

**Appui à l'élaboration d'un dispositif d'évaluation
relatif aux programmes hospitaliers « migrant-
friendly » (MFH)**

Mandat à l'intention de l'Office fédéral de la santé publique

Rapport d'étude

6 février 2009

evaluanda

3 hugo-de-senger | CH - 1205 Genève

T +41227051150 | F +41228070319

www.evaluanda.ch

Table des matières

1	CONTEXTE ET OBJECTIFS DU MANDAT D'APPUI	3
2	DISPOSITIF D'INTERVENTION ET METHODES DE RECUEIL DE DONNEES	6
3	CRITERES DE QUALITE DE PROGRAMMES D'ACTION	7
3.1	LES DÉMARCHES MFH : ENTRE PROGRAMMES D'ACTION ET DÉVELOPPEMENT D'ORGANISATION	7
3.2	REPRODUCTION DU CADRE LOGIQUE D'UN PROGRAMME D'ACTION	8
3.3	L'ÉVIDENCE EMPIRIQUE EN MATIÈRE DE CONCEPTION ET DE MISE EN ŒUVRE DE PROGRAMMES D'ACTION	11
4	LES PROGRAMMES D'ACTION DANS LE CONTEXTE HOSPITALIER	14
4.1	ADAPTER UNE STRATÉGIE NATIONALE VERTICALE DE RÉPONSE À LA DIVERSITÉ CULTURELLE AU CONTEXTE SPÉCIFIQUE DES SOINS	14
4.2	LES PROGRAMMES D'ACTION DANS LE CONTEXTE HOSPITALIER : EXPÉRIENCES ET LEÇONS	15
4.2.1	<i>Logique de projet/programme</i>	15
4.2.2	<i>Logique qualité</i>	17
4.3	LES CRITÈRES QUALITÉ À LA LUMIÈRE DE LA RÉALITÉ HOSPITALIÈRE : OPPORTUNITÉS ET CONTRAINTES	19
4.3.1	<i>Légitimité de la démarche MF</i>	19
4.3.2	<i>Développement programmatique</i>	21
4.3.3	<i>Ancrage institutionnel</i>	22
4.3.4	<i>Capacités de gestion et d'évaluation</i>	24
4.3.5	<i>Pérennité financière</i>	25
4.3.6	<i>Valorisation des expériences en vue de leur multiplication, transfert, réplique</i>	28
4.4	CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS POUR L'OFSP	29
5	L'ÉVALUATION DES PROGRAMMES MFH	31
5.1	ATTENTES SPÉCIFIQUES ET QUESTIONS EN MATIÈRE D'ÉVALUATION	31
5.2	RECUEIL DE DONNÉES ET ANALYSE : OPPORTUNITÉS ET CONTRAINTES	32
5.3	COMPÉTENCES ÉVALUATIVES ET FINANCEMENT	34
5.4	CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS	34
6	VERS UN SYSTÈME D'INDICATEURS	36
6.1	LA FONCTION DES SYSTÈMES D'INDICATEURS	36
6.2	LES EXEMPLES DE SYSTÈMES D'INDICATEURS	36
6.2.1	<i>Commission Européenne - Migrant-Friendliness Quality Questionnaire (MFQQ)</i>	36
6.2.1	<i>Suisse – Diversité et égalité des chances : les fondements d'une action efficace dans le microcosme des institutions de santé, Recommandations</i>	36
6.2.1	<i>Suisse - Les critères MFH du Health Promoting Hospital Network</i>	37
6.2.2	<i>USA - The Joint Commission's Hospitals, Language, and Culture: A Snapshot of the Nation (HLC) study</i>	37
6.2.3	<i>OMS Euro - Réseau Health Promoting Hospitals</i>	37
6.2.4	<i>Suisse - Réseau Health Promoting Hospitals</i>	38
6.2.5	<i>Australie - Health service cultural diversity plans</i>	38
6.2.6	<i>Australie - Queensland Health Multicultural Policy Statement</i>	38
6.2.7	<i>Suisse – Nationale Machbarkeitsstudie Projektmodell "Migration und Sucht"</i>	39
6.2.8	<i>USA - Cultural and Linguistic Competence Policy Assessment (CLCPA)</i>	39
6.2.9	<i>USA – National standards on culturally and linguistically appropriate services CLAS in health care</i>	39
6.3	EXIGENCES RELATIVES AUX SYSTÈMES D'INDICATEURS	40
6.4	PROPOSITION D'UN SYSTÈME D'INDICATEURS	40
7	ANNEXES	45
7.1	LISTE D'INTERLOCUTEURS	45
7.2	BIBLIOGRAPHIE	46

1 CONTEXTE ET OBJECTIFS DU MANDAT D'APPUI

Contexte

Dans sa stratégie « Migration et santé 2002 à 2006 », la Confédération compte supprimer les obstacles qui pénalisent les migrantes et migrants par rapport aux citoyens suisses concernant l'accès au système de santé publique. A cet effet, elle a signé un contrat avec H+ Les Hôpitaux de Suisse en vue de réaliser un projet « Migrant-Friendly Hospitals (MFH) – le réseau d'hôpitaux pour la population migrante ».

Inspiré d'un projet pilote conduit dans l'Union européenne et conduit sous l'égide de H+, ce projet a contribué à créer un réseau d'hôpitaux désirant s'aligner aux prescriptions en matière d'accueil aux populations migrantes. Différents groupes de réflexion ont planché sur les modalités de mise en œuvre et de reconnaissance des MFH¹.

Pour sa part et dans le cadre de la mise sur pieds de la phase II (2008-2013) de la stratégie Migration et Santé, la Confédération (représentée par l'Office fédéral de la santé publique) prévoit mettre sur pied un *fonds d'encouragement* pour des structures hospitalières ciblées, afin de promouvoir le « Diversity management » et l'égalité des chances d'accès aux soins médicaux des populations migrantes, et d'en garantir la qualité². Une évaluation de l'atteinte des objectifs en la matière est prévue à cette échéance.

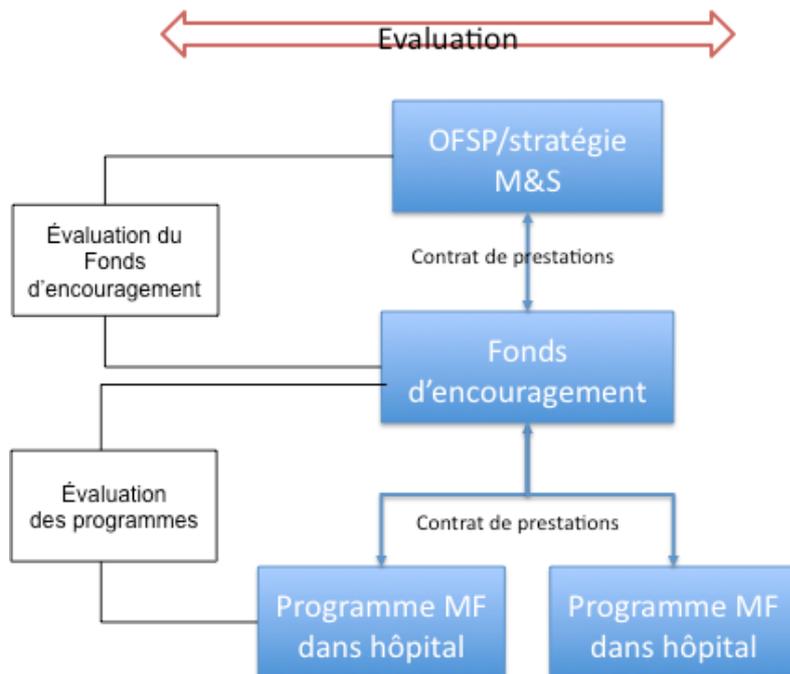
Du point de vue de l'OFSP, un système de critères de qualité revêt donc une importance déterminante. Il permet d'une part de soutenir et d'étayer la sélection faite par l'OFSP dans l'attribution de ses fonds et d'assurer un suivi des programmes développés par les institutions sur la période de financement. D'autre part, il sert de référentiel pour la réalisation d'une évaluation externe (cf. Tableau 1).

Dans une recherche de partenariat et de synergies, l'OFSP a approché le réseau HPH pour établir un système d'indicateurs aux fins évaluatives évoquées précédemment, en tirant profit des compétences et de l'expérience du groupe MFH.

¹ La synthèse des travaux théoriques et conceptuels réalisés dans ce cadre est faite dans le document « Diversité et égalité des chances. Les fondements d'une action efficace dans le microcosme des institutions de santé » sous l'égide conjointe de l'OFSP et H+ (2006)⁽²⁰⁾.

² Selon les contextes, on utilise différentes dénominations pour désigner les mesures et actions entreprises dans les hôpitaux en faveur de la population issue de la migration. Nous faisons ici nôtre la proposition du réseau européen d'hôpitaux pilotes MFH : « MF (Migrant-friendly/migrant-friendliness) is used as a general term for cultural diversity and/or culturally adequate services, or however you term this approach in your local context (e.g. cultural competence, equality and diversity, etc.). »

Tableau 1 : Ancrage du fonds d'encouragement



Le mandat d'appui...

C'est dans ce contexte spécifique que l'OFSP souhaite recourir à un bureau d'études qui se charge de poursuivre et d'approfondir le travail réalisé par le groupe MFH et d'assurer que les différentes attentes/exigences vis-à-vis du produit final du travail MFH soient entendues et respectées.

Du point de vue de l'OFSP et de ses attentes spécifiques, l'intervention externe doit plus particulièrement permettre de :

- Définir un dispositif d'évaluation (y compris le système de critères) répondant aux **exigences scientifiques** usuelles, notamment en termes de *pertinence* au regard de ses emplois (allocation de fonds d'encouragement, évaluation externe) et de *cohérence* d'un point de vue de ses caractéristiques intrinsèques (en prenant notamment appui sur la théorie et la pratique relative à l'opérationnalisation et la quantification d'objectifs stratégiques et opérationnels de programmes et de politiques publiques)
- **Assurer son employabilité** dans le contexte hospitalier et en regard des contraintes du terrain, notamment liées à la protection et à l'accessibilité des données, ou encore à l'employabilité de certains outils de recueil de données.

Le travail réalisé par le groupe à l'appui de l'intervenant externe permet par ailleurs de **définir les conditions cadre pour un emploi du dispositif évaluatif** dans et par les institutions de santé concernées. On pense en particulier à la nécessité d'une parfaite compréhension par les usagers, de la définition de leurs responsabilités et de l'allocation de ressources personnelles et financières adéquates.

... dans sa dimension évolutive

Les recherches effectuées dans le cadre de ce mandat ainsi que les échanges réalisés avec le mandant tout au long de notre intervention ont permis de définir plus en détail nos rendus attendus. Les investigations sur les critères de qualité afférents aux

programmes hospitaliers de promotion de la diversité culturelle ont fait émerger une riche base documentaire et d'information sur les opportunités et les contraintes spécifiques au setting hospitalier, susceptibles d'influer la conception même du fonds d'encouragement prévu par l'OFSP. Il a donc été proposé d'élucider davantage ce volet relatif au développement et à la mise en place de programmes d'action dans le contexte des hôpitaux et de poser les jalons pour une **assurance qualité**.

Il est évident et le corps du texte en fournira la démonstration que des liens directs existent entre le dispositif d'un fonds d'encouragement et le dispositif de son évaluation. Il en va de même pour les hôpitaux qui, à une échelle plus petite, sont confrontés aux difficultés de développement et de mise en place de leur programme et, de manière concomitante, de l'évaluation de celui-ci.

Le tableau suivant permet de résumer les rendus du mandat selon les différentes finalités et leurs destinataires.

Tableau 2 : Finalités du mandat et rendus

	Finalité A – Evaluabilité	Finalité B – Assurance qualité
OFSP	1. Eléments de dispositif d'évaluation du fonds d'encouragement et des programmes MFH	
Gestionnaire du fonds d'encouragement	2. Eléments de dispositif d'évaluation des programmes MFH	3. Référentiel de qualité, présentant les critères d'appréciation des programmes MFH
Responsables programmes MFH		4. Système de critères/indicateurs de qualité

Structuration du rapport

La structuration du présent rapport reflète cette double finalité du mandat. Le chapitre consécutif présente le dispositif de notre intervention et le mode de travail pour lequel nous avons opté (chapitre 2). Les chapitres suivants développent successivement les fondements conceptuels des programmes d'action (chapitre 3) ainsi que les conditions pratiques de leur mise en œuvre dans le contexte hospitalier (chapitre 4). Une discussion sur les conditions d'évaluation de tels programmes dans les hôpitaux sera proposée dans le chapitre 5, avant de développer, à partir des leçons tirées des parties précédentes, un système d'indicateurs relatif aux programmes d'hôpital en faveur de la diversité culturelle (chapitre 6).

L'annexe reprend la liste des interlocuteurs ainsi que la bibliographie consultés dans le cadre de notre mandat. Les fiches synoptiques de la revue de littérature réalisée par évaluanda sont recueillies dans une annexe séparée.

2 DISPOSITIF D'INTERVENTION ET METHODES DE RECUEIL DE DONNEES

L'appui externe demandé a donc trait aux caractéristiques intrinsèques du dispositif évaluatif et du système d'indicateurs et aux conditions d'emploi dans le contexte hospitalier ; appui qui requiert en premier lieu des aptitudes méthodologiques dans la pratique évaluative.

L'expertise en gestion d'hôpital « migrant-friendly » à proprement parler proviendra des membres du groupe de travail ainsi que des interlocuteurs consultés à titre individuel³, qui seront appelés à partager leurs connaissances thématiques dans les différentes étapes du travail collectif et individuel prévu.

Enfin, l'important travail conceptuel réalisé sous l'égide de H+ et synthétisé dans un ouvrage publié en 2006 forment le point de départ de ce mandat et ont été pris en compte à bon escient. C'est dans l'optique d'une telle répartition des compétences qu'a été élaboré le dispositif d'appui externe, qui s'est déroulé comme suit :

A. Entretiens personnels de cadrage avec les représentants des différents partenaires concernés. Des entretiens personnels ou téléphoniques ont été réalisés avec :

- Serge Houmard et Thomas Spang (référents de la Stratégie fédérale Migration et santé au sein de l'Office fédéral de la santé publique)
- Dr. Peter Saladin (ancien chef de projet MFH au sein de H+ pour la période 2002-2006)
- Dr. B. Wegmüller (Directeur H+)
- Nils Undritz (coordinateur HPH)
- Chantal Diserens et Dr. Patrick Bodenmann (respectivement coordinatrice et président du groupe technique « critères » de la section MFH)

B. Analyse documentaire : revue de la documentation de l'OFSP pertinente disponible, utile à une parfaite compréhension de l'objet à l'étude et de la problématique de l'évaluation des MFH.

C. Atelier animé par l'intervenant externe : Un atelier en présence des membres du groupe technique sur les critères de la section MFH a été réalisé et animé par nos soins.

D. Consultations individuelles : Un document de travail a été élaboré à partir des résultats de l'atelier et mis en consultation auprès des membres du groupe. A noter qu'aucun amendement n'a été apporté au document.

E. Etudes d'approfondissement : Différentes recherches ad hoc par consultation téléphonique ou par entrevue personnelle et analyses documentaires ont été réalisées et ont permis de compléter les renseignements nécessaires à la réalisation du mandat. Parmi les personnes consultées figurent :

- des représentants des institutions de soins permettant d'appréhender les conditions pratiques pour l'application d'un dispositif d'évaluation. Le choix des interlocuteurs s'est fait d'entente avec le mandant.
- Des experts internationaux provenant tant du milieu académique que du terrain, ayant permis assurer une parfaite intégration des expériences et des réflexions provenant de l'étranger et susceptibles d'enrichir nos travaux

Le *Dr. Peter Saladin* a été associé à ces travaux, en tant *qu'expert externe*, et a été consulté sur la base de documents de travail intermédiaires.

³ Il est en particulier attendu du groupe de travail de pouvoir apprécier les besoins spécifiques des hôpitaux ainsi que les conditions particulières de l'introduction d'un système d'indicateur dans ces établissements.

3 CRITERES DE QUALITE DE PROGRAMMES D'ACTION

L'OFSP a fait part de sa volonté de soutenir des démarches systématiques et d'envergure en faveur des populations migrantes, mises en place par les hôpitaux. Comme mentionné dans un document interne de l'OFSP, « im Sinne der Nachhaltigkeit sollen nicht einfach Projekte in den Spitälern finanziert werden, sondern diese sollen in die Gesamtstrategie der Qualitätssicherung eines Spitals eingebettet sein und auf seriösen Projektanträgen basieren, welche auf einer Erhebung/Beschreibung des Ist-Zustands beruhen und die zu erreichenden Ziele pro Handlungsbereich beschreiben ».

Ce choix représente une rupture par rapport au fond d'encouragement de la Stratégie Migration et santé 2002-2007 (appelé *Projektpool 2002-2006*), qui avait essentiellement soutenu des mesures isolées au sein des hôpitaux ainsi qu'auprès d'autres organismes (académiques, de représentations d'intérêts, etc.).

3.1 Les démarches MFH : entre programmes d'action et développement d'organisation

Il est utile de préciser ici comment il faut interpréter cette exigence de l'OFSP dans le contexte particulier des hôpitaux.

La démarche MFH comme moteur de développement d'organisation

La stratégie nationale précise que « grâce à des stratégies d'entreprises et à des processus appropriés, ainsi qu'à des mesures adaptées sur les plans de la communication, du personnel et de l'administration, les institutions de prise en charge (...) assurent une prise en charge de haute qualité des personnes d'origine migrante »⁽¹⁹⁾
page 72

La question de l'accueil à la population migrante doit donc être abordée au plus haut niveau de la hiérarchie et par intermédiaire d'un ensemble de mesures visant des aspects internes de gestion d'entreprise (gestion du personnel, gestion administrative, procédures appropriées, communication).

La démarche MFH a été conçue de manière similaire par Saladin et al.⁽²⁰⁾, qui la présentent sous l'angle du développement d'organisation et qui soulignent la nécessité d'aborder la question dans tous les aspects de la stratégie et du management des institutions de soins.

La démarche MFH en tant que programme d'action

Rappelons que l'OFSP dispose d'une marge de manœuvre restreinte pour pouvoir intervenir dans le dossier des hôpitaux, qui sont placées sous l'autorité des cantons et financés conjointement par celles-ci et par les caisses maladie. La stratégie « Migration et santé 2008-2013 » précise à cet effet que « compte tenu des compétences limitées dont dispose la Confédération dans le champ d'action soins de santé, on axera les efforts sur le *mainstreaming*. Le renforcement des collaborations, le transfert d'informations, la mise en réseau et le transfert de connaissances contribueront à la réalisation des objectifs en incitant les acteurs à passer eux-mêmes à l'action »⁽¹⁹⁾ page 74

L'OFSP compte donc jouer un rôle de facilitateur sur ce dossier, et devra assurer à capitaliser les expériences faites dans les hôpitaux et à les rendre accessibles aux autres structures.

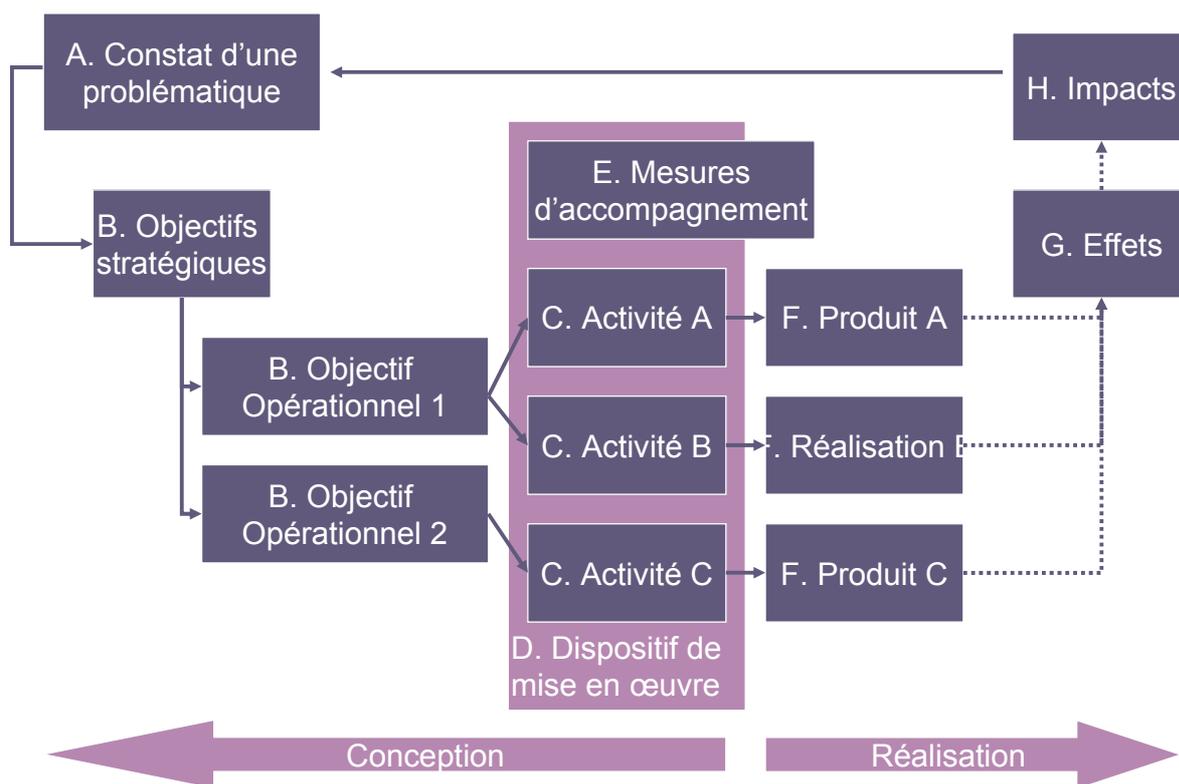
Les hôpitaux devront à leur tour démontrer leur capacité à valoriser les expériences faites, de manière à en faire bénéficier d'autres institutions de soins et organisations. A cet effet, les hôpitaux seront appelés à définir leur démarche MFH sous forme d'un programme, doté d'une analyse des besoins, d'objectifs, d'un plan d'action et d'un système de monitoring et d'évaluation.

Tant le développement d'organisation que les programmes d'action doivent répondre à un ensemble de critères de qualité communément reconnus.

3.2 Reproduction du cadre logique d'un programme d'action

La théorie évaluative propose un modèle utile pour décomposer un programme d'action en ses différentes parties conceptuelles. Il s'agit du cadre logique (ou théorie d'action) qui est une représentation conceptuelle des hypothèses causales du projet. Ce modèle lie le problème à la base du projet, l'objectif central, les objectifs intermédiaires, les activités et les effets attendus. Il différencie les éléments conceptuels suivants, auxquels on peut associer des questions d'ordre factuel et évaluatives spécifiques :

Tableau 3 : Cadre logique d'un programme d'action



Thématique	Questions factuelles	Questions évaluatives
A : Constat d'une problématique		
Choix des publics cibles	<i>Quels publics cibles sont-ils identifiés ?</i>	
Choix du setting	<i>Quels setting sont-ils concernés ?</i>	
Analyse des besoins	<i>Quels besoins particuliers ont été identifiés ?</i>	
Analyse du contexte/situation de départ	<i>Quels facteurs contextuels ont été identifiés, pouvant influencer le modèle d'intervention choisi ?</i> <i>Quelle est la situation de départ que rencontre l'organisme responsable ?</i>	
Expériences et données probantes	<i>Quelles expériences existantes ont été repérées qui doivent être prises en compte par le modèle d'intervention (expériences similaires, bonnes pratiques, données probantes) ?</i>	
B. Objectifs stratégiques et opérationnels		
Définition des objectifs stratégiques	<i>Quels objectifs stratégiques sont-ils poursuivis par l'intervention ? Quels changements l'intervention veut-elle induire auprès de la population visée ?</i>	<i>Les objectifs stratégiques sont-ils en adéquation avec l'analyse préalable sur les besoins et sur les facteurs contextuels ?</i> <i>Répondent-ils notamment aux besoins prioritaires ?</i> <i>Tiennent-ils compte des facteurs contextuels pouvant représenter des opportunités ou des contraintes ?</i> <i>Cherchent-ils à tirer profit des expériences déjà existantes ? (analyse de la pertinence)</i>
Définition des objectifs opérationnels	<i>Quels objectifs opérationnels sont-ils poursuivis par l'intervention ?</i>	<i>Les objectifs opérationnels sont-ils déclinés à partir des objectifs stratégiques ? (analyse de la cohérence)</i>
C. Conception des mesures et activités au service des publics cible		
Définition du plan d'action	<i>Quelles prestations au service des publics cibles sont-elles prévues pour pouvoir atteindre les différents objectifs opérationnels et stratégiques ?</i> <i>Comment ces activités sont-elles agencées entre-elles ?</i> <i>Quelles hypothèses sur les effets entraînés par les activités sont-elles formulées ?</i>	<i>Les activités peuvent-elles être déclinées à partir des objectifs visés ? (analyse de la cohérence)</i> <i>Les différentes activités forment-elles un ensemble congruent ? (analyse de la cohérence)</i> <i>Les hypothèses sont-elles compréhensibles et reposent-elles sur les expériences faites ailleurs (analyse de la pertinence et de la cohérence)</i>
Définition des mesures d'accompagnement	<i>Quelles mesures d'accompagnement visant la capitalisation des expériences (multiplication, transfert, mise en réseau, etc.) sont-elles mises en place ?</i>	<i>Les mesures d'accompagnement assurent-elles les effets escomptés ? (analyse de la pertinence)</i>

Thématique	Questions factuelles	Questions évaluatives
D. Dispositif de mise en œuvre		
Jeu d'acteurs	<i>Qui contribue à l'intervention et à quel titre ?</i>	<i>Le dispositif a-t-il recours aux acteurs adéquats ? Ceux-ci disposent-ils des compétences et de la légitimité nécessaires ? (Analyse de la pertinence)</i>
Responsabilités	<i>Quelles sont les responsabilités des différents intervenants et partenaires ?</i>	<i>La répartition des tâches et des compétences est-elle utile et efficace ? (analyse de l'efficacité)</i>
Ressources financières	<i>Quelles ressources financières sont-elles mises à disposition de l'intervention et quelle en est la source ? Quelle pérennité ces ressources ont-elles ?</i>	<i>Les ressources financières et humaines sont-elles suffisantes ? (analyse de la cohérence)</i>
Compétences	<i>Quelles compétences professionnelles sont-elles présentes dans l'équipe ?</i>	
Procédures	<i>Quelles procédures de travail sont-elles mises en place ?</i>	<i>Les procédures sont-elles utiles et efficaces (analyse de la cohérence et de l'efficacité)</i>
Structures	<i>Quelles structures (organes, fonctions) sont-elles mises en place ?</i>	<i>Les structures sont-elles utiles et efficaces ? (analyse de la cohérence et de l'efficacité)</i>
Mise en réseau	<i>Sous quelle forme l'organisme s'est-il adjoint de partenaires et d'experts ?</i>	<i>L'organisme dispose-t-il d'un réseau utile et efficace, composé des partenaires et experts adéquats ? (analyse de la pertinence et de l'efficacité)</i>
Calendrier	<i>Quel calendrier pour la mise en œuvre de l'intervention a-t-il été adopté ?</i>	<i>Le calendrier est-il réalisé au regard des objectifs fixés et des moyens disponibles ? (analyse de la cohérence)</i>
Monitoring et évaluation	<i>Quelles mesures sont-elles prévues pour assurer un monitoring des activités réalisées et pour évaluer leur impact auprès des destinataires ?</i>	<i>Le système de monitoring et d'évaluation est-il adéquat pour assurer le pilotage et le suivi des activités ? (analyse de la pertinence/cohérence)</i>
E. Résultats, Effets et Impacts		
Résultats	<i>Quelles prestations ou quels produits ont-ils été proposés au travers l'intervention ?</i>	<i>Les prestations /produits ont-ils été réalisés selon le concept prévu ? (analyse de l'effectivité)</i>
	<i>Quelles prestations/produits ont-ils dû être modifiés et quelles en sont les raisons ?</i>	<i>Ces prestations/produits sont-ils de nature à être maintenus dans le temps ? (analyse de l'efficacité)</i>
Effets	<i>Quelles modifications ont-elles pu être observées sur le plan des sensibilités, des comportements et des infrastructures ?</i>	<i>Les effets tels que prévus ont-ils pu être observés ? Quelle est l'évolution des effets (analyse de l'efficacité)</i>
Impacts	<i>Quelles modifications ont-elles pu être observées auprès des publics cibles relatives aux objectifs stratégiques ?</i>	<i>Les impacts tels que prévus ont-ils pu être observés et quelle en est la pérennité ? (analyse de l'efficacité)</i>

3.3 L'évidence empirique en matière de conception et de mise en œuvre de programmes d'action

La pratique évaluative issue du domaine de la santé publique a permis de mettre en évidence un certain nombre de facteurs de succès dans la conception de programmes d'action, qui ont été décrits sous forme de bonnes pratiques. On mentionnera entre autres une étude sur les *facteurs de réussite du développement de programmes à l'OFSP* ainsi que son guide pour le développement de programmes à l'OFSP^(32;33)

Parmi les facteurs qui jouent un rôle prépondérant pour la réussite d'un projet ou d'un programme, on mentionnera en particulier sa légitimité, son développement programmatique, son ancrage institutionnel, ses capacités de gestion et d'évaluation, sa pérennité financière et ses capacités de valorisation des expériences.

Légitimité

Un des gages de succès d'une intervention est sa légitimité. Celle-ci peut être de nature très variable. Ainsi, dans les situations observées, elle peut être

- *Légale* : une loi, un règlement, etc qui impose l'intervention
- *Politique* : une décision politique ferme ou l'expression d'une volonté politique de la part de l'autorité compétente (législateur, gouvernement, direction d'une organisation, etc.)
- *Economique* : la visibilité d'une intervention est très largement tributaire des enjeux financiers qu'elle véhicule, non seulement en termes de coûts d'intervention, mais également en ce qui concerne les bénéfices qu'elle peut engendrer
- *Professionnelle* : les compétences professionnelles, respectivement la reconnaissance de la personne ou de l'équipe en place peut enfin apporter du crédit à une intervention

Il est important de s'assurer que l'intervention dispose d'une légitimité suffisante, nécessaire à une reconnaissance et une visibilité de l'intervention, ainsi qu'à sa pérennité.

Développement programmatique

Les bases pour une réussite d'un programme se posent dès son élaboration conceptuelle. Celle-ci doit en effet répondre à un ensemble de critères qui ont été présentés en détail dans le chapitre précédent relatif au modèle évaluatif (chapitre 3.2). En synthèse il s'agit des exigences suivantes :

- Appui sur une analyse des besoins : le programme repose sur une analyse détaillée et circonstanciée des besoins et des facteurs contextuels. Cela garantit l'adéquation de l'intervention aux besoins
- Elaboration intégrée du programme : le programme est conçu comme un ensemble de mesures visant à atteindre conjointement les objectifs fixés préalablement. Cela garantit la cohérence de la démarche choisie

Ancrage institutionnel

Un programme doit pouvoir disposer de structures propres et d'un ancrage au sein de structures plus larges qui soient adaptées à ses besoins. Le choix de l'ancrage institutionnel d'un programme sera déterminant sur les capacités de ce dernier

- à se faire entendre et reconnaître (notoriété, visibilité, advocacy)
- à agir sur les settings et les publics cible visés (représentativité, couverture, spécificité)
- à solliciter les compétences et l'expertise nécessaires (professionnalisme, qualité)

Dans ce cadre, il peut être bénéfique à un programme de réunir les conditions cadres suivantes, qui ne sont pas toujours facilement conciliables entre elles :

- **Centralité** : L'ancrage auprès d'un organe central peut être utile du fait d'avoir un accès facilité aux différents services tout en étant en lien direct avec la hiérarchie.
- **Transversalité** : L'ancrage dans les services de l'état major favorise une bonne transversalité des compétences et une bonne représentativité des intérêts en présence. La constitution d'un groupe de coordination peut également contribuer à ce nécessaire échange entre services et compétences.
- **Proximité du terrain** : D'une manière ou d'une autre, le programme doit pouvoir s'assurer au sein de son équipe d'un relais envers le terrain, c'est-à-dire envers les groupes d'acteurs qui sont directement concernés par la mise en œuvre des projets.
- **Participation**: Afin d'assurer une bonne appropriation de la finalité du programme, ce dernier doit savoir fédérer en son sein les principales parties prenantes. Un comité de pilotage ou de suivi permet d'assurer cette participation.

Capacités de gestion et d'évaluation

La réussite d'un programme dépend bien évidemment également des compétences en gestion de l'équipe qui en a la charge. L'intervention sera nécessairement orchestrée par une personne ou une équipe, à laquelle on aura accordé la responsabilité opérationnelle. Celle-ci sera plus particulièrement en charge de la coordination des activités et de leur suivi. En se rappelant de l'importance des mesures de valorisation des résultats, notamment pour atteindre les objectifs poursuivis par l'OFSP, c'est aux activités de communication, de monitoring et d'évaluation des mesures que revient une importance cruciale, qui doivent pouvoir être réalisées de manière satisfaisante (le chapitre 5 sera consacré à cette question).

Les tâches assignées au responsable du programme peuvent être regroupées sous la dénomination du *knowledge management*.

Pérennité financière

Il est dans la nature des fonds d'encouragement d'offrir un soutien financier limité dans le temps. Ils reposent sur l'idée qu'une aide financière extérieure ponctuelle peut favoriser l'émulation d'activités innovantes et dont l'efficacité ou l'efficience n'a pas pu être établie avec certitude. Passée la phase de développement et d'évaluation, les activités seront alors supportées financièrement entièrement par l'organisme ayant bénéficié d'un subventionnement.

Pour s'assurer d'une pérennité financière des programmes soutenus, de nombreux fonds d'encouragement exigent du demandeur de fonds de couvrir une partie des coûts⁴, soit par ses propres moyens soit en ayant recours à des tiers financeurs. Une participation régressive est parfois proposée, de manière à faciliter aux programmes le pas vers l'indépendance financière. L'expérience montre par ailleurs que l'apport de fonds publics externes, dont l'usage est destiné à des fins déterminées, permet de générer des fonds propres supplémentaires, et ne représente pas un report des charges.

Les sources de financement qui viennent compléter les fonds alloués à titre d'encouragement peuvent bien évidemment être très variées. Toutes ne présentent pas les mêmes garanties de durabilité et n'ont donc pas la même valeur. D'une manière générale, l'intégration des prestations ou produits développés sous l'impulsion d'un programme dans une politique ou un portfolio de prestations de base présente les meilleures garanties de pérennité.

Valorisation des expériences en vue de leur multiplication, transfert, réplication

De manière analogue à d'autres fonds publics d'impulsion, l'OFSP cherche au travers son financement des structures hospitalières à faire émerger des bonnes pratiques, dont il souhaite contribuer au transfert et à la multiplication (*mainstreaming*). C'est dans une démarche partenariale et concertée entre l'OFSP (ou l'organisme qui se chargera de la gestion du fonds d'encouragement) et les hôpitaux subventionnés que l'émulation souhaitée autour des MFH peut être attendue, et les hôpitaux seront appelés à valoriser les expériences qu'ils ont faites.

Parmi les moyens de valorisation déployés par les programmes et ayant fait leurs preuves dans d'autres contextes, on peut mentionner :

- la mise en évidence du programme dans ses composantes conceptuelles (selon les éléments décrits dans le chapitre 3.2) : utilisation de formulaires standardisés pour la requête de fonds⁵
- la mise en évidence des réalisations du programme, moyennant un système de recensement des réalisations (monitoring)
- l'évaluation du programme et de ses effets, par des méthodes adaptées et favorisant, dans la mesure du possible, la comparabilité de certains résultats entre programmes (évaluation)
- la formalisation de la mise en œuvre du projet, sous forme d'un document de référence faisant état des conditions de réalisation, des opportunités et contraintes, des forces et faiblesses du programme. Ce référentiel, conçu comme document de travail, peut être mis à disposition d'autres programmes
- la participation active à des réseaux et des événements d'échanges d'expériences

⁴ Se référer aux aides financières du Bureau de l'égalité (proche de 50% de fonds propres), aux fonds pour la recherche et le développement accordés aux HES (50% de fonds provenant de partenaires de recherche privés), aux subventionnement de projets de promotion de la coopération transfrontalière INTERREG (50% provenant de tiers), programme d'impulsion « Suisse Balance » (taux de fonds propres variable), etc.

⁵ L'outil pour la définition d'une intervention développé par Promotion Santé Suisse en est un bon exemple.

4 LES PROGRAMMES D'ACTION DANS LE CONTEXTE HOSPITALIER

Dans la mesure où l'OFSP cherche à implanter un programme national dont l'objectif est d'adapter et d'améliorer les structures hospitalières et les soins à une population culturellement diverse, il nous a semblé particulièrement intéressant de décrire ici deux points de vue. D'illustrer d'une part la perspective adoptée dans certains pays pour adapter une stratégie nationale verticale de réponse à la diversité culturelle au contexte spécifique des soins hospitaliers, d'autre part de présenter quelques programmes locaux rattachés à des hôpitaux, susceptibles d'être ensuite disséminés ou intégrés dans un réseau.

4.1 Adapter une stratégie nationale verticale de réponse à la diversité culturelle au contexte spécifique des soins

Un programme d'action en faveur des migrants dans les hôpitaux tel que souhaité par l'OFSP s'inscrit dans une logique globale. Il s'agit, dans les grandes lignes, de tenir compte d'une part de la structuration du système de santé dans son ensemble afin d'identifier les acteurs concernés, leurs champs d'action, leurs latitudes décisionnelles, leurs synergies et leurs contraintes, et, d'autre part, de montrer quelles stratégies sont déjà en application dans le champ concerné.

Plusieurs pays se sont attachés à implanter au niveau des structures de soins leurs stratégies en faveur des migrants, de la diversité culturelle, etc. C'est une façon de légitimer l'action locale et favorable à sa durabilité que de l'inscrire dans une logique supra-hospitalière, par exemple nationale.

A titre d'exemples, l'Irlande^(11;12) et l'Australie^(6;16) ont notamment mis en œuvre de grandes stratégies de prise en compte de la diversité culturelle (voir Annexe). L'objectif principal de ces stratégies s'inscrit dans la réponse des structures aux changements démographiques profonds que vivent ces pays. Au niveau des structures de soins, la mise en œuvre de ces stratégies s'inscrit dans la même logique, mais avec, comme bénéfice secondaire, d'améliorer la qualité des soins de manière globale.

L'Irlande a élaboré une stratégie nationale de santé interculturelle sous l'égide du Ministère de la Santé et de l'enfance. Après une large consultation et la mise en place de plusieurs groupes d'accompagnement à différents niveaux, elle a chargé une structure, le Health Service Executive, de la mettre en œuvre. Dans le cadre de cette stratégie, ce service chapeaute tous les services de santé Irlandais (services communautaires et hospitaliers) et alloue des fonds à des organisations autres (ONG, bénévoles, etc.). Il joue différents rôles selon les besoins du terrain (appui, évaluation, allocation des fonds, mise sur pied de groupes d'accompagnement, etc.).

L'Australie a fait le choix d'adapter tous les services publics à la diversité culturelle (« The Charter of Public Service in a Culturally Diverse Society⁽²⁾ ») avec, comme objectif global, l'amélioration de l'accessibilité et de l'équité. Les départements de la santé ont donc dû s'approprier cette volonté et la mettre en œuvre, notamment au moyen de plans d'action⁽⁷⁾ spécifiques dans les structures hospitalières. Ces dernières ont généralement mis en place des « cultural diversity committees » chargés du développement des mesures locales, de leur mise en œuvre, du monitoring et de la rédaction de « quality reports » annuels exigés par l'état.

En Suisse, la « Stratégie Migration et Santé^(18;19) » a été élaborée de façon à améliorer et à simplifier l'accès aux soins, notamment pour la population migrante. Prévu dans cette Stratégie, le choix d'implanter des projets migration et santé dans les hôpitaux légitime et

soutient les actions locales, mais implique également de tenir compte des spécificités de ces structures de soins.

Cet aperçu de plusieurs démarches entreprises à l'échelle d'un pays entier nous enseigne plusieurs choses :

- Les services de l'Etat disposent dans les cas étudiés de moyens d'intervention auprès des hôpitaux très différents. Tant en Irlande qu'en Australie, il a été possible de décliner la stratégie nationale dans ses expressions locales des institutions de soins et d'assurer ainsi une cohérence globale. Les organes de coordination institués au niveau national en sont un garant supplémentaire. En Suisse, à l'inverse, l'Etat central ne dispose pas d'une légitimité comparable auprès des hôpitaux, ce qui la contraint de procéder par des moyens d'incitation peu contraignants. La recherche d'une cohérence mérite dans ce contexte une attention particulière et différentes pistes méritent d'être investiguées (assimilation des programmes hospitaliers à la stratégie nationale, constitution d'un réseau de coordination, etc.).
- Les stratégies nationales englobent dans les trois cas l'ensemble du système de santé et, pour l'Australie, même l'ensemble des services publics. Le setting hospitalier en est un parmi d'autres, et il y a lieu d'investir les relations et synergies qui caractérisent les interfaces entre ce setting particulier et d'autres settings.
- Enfin, l'exemple irlandais montre la volonté de l'Etat de multiplier et de diversifier ses démarches pour l'implémentation de la stratégie, qu'elle juge nécessaire pour assurer une pertinence et une efficacité de sa stratégie nationale. Il faut en effet admettre que les progrès réalisés dans des hôpitaux individuels demandent à être valorisés et démultipliés par une instance supra-hospitalière.

4.2 Les programmes d'action dans le contexte hospitalier : expériences et leçons

D'après ce que nous avons pu identifier du fonctionnement hospitalier dans le cadre de cette étude, il semblerait que deux logiques d'amélioration des soins prédominent : la logique de projet/programme et la logique qualité.

4.2.1 Logique de projet/programme

Nombreux sont les programmes existant dans le contexte hospitalier. Particulièrement intéressants pour le contexte « Migration & santé », les programmes transversaux qui s'efforcent de répondre à un besoin d'amélioration de la qualité des soins au travers de tous les départements et services d'un hôpital en adaptant l'environnement, les structures et/ou les comportements. On peut parler notamment de programmes de réduction des risques, de prévention de problèmes de santé spécifiques, mais surtout de programmes similaires ou connexes à celui faisant l'objet du présent rapport. Nous proposons ici quelques exemples de programmes d'action dans le milieu hospitalier.

Commission Européenne – Projet Migrant-Friendly Hospital – MFH ⁽¹⁴⁾

Le projet pilote Migrant-Friendly Hospital (MFH 2002-2005) – avec le soutien de la Commission européenne et du Gouvernement autrichien – a réuni 12 hôpitaux de 12 pays européens (grands centres hospitaliers universitaires, petits hôpitaux communaux, publics ou appartenant à des organisations privées à but non lucratif).

Pour ce projet pilote, trois domaines ont été spécifiquement choisis sur la base de données probantes préalablement identifiées : interprétariat, formation à la compétence culturelle du personnel hospitalier et empowerment dans la prise en charge de la mère et

de l'enfant. Les hôpitaux pilotes se sont également efforcés d'améliorer d'une façon générale leur gestion de la diversité en développant leurs structures organisationnelles et leurs cultures en vue de devenir des organisations convenant aux besoins des migrants et culturellement compétentes.

Les expériences faites dans les établissements de soins ont été répertoriées par le groupe de travail et synthétisées dans un document de travail⁽¹⁴⁾. Sur la base des expériences des partenaires du projet MFH, de discussions internationales et de la littérature scientifique, des points cruciaux ont pu être définis et colligés dans la Déclaration d'Amsterdam⁽¹⁴⁾ que nous résumons ici:

Répondre aux besoins des migrants constitue une démarche en faveur de services plus individualisés pour tous les bénéficiaires et leurs proches.

Cette démarche nécessite

1. au niveau organisationnel:

- une forme de développement d'organisation,
- la définition de buts et objectifs,
- des ressources adéquates (finances, temps, formations, etc.),
- le soutien de la direction, des cadres et de la gestion de la qualité (phase initiale, suivi, etc.),
- la mise en évidence des besoins et des ressources (utilisateurs et prestataires),
- le monitoring des résultats, tout comme l'analyse des structures et processus;

2. au niveau des acteurs

- de développer, mettre en œuvre et respecter des critères de qualité (migrant / culture / diversité),
- d'adapter encore plus les pratiques à la diversité des bénéficiaires;

3. au niveau des usagers

- d'apporter leur contribution à ce processus;

4. au niveau des politiques

- la mise en place d'un cadre favorisant le développement de la qualité des soins (besoins des migrants), le développement communautaire, et le développement des connaissances;

5. au niveau de la recherche

- d'accentuer la priorisation des questions santé & migration.

Expériences des projets MFH menés en Suisse entre 2002 et 2007

En rappel, un fonds d'encouragement avait été consacré par l'OFSP à un ensemble de projets innovants. Selon le responsable de la gestion de ce fonds, le Dr. Peter Saladin, ce soutien financier aux hôpitaux devait permettre de faire évoluer des initiatives déjà existantes, de manière à renforcer leur importance et à rendre accessible les expériences faites. Il avait par contre été jugé prématuré de vouloir leur imposer une démarche et un contenu spécifiques.

Une analyse rapide des rapports finaux (lorsque disponibles) de la vingtaine de projets financés dans le cadre de ce pool de projets MFH, montre qu'un tiers des projets ont mis en place une modification apparemment approfondie des méthodes / procédures de travail pour les adapter à la question des migrants. Les autres projets financés à cette époque se sont plus attachés à élaborer des outils ou des procédures isolées, à décrire un problème ou à analyser de la littérature.

Les projets n'ont pas été évalués en tant que tels⁽²⁷⁾. Une évaluation sommaire réalisée par Interface Politikstudien en printemps 2008 a toutefois permis de connaître les opinions et impressions d'un échantillon de responsables de projet⁽²⁶⁾. Il en ressort que la réalisation de projets relativement petits et limités dans le temps ait néanmoins permis d'apporter une reconnaissance de la thématique et d'amorcer une sensibilisation auprès

des directions d'hôpitaux, de manière à poser les jalons pour la poursuite des efforts ou le lancement d'autres actions en la matière.

OMS - Promotion de la santé dans les hôpitaux ^(1;8;31)

A la suite de la Charte d'Ottawa, les Health Promoting Hospitals (HPH) ont été lancés par l'OMS au début des années '90 (1999 en Suisse) avec l'objectif de bénéficier du milieu hospitalier pour améliorer la qualité des soins, la relation entre les hôpitaux et les services de santé, la communauté et l'environnement, ainsi que pour améliorer la satisfaction des patients comme de leurs proches (avec un accent sur les groupes vulnérables) et du personnel.

Les hôpitaux et services de santé visant le label « promotion de la santé » doivent se positionner comme des organisations visant à améliorer la santé certes, mais en développant une approche très globale, intrinsèquement liée à la gestion de l'organisation hospitalière et de sa qualité, susceptible de modifier les structures, la culture et les processus.⁽³¹⁾

Pour l'obtention d'un label HPH, les hôpitaux doivent réaliser une autoévaluation selon les standards de l'OMS pour situer leur situation. A partir de ce constat initial, l'hôpital développe un programme d'actions sur plusieurs années et en mesure les progrès réalisés.⁽²⁵⁾

Le réseau HPH international fonctionne avec des réseaux nationaux chargés d'attribuer le label « promoteur de santé » que si certains critères généraux uniformisés sont respectés, ou que du moins une déclaration dans ce sens a été officiellement émise au plus haut niveau hiérarchique, en incluant notamment les exigences suivantes :

1. Endorse the principles of WHO documents and declarations on HPH; intend to implement the principles, strategies and policies of HPH; using WHO HP standards and/or corresponding national HPH standards/ indicators;
2. Develop a written policy for health promotion; develop and evaluate a HPH action plan to support the introduction of health promotion into the culture of the hospital / health service during the 4 years period of designation;
3. Identify a hospital / health service coordinator for the coordination of HPH development and activity; and pay the annual contribution fee for the coordination of the International HPH Network;
4. Share information and experience on national and international level, i.e. HPH development, models of good practice (projects) and the implementation of standards/indicators⁽³¹⁾

Ces quelques illustrations tendraient à montrer qu'il est possible de mettre en œuvre de programmes transversaux dans les hôpitaux. Si la légitimité du projet est reconnue sur place – et il y a plusieurs options pour rendre visible cette légitimité – différentes structures intra-hospitalières sont à même de s'approprier ces grandes problématiques.

4.2.2 Logique qualité

Dans la logique qualité, l'attention est portée sur une amélioration *des procédures et modes de fonctionnement internes*, lesquels sont susceptibles d'influer les pratiques des soins et donc la qualité des ces dernières. « Le défi que doit relever chaque hôpital consiste à assurer la meilleure prise en charge possible du patient grâce à une qualité élevée des soins médicaux et infirmiers, tout en tenant compte d'un engagement économique des ressources. Cela réclame une organisation efficiente des processus de l'entreprise. C'est pourquoi la gestion de la qualité a pour objet l'amélioration tant de tous les actes réalisés sur le patient que des processus organisationnels.⁽³⁾ »

Selon un rapport⁽³⁾ publié récemment par *H+ - Les hôpitaux suisses*, chaque hôpital suisse consacre plus d'un poste à plein temps à la gestion de la qualité. La plupart du temps, le titulaire de ce poste dépend directement de la direction de l'hôpital.

Les hôpitaux recourent dans ce cadre à différents outils, semble-t-il complémentaires : indicateurs médicaux de résultats (complications, réopérations, etc.), évaluations standardisées (« critical incident reporting system » par ex. pour les infections nosocomiales), certifications (principalement ISO 9001:2000, EFQM, SanaCERT, APEQ).

Certains systèmes sont destinés à l'auto-évaluation, d'autres processus s'intègrent dans une logique d'uniformisation de la qualité inter-hospitalière, d'autres évaluations enfin sont exigées par des structures externes (bailleurs de fonds, etc.).

La multiplicité des systèmes d'accréditation / d'évaluation de la qualité / d'indicateurs évoqués ci-dessus et sommairement présentés en annexe s'explique probablement par la multiplicité des objectifs de la démarche, mais également des domaines et contextes embrassés.

- Amélioration du management : gestion d'entreprise, satisfaction, responsabilité sociale, développement durable, prévention du risque, durée du séjour, etc. ;
- Amélioration de pratiques de soins spécifiques : soins médicaux / infirmiers, par ex ;
- Prévention de problèmes de santé spécifiques : prévention des chutes, prévention des escarres, etc. ;
- Amélioration des services hôteliers : alimentation, etc.
- Amélioration de l'ensemble d'un département : urgences, gynécologie, etc. ;
- Amélioration des soins à des patients spécifiques : patients désorientés, etc.

Au cours de notre étude, nous n'avons pas pu mettre clairement en évidence les critères de choix qui prévalent au choix de l'un ou l'autre de ces systèmes d'évaluation de la qualité dans les hôpitaux.

A priori, les systèmes d'accréditation ou bases normatives identifiés dans le cadre de cette étude ne s'intéressent pas spécifiquement à la prise en compte de la diversité culturelle. Par contre, la présence dispersée d'indicateurs dans certaines bases normatives (communication avec les patients, gestion du personnel allophone, adaptation de l'alimentation notamment), ou l'existence de bases normatives ciblant certains groupes de patients semblent confirmer le fait que cette question pourrait entrer dans la logique qualité, comme recommandé par différents auteurs spécialistes de la question de la migration et de la santé⁽⁴⁾ et souhaité par l'OFSP.

4.3 Les critères qualité à la lumière de la réalité hospitalière : opportunités et contraintes

4.3.1 Légitimité de la démarche MF

Selon les sources et les personnes consultées, la question de la légitimité d'une démarche d'un hôpital pour assurer une égalité des soins prodigués à toutes les populations de patients peut être abordée de deux manières. Premièrement, il faut s'intéresser aux arguments qui peuvent être et qui sont avancés en sa faveur auprès des responsables d'institutions. Deuxièmement, c'est l'instrument qui formalise cette légitimité qu'il faut choisir à bon escient.

Les arguments faisant écho auprès des directions d'hôpital

Plusieurs arguments sembleraient valables pour faire reconnaître par les directions d'institutions des soins l'importance des exigences relatives à la diversité et à l'égalité. Nous en avons répertorié quatre, qui n'auraient toutefois pas tous le même poids.

Valeurs : L'expérience dans de nombreux hôpitaux montre que les initiatives en faveur des migrants ont été lancées par des personnes particulièrement engagées, à titre personnel, dans la cause. Dans certains cas, ces personnes siégeaient dans la direction, ce qui a été reconnu comme étant un facteur très favorable. Les interlocuteurs conviennent que cela reste l'exception, mais jugent utile d'investir, entre autre, dans un travail de sensibilisation auprès des directions d'hôpital.

Le choix terminologique peut également se révéler crucial pour faire adhérer une direction à la démarche et plusieurs personnes recommandent l'usage d'une sémantique politiquement moins chargée que celle de la migrant-friendliness (par exemple user-friendliness, diversity management, interculturalité, etc.).

Economicité/efficience : Il y a un large consensus autour de la nécessité d'argumenter par les chiffres. La gestion des institutions de soins serait en effet déterminée par des considérations économiques, dont il faudrait absolument tenir compte. S'il existe un large accord entre les spécialistes sur l'efficience de plusieurs meures MFH (notamment lié aux services d'interprétariat), d'aucuns regrettent l'absence d'études scientifiques qui le démontrent clairement.

Sécurité des patients : Une argumentation pourrait également être développée autour des risques d'erreurs médicaux, qui seraient plus élevés dans les gestes médicaux comprenant une dimension interculturelle. Ici encore, c'est l'absence ou la faible reconnaissance de précédents pouvant faire école qui est relevé et qui relativise actuellement la portée de cet argument.

Qualité des soins : Enfin, c'est en référence à la mission première des hôpitaux telle que définie par la loi (qualité et economicité selon la LaMal) que l'on trouverait de forts arguments en faveur de la gestion de la diversité. Plusieurs interlocuteurs sont convaincus que moyennant une démonstration appropriée, la valeur ajoutée d'une démarche MFH dans la qualité des soins prodigués en général par une institution pourrait être rendue visible aux yeux des directions d'hôpital. Comme l'illustrent les nombreux efforts en la matière (cf. chapitre 4.2.2), la qualité des soins est devenue un enjeu de taille dans le système concurrentiel de santé.

Enfin, il est convenu de la nécessité de s'adresser aux directions d'hôpital dans leur langage, et de les convaincre par des arguments qui leur soit proches, c'est-à-dire qui se réfèrent aux considérations d'une direction d'entreprise : il importe de parler de la mission d'un hôpital, de la population qui recourt à ses services, de retour sur

investissement, de la satisfaction des usagers, du rapport coût - efficacité des soins à certaines populations, du taux d'utilisation des lits, de la durée d'hospitalisation, etc.

Les instruments pouvant formaliser les engagements de la direction

Différents moyens ont été évoqués pour rendre obligatoires les engagements pris par la direction.

Dans l'absolu, l'inscription des valeurs liés à la diversité et à l'égalité dans la **stratégie de l'hôpital** (mission, stratégie, Leitbild, programme pluriannuel, etc.) est souhaitable et apporte une forte légitimité aux mesures d'intégration des migrants. Elle figure dans la plupart des recommandations établies sur le plan international (cf. chapitre 6.2).

Différentes personnes soulèvent toutefois que cette démarche ne donne pas les garanties suffisantes pour contraindre les directions à passer à l'action. Selon ces voix, les hôpitaux d'une certaine taille fonctionnent comme réseaux de cliniques / départements qui disposent d'une marge de manœuvre importante et auxquelles des tâches transversales (telles les programmes MFH) ne peuvent être imposées facilement. Décrites de manière très générale, les valeurs d'un hôpital affichées dans sa stratégie demanderaient à être intégrées dans une réflexion sur ses implications sur le terrain, sous l'égide de la direction.

L'expérience montrerait ainsi que les engagements fermes pris par les directions auraient le plus souvent pris la forme d'une **décision de financement de mesures spécifiques** et non d'un programme complet comme souhaité par les promoteurs des MFH. Cette procédure pose à son tour le problème de ne pas offrir les garanties pour une démarche cohérente et orchestrée entre les projets isolés.

Enfin, il est évoqué que le **contrat de prestations** signé entre les hôpitaux publics et les autorités politiques en tant que co-financeurs, peut faire référence à la diversité culturelle. Par analogie à la stratégie d'hôpital, ce document resterait toutefois souvent général et ne spécifierait peu les modalités organisationnelles des hôpitaux et des soins dispensés. Son adaptation suit par ailleurs des procédures lentes.

Conclusion

La nécessité de bénéficier de la légitimité institutionnelle est largement mise en avant par nos interlocuteurs. Les arguments à utiliser pour s'assurer de l'attention des responsables des hôpitaux vont également dans un même sens, celui de la logique d'entreprise, qui englobe autant l'efficacité que la qualité des soins.

Il semble indispensable que la volonté de la direction de s'engager en faveur de la diversité soit affichée publiquement, sous une forme ou une autre. Les contrats de prestations hôpitaux - cantons et les stratégies d'hôpitaux peuvent être utilisés à cette fin et assurent une cohérence d'ensemble, mais restent très généraux. La création de structures et l'allocation de fonds afférents par voie de décision de direction peuvent être autant d'indices d'un engagement au plus haut niveau hiérarchique.

Recommandations

- Une décision d'engagement de principe doit avoir été prise par la direction comme base légitimatrice indispensable
- Il ne semble toutefois pas acquis que cette décision soit impérativement inscrite dans la stratégie ou dans le contrat de prestations et d'autres formes, plus légères et plus rapides à mettre en œuvre, semblent être des alternatives envisageables.

4.3.2 Développement programmatique

Une des difficultés que rencontrent certains hôpitaux consiste à faire remonter une série de projets réalisés de manière locale et sous l'impulsion d'acteurs du terrain dans le cadre d'une démarche plus coordonnée. Les premières mesures en faveur de la diversité ont pour la plupart été introduites de manière sectorielle (au sein d'un département ou d'un service) et n'ont été ni généralisées ni avalisées officiellement par la direction. De l'avis des acteurs concernés, le regroupement de ces mesures sous forme d'un ensemble cohérent et pertinent est souhaitable, mais peut poser problème. Ainsi, l'accord de financement temporaire d'une mesure ponctuelle peut plus facilement être obtenu d'une direction que celui d'un plan d'actions inscrit dans la durée.

Différentes personnes soulèvent à ce sujet la question de la nécessité d'une démarche couvrant tous les champs d'action (personnel, patients, accueil, actes médicaux, hôtellerie, etc.). Celle-ci doit en première ligne proposer des actions prioritaires, en fonction des besoins prioritaires identifiés préalablement. Celles-ci peuvent varier d'une institution à l'autre et présenter un caractère évolutif. Ainsi, une démarche échelonnée pourrait mieux répondre aux besoins de certaines institutions, notamment lorsque la diversité culturelle n'est pas une valeur entièrement acquise.

Conclusion

La capacité de savoir définir un plan de mesures qui corresponde aux besoins du terrain semble être au cœur du développement programmatique. Par contre, l'exigence d'une couverture des besoins identifiés par le plan de mesures peut être excessif et contre-productif, compte tenu des moyens financiers restreints, mais également des interrogations qui perdurent auprès des responsables quant à l'utilité de la démarche.

Il est peut-être prématuré de vouloir promouvoir le *diversity mainstreaming* dans les hôpitaux soutenus, et la conception des programmes MFH sous forme de *pilotes* c'est-à-dire présentant un caractère innovant et donc également des risques, devrait dans certains cas être envisagé.

Recommandations

- Les requêtes de financement soumises aux responsables du fonds d'encouragement (ainsi que les rapports d'activité consécutifs) doivent être exposées selon des consignes définies par ces derniers, afin d'assurer une parfaite compréhension de la stratégie prévue d'une part, et une utilisation des informations à des fins évaluatives d'autre part.
- Les programmes soutenus doivent en particulier présenter une base conceptuelle permettant de déterminer la pertinence de la démarche d'un point de vue des besoins, des facteurs contextuels et des expériences faites dans d'autres contextes.
- Les mesures prévues dans les programmes soutenus ne doivent pas nécessairement englober tous les domaines d'action. Une sélection de mesures prioritaires peut être proposée selon les cas et sur la base d'une argumentation documentée.
- En l'absence d'un soutien fort de la direction, il faut considérer les mesures entreprises comme pouvant contribuer à la sensibilisation de ces derniers. Le plan d'action peut être développé sous une forme échelonnée et évolutive, de manière

à prendre en compte le chemin à parcourir dans l'appropriation de la démarche par la direction et le personnel.

4.3.3 Ancrage institutionnel

Les interlocuteurs conviennent de la nécessité de tenir compte des structures et des procédures existantes dans le choix de l'ancrage institutionnel d'un programme hospitalier pour la diversité. Comme souligné précédemment (cf. chapitre 4.2.2), les systèmes qualité que l'on trouve dans la plupart des hôpitaux en Suisse peuvent servir de réceptacle pour accueillir ce type de programmes. Ils partagent certaines caractéristiques (transversalité, orienté vers les procédures, finalité de qualité des soins), ce qui rend envisageable une démarche concertée.

Sur le plan de leur ancrage institutionnel, il faut savoir des systèmes de qualité

- qu'ils ont en règle générale désigné une personne ou une équipe responsable de leur pilotage
- que ces postes de délégués à la qualité sont, en raison de leur transversalité, souvent directement rattachés à la direction, comme service d'état major
- qu'un groupe de pilotage peut être constitué en vue d'assurer le relais envers les différents départements et services hospitaliers

Il s'agit là d'autant de caractéristiques qui sont préconisées selon l'évidence empirique de programmes d'action (cf. chapitre 3.3).

Personne/équipe de référence

Dès lors que les démarches en faveur de la diversité conservent un caractère programmatique et novateur dans le contexte hospitalier (chapitre 3.1), leur pilotage par un bureau opérationnel est utile et même crucial : c'est cet organe qui rassemble les informations contextuelles, qui fédère et coordonne les connaissances et le réseau, qui informe et établit les contacts, qui fait le suivi et l'évaluation des mesures ainsi que leur valorisation. Cette personne/équipe n'est pas nécessairement en charge des actions concrètes sur le terrain mais crée les conditions cadres nécessaires à leur mise en œuvre. Pour assurer ce cahier des charges complet, elle doit pouvoir établir des liens directs à la fois envers la direction et envers les services du terrain.

Ce poste ou ces postes sont à créer et ont un coût, même lorsqu'ils sont intégrés dans les structures du système qualité. De l'avis des interlocuteurs, il s'agit de la première et peut-être longtemps principale décision formelle prise par la direction dans la mise en œuvre du programme.

Dans la pratique, de nombreuses démarches ont été initiées et entreprises par des membres du personnel issus de département spécifiques et sans lien envers la direction. Développées de manière bottom-up, ces mesures ont bénéficié de l'engagement personnel de particuliers. Ces initiatives sont à valoriser et peuvent être conciliés avec une démarche plus systématique, pilotée par la hiérarchie, dans la mesure où la mise en œuvre des mesures concernées reste dans la main des personnes du terrain.

Coordination interne

La nécessité de créer un groupe de coordination est reconnue par les interlocuteurs. Elle permet d'assurer tant la pluridisciplinarité que la transversalité du programme et offre par ailleurs le cadre pour une participation plus large des parties prenantes.

Dans la pratique, rares sont pourtant ces groupes de pilotage et différents facteurs semblent faire obstacle à leur constitution. Premièrement, comme mentionné, il est préféré d'utiliser les structures existantes. Celles-ci existent pour assurer la coordination intra-hospitalière, mais ne seraient guère utilisables aux fins souhaitées par un programme MFH. Deuxièmement, le travail en réseau peut se heurter aux contraintes de temps et de ressources auxquelles font face les structures hospitalières et dont souffrent de nombreux programmes transversaux (promotion de la santé, etc.).

La relative autonomie dont bénéficient en règle les cliniques ou départements au sein des hôpitaux vient également influencer le mode de coordination à adopter pour assurer un bon fonctionnement du programme MFH.

Accompagnement externe

Il importe cependant de ne pas perdre de vue l'importance de l'accompagnement externe du processus en cours à l'intérieur d'une structure hospitalière. Plusieurs interlocuteurs ont mentionné l'intérêt d'une structure de soutien - par exemple nationale - qui accompagnerait les processus, fournirait certains outils, s'occuperait d'une partie de la gestion des connaissances, etc.

Dans le contexte particulier qui nous intéresse, cette question renvoie en partie au rôle que peut et que doit jouer l'OFSP en tant que responsable de la stratégie nationale « migration et santé » et du fonds d'encouragement pour les programmes MFH. Un chapitre spécifique a été consacré à cette question (cf. chapitre 4.1).

Conclusions

Les expériences faites jusqu'à présent dans les hôpitaux soulèvent les difficultés à créer des structures adéquates, pour des questions souvent liées au financement et à la reconnaissance. Les mesures introduites avec succès dans certaines institutions des soins ont bénéficié de structures et de ressources souvent précaires et non officialisées.

La création de structures afférentes semble pourtant indispensable pour pouvoir répondre aux exigences vis-à-vis du programme financé, notamment sur le plan de l'évaluation et de la valorisation.

Les responsables de la qualité sont probablement des postes adaptés pour la prise en charge de programmes MFH / diversité culturelle. Une approche « qualité » comme suggérée dans la littérature⁽⁴⁾ est donc par exemple pertinente. Cependant, selon les contextes, des ancrages institutionnels plus pragmatiques peuvent être préférables, en fonction des intérêts / disponibilités des protagonistes : ancrage dans les soins infirmiers, ancrage dans un département spécifique, etc. C'est ici également l'aspect « légitimité contextuelle » qui doit primer.

La coordination du programme peut être pilotée par le-la responsable, mais nécessite à son tour un instrument adéquat, qui doit à notre sens être de nature à rassembler un ensemble d'acteurs pertinents à intervalle régulier. Consommateur en temps, il faut lui trouver un mode de fonctionnement mince et efficace.

Recommandations

- Une condition sine qua non est la désignation par la direction d'une personne en charge du pilotage du programme et de l'allocation des fonds nécessaires à la création de ce poste. Cette personne peut utilement être rattachée au système qualité, mais doit disposer de temps entièrement dévolu à sa tâche. Il est

souhaitable que la personne ait un contact direct avec un membre si ce n'est avec la direction in corpore.

- Les personnes chargées de mettre en œuvre les différentes mesures seront alors identifiées et forment un groupe de coordination/ pilotage. Le mode de fonctionnement tiendra compte des besoins de coordination spécifique et de la disponibilité restreinte de ses membres.
- En raison du nombre de contraintes qui peuvent prévaloir dans les institutions des soins, la forme de coordination à adopter pour les programmes MFH doit être admise comme libre. Les programmes doivent par contre expliciter leur mode de coordination et fournir les éléments nécessaires à sa compréhension.

4.3.4 Capacités de gestion et d'évaluation

Dès lors que le programme peut s'appuyer sur les compétences et les structures disponibles en lien avec le système qualité, les conditions managériales pour sa mise en œuvre semblent être réunies. Il convient toutefois de s'attarder sur le cahier des charges de la personne en charge du programme, ainsi que sur son profil.

Cahier des charges

Les principales tâches peuvent être décrites comme suit :

- Recueil et synthèse des informations relatives à l'analyse préalable (des besoins, des facteurs contextuels et des expériences externes)
- Pilotage du processus de développement du programme (qui reste idéalement dans la compétence de la hiérarchie hospitalière)
- Coordination et suivi des mesures et des acteurs respectifs en charge de leur mise en œuvre
- Développement et alimentation du système de monitoring et d'évaluation du programme, ainsi que des comptes-rendus correspondants
- Valorisation des expériences selon les pratiques recommandées (cf. chapitre 3.3)

Profil professionnel

Le ou la chargé-e du programme MFH dispose en premier lieu de compétences en gestion de programme, en notamment en conception, suivi et évaluation, mais également en communication et relations publiques. Un des défis résidera dans sa capacité à être entendu et écouté par les différents partenaires, comme les professionnels des soins, les cadres hospitaliers, les milieux politiques et les représentants des communautés migrantes.

Conclusion

Si les aspects en lien avec la gestion de projets ne semblent pas poser de problèmes, ceux de l'évaluation, du monitoring et de la récolte de données sont souvent mentionnées comme « complexes » et les compétences y relatives faiblement représentées dans le contexte hospitalier. Pourtant, d'un point de vue des programmes MFH, elles doivent être considérées comme déterminantes et indispensables.

Recommandations

- Les compétences réunies au sein de l'équipe en charge du pilotage du programme doivent comprendre les pratiques de monitoring et d'évaluation
- Le cahier des charges prévu pour cette équipe fait référence aux différentes composantes du *knowledge management*, telles que décrites précédemment.
- En fonction de ses compétences, l'équipe est à l'aise dans les différentes thématiques associées aux démarches en faveur de la diversité, à savoir la médecine, le management et la diversité culturelle. De ce fait, elle dispose d'une crédibilité auprès des différents interlocuteurs et partenaires.

4.3.5 Pérennité financière

Dans la discussion sur la pérennité financière des programmes MFH peut être développée sous deux angles de vue. On peut s'interroger sur les types de coûts entraînés par une initiative en faveur de la diversité culturelle ainsi que sur les sources de financement de ces coûts ainsi que leurs caractéristiques.

Recommandations internationales

Sans surprise, les recommandations et stratégie internationales mettent en avant la nécessité de prévoir des politiques de santé à même de proposer un cadre dans lequel le développement de la qualité en fonction des besoins des migrants devient pertinent et faisable pour tout hôpital ^(12;14;34). Inclus dans ce cadre, le règlement des questions financières et leur pérennité.

Même s'il est très difficile de comparer les systèmes de financement entre eux, il semblerait que certains pays aient trouvé pertinent d'allouer des fonds et la mission de coordination et de soutien aux actions à une structure spécifique (étatique ou non). Cette option a d'ailleurs été également mise en avant par un certain nombre de nos interlocuteurs, mettant ainsi en avant la nécessité de fournir un cadre pratique aux hôpitaux.

Les types de coûts

Il est utile de différencier différents types de coûts engendrés par un programme MFH. On répertorie en particulier les coûts liés aux activités suivantes:

- Développement, pilotage et coordination du programme: coûts afférents au développement et au pilotage du programme très directement définis par les charges qui incombent à l'équipe de pilotage (analyses préalables, monitoring et évaluation, réunions de travail, etc.). Selon les interlocuteurs, ces coûts peuvent être relativement faibles et se calculent à partir des postes de travail qui ont été créés. Il s'agit de coûts plus facilement internalisables dans les dépenses courantes d'un hôpital, en raison de leur faible poids d'une part, et des facilités de transférer les charges liées aux ressources humaines.
- Conception et développement des mesures spécifiques: coûts de nature temporaire et englobant pour l'essentiel les ressources humaines impliquées dans ce processus (exemple : traduction de documents, développement d'un système d'interprétariat ayant recours aux collaborateurs). Comme la tâche précédente, celle-ci peut également être internalisée avec plus de facilité.

- Mise en place matérielle des mesures spécifiques : coûts de nature ponctuelle et pouvant être très importants (exemples : système téléphonique de triage, système de signalétique, édition et diffusion de documents, etc.)
- Fonctionnement/utilisation des mesures : coûts de nature permanente liés à l'utilisation des prestations par les bénéficiaires. Ces coûts peuvent être très variables, mais sont souvent les plus élevés (exemples : utilisation des services d'interprétariat).

Les sources de financement

L'OFSP a mandaté un groupe d'experts sur la question du financement des services d'interprétariat qui nous donne de précieux renseignements sur les sources de financements disponibles. Ce groupe conclut dans un récent rapport⁽⁹⁾ « qu'il n'existe pas au niveau suisse de solution juridique satisfaisante en matière de saisie et de financement des prestations d'interprétariat pour les personnes d'origine migrante dans les institutions de santé qui dispensent des soins intra-muros ou ambulatoires. L'une des raisons est à rechercher dans l'absence de disposition légale à ce sujet, notamment dans la LAMal. »

Il semblerait néanmoins que, sur le terrain, « les établissements de santé et les institutions médicosociales soient jusqu'ici toujours parvenus à répercuter le coût des prestations d'interprétariat (canton et/ou caisse - maladie, ressources propres). »

Le groupe d'experts formule une vingtaine de recommandations spécifiques à différents domaines :

- Adaptation de la législation et des réglementations associées (LAMal, OAMal, TARMED, OPAS, etc.)
- Travail de lobbying aux niveaux fédéral, cantonal, et associatif
- Travail de clarification en lien avec les cadres juridiques internationaux (Europe)

Ce rapport montre donc que le financement des prestations d'interprétariat est susceptible de dépendre d'un grand nombre de réglementations sans qu'aucune, à ce stade, ne soit réellement responsable de prendre en charge ces coûts. Cet état de fait laisse certes une certaine marge de manœuvre au niveau des pratiques hospitalières d'interprétariat, mais menace sérieusement leur développement en encore plus leur pérennité.

A défaut de disposer d'une base financière stable, les solutions trouvées et utilisées dans la pratique sont multiples :

- Les hôpitaux disposent d'une marge de manœuvre assez importante dans l'utilisation des fonds notamment cantonaux. C'est notamment lorsque la question migration est priorisée par les responsables d'hôpital que le budget de ce dernier inclut des ressources dévolues à ce domaine. L'attribution de ces fonds, en étant réglée de manière floue, menace la pérennité des financements qui, partant, sont soumis à différentes contraintes dépendantes des intérêts, priorisations et politiques des directions, de l'émergence d'autres problématiques plus urgentes, etc. De l'avis des interlocuteurs, l'inscription de la diversité culturelle dans la stratégie de l'institution peut être une manière efficace d'assurer la pérennité de ces postes au budget de l'hôpital.
- Il existe un certain nombre de fonds publics ou privés locaux (donations de patients, fondations de recherche, etc.) mis à disposition de projets spécifiques. Ces fonds sont cependant pour la plupart réservés au développement et à la recherche et ne

permettent pas de couvrir les coûts courants ni l'infrastructure, et ne règlent donc pas la question de la pérennisation des prestations.

- La mise en réseau des expériences et du développement d'outils permet des échanges entre institutions et de partager les frais. D'un avis partagé, l'existence d'un organisme supra-hospitalier chargé d'élaborer des outils et/ou de fournir certaines prestations (interprétariat centralisé, par ex.) externaliserait et rationaliserait les coûts.

Conclusion

La prise en charge de la question de la « migration & santé » à l'intérieur d'un hôpital nécessite un investissement à long terme : sur le plan financier, sur le plan des ressources humaines, mais également en termes de flexibilité, notamment en ce qui concerne la redéfinition des besoins et l'adaptation de l'offre. Ces aspects mettent en évidence la nécessité de bénéficier de financements stables.

Il ressort cependant des expériences du terrain que les acteurs sont certes très créatifs, mais que les pratiques ne peuvent généralement pas être inscrites dans la durée, notamment parce que les sources de financement ne sont ni clairement définies, ni pérennes : cela doit être mis en perspective avec la question globale du financement des hôpitaux dans le cadre des régulations cantonales et fédérales dont les spécificités actuelles ne permettent pas une clarification des responsabilités et attributions en matière de financement.

Or l'incertitude liée à la non pérennité des financements bloque actuellement la mise en œuvre globale d'une véritable politique interne de prise en charge de la question « migration & santé », et implique des actions limitées, une utilisation parfois inadaptée des maigres ressources, sans parler du suivi ou de l'évaluation des activités.

Selon les dires de nos interlocuteurs, le mode de financement des hôpitaux publics laisserait une marge de manœuvre suffisante pour assurer un cofinancement pérenne et adéquat d'un programme en faveur de la diversité. Dans ce contexte, la réalisation de certaines mesures particulièrement onéreuses (notamment liées à l'interprétariat) resterait toutefois réservée.

Recommandations

- La volonté de répondre à la diversité des besoins d'une population migrante nécessite un engagement à long terme, la mise en place de processus à même de se renouveler et de s'adapter de manière continue. Il est donc clair que l'engagement de ressources doit être envisagé et assuré à long terme.
- Une étape importante consiste à rendre transparents les coûts du programme ainsi que les sources de financement, exprimés sous forme d'apports financiers et de ressources humaines employées.
- Les fonds propres apportés par les hôpitaux ne sauront dans certains cas être alloués avec toutes les garanties de durabilité que l'OFSP pourrait souhaiter. Dans ces cas, une attention particulière doit être apportée à la légitimité accordée par la hiérarchie à la démarche.
- Une réflexion relative aux conditions de subventionnement par le fonds d'encouragement semble nécessaire et permettra de déterminer sa complémentarité avec les fonds propres alloués par les hôpitaux.

- Sachant que la mobilisation des fonds propres des hôpitaux ne suit les mêmes règles pour tout type d'utilisation, le fonds d'encouragement de la Confédération doit répondre à un principe de subsidiarité.
- Sur le principe, et en référence aux pratiques développées ailleurs, le financement par l'OFSP doit servir essentiellement à
 - o soutenir le processus de développement programmatique
 - o renforcer la conception et le développement de mesures
 - o assurer les capacités de valorisation des expériences
- A l'inverse, le financement ne doit pas être utilisé pour
 - o La mise en place matérielle d'infrastructures lourdes, à l'exception de la production et de la diffusion de documents, guides, référentiels, etc.
 - o L'utilisation des prestations par les bénéficiaires dans la durée

4.3.6 Valorisation des expériences en vue de leur multiplication, transfert, réplication

Différents moyens peuvent contribuer à valoriser les expériences faites dans des contextes spécifiques à des fins de multiplication, de transfert et de réplication. De manière sommaire, il s'agit dans un premier temps de recenser systématiquement les expériences, de les analyser et de décrire en détail les résultats. Dans un deuxième temps, il faut rendre accessible ces résultats en les communiquant activement auprès des milieux intéressés.

Valorisation des résultats

Les capacités de valorisation des expériences par les hôpitaux dépendent dans une large mesure de la disponibilité de données pertinentes. Le chapitre 5.2 soulève différents obstacles au recueil de données, qui affectent directement et sérieusement les efforts de valorisation.

Mise en réseau et échanges d'expériences

Selon les interlocuteurs, il existe certes des organes permanents de coordination inter-hospitalière, qui ne se prêtent toutefois pas pour inclure le dossier lié à la diversité culturelle. Représentant les hiérarchies hospitalières, ils ont une vocation essentiellement politique qui exclut de fait les discussions d'ordre opérationnel. Celles-ci auraient essentiellement lieu au sein de chaque institution de soins et les pratiques d'échanges d'expériences au sujet de thèmes spécifiques seraient peu développées.

D'autre part, un nombre croissant de sites hospitaliers sont constitués en réseaux et offrent des opportunités de transfert intéressantes. Les Solothurner Spitaler AG et l'Établissement hospitalier cantonal du Tessin offrent des exemples de réseaux de sites qui ont pu exploiter ces circonstances à des fins de transfert d'expériences.

Mentionnons enfin la constitution d'un *Kerngruppe* dans le sillage du pool de projets MFH 2002-2006, groupe de travail réunissant les responsables de projets et autres personnes intéressées. Ce groupe de réflexion et d'échanges, redimensionné à l'occasion, a intégré en 2006 le réseau suisse des hôpitaux de promotion de la santé (HPH). Une section MFH lui a été dévolue au sein de l'association, section qui a poursuivi ses travaux jusqu'à ce jour.

Conclusions

Les échanges d'expériences au sein de réseaux sont vivement souhaités et encouragés. L'existence d'une structure d'accompagnement nationale est dans ce sens la bienvenue, dans la mesure où elle favoriserait et/ou faciliterait ces échanges.

Il semblerait cependant que les hôpitaux aient tendance à « vivre en autarcie », en négligeant quelque peu notamment leur intégration dans la communauté et, partant, leur collaboration avec cette dernière, alors qu'elle est indispensable à l'adéquation aux besoins de la population ciblée.

Un réseau de spécialistes dans le domaine de la diversité culturelle a pourtant vu le jour et est opérationnel. La demande pour un appui professionnel de ce réseau par un « centre de compétences MFH », sous une forme à définir, a également été formulée à plusieurs reprises.

Recommandations

- Les exigences relatives aux efforts de valorisation des expériences hospitalières doivent tenir compte des nombreuses contraintes du terrain qui affectent en particulier le recueil de données pertinentes.
- Les compétences réunies au sein de l'équipe en charge du pilotage du programme doivent comprendre les pratiques relatives à la valorisation et à la communication des résultats
- Le réseau de spécialistes en diversité culturelle et de représentants des institutions des soins offre des opportunités d'échanges d'expériences intéressantes qui demandent à être saisies et soutenues.
- A l'échelle nationale, les efforts de valorisation pourraient profiter d'apports externes, sous forme de pratiques d'échanges, de développement d'instruments, de conseil, etc., fournis par un centre de compétences dont les contours demandent à être précisées. L'OFSP est pressenti pour promouvoir plus spécifiquement ces efforts.

4.4 Conclusions et recommandations pour l'OFSP

Une série de recommandations spécifiques ont été développées dans les différentes parties du précédent chapitre. Elles s'adressent en première ligne aux gestionnaires du fonds d'encouragement de devraient l'aider dans son processus d'évaluation et de sélection des requêtes de financement. Un certain nombre d'observations s'adressent plus particulièrement à l'OFSP en tant que bailleur de fonds, et espèrent être écoutées et prises en compte dans les réflexions stratégiques de ce dernier.

Le présent rapport n'explore pas les mesures spécifiques visant l'égalité des soins aux différentes populations, il ne prend, autrement dit, pas position sur les orientations thématiques que peuvent et doivent opérer les programmes MFH. Ceci pour deux raisons : premièrement, cela aurait été une étude distincte, qui aurait exploré les bonnes pratiques et l'efficacité des mesures en matière de *migrant-friendliness*, et ne répondait pas à la demande de l'OFSP. Deuxièmement, le choix des mesures appartient aux responsables de programmes, qui prendront le soin d'en fournir les arguments.

Mais ces choix peuvent aussi répondre à des priorités politiques, qu'elles soient propres à la hiérarchie d'un hôpital ou définies par des instances externes, comme l'autorité

cantonale ou fédérale. Dans ce sens, il nous semble important que l'OFSP se donne les moyens **d'inscrire une ligne stratégique et des objectifs dans son fonds d'encouragement**, déclinés à partir de la stratégie nationale « migration et santé 2008-2013 ».

Dans ce même ordre d'idées, l'OFSP doit saisir l'occasion au travers son fonds pour **renforcer le réseau des experts et praticiens du terrain en diversité culturelle et définir le centre de gravité de ce réseau**, qui peine aujourd'hui à s'afficher.

A cet effet, il peut être utile d'allouer des moyens spécifiques pour faire émerger une fédération d'acteurs issus du milieu hospitalier et présentant de forts liens avec d'autres réseaux issus de la stratégie nationale.

La coordination entre les hôpitaux peut prendre corps sous forme d'une **structure de conseil et de facilitation, avec une mission orientée vers la valorisation des expériences** (développement d'outils de monitoring et d'évaluation, communication, échanges d'expériences) et le *mainstreaming* de la démarche en faveur de la diversité culturelle dans les hôpitaux. A cet effet, il peut être utile de doter cette structure de moyens financiers et d'un droit de réaliser ses propres projets (développement d'outils communs, recherches ad hoc, etc.).

5 L'ÉVALUATION DES PROGRAMMES MFH

5.1 Attentes spécifiques et questions en matière d'évaluation

Le point de vue de l'OFSP : suivi et surveillance

Pour l'OFSP, l'évaluation (en l'occurrence du fonds d'encouragement) sert en premier lieu à suivre et à surveiller la gestion du fonds d'encouragement par le mandataire désigné. Une attention particulière sera portée sur

- La cohérence des orientations programmatiques prises : cohérence des objectifs du fonds avec les orientations de la stratégie nationale « migration et santé », cohérence des programmes soutenus avec ces mêmes objectifs
- la conformité dans la gestion du fonds aux dispositions convenues dans le cadre du contrat de prestations : procédures de sélection des programmes, gestion des fonds et des relations contractuelles avec les hôpitaux
- l'effectivité dans la gestion du fonds : le respect des délais fixés, l'allocation des fonds, l'interactivité avec les hôpitaux, etc.
- l'efficacité et l'efficience de la gestion opérationnelle des fonds : adéquation des ressources humaines et financières employées, utilité des structures et rapidité des procédures, la pertinence et l'utilité des partenariats et du réseau etc.

Le point de vue du gestionnaire du fonds d'encouragement : valorisation et multiplication

Pour le gestionnaire, l'évaluation devra plus particulièrement apporter des renseignements sur le potentiel de valorisation des expériences faites dans les différents programmes. Outre les attentes habituelles en matière évaluative (cf. questions d'évaluation du chapitre 3.2), une attention particulière sera portée sur :

- la pertinence des programmes au regard des besoins et du contexte
- la cohérence du programme dans ses différentes composantes conceptuelles
- l'efficacité des mesures et leur potentiel de multiplication ou de transfert dans d'autres contextes

Le point de vue des hôpitaux : outil de pilotage et de légitimation

D'un point de vue des hôpitaux, l'évaluation des programmes revêt également une grande importance. Utilisée de manière concomitante au programme, elle peut ainsi être exploitée à des fins de pilotage et de légitimation des démarches en faveur de la diversité envers les responsables d'hôpital ainsi que les autres groupes d'acteurs concernés. Les questions suivantes l'intéresseront particulièrement :

- l'effectivité et l'efficacité des différents choix de la mise en œuvre du programme (structures, procédures, compétences, ressources, etc.)
- l'efficacité et l'efficience des mesures

5.2 Recueil de données et analyse : opportunités et contraintes

Le développement et l'évaluation d'un programme MFH, comme de tout programme d'action, font appel à des méthodes de recueil de données et d'analyse spécifiques. Les résultats d'analyse fournissent aux responsables de programmes des renseignements sur le contexte, le déroulement et les effets du programme et servent d'aide à la décision à différentes étapes du programme.

Dans cette partie, nous ne différencions pas entre les données récoltées préalablement au programme (pour établir une analyse des besoins) et de manière concomitante ou postérieure (à des fins évaluatives).

Schématiquement, on peut différencier entre des données relatives à la demande (données sur les besoins des publics cible, données sur les facteurs contextuels pertinents, données sur les prestations alternatives existantes) et à l'offre (utilisation des prestations, satisfaction envers les prestations, effets des prestations sur les bénéficiaires et au niveau sociétal, etc.).

Patients : données existantes et contraintes

Les données concernant les patients sont recueillies à différents moments au cours de la trajectoire intra-hospitalière d'un patient :

- à son entrée, un certain nombre de données administratives sont recueillies (nom, prénom, adresse, caisse maladie/accident, etc.) ; certains regroupements hospitaliers disposent d'une base de données uniformisées, d'autres ont élaboré la leur ;
- le dossier infirmier implique également une récolte de données selon un cadre spécifique aux besoins des patients et à l'élaboration du diagnostic infirmier ; il est plus ou moins élaboré / utilisé selon les services, les hôpitaux, les patients, etc. ;
- lors de l'anamnèse médicale, ce sont les problèmes de santé et les antécédents des patients qui sont consignés.
- plusieurs autres intervenants sont en mesure de récolter leurs propres données en fonction de leur rôle auprès du patient (diététicienne, assistant social, accompagnement spirituel, etc.) ;

Les données fournies par les patients (voire par leurs proches) sont donc récoltées à de nombreux niveaux, par de multiples intervenants, dans des logiques parfois différentes. Les données recueillies par des professions différentes ne sont généralement pas colligées dans une même base et ne permettent pas de faire dégager une vision d'ensemble sur la situation des patients.

Les systèmes de récolte de données - notamment administratives - présentent des catégories relativement rigides rendant difficile la mise en évidence de certaines spécificités utiles à la prise en compte de la culture. Les seules données communes à tous les intervenants hospitaliers sont généralement le nom, le prénom, la date de naissance et le numéro de patient. Cette pratique répond à des consignes formulées par l'Office fédéral de la statistique, qui en fait le recueil et l'analyse périodiques. Ce dernier recommande par principe de se tenir à l'enregistrement des données strictement nécessaires à ses besoins analytiques. Des considérations liées à la protection des données allant dans le même sens sont également avancées dans cette discussion.

Il existe un certain nombre de démarches visant à uniformiser la récolte des données : certains hôpitaux travaillent ainsi sur une base de données administrative commune ; les hôpitaux membres du réseau des hôpitaux promoteurs de santé sont censés pouvoir

comparer leurs données entre eux. Enfin, plusieurs démarches cantonales visent à ce que chaque personne ait en sa possession une carte « patient » permettant l'accès des prestataires de soins à des données uniformisées.

Au-delà de la multiplicité des intervenants récoltant des données et des systèmes de données eux-mêmes, les informations fournies par les patient eux-mêmes sont susceptibles de varier : selon leur interlocuteur, selon leurs capacité / leur résistance à fournir certains détails les concernant, etc.

Parmi toutes les données, quelques unes présentent indiscutablement un intérêt spécifique pour la mise en évidence des besoins, l'adéquation des soins à la diversité culturelle et à leur suivi. Cependant, les systèmes doivent être élaborés de manière à ce que :

- les données récoltées puissent être d'une part récoltées, d'autre part utilisées ;
- les données soient utilisées afin d'améliorer la qualité des soins (éthique) ;
- les données puissent être uniformisées et que les synergies soient possibles.

Selon les renseignements obtenus, il serait très difficile d'introduire des questions relatives à la culture et à la langue dans la procédure d'enregistrement administrative à l'entrée, pour différentes questions. Ces systèmes d'enregistrement sont en effet hautement codifiés et tout changement est complexe et lent à mettre en place. Par ailleurs, cela implique la formation du personnel d'accueil.

Données du personnel

Les spécificités et les compétences transculturelles du personnel font également partie des données intéressantes pour prendre en charge la question de la migration dans un hôpital.

Certains hôpitaux collaborent étroitement avec les ressources humaines afin de mettre en évidence leurs compétences notamment linguistiques spécifiques. Ces informations sont colligées afin d'élaborer des ressources d'interprétariat internes, moyennant formation supplémentaire selon les structures.

Cependant, un tel effort reste l'exception et doit être considéré comme faisant partie d'une démarche proactive. Les services des ressources humaines ne disposent en règle générale pas de données sur le personnel pouvant être utilisées aux fins discutées.

Il nous a par ailleurs été fait part d'enquêtes de satisfaction réalisées à intervalle régulier auprès des collaborateurs hospitaliers. Celles-ci présenteraient évidemment une opportunité à saisir pour obtenir des renseignements utiles aux programmes MFH.

Enquêtes de satisfaction

La « satisfaction » des patients et du personnel est un argument très fréquemment mis en avant dans les stratégies nationales ainsi que dans les objectifs des projets⁽²⁰⁾. Les enquêtes de satisfaction sont préconisées et courantes dans certains pays^(17;21).

En Suisse, ce sont généralement des entreprises externes qui réalisent ces enquêtes de manière relativement standardisée au moyen d'un questionnaire envoyé à domicile à un échantillon de patients, et complété par une enquête orale auprès d'un sous-groupe. Sans entrer dans les détails^(13;24) de ce type d'enquêtes, elles posent un certain nombre de problèmes méthodologiques en lien notamment avec la validité des résultats (que mesure-t-on avec une enquête de satisfaction ? mesure-t-on la qualité des soins ou l'impression générale des patients d'avoir été traités avec respect ?). Par ailleurs, elles

sont rarement réalisées dans plusieurs langues ce qui soulève la question de la représentativité des personnes interrogées.

Certains hôpitaux participent également sur la base des résultats de ces enquêtes à des processus de *benchmarking*.

5.3 Compétences évaluatives et financement

A en croire certains interlocuteurs, la pratique évaluative a peu de tradition dans le milieu hospitalier. C'est avec l'introduction de systèmes qualité que l'évaluation s'est imposée dans ces milieux comme une pratique plus courante, mais restant assez peu connue et écoutée. Cela tiendrait entre autres à la faible crédibilité qui est accordée à cette approche scientifique auprès du corps médical, plus habitué aux méthodes scientifiques expérimentales.

Pourtant, les personnes en charge de projets pour la population migrante auraient rencontré des difficultés à faire financer même des recherches scientifiques sur l'efficacité de leurs mesures et ils jugent la recherche de fonds pour une évaluation de programme comme particulièrement difficile.

5.4 Conclusions et recommandations

Considérant la finalité du fonds d'encouragement, les activités liées à la valorisation des résultats des programmes soutenus revêtent une importance cruciale. L'évaluation en est un élément qui devra être pondérée à bon escient.

Comme l'indiquent nos recherches, la récolte de données pertinentes dans le contexte hospitalier est toutefois un processus complexe qui requiert la collaboration d'une multiplicité d'acteurs. Il importe de préciser les objectifs de la récolte de ces données et de s'assurer qu'elles seront utiles non seulement au niveau local, mais au niveau global avec des structures à même d'en tirer certaines synergies.

Les données relatives aux références culturelles et aux compétences linguistiques des patients, reconnues par les spécialistes comme utiles aux programmes en faveur de la diversité, ne sont dans la règle pas recensées de manière systématique et donc pas disponibles. Cela concerne également les données relatives au personnel hospitalier. Les enquêtes de satisfaction se déroulent quant à elles de manière très standardisée et les choix méthodologiques ne présentent pas les garanties d'une bonne représentativité des populations migrantes.

Comme le confirment différentes sources, les hôpitaux disposent donc de très mauvaises connaissances sur les différents publics concernés par la diversité culturelle. Une amélioration de cette situation ne peut par ailleurs pas être atteinte sans autre, puisque de nombreuses contraintes, d'ordres technique, méthodologique et éthique, sont présentes dans le contexte hospitalier.

Recommandations concernant le dispositif évaluatif

- Sur le fonds, les évaluations conduites aux deux niveaux (fonds d'encouragement et programmes hospitaliers) profiteraient d'être coordonnées et harmonisées, sachant que chaque niveau met des accents particuliers. Un système d'évaluation à deux niveaux sera mis en place de manière orchestrée.
- L'équipe en charge de la gestion du fonds devra pouvoir attester de compétences affirmées en évaluation.

- Une part du fonds d'encouragement devrait être allouée à des mesures de renforcement des capacités évaluatives tant au sein de l'équipe mentionnée que des responsables des programmes hospitaliers soutenus.

Recommandations concernant le recueil de données

- Au regard des contraintes nombreuses au recueil de données pertinentes sur les patients, celui-ci doit être considéré non pas comme préalable à la participation au fonds d'encouragement, mais bien davantage comme finalité. Il faut ainsi accorder aux hôpitaux les moyens et le temps pour introduire dans leurs procédures de travail l'enregistrement systématique et l'analyse de ces données.
- Pour assurer néanmoins une analyse adéquate des besoins, le recours à des données statistiques locales ou des études produites par d'autres instances (office cantonal de la population, statistiques sur les écoles, milieu académique) doit pouvoir être admis, en décrivant les limites méthodologiques inhérentes à ces extrapolations.
- Les connaissances sur les compétences transculturelles du personnel peuvent être acquises en adaptant les procédures dans la gestion des ressources humaines. Les enquêtes du personnel peuvent également fournir de précieux renseignements sur la diversité culturelle et seront si possible enrichies de questions y relatives.
- Seules les données dont l'utilité et l'utilisation sont démontrées seront toutefois recensées. Un plan de dépouillement des données dans les différentes phases analytiques sera à cet effet établi au préalable et dans le cadre des préparatifs conceptuels du programme.
- En l'état, les enquêtes de satisfaction des patients existantes ne seront pas utilisées à des fins évaluatives, car trop problématiques sur le plan méthodologique.

6.1 La fonction des systèmes d'indicateurs

Une clarification des fonctions d'un système d'indicateurs peut être utile et permet d'apprécier leur rôle dans la discussion sur le développement et le suivi de programmes d'action, dont il est question ici.

A la lumière de la multitude de systèmes d'indicateurs développés dans le sillage des initiatives hospitalières en faveur de la diversité culturelle, présentés dans la partie suivante, on différencie trois fonctions qui leur ont été attribuées.

Outil pour l'établissement d'un état des lieux : Un hôpital peut établir un diagnostic sur ses atteintes et lacunes en matière d'égalité des soins aux différentes populations reçues (Ist-Zustand). Cet exercice peut faire partie de l'analyse des besoins et des facteurs contextuels préalable à l'élaboration du programme.

Outil pour évaluer le progrès accompli : En comparant, à la lumière d'un ensemble d'indicateurs, les résultats entre deux périodes, on obtient une mesure des progrès accomplis au travers le programme. Ceci peut faire partie d'une évaluation intermédiaire ou finale, mais sert également, en raison de sa facile mise en œuvre, d'instrument permanent de suivi au pilotage du programme.

Outil pour l'accréditation d'un hôpital : L'attribution d'un label peut se faire à l'aide d'un système d'indicateurs, qui établira l'atteinte d'un ensemble d'exigences.

6.2 Les exemples de systèmes d'indicateurs

6.2.1 Commission Européenne - Migrant-Friendliness Quality Questionnaire (MFQQ)

Cette liste de critères⁽²⁸⁾ a initialement été utilisée dans le cadre de la mise en évidence des besoins dans les douze hôpitaux européens ayant participé à la phase pilote du « MFH project »⁽²³⁾. Elle a dès lors servi au monitoring du développement de la qualité des services hospitaliers à l'égard des migrants. Ce questionnaire comprend 67 questions en tout. Il est divisé en deux parties : la première concerne plus spécifiquement les besoins identifiés au niveau des services aux migrants tandis que la seconde s'intéresse aux besoins en lien avec la structure générale de soutien au projet. Les auteurs recommandent que ce questionnaire soit rempli au temps 0 du projet puis à la fin, par une personne responsable localement, mais en collaboration avec le groupe de pilotage du projet et la direction de l'hôpital concerné. Il s'agit d'un questionnaire d'auto-évaluation dont les réponses sont à exprimer en % d'atteinte.

6.2.1 Suisse – Diversité et égalité des chances : les fondements d'une action efficace dans le microcosme des institutions de santé, Recommandations

Le projet MFH soutenu par l'OFSP entre 2002 et 2006 a donné lieu, entre autres, à la publication en trois langues d'un ouvrage sur les fondements liés à la promotion de la diversité culturelle dans les hôpitaux. Outre des contributions thématiques autour des compétences transculturelles et des enjeux des institutions en tant qu'entreprises, ce manuel contient une série de recommandations, rédigées sous forme de check-list de bonnes pratiques à l'usage des hôpitaux. Les indicateurs sont regroupés comme suit :

- La stratégie d'entreprise

- Les collaboratrices et collaborateurs : supports et vecteurs de la compétence transculturelle
- Les procédures médicales et infirmières : entrée régulière, entrée aux urgences, diagnostic, traitement, sortie
- Interprétariat et traduction
- Formation des collaboratrices et collaborateurs
- Les services centraux

6.2.1 Suisse - Les critères MFH du Health Promoting Hospital Network

A la fin du projet Migrant – friendly hospital tel que financé par la Commission européenne, un groupe de travail suisse⁽¹⁰⁾ s'est formé pour identifier un certain nombre de « critères pour les hôpitaux migrant-friendly ». Cette liste comprend une vingtaine d'items à répondre par oui/non et répartis dans les catégories suivantes : communication (orale et écrite), évaluation des besoins (patients et collaborateurs), compétences transculturelles, politique et réseau.

6.2.2 USA - The Joint Commission's Hospitals, Language, and Culture: A Snapshot of the Nation (HLC) study

Dans le cadre d'une étude⁽³⁴⁾ commanditée par une association d'hôpitaux, les pratiques en faveur de la diversité culturelles d'une soixantaine de structures hospitalières californiennes ont été analysées. Un questionnaire d'auto-évaluation a été élaboré à la lumière de ces analyses avec l'objectif de servir de cadre à la réflexion des hôpitaux susceptibles de s'engager en faveur de la diversité culturelle. Prévu pour être rempli par un groupe multidisciplinaire, il est composé de 44 questions ouvertes regroupées dans quatre grandes catégories : 1. assurer les bases institutionnelles, 2. données utiles à la mise en évidence des besoins et au monitoring, 3. répondre aux besoins des patients, 4. collaborations à l'interne et à l'externe.

6.2.3 OMS Euro - Réseau Health Promoting Hospitals

L'OMS^(1;29;30) préconise l'auto-évaluation des hôpitaux avec un outil formé de questions semi-fermées dont l'objectif est d'évaluer et d'améliorer la qualité des activités de promotion de la santé. Elaboré sur la base de l'expérience des membres du réseau et validé auprès d'eux, cet outil est composé d'une quarantaine d'indicateurs regroupés dans cinq grandes catégories de normes.

- L'organisation possède une politique écrite de promotion de la santé. Cette politique est mise en œuvre dans le cadre du système global d'amélioration de la qualité de l'organisation et vise à améliorer les résultats en matière de santé. Cette politique cible les patients, leur famille et le personnel.
- L'organisation s'assure que les professionnels de la santé, de concert avec les patients, évaluent systématiquement le besoin en activités de promotion de la santé.
- L'organisation fournit aux patients de l'information sur les facteurs importants relatifs à leur maladie ou à leur état de santé; toutes les trajectoires de soins et de services aux patients comportent des interventions de promotion de la santé.
- La direction met en place les conditions nécessaires au développement d'un milieu de travail sain dans l'hôpital.

- L'organisation adopte une démarche planifiée et continue de collaboration avec les autres paliers de services de santé ainsi qu'avec les autres institutions et secteurs concernés.

6.2.4 Suisse - Réseau Health Promoting Hospitals

Le réseau HPH suisse⁽²⁵⁾ exige de la part des structures de soins désirant obtenir / renouveler leur label « Hôpital promoteur de santé » qu'elles se plient à l'exercice de répondre non seulement à la liste de l'OMS évoquée ci-dessus, mais également à une liste d'une trentaine de questions en majorité ouvertes concernant les catégories suivantes, et ce au nom de la direction de l'institution. Ces questions concernent :

- L'ancrage de la promotion de la santé dans la gestion de l'entreprise
- La communication autour de la promotion de la santé
- Le personnel
- Les malades et leurs proches
- La coopération avec d'autres fournisseurs de prestation
- Liste des projets

6.2.5 Australie - Health service cultural diversity plans

Dans le cadre du plan d'action diversité culturelle & services de santé⁽⁷⁾ de l'Etat de Victoria, il est prévu que les projets menés dans les hôpitaux fassent l'objet d'un rapport annuel selon les critères minimaux suivants :

- Quels ont été les bénéficiaires et quels ont été leurs besoins?
- Quels partenariats a-t-on menés avec des organisations multiculturelles?
- Quel est le degré de diversité culturelle au sein du personnel ?
- Comment a-t-on utilisé les ressources linguistiques ?
- Comment a-t-on encouragé la participation aux prises de décisions ?
- Comment a-t-on mis en valeur l'intérêt de la diversité culturelle ?

6.2.6 Australie - Queensland Health Multicultural Policy Statement

Dans le cadre d'une politique générale de santé multiculturelle⁽¹⁹⁾, sept principes sont évoqués comme étant les prémisses à l'évaluation de cette politique. Ils représentent à notre sens de grandes catégories à la lumière desquelles des indicateurs précis devront être élaborés.

- Accessibilité des services de santé
- Equité dans le développement et la mise à disposition des soins
- Communication en faveur et consultation des clients potentiels des services de santé
- Sensibilité des services de santé à l'égard des besoins des clients
- Efficacité des services de santé
- Efficience des moyens mis en œuvre
- Responsabilité des services de santé

6.2.7 Suisse – Nationale Machbarkeitstudie Projektmodell “Migration und Sucht”

Une étude⁽⁵⁾ analysant la faisabilité d'un projet pilote national dans le domaine de la migration et des dépendances a été menée auprès de membres du réseau ad hoc en Suisse. Un certain nombre d'objectifs à moyen terme ont été proposés dans ce cadre, assortis de ce que les auteurs du rapport nomment indifféremment critères de qualité et/ou objectifs spécifiques⁽⁵⁾ pages 24ss. Dans la mesure où ils sont déjà adaptés au contexte helvétique, à la question de la migration ainsi qu'aux aspects des soins, ces objectifs et critères de qualité pourraient en partie correspondre aux besoins d'un projet plus globalement axé sur les soins en général et la diversité culturelle.

- Développement d'organisation: groupe d'accompagnement, plans stratégiques et objectifs, controlling, récoltes de données (patients & personnel),
- Adaptation des soins : soins dans d'autres langues / interprétariat, traduction de document, communication autour de ces offres de soins
- Formation du personnel : offres de formation, application dans la pratique
- Collaborations externes : atteindre les clients potentiels, former des multiplicateurs
- Financements

6.2.8 USA - Cultural and Linguistic Competence Policy Assessment (CLCPA)

Le « Cultural and Linguistic Competence Policy Assessment⁽¹⁵⁾ » est un outil développé par le U.S. Department of Health and Human Service. Il a été créé dans le but de soutenir les centres de soins communautaires dans l'amélioration de leurs compétences linguistiques, de l'accès aux soins ainsi que de la qualité des services. L'outil, destiné à l'auto-évaluation, propose une cinquantaine de questions semi-ouvertes réparties dans sept catégories que nous résumons ici :

- Connaître les différentes communautés concernées par la structure de soins
- Philosophie et organisation de la structure de soins
- Contacts entre la structure de soins et les différentes communautés
- Ressources humaines
- Adéquation des soins

6.2.9 USA – National standards on culturally and linguistically appropriate services CLAS in health care

Quatorze standards nationaux en faveur de services de santé adaptés culturellement et linguistiquement ont été énoncés par l'Office of Minority Health du Ministère de la Santé des Etats-Unis. Ils répondent au besoin de garantir que toutes les personnes prises en charge par les services de santé soient traitées avec équité et efficacité dans un environnement qui reconnaisse leur diversité culturelle et linguistique. Ces standards sont principalement destinés aux institutions de santé.^{Tels que repris et traduits dans (20)}

- Personnel : Attitude & comportement, Recrutement et gestion, formation
- Patients / usagers : interprétariat professionnel, communication des droits, signalétique et documentation
- Organisation : stratégie, application et encadrement, évaluation, enquête de satisfaction, récolte de données et monitoring, procédures de plaintes,
- Partenariats : participation des communautés
- Communication au public

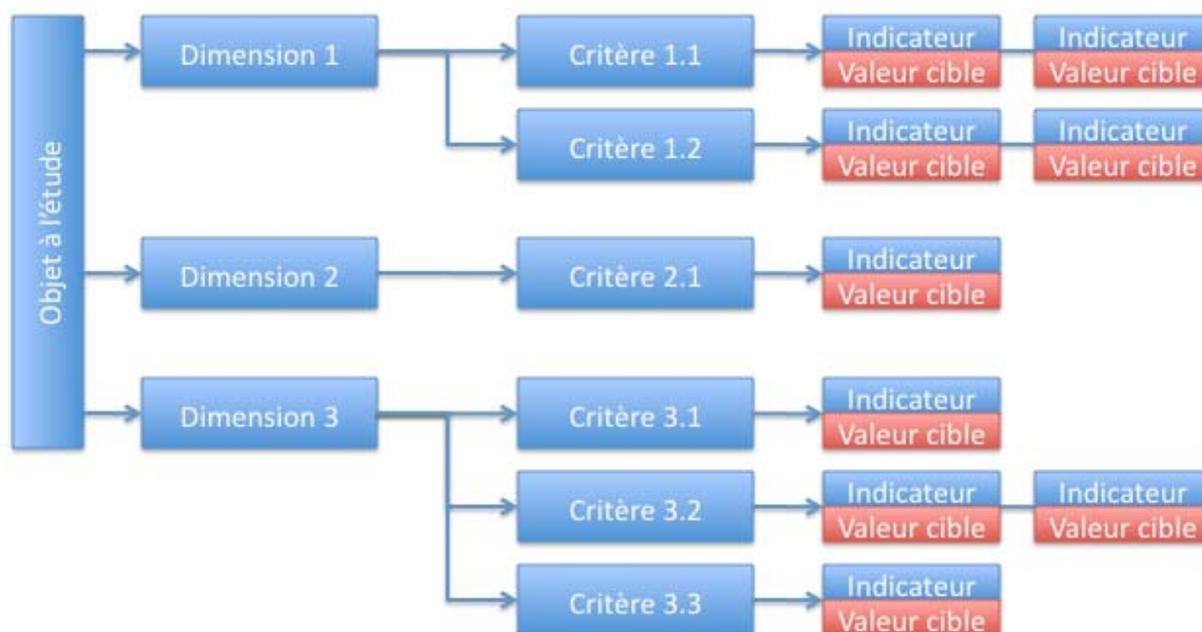
6.3 Exigences relatives aux systèmes d'indicateurs

Pour répondre à ces différentes attentes qui peuvent être formulées à leur égard, les indicateurs doivent, selon la pratique évaluative, être :

- *univoques* : ils sont formulées de manière claire et ne permettant qu'une seule interprétation
- *exhaustifs* : ils couvrent les principales dimensions explorées
- *mutuellement exclusifs*: chaque indicateur se réfère à une caractéristique étudiée différente
- *pertinents*: les indicateurs se réfèrent explicitement et clairement au critère sous-jacent
- *mesurables* : la vérification de la présence ou non de l'état de fait décrit par l'indicateur doit être réaliste et réalisable, et cela avec la plus faible marge de manœuvre

De coutume, on développe des systèmes d'indicateurs à partir de critères sous-jacents, lesquels sont à leur tour regroupés en dimensions évaluatives d'un objet à l'étude. Comme le propose le tableau suivant, chaque dimension peut être exploré à la lumière de plusieurs critères et ceux-ci à leur tour décrits à l'image de plusieurs indicateurs.

Tableau 4 : Modèle pour la définition d'indicateurs



6.4 Proposition d'un système d'indicateurs

L'analyse des systèmes d'indicateurs développés dans des contextes très divers appelle plusieurs observations :

- Leur finalité peut varier fortement, allant d'appui conceptuel (check-list sur les bonnes pratiques) à l'intention de responsables d'hôpitaux jusqu'à la sélection d'hôpitaux pour l'adhésion à des réseaux ou l'obtention de distinctions

- Leur étendue est également variable allant de la sélection de mesures prioritaires jusqu' à la recherche d'une exhaustivité
- Leur regroupement et leur catégