal sind es vor allem gegenseitige Informationsdefizite oder Sprachprobleme, welche die grössten Hürden bilden.

Heute wird von unterschiedlicher Seite eine *Transkulturalisierung* der gesellschaftlichen Kerninstitutionen wie etwa des Gesundheitswesens gefordert. Transkulturalisierung bedeutet zunächst einmal, keine speziellen Massnahmen oder Einrichtungen für die Migrationsbevölkerung zu entwickeln, da sich gezeigt hat, dass Parallelinstitutionen neue Formen des Ausschlusses schaffen. Stattdessen sollen die gesellschaftlichen Kerninstitutionen für die Migrationsbevölkerung geöffnet werden und Zugangsbarrieren abgebaut, um die MigrantInnen auf diese Weise institutionell zu inkorporieren. Mit dem Ziel einer pluralen Gesellschaft sollen sich die gesellschaftlichen Institutionen – wie etwa das Gesundheitswesen – für alle Bevölkerungsgruppen öffnen und einen Rahmen für gesellschaftliche Vielfalt schaffen.

Zu diskutieren wäre in diesem Zusammenhang zum einen, ob und unter welchen Umständen die im Gesundheitswesen beschäftigten MigrantInnen eine besondere Ressource für PatientInnen mit Migrationshintergrund

darstellen könnten. Zum anderen wäre die Frage nach dem Einfluss auf das Management der jeweiligen Institution zu stellen: Wie kann man die Heterogenität der Arbeitskräfte möglichst produktiv in den Arbeitsprozess einbinden – und wie könnte dadurch zum Beispiel der Zugang zum Gesundheitssystem verbessert werden.

Identifizierung der Ressourcen

Die gegenwärtig starke Segregation des ausländischen Arbeitsmarktes spiegelt sich auch im Gesundheitswesen wieder. So gibt es im Kanton Zürich seit kurzem eine starke Zunahme von ausländischen Arbeitskräften mit hoher beruflicher Qualifikation, während die Anzahl der unqualifizierten Arbeitskräfte tendenziell abnimmt. In Abhängigkeit von der Nationalität, dem Qualifikationsniveau und der Art der Berufsausübung lassen sich für die Pflegeinstitutionen sehr schematisch vier Gruppen voneinander unterscheiden: Die erste Gruppe setzt sich aus Arbeitnehmenden aus West- und Nordeuropa zusammen. Sie verfügen über ein hohes Bildungsniveau und arbeiten in qualifizierten Stellen. An zweiter Stelle stehen Inder und Philippinen, die über ein ähnliches Profil verfügen wie die erste Gruppe. Auch sie üben verantwortungsvolle Funktionen aus und arbeiten in qualifizierten Bereichen. An dritter Stelle stehen MigrantInnen aus Italien und dem ehemaligen Jugoslawien. Sie verfügen über ein intermediäres Profil mit sekundärer oder tertiärer Bildung, so dass 4 von 10 von ihnen eine intermediäre Funktion besetzen. Die übrigen lassen sich der Kategorie der nicht-qualifizierten Tätigkeiten im Umfeld von Hausdienst, Reinigung oder Küche zuordnen. In der vierten Gruppe finden sich vor allem Südeuropäer oder Sri Lankis. Viele von ihnen sind nicht qualifiziert oder verfügen lediglich über eine Grundschulausbildung.

Seit einigen Jahren arbeiten auch vermehrt Asylsuchende und vorläufig Aufgenommene in den Küchen oder im Reinigungsdienst von Spitätern. Diese Arbeitskräfte sind manchmal hoch qualifiziert, können jedoch aufgrund aufenthaltsrechtlicher Beschränkungen oder fehlender Anerkennung ihrer Diplome keine Arbeit in ihren angestammten Berufsfeldern finden.

Die Frage, die sich in diesem Zusammenhang aufdrängt, ist diejenige nach zusätzlichen Ressourcen und Potentialen, die sowohl hoch qualifizierte als auch niedrig qualifizierte Arbeitskräfte im Migrationskontext mitbringen. Werden diese Potentiale und Ressourcen berücksichtigt und erfasst (zum Beispiel beim Eintrittsgespräch) und handelt es sich eher um formelle Ressourcen, wie zum Beispiel Diplome; um informelle Ressourcen, wie zum Beispiel Sprachkenntnisse oder Migrationserfahrungen; oder aber um transkulturelle Ressourcen, die Leute mit unterschiedlich kultureller Prägung mitbringen?

Nutzung und Entwicklung von Ressourcen

In Zusammenhang mit der Nutzung und Entwicklung von Ressourcen fällt als Erstes meist das Stichwort « Kommunikation ». Es ist bekannt, dass die Interaktion und Kommunikation zwischen PatientInnen und Fachpersonal eine besonders grosse Hürde darstellen kann, wenn es sich bei den Patienten um MigrantInnen handelt. Verständigungsschwierigkeiten können zu Problemen bei der Anamnese, aber auch zu fehlender Compliance führen. Um dem entgegen zu wirken, werden heute vielerorts Dolmetscher, Übersetzer oder interkulturelle Vermittler eingeschaltet, die als Dritte in die Informationstriage eingeschaltet werden. Damit sollen Informationen zugänglich gemacht, Missverständnisse vermieden und im besten Fall der Heilungsprozess beschleunigt werden. Hier stellt sich die Frage, ob MigrantInnen als Dritte in die Interaktion eingeschaltet respektive welche Erfahrungen damit schon gemacht wurden. Falls ja, findet ein Rückgriff auf interne oder externe ÜbersetzerInnen und DolmetscherInnen statt und bei welchen Gelegenheiten?

Eine Interaktion zwischen der Klientel der MigrantInnen und der Pflegeperson respektive dem Arzt kann auch dadurch erschwert werden, dass unterschiedliche Vorstellungen von Schmerz, Krankheit, Therapie und Heilung aufeinanderprallen. Zentral ist bei der Interaktion, ob diese unterschiedlichen Vorstellungen zur Sprache kommen (können), und ob sie in die Diagnose, Therapie oder Heilung mit einfließen. Werden diese Aspekte in Ihrer Institution beim Gebrauch von Ressourcen berücksichtigt? Oder werden allenfalls sogar Ressourcen und Potentiale in dieser Richtung neu entwickelt und gefördert?

Wissenswert ist weiter, welches die Vor- und Nachteile beim Einsatz von Ressourcen sind und welche Erfahrungswerte bereits bestehen? Existiert zum Beispiel ein Impact auf das Stellenprofil, das Pflichtenheft oder die Aufgabenteilung?

Valorisierung

Eine Frage, die sich in Zusammenhang mit der Valorisierung oft stellt, ist, ob eine Motivation besteht, die Verwendung von Ressourcen und Potentialen in einen grösseren institutionellen Kontext einzubinden. Werden Ressourcen und Potentiale zum Beispiel beim Einstellungsgespräch berücksichtigt oder spielen sie für die Integration von MigrantInnen am Arbeitsplatz eine spezifische Rolle. Finden Tätigkeiten wie Übersetzen oder Dolmetschen Eingang in Pflichtenhefte oder Arbeitsbeschriebe. Und wäre es im Hinblick auf den Einsatz von Ressourcen und Potentialen nicht wichtig, diesen regelmässig zu evaluieren?

Annexe 2: tableaux et figures

Tableau 3: Effectifs de personnes actives dans le secteur « activités hospitalières » selon la catégorie socio-professionnelle et la nationalité – RFP 2000

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	Total	
Suisse	1621	95	73	8202	16558	35369	1036	6155	11742	80851	
dont naturalisés	243	27	12	1592	2386	4048	87	1173	1775	11343	
Europe de l'Ouest	132	3	11	1518	3650	3275	37	205	1213	10044	
Allemagne	98	3	7	1265	1808	2180	16	82	707	6166	
Autriche	7		2	68	227	304	7	26	114	755	
France	13			85	882	461	13	79	221	1754	
Pays-Bas	8		2	59	431	261	1	13	126	901	
Europe du sud	149		7	269	1289	3021	128	4609	3985	13457	
Espagne	18		2	32	150	339	24	921	650	2136	
Italie	42			103	417	874	52	1027	727	3242	
Portugal	19		1	5	107	421	15	1390	911	2869	
Ex-Yougoslavie	67		4	106	594	1367	35	1211	1669	5053	
Europe de l'Est	9			102	107	124	4	12	81	439	
Europe du Nord	11				40	260	188	3	18	112	632
Afrique	12				26	65	106	3	120	146	478
Amérique du Nord	5		1	26	160	68	1	8	41	310	
Amérique latine	2				27	91	100	4	101	97	422
Asie de l'est	1				9	45	30		11	32	128
Asie du sud	12				27	129	276	7	323	541	1315
Sri Lanka	4				2	26	96	4	279	413	824
Inde	4				9	87	146	1	16	99	362
Asie du sud-est					7	130	90		58	90	375
Philippines					2	117	72		13	69	273
Proche-orient	15		2	35	37	144	7	286	375	901	
Turquie	14		2	20	29	129	7	281	351	833	
Océanie			1	6	9	5			6	27	
Ensemble	1969	98	95	10294	22530	42796	1230	11906	18461	109379	
dont étrangers	348	3	22	2092	5972	7427	194	5751	6719	28528	

(1) Dirigeants

(2) Professions Libérales

(3) Autres indépendants

(4) Professions intellectuelles et d'encadrement

(5) Professions intermédiaires

(6) Non manuels qualifiés : employés

(7) Manuels qualifiés : ouvriers

(8) Travailleurs non qualifiés

(9) Personnes actives occupées non attribuables

Tableau 4 : Répartition des personnes actives dans le secteur « activités hospitalières » selon la catégorie socio-professionnelle et la nationalité – RFP 2000

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	Total
Suisse	82.3	96.9	76.8	79.7	73.5	82.6	84.2	51.7	63.6	73.9
dont naturalisés	12.3	27.6	12.6	15.5	10.6	9.5	7.1	9.9	9.6	10.4
Europe de l'Ouest	6.7	3.1	11.6	14.7	16.2	7.7	3.	1.7	6.6	9.2
Allemagne	5.	3.1	7.4	12.3	8.	5.1	1.3	.7	3.8	5.6
Autriche	.4	.	2.1	.7	1.	.7	.6	.2	.6	.7
France	.7	.	.	.8	3.9	1.1	1.1	.7	1.2	1.6
Pays-Bas	.4	.	2.1	.6	1.9	.6	.1	.1	.7	.8
Europe du sud	7.6	.	7.4	2.6	5.7	7.1	10.4	38.7	21.6	12.3
Espagne	.9	.	2.1	.3	.7	.8	2.	7.7	3.5	2.
Italie	2.1	.	.	1.	1.9	2.	4.2	8.6	3.9	3.
Portugal	1.	.	1.1	.	.5	1.	1.2	11.7	4.9	2.6
Ex-Yougoslavie	3.4	.	4.2	1.	2.6	3.2	2.8	10.2	9.	4.6
Europe de l'Est	.5	.	.	1.	.5	.3	.3	.1	.4	.4
Europe du Nord	.6	.	.	.4	1.2	.4	.2	.2	.6	.6
Afrique	.6	.	.	.3	.3	.2	.2	1.	.8	.4
Amérique du Nord	.3	.	1.1	.3	.7	.2	.1	.1	.2	.3
Amérique latine	.1	.	.	.3	.4	.2	.3	.8	.5	.4
Asie de l'est	.1	.	.	.1	.2	.1	.	.1	.2	.1
Asie du sud	.6	.	.	.3	.6	.6	.6	2.7	2.9	1.2
Sri Lanka	.2	.	.	.	.1	.2	.3	2.3	2.2	.8
Inde	.2	.	.	.1	.4	.3	.1	.1	.5	.3
Asie du sud-est	.	.	.	.1	.6	.2	.	.5	.5	.3
Philippines	.	.	.	.	.5	.2	.	.1	.4	.2
Proche-orient	.8	.	2.1	.3	.2	.3	.6	2.4	2.	.8
Turquie	.7	.	2.1	.2	.1	.3	.6	2.4	1.9	.8
Océanie	.	.	1.1	.1	.	.	.	.	.	.
Ensemble	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
dont étrangers	17.7	3.1	23.2	20.3	26.5	17.4	15.8	48.3	36.4	26.1

- (1) Dirigeants
- (2) Professions Libérales
- (3) Autres indépendants
- (4) Professions intellectuelles et d'encadrement
- (5) Professions intermédiaires
- (6) Non manuels qualifiés : employés
- (7) Manuels qualifiés : ouvriers
- (8) Travailleurs non qualifiés
- (9) Personnes actives occupées non attribuables

Tableau 5 : Répartition des personnes étrangères actives dans le secteur « activités hospitalières » selon la catégorie socio-professionnelle et la nationalité – RFP 2000

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	Total	
Europe de l'Ouest	37.9				72.6	61.1	44.1	19.1	3.6	18.1	35.2
Allemagne	28.2				60.5	30.3	29.4	8.2	1.4	10.5	21.6
Autriche	2.				3.3	3.8	4.1	3.6	.5	1.7	2.6
France	3.7				4.1	14.8	6.2	6.7	1.4	3.3	6.1
Pays-Bas	2.3				2.8	7.2	3.5	.5	.2	1.9	3.2
Europe du sud	42.8				12.9	21.6	40.7	66.	80.1	59.3	47.2
Espagne	5.2				1.5	2.5	4.6	12.4	16.	9.7	7.5
Italie	12.1				4.9	7.	11.8	26.8	17.9	10.8	11.4
Portugal	5.5				.2	1.8	5.7	7.7	24.2	13.6	10.1
Ex-Yougoslavie	19.3				5.1	9.9	18.4	18.	21.1	24.8	17.7
Europe de l'Est	2.6				4.9	1.8	1.7	2.1	.2	1.2	1.5
Europe du Nord	3.2				1.9	4.4	2.5	1.5	.3	1.7	2.2
Afrique	3.4				1.2	1.1	1.4	1.5	2.1	2.2	1.7
Amérique du Nord	1.4				1.2	2.7	.9	.5	.1	.6	1.1
Amérique latine	.6				1.3	1.5	1.3	2.1	1.8	1.4	1.5
Asie de l'est	.3				.4	.8	.4	.	.2	.5	.4
Asie du sud	3.4				1.3	2.2	3.7	3.6	5.6	8.1	4.6
Sri Lanka	1.1				.1	.4	1.3	2.1	4.9	6.1	2.9
Inde	1.1				.4	1.5	2.	.5	.3	1.5	1.3
Asie du sud-est	.				.3	2.2	1.2	.	1.	1.3	1.3
Philippines	.				.1	2.	1.	.	.2	1.	1.
Proche-orient	4.3				1.7	.6	1.9	3.6	5.	5.6	3.2
Turquie	4.				.1	.5	1.7	3.6	4.9	5.2	2.9
Océanie	.				.3	.2	.1	.	.	.1	.1
	100				100	100	100	100	100	100	100

- (1) Dirigeants
- (2) Professions Libérales
- (3) Autres indépendants
- (4) Professions intellectuelles et d'encadrement
- (5) Professions intermédiaires
- (6) Non manuels qualifiés : employés
- (7) Manuels qualifiés : ouvriers
- (8) Travailleurs non qualifiés
- (9) Personnes actives occupées non attribuables

Tableau 6 : Répartition par sexe des personnes actives dans le secteur hospitalier, selon la catégorie socio-professionnelle et la nationalité – RFP 2000

	Hommes	Femmes	Total	N
Dirigeant(e)s, professions libérales, autres indépendant(e)s (CSP 1,2 et 3)				
Suisses	53.5	46.5	100	1507
Naturalisé(e)s	51.4	48.6	100	282
Europe de l'Ouest et du Nord	43.9	56.1	100	157
Autres étrangères/étrangers	29.2	70.8	100	216
Professions intellectuelles et d'encadrement				
Suisses	63.0	37.0	100	6610
Naturalisé(e)s	55.8	44.2	100	1592
Europe de l'Ouest et du Nord	59.4	40.6	100	1558
Autres étrangères/étrangers	61.0	39.0	100	534
Professions intermédiaires				
Suisses	22.5	77.5	100	14172
Naturalisé(e)s	20.8	79.2	100	2386
Europe de l'Ouest et du Nord	27.8	72.2	100	3910
Autres étrangères/étrangers	35.7	64.3	100	2062
Non-manuel(le)s qualifié(e)s : employé(e)s				
Suisses	10.3	89.7	100	31321
Naturalisé(e)s	12.7	87.3	100	4048
Europe de l'Ouest et du Nord	19.9	80.1	100	3463
Autres étrangères/étrangers	24.8	75.2	100	3964
Manuel(le)s qualifié(e)s : Ouvrier(e)s				
Suisses	80.7	19.3	100	949
Naturalisé(e)s	(72.4)	(27.6)	100	87
Europe de l'Ouest et du Nord	(87.5)	(12.5)	100	40
Autres étrangères/étrangers	76.6	23.4	100	154
Travailleuses / travailleurs non qualifié(e)s				
Suisses	14.0	86.0	100	4982
Naturalisé(e)s	15.1	84.9	100	1173
Europe de l'Ouest et du Nord	26.9	73.1	100	223
Autres étrangères/étrangers	24.9	75.1	100	5528
Personnes actives occupées non-attribuables				
Suisses	20.0	80.0	100	9967
Naturalisé(e)s	22.1	77.9	100	1775
Europe de l'Ouest et du Nord	30.0	70.0	100	1325
Autres étrangères/étrangers	27.0	73.0	100	5394
Ensemble	23.6	76.4	100	109379

Tableau 7 : Nombre de personnes actives dans le secteur « activités hospitalières » selon le permis de résidence – RFP 2000

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	Total
Suisses	1621	95	73	8193	16551	35343	1036	6154	11732	80798
Permis C	246	1	17	906	3903	5129	168	4725	4671	19766
Permis B	91	2	4	1072	1722	1846	26	863	1711	7337
Permis A				1	5	8		8	11	33
Permis N				4	3	12		37	37	93
Permis F	2			1	12	32		75	102	224
Permis L	8		1	111	328	425		41	184	1098
DFAE	1			2	2			6	11	11
Autres				4	4	1		3	7	19
	1969	98	95	10294	22530	42796	1230	11906	18461	109379

(1) Dirigeants

(2) Professions Libérales

(3) Autres indépendants

(4) Professions intellectuelles et d'encadrement

(5) Professions intermédiaires

(6) Non manuels qualifiés : employés

(7) Manuels qualifiés : ouvriers

(8) Travailleurs non qualifiés

(9) Personnes actives occupées non attribuables

Tableau 8 : Répartition des personnes actives étrangères dans le secteur « activités hospitalières » selon le permis de résidence – RFP 2000

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	Total
Permis C	70.7			43.1	65.3	68.8	86.6	82.1	69.4	69.2
Permis B	26.1			51.0	28.8	24.8	13.4	15.0	25.4	25.7
Permis A	.			0.0	0.1	0.1	.	0.1	0.2	0.1
Permis N	.			0.2	0.1	0.2	.	0.6	0.5	0.3
Permis F	0.6			0.0	0.2	0.4	.	1.3	1.5	0.8
Permis L	2.3			5.3	5.5	5.7	.	0.7	2.7	3.8
DFAE	0.3			0.1	0.0	.	.	.	0.1	0.0
Autres	.			0.2	0.1	0.0	.	0.1	0.1	0.1
	100	.	.	100						

(1) Dirigeants

(2) Professions Libérales

(3) Autres indépendants

(4) Professions intellectuelles et d'encadrement

(5) Professions intermédiaires

(6) Non manuels qualifiés : employés

(7) Manuels qualifiés : ouvriers

(8) Travailleurs non qualifiés

(9) Personnes actives occupées non attribuables

Tableau 9 : Effectifs de personnes actives dans le secteur « activités hospitalières » selon la profession (code NOGA à trois chiffres) et la nationalité – RFP 2000

Profession exercée (code NOGA)	Nationalité																		Total
	Suisse / Liechtenstein	Italie	Ex-Yugoslavie	Espagne	Turquie	Portugal	Sri-Lanka	Inde	Philippines	Europe de l'ouest et du nord	Autres pays	Afrique	Non-connu						
Auxiliaires soignants	31421	873	1488	385	139	451	66	213	170	5210	113	138	590	41255					
Sans indications	11816	884	1798	805	401	1079	456	107	71	1408	109	180	331	19445					
Professions de la médecine humaine et de la pharmacie	7849	99	112	28	16	8	1	4	1	1259	21	32	160	9590					
Professions de la thérapeutique et de la technique médicale	6186	131	122	20	6	17	5	11	7	1282	22	9	94	7912					
Professions commerciales et administratives	6959	170	45	55	8	27	3	3	0	225	13	5	29	7542					
Professions de la restauration et de l'hôtellerie	3376	238	451	197	87	418	184	5	10	242	29	47	77	5361					
Professions du nettoyage et de l'entretien	833	321	351	287	78	311	42	2	2	27	15	19	53	2341					
Entrepreneurs, directeurs et fonctionnaires supérieurs	2006	30	27	8	1	9	1	3	2	225	2	2	16	2332					
Professions de l'économie domestique	908	157	320	203	40	406	36	3	3	44	11	22	47	2200					
Professions que l'on ne peut pas apprendre	1474	32	51	15	15	15	7	3	1	70	5	3	16	1707					
Professions de l'assistance sociale et de l'éducation	1142	23	10	5	3	9	1	0	1	98	2	2	8	1304					

Tableau 10 : Répartition de personnes actives dans le secteur « activités hospitalières » selon la profession (code NOGA à trois chiffres) et la nationalité – Données du RF 2000

Profession exercée (code NOGA)	Nationalité																		Total
	Suisse / Liechtenstein	Italie	Ex-Yugoslavie	Espagne	Turquie	Portugal	Sri-Lanka	Inde	Philippines	Europe de l'ouest et du nord	Autres pays	Afrique	Non-connu						
Auxiliaires soignants	76.2	2.1	3.6	0.9	0.3	1.1	0.2	0.5	0.4	12.6	0.3	0.3	1.4	100.0					
Sans indications	60.8	4.5	9.2	4.1	2.1	5.5	2.3	0.6	0.4	7.2	0.6	0.9	1.7	100.0					
Professions de la médecine humaine et de la pharmacie	81.8	1.0	1.2	0.3	0.2	0.1	0.0	0.0	0.0	13.1	0.2	0.3	1.7	100.0					
Professions de la thérapeutique et de la technique médicale	78.2	1.7	1.5	0.3	0.1	0.2	0.1	0.1	0.1	16.2	0.3	0.1	1.2	100.0					
Professions commerciales et administratives	92.3	2.3	0.6	0.7	0.1	0.4	0.0	0.0	0.0	3.0	0.2	0.1	0.4	100.0					
Professions de la restauration et de l'hôtellerie	63.0	4.4	8.4	3.7	1.6	7.8	3.4	0.1	0.2	4.5	0.5	0.9	1.4	100.0					
Professions du nettoyage et de l'entretien	35.6	13.7	15.0	12.3	3.3	13.3	1.8	0.1	0.1	1.2	0.6	0.8	2.3	100.0					
Entrepreneurs, directeurs et fonctionnaires supérieurs	86.0	1.3	1.2	0.3	0.0	0.4	0.0	0.1	0.1	9.6	0.1	0.1	0.7	100.0					
Professions de l'économie domestique	41.3	7.1	14.5	9.2	1.8	18.5	1.6	0.1	0.1	2.0	0.5	1.0	2.1	100.0					
Professions que l'on ne peut pas apprendre	86.4	1.9	3.0	0.9	0.9	0.9	0.4	0.2	0.1	4.1	0.3	0.2	0.9	100.0					
Professions de l'assistance sociale et de l'éducation	87.6	1.8	0.8	0.4	0.2	0.7	0.1	0.0	0.1	7.5	0.2	0.2	0.6	100.0					

Tableau 11 : Effectifs de personnes actives dans le secteur « activités hospitalières » selon la nationalité, par canton – Données du RF 2000

Canton	Suisse / Liechtenstein	Italie	Ex-Yugoslavie	Espagne	Turquie	Portugal	Sri-Lanka	Inde	Philippines	Europe de l'ouest et du nord	Autres pays	Afrique	Non-connu	Total
Zürich	16,491	482	1,470	306	220	538	273	125	170	2,642	166	84	390	23,557
Bern	14,672	308	453	468	76	272	131	19	18	1,107	47	43	160	17,774
Luzern	3,816	51	267	72	9	130	30	11	7	379	2	3	16	4,793
Uri	340	12	22	1	4	3	1	0	3	37	0	0	1	424
Schwyz	782	14	67	3	6	12	4	0	0	149	2	2	15	1,062
Obwalden	257	0	16	2	4	4	1	0	0	27	1	0	2	314
Nidwalden	245	1	15	0	0	18	0	0	0	22	0	0	0	301
Glarus	370	28	9	13	4	11	1	0	1	71	0	0	2	510
Zug	943	36	61	25	10	34	21	0	0	99	2	2	12	1,245
Fribourg	1,504	29	44	31	12	77	5	2	5	178	4	13	38	1,942
Solothurn	2,495	60	141	23	47	26	37	10	4	173	2	2	15	3,035
Basel-Stadt	3,972	235	191	278	112	92	29	45	6	511	19	23	72	5,585
Basel-Landschaft	2,324	133	104	50	74	78	24	39	7	283	2	10	25	3,153
Schaffhausen	839	19	51	16	6	15	18	18	0	120	4	2	8	1,116
Appenzell A. Rh.	1,005	20	128	11	10	15	2	0	6	134	4	2	16	1,353
Appenzell I. Rh.	134	12	18	2	3	0	0	8	1	8	0	0	0	187
St. Gallen	4,782	150	422	59	54	56	51	7	5	677	18	6	50	6,337
Graubünden	2,590	97	186	57	7	107	46	8	2	508	2	2	25	3,637
Aargau	5,782	158	384	64	63	70	59	23	15	731	22	7	77	7,456
Thurgau	2,159	78	178	36	39	67	17	4	7	381	5	3	24	2,998
Ticino	2,817	657	315	38	35	90	6	34	10	134	11	5	46	4,198
Vaud	5,415	304	198	257	6	517	50	1	2	1,043	24	151	313	8,281
Valais	2,152	91	93	47	6	102	2	3	2	246	1	12	37	2,794
Neuchâtel	1,578	69	42	47	16	234	7	0	0	362	8	29	54	2,446
Genève	1,861	163	48	209	7	294	1	0	2	281	11	69	118	3,064
Jura	952	28	11	19	1	13	0	0	0	138	1	5	16	1,184
Total	80,277	3,236	4,934	2,134	831	2,869	824	361	273	10,641	358	475	1,533	108,746

Tableau 12 : Répartition des personnes travaillant dans le secteur « activités hospitalières » selon la nationalité, par canton – Données du RF 2000

Canton	Suisse / Liechtenstein	Italie	Ex-Yugoslavie	Espagne	Turquie	Portugal	Sri-Lanka	Inde	Philippines	Europe de l'ouest et du nord	Autres pays	Afrique	Non-connu	Total
Zürich	70.0	2.0	6.2	1.3	0.9	2.3	1.2	0.5	0.7	12.1	0.7	0.4	1.7	100
Bern	82.5	1.7	2.5	2.6	0.4	1.5	0.7	0.1	0.1	6.2	0.3	0.2	0.9	100
Luzern	79.6	1.1	5.6	1.5	0.2	2.7	0.6	0.2	0.1	7.9	0.0	0.1	0.3	100
Uri	80.2	2.8	5.2	0.2	0.9	0.7	0.2	0.0	0.7	8.7	0.0	0.0	0.2	100
Schwyz	73.6	1.3	6.3	0.3	0.6	0.6	1.1	0.4	0.0	14.0	0.2	0.2	1.4	100
Obwalden	81.8	0.0	5.1	0.6	1.3	1.3	0.3	0.0	0.0	8.6	0.3	0.0	0.6	100
Nidwalden	81.4	0.3	5.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	7.3	0.0	0.0	0.0	100
Glarus	72.5	5.5	1.8	2.5	0.8	2.2	0.2	0.0	0.2	13.9	0.0	0.0	0.4	100
Zug	75.7	2.9	4.9	2.0	0.8	2.7	1.7	0.0	0.0	8.0	0.2	0.2	1.0	100
Fribourg	77.4	1.5	2.3	1.6	0.6	4.0	0.3	0.1	0.3	9.2	0.2	0.7	2.0	100
Solothurn	82.2	2.0	4.6	0.8	1.5	0.9	1.2	0.3	0.1	5.7	0.1	0.1	0.5	100
Basel-Stadt	71.1	4.2	3.4	5.0	2.0	1.6	0.5	0.8	0.1	9.1	0.3	0.4	1.3	100
Basel-Landschaft	73.7	4.2	3.3	1.6	2.3	2.5	0.8	1.2	0.2	9.0	0.1	0.3	0.8	100
Schaffhausen	75.2	1.7	4.6	1.4	0.5	1.3	1.6	1.6	0.0	10.8	0.4	0.2	0.7	100
Appenzell A. Rh.	74.3	1.5	9.5	0.8	0.7	1.1	0.1	0.0	0.4	9.9	0.3	0.1	1.2	100
Appenzell I. Rh.	71.7	6.4	9.6	1.1	1.6	0.0	0.0	4.3	0.5	4.3	0.0	0.0		

Tableau 13 : Langue parlée au travail, selon la nationalité (effectifs) –
Données du RF 2000

	Pas de réponse	Une langue nationale	Langue nat. + anglais	Langue nat. + autre	Langue nat. + anglais + autre	Anglais	Autre langue	Anglais + autre langue	Total
Suisse/Lichtenstein	3522	60246	14219	1267	1579	9	9	0	80851
Italie	166	2774	191	77	32	1	1	0	3242
Ex-Yougoslavie	389	3708	92	650	75	0	27	0	4941
Espagne	193	1175	31	641	37	1	58	0	2136
Turquie	69	598	11	124	12	1	18	0	833
Portugal	258	1836	36	633	32	0	73	1	2869
Sri-Lanka	86	491	106	76	45	3	14	3	824
Inde	31	212	78	11	25	4	0	1	362
Philippines	30	149	59	7	23	3	1	1	273
Europe de l'Ouest et du Nord	509	7626	1815	273	432	19	2	0	10676
Autres pays d'Asie	25	225	53	23	14	16	2	1	359
Afrique	51	328	53	31	12	2	1	0	478
Non connue	103	1033	156	154	59	20	8	2	1535
	5432	80401	16900	3967	2377	79	214	9	109379

Tableau 15: Langue parlée au travail, selon la nationalité (%) – Auxiliaires soignants - Données du RF 2000

	Pas de réponse	Une langue nationale	Langue nat. + anglais	Langue nat. + autre	Langue nat. + anglais + autre	Anglais	Autre langue	Total	N
Suisse/Lichtenstein	3,6	79,1	14,1	1,7	1,6	0,0	0,0	100	31,421
Italie	3,1	88,3	4,9	2,9	0,8	0,0	0,0	100	873
Ex-Yougoslavie	4,2	77,8	2,8	12,6	2,4	0,0	0,1	100	1,488
Espagne	5,2	60,5	1,0	28,3	4,7	0,0	0,3	100	385
Turquie	2,2	75,5	1,4	18,0	1,4	0,0	1,4	100	139
Portugal	3,3	73,4	2,2	17,7	3,1	0,0	0,2	100	451
Sri-Lanka	1,5	69,7	13,6	9,1	6,1	0,0	0,0	100	66
Inde	5,6	62,4	20,7	4,2	6,6	0,5	0,0	100	213
Philippines	10,6	57,1	18,2	1,2	11,2	1,2	0,6	100	170
Europe de l'ouest et du nord	4,2	77,5	12,5	2,4	3,3	0,0	0,0	100	5,210
Autres pays d'Asie	1,8	77,0	14,2	2,7	4,4	0,0	0,0	100	113
Afrique	5,1	74,3	12,5	6,6	1,5	0,0	0,0	100	136
Non connue	3,6	77,3	8,6	7,3	2,9	0,0	0,3	100	590
Ensemble	3,7	78,5	12,9	2,8	2,0	0,0	0,0	100	41,255

Tableau 14: Langue parlée au travail, selon la nationalité (%) – Données du RF 2000

	Pas de réponse	Une langue nationale	Langue nat. + anglais	Langue nat. + autre	Langue nat. + anglais + autre	Anglais	Autre langue	Anglais + autre langue	Total
Suisse/Lichtenstein	4,4	74,5	17,6	1,6	2,0	0,0	0,0	0,0	100
Italie	5,1	85,6	5,9	2,4	1,0	0,0	0,0	0,0	100
Ex-Yougoslavie	7,9	75,0	1,9	13,2	1,5	0,0	0,5	0,0	100
Espagne	9,0	55,0	1,5	30,0	1,7	0,0	2,7	0,0	100
Turquie	8,3	71,8	1,3	14,9	1,4	0,1	2,2	0,0	100
Portugal	9,0	64,0	1,3	22,1	1,1	0,0	2,5	0,0	100
Sri-Lanka	10,4	59,6	12,9	9,2	5,5	0,4	1,7	0,4	100
Inde	8,6	58,6	21,5	3,0	6,9	1,1	0,0	0,3	100
Philippines	11,0	54,6	21,6	2,6	8,4	1,1	0,4	0,4	100
Europe de l'Ouest et du Nord	4,8	71,4	17,0	2,6	4,0	0,2	0,0	0,0	100
Autres pays d'Asie	7,0	62,7	14,8	6,4	3,9	4,5	0,6	0,3	100
Afrique	10,7	68,6	11,1	6,5	2,5	0,4	0,2	0,0	100
Non connue	6,7	67,3	10,2	10,0	3,8	1,3	0,5	0,1	100
	5,0	73,5	15,5	3,6	2,2	0,1	0,2	0,0	100

Tableau 16: Langue parlée au travail, selon la nationalité (%) – Professions de la médecine humaine et de la pharmacie - Données du RF 2000

	Pas de réponse	Une langue nationale	Langue nat. + anglais	Langue nat. + autre	Langue nat. + anglais + autre	Anglais	Autre langue	Total	N
Suisse/Lichtenstein	1,7	52,2	40,1	1,1	4,9	0,0	0,0	100	7,849
Italie	0,0	69,7	28,3	0,0	1,0	1,0	0,0	100	99
Ex-Yougoslavie	4,5	66,1	9,8	11,6	8,0	0,0	0,0	100	112
Espagne	(3,6)	(53,6)	(28,6)	(10,7)	(.)	(.)	(3,6)	100	28
Turquie	(.)	(37,5)	(25,)	(6,3)	(25)	(6,3)	(.)	100	16
Portugal	(.)	(62,5)	(12,5)	(12,5)	(12,5)	(.)	(.)	100	8
Sri-Lanka	(.)	(100,)	(.)	(.)	(.)	(.)	(.)	100	1
Inde	(.)	(50,)	(50,)	(.)	(.)	(.)	(.)	100	4
Philippines	(.)	(.)	(100,)	(.)	(.)	(.)	(.)	100	1
Europe de l'ouest et du nord	2,4	60,3	32,5	1,0	3,8	0,0	0,0	100	1,259
Autres pays d'Asie	(.)	(57,1)	(33,3)	(4,8)	(4,8)	(.)	(.)	100	21
Afrique	(6,3)	(65,6)	(21,9)	(3,1)	(.)	(3,1)	(.)	100	32
Non connue	3,8	62,5	17,5	6,3	7,5	1,9	0,6	100	160
Ensemble	1,9	53,8	38,1	1,3	4,8	0,1	0,0	100	9,590

Tableau 17: Langue principale et langue parlée au travail - Données du RF 2000

Langue principale	Langue pratiquée sur le lieu de travail					Total	Personnes ayant la nationalité suisse
	Sans indications	Seulement langue nationale	Anglais	Autre langue	Autre langue + anglais		
Allemand	3144	53789	14052	1353	1632	73970	62833
Français	1199	13435	1581	389	213	16817	12586
Italien	236	4634	316	132	27	5345	2852
Serbe, croate	163	2116	47	408	35	2769	320
Espagnol	161	1207	30	687	30	2115	260
Portugais	169	1237	23	607	25	2061	111
Langues indo-aryennes et dravidiennes	72	524	129	88	51	864	47
Néerlandais	23	384	148	112	174	841	90
Anglais	45	347	317	7	32	748	328
Turc	37	399	9	85	5	535	67
Langues d'Asie de l'Est	28	332	100	39	29	528	244
Albanais	37	365	8	60	2	472	30
Romanche	15	385	40	10	3	453	434
Finnois	5	163	29	24	31	252	82
Langues d'Asie de l'Ouest	21	131	16	26	8	202	47
Suédois	7	90	27	14	23	161	57
Polonais	7	105	19	17	6	154	81
Arabe	17	102	9	15	7	150	62
Grec	4	94	8	18	4	128	30
Hongrois	2	97	5	16	4	124	54
Tchèque	1	84	8	10	5	108	58
Langues africaines	11	65	16	4	3	99	21
Macédonien (2)	8	63	1	22	3	97	14
Roumain	3	54	7	11	4	79	12
Russe	7	38	10	5	6	66	8
Slovène	4	42	5	8	6	65	14
Slovaque	0	34	3	4	2	43	16
Danois	1	26	7	0	4	38	14
Bulgare	2	23	2	1	2	30	1
Norvégien	0	17	3	1	6	27	11
Autres indications de langue	3	9	1	7	2	22	11
Autres langues d'Europe de l'Ouest	0	4	1	0	1	6	1
Autres langues d'Europe de l'Est	0	3	2	1	0	6	2
Autres langues slaves	0	3	0	0	0	3	0
Autres langues d'Europe du Nord	0	0	0	0	1	1	0
Total	5432	80401	16979	4181	2386	109379	80798

Tableau 18 : Langue principale et langue parlée au travail (%) - Données du RF 2000

Langue principale	Langue principale, en % du total des actifs	Proportion de suisses	Langue parlée sur le lieu de travail		
			Aucune autre langue	Anglais	Au moins une autre langue que l'anglais
Allemand	67.6	84.9	72.7	19.0	4.0
Français	15.4	74.8	79.9	9.4	3.6
Italien	4.9	53.4	86.7	5.9	3.0
Serbe, croate	2.5	11.6	76.4	1.7	16.0
Espagnol	1.9	12.3	57.1	1.4	33.9
Portugais	1.9	5.4	60.0	1.1	30.7
Langues indo-aryennes et dravidiennes	0.8	5.4	60.6	14.9	16.1
Néerlandais	0.8	10.7	45.7	17.6	34.0
Anglais	0.7	43.9	46.4	42.4	5.2
Turc	0.5	12.5	74.6	1.7	16.8
Langues d'Asie de l'Est	0.5	46.2	62.9	18.9	12.9
Albanais	0.4	6.4	77.3	1.7	13.1
Romanche	0.4	95.8	85.0	8.8	2.9
Finnois	0.2	32.5	64.7	11.5	21.8
Langues d'Asie de l'Ouest	0.2	23.3	64.9	7.9	16.8
Suédois	0.1	35.4	55.9	16.8	23.0
Polonais	0.1	52.6	68.2	12.3	14.9
Arabe	0.1	41.3	68.0	6.0	14.7
Grec	0.1	23.4	73.4	6.3	17.2
Hongrois	0.1	43.5	78.2	4.0	16.1
Tchèque	0.1	53.7	77.8	7.4	13.9
Langues africaines	0.1	21.2	65.7	16.2	7.1
Macédonien (2)	0.1	14.4	64.9	1.0	25.8
Roumain	0.1	15.2	68.4	8.9	19.0
Russe	0.1	12.1	57.6	15.2	16.7
Slovène	0.1	21.5	64.6	7.7	21.5
Slovaque	0.0	37.2	79.1	7.0	14.0
Danois	0.0	36.8	68.4	18.4	10.5
Bulgare	0.0	3.3	76.7	6.7	10.0
Norvégien	0.0	40.7	63.0	11.1	25.9
Autres indications de langue	0.0	50.0	40.9	4.5	40.9
Autres langues d'Europe de l'Ouest	0.0	16.7	66.7	16.7	16.7
Autres langues d'Europe de l'Est	0.0	33.3	50.0	33.3	16.7
Autres langues slaves	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0
Autres langues d'Europe du Nord	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0
Total			73.5	15.5	6.0

Tableau 19: Niveau de formation des actifs du secteur hospitalier, selon la nationalité (effectifs) - Données du RF 2000

Nationalité	Niveau de formation				Total
	Sans indication	Primaire	Secondaire	Tertiaire	
Suisse/Lichtenstein	981	10603	40609	17315	69508
Suisses naturalisés	288	2059	4995	4001	11343
Italie	188	1583	1020	451	3242
Ex-Yougoslavie	456	2148	1618	719	4941
Espagne	187	1430	380	139	2136
Turquie	107	538	135	53	833
Portugal	355	2091	336	87	2869
Sri-Lanka	162	529	85	48	824
Inde	27	62	153	120	362
Philippines	14	45	72	142	273
Europe de l'Ouest et du Nord	288	717	4216	5455	10676
Autres pays d'Asie	24	111	86	138	359
Afrique	78	195	103	102	478
Autre/NC	95	305	426	709	1535
Total	3250	22416	54234	29479	109379

Tableau 21 : Répartition des actives et actifs du secteur hospitalier selon la nationalité et le niveau de formation – Données du RF 2000

	Niveau de formation				Total	N
	Inconnu	Primaire	Secondaire	Tertiaire		
Femmes						
Suisses	1.5	17.1	62.8	18.6	100	54675
Naturalisées	2.7	20.1	48.4	28.7	100	8668
Europe de l'Ouest et du Nord	3.0	7.7	43.4	45.9	100	7412
Autres étrangères	9.7	53.0	24.7	12.6	100	12790
Hommes						
Suisses	1.2	8.4	42.1	48.3	100	14833
Naturalisées	2.1	11.7	29.8	56.4	100	2675
Europe de l'Ouest et du Nord	2.1	4.5	30.5	62.9	100	3264
Autres étrangers	9.0	44.7	24.7	21.6	100	5062
Ensemble	3.0	20.5	49.6	27.0	100	109379

Tableau 20: Niveau de formation des actifs du secteur hospitalier, selon la nationalité (%) - Données du RF 2000

Nationalité	Niveau de formation				Total
	Sans indication	Primaire	Secondaire	Tertiaire	
Suisse/Lichtenstein	1.4	15.3	58.4	24.9	100.0
Suisses naturalisés	2.5	18.2	44.0	35.3	100.0
Italie	5.8	48.8	31.5	13.9	100.0
Ex-Yougoslavie	9.2	43.5	32.7	14.6	100.0
Espagne	8.8	66.9	17.8	6.5	100.0
Turquie	12.8	64.6	16.2	6.4	100.0
Portugal	12.4	72.9	11.7	3.0	100.0
Sri-Lanka	19.7	64.2	10.3	5.8	100.0
Inde	7.5	17.1	42.3	33.1	100.0
Philippines	5.1	16.5	26.4	52.0	100.0
Europe de l'Ouest et du Nord	2.7	6.7	39.5	51.1	100.0
Autres pays d'Asie	6.7	30.9	24.0	38.4	100.0
Afrique	16.3	40.8	21.5	21.3	100.0
Autre/NC	6.2	19.9	27.8	46.2	100.0
Total	3.0	20.5	49.6	27.0	100.0

Tableau 22 : Répartition des actifs du secteur hospitalier selon la nationalité et le niveau de formation, par catégorie socio-professionnelle – Données du RF 2000

	Niveau de formation				Total	N
	Inconnu	Primaire	Secondaire	Tertiaire		
Dirigeants, professions libérales, autres indépendants (CSP 1,2 et 3)						
Suisses	0.7	3.8	34.7	60.8	100	1507
Naturalisés	1.1	5.3	19.1	74.5	100	282
Europe de l'Ouest et du Nord	1.9	4.5	34.4	59.2	100	157
Autres étrangers	6.5	43.1	25.5	25.0	100	216
Professions intellectuelles et d'encadrement						
Suisses	0.2	0.1	4.8	94.9	100	6610
Naturalisés	0.1	0.0	1.6	98.2	100	1592
Europe de l'Ouest et du Nord	0.3	0.1	1.0	98.7	100	1558
Autres étrangers	0.7	0.7	1.5	97.0	100	534
Professions intermédiaires						
Suisses	0.2	2.5	38.0	59.3	100	14172
Naturalisés	0.5	2.6	24.0	72.9	100	2386
Europe de l'Ouest et du Nord	0.6	1.3	15.1	83.0	100	3910
Autres étrangers	1.2	5.1	12.4	81.3	100	2062
Non-manuels qualifiés : employés						
Suisses	1.3	8.3	90.5	0.0	100	31321
Naturalisés	2.5	8.0	89.4	0.0	100	4048
Europe de l'Ouest et du Nord	3.5	9.0	87.5	0.0	100	3463
Autres étrangers	12.7	10.3	77.0	0.0	100	3964
Manuels qualifiés : Ouvriers						
Suisses	2.0	2.0	96.0	0.0	100	949
Naturalisés	(4.6)	(3.4)	(92.0)	(0.0)	100	87
Europe de l'Ouest et du Nord	(0.0)	(0.0)	(100.0)	(0.0)	100	40
Autres étrangers	7.1	14.9	77.9	0.0	100	154
Travailleurs non qualifiés						
Suisses	0.5	99.5	0.0	0.0	100	4982
Naturalisés	1.2	98.8	0.0	0.0	100	1173
Europe de l'Ouest et du Nord	7.2	92.8	0.0	0.0	100	223
Autres étrangers	1.3	98.7	0.0	0.0	100	5528
Personnes actives occupées non-attribuables						
Suisses	4.9	26.3	51.5	17.2	100	9967
Naturalisés	8.5	27.9	36.2	27.5	100	1775
Europe de l'Ouest et du Nord	9.0	10.6	36.6	43.8	100	1325
Autres étrangers	19.7	54.6	17.1	8.5	100	5394
Ensemble	3.0	20.5	49.6	27.0	100	109379

Figures

Figure 1 : Répartition par nationalité des auxiliaires soignants

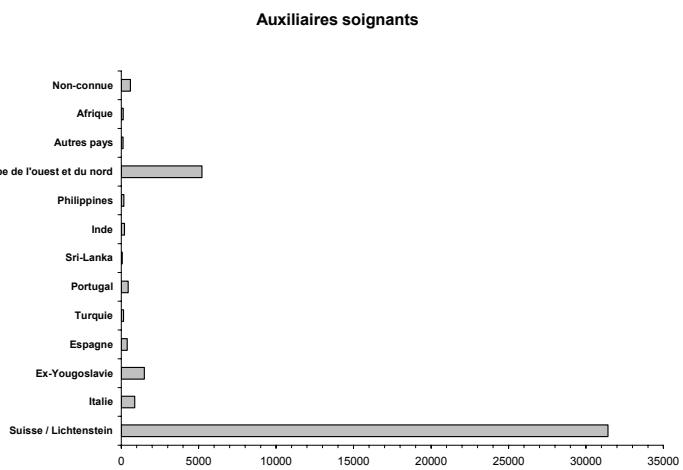


Figure 2 : Répartition par nationalité des professions de la médecine humaine et de la pharmacie



Figure 3 : Répartition par nationalité des personnes classées parmi les professions de la thérapeutique et de la technique médicale

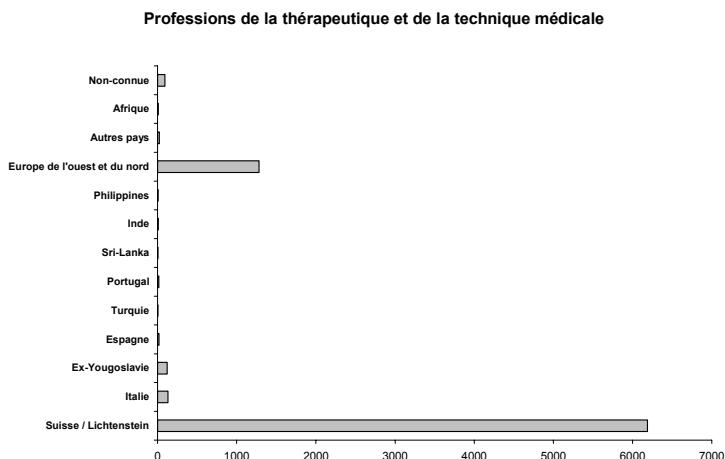


Figure 5 : Répartition par nationalité des personnes classées parmi les professions de la restauration et de l'hôtellerie

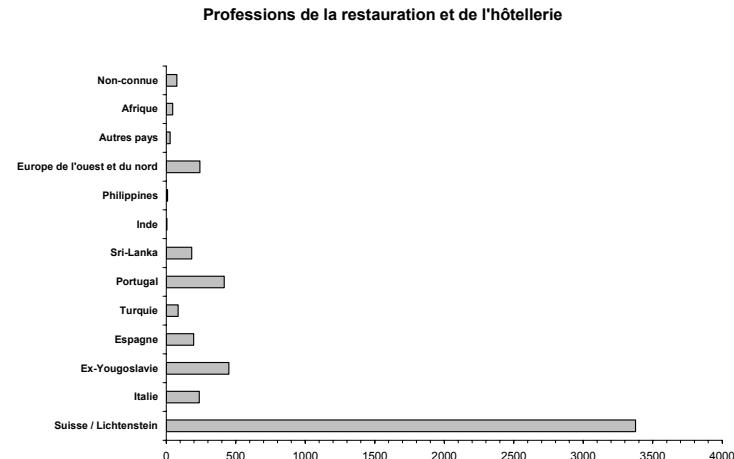


Figure 4 : Répartition par nationalité des personnes classées parmi les professions commerciales et administratives

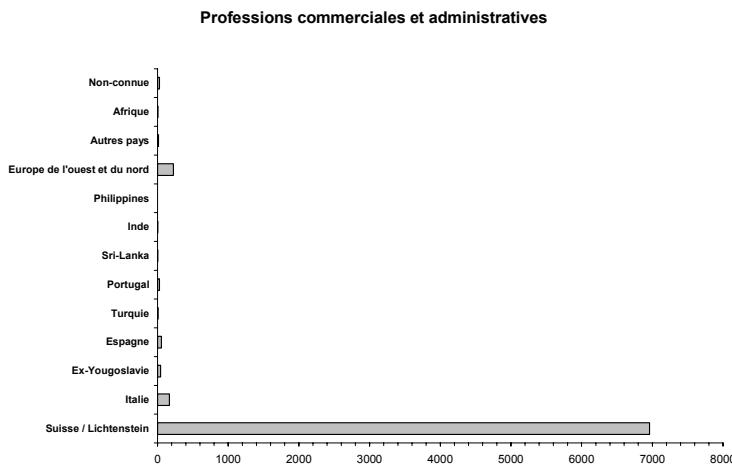
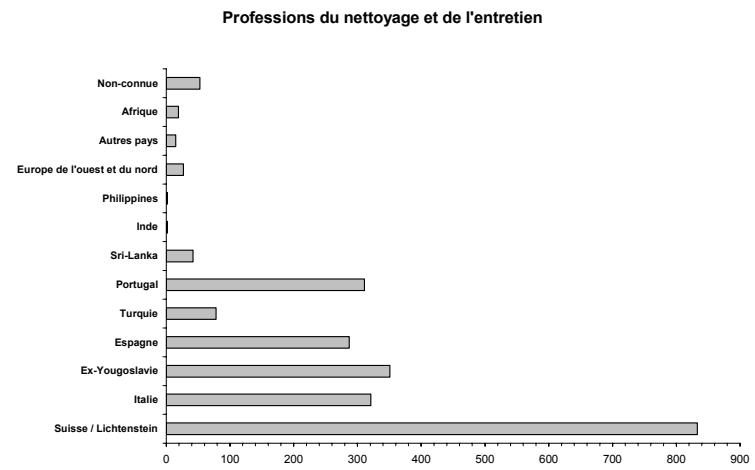


Figure 6 : Répartition par nationalité des personnes classées parmi les professions du nettoyage et de l'entretien



Publications de la collection « Cohésion sociale et pluralisme culturel »

Janine Dahinden (2005). Prishtina-Schlieren. Albanische Migrationsnetzwerke im transnationalen Raum.

Gianni D'Amato, Brigitte Gerber (Hrsg.) (2005). Herausforderung Integration. Städtische Migrationspolitik in der Schweiz und in Europa.

Hans Mahnig (Ed.) (2005). Histoire de la politique de migration, d'asile et d'intégration en Suisse depuis 1948.

Etienne Piguet (2005). L'immigration en Suisse depuis 1948. Une analyse des flux migratoires.

Janine Dahinden, Etienne Piguet (Hrsg.) (2004). Immigration und Integration in Liechtenstein.

Josef Martin Niederberger (2004). Ausgrenzen, Assimilieren, Integrieren. Die Entwicklung einer schweizerischen Integrationspolitik.

Pascale Steiner; Hans-Rudolf Wicker (Hrsg.) (2004). Paradoxien im Bürgerrecht. Sozialwissenschaftliche Studien zur Einbürgerungspraxis in Schweizer Gemeinden.

Brigitte Gerber (2003). Die antirassistische Bewegung in der Schweiz. Organisationen, Netzwerke und Aktionen.

Christin Achermann, Stefanie Gass (2003). Staatsbürgerschaft und soziale Schliessung. Eine rechtsethologische Sicht auf die Einbürgerungspraxis der Stadt Basel.

Claudio Bolzman, Rosita Fibbi, Marie Vial (2003). Secondas – Secondos. Le processus d'intégration des jeunes adultes issus de la migration espagnole et italienne en Suisse.

Pour plus d'information concernant ces publications, vous pouvez consulter le site du SFM <http://www.migration-population.ch> ou celui de l'éditeur <http://www.seismoverlag.ch>.

Ces publications peuvent être commandées auprès de Seismo : buch@seismoverlag.ch.

Dernières études publiées par le SFM

49: Alexis Gabadinho, Philippe Wanner, Janine Dahinden (2007). La santé des populations migrantes en Suisse : une analyse des données du GMM. Le rôle du profil socioéconomique, sociodémographique et migratoire sur l'état de santé, les comportements et le recours aux services de santé.

48 : Janine Dahinden, Fabienne Stants (2007). Arbeits- und Lebensbedingungen von Cabaret-Tänzerinnen in der Schweiz.

47 : Joëlle Moret in collaboration with Simone Baglioni and Denise Efionayi-Mäder (2006). Somali refugees in Switzerland. Strategies of Exile and Policy Responses.

46 : Joëlle Moret, Simone Baglioni, Denise Efionayi-Mäder (2006). The Path of Somali Refugees into Exile. A Comparative Analysis of Secondary Movements and Policy Responses.

45 : Mathias Lerch en collaboration avec Philippe Wanner (2006). Les transferts de fonds des migrants albanais. Facteurs déterminant leur réception.

44 : Urszula Stotzer, Denise Efionayi-Mäder, Philippe Wanner (2006). Mesure de la satisfaction des patients migrants en milieu hospitalier. Analyse des lacunes existantes et recommandations.

43 : Alexander Bischoff (2006). Caring for migrant and minority patients in European hospitals. A review of effective interventions.

42 : Paola Bollini, Philippe Wanner en collaboration avec Sandro Pampallona, Urszula Stotzer, Alexis Gabadinho, Bruce Kupelnick (2006). Santé reproductive des collectivités migrantes. Disparités de risques et possibilités d'intervention.

41 : Christin Achermann, Milena Chimienti unter Mitarbeit von Fabienne Stants (2006). Migration, Prekarität und Gesundheit. Ressourcen und Risiken von vorläufig Aufgenommenen und Sans-Papiers in Genf und Zürich.

Pour plus d'information concernant les publications du SFM, vous pouvez consulter le site <http://www.migration-population.ch>

Ces études peuvent être téléchargées gratuitement ou commandées auprès du SFM.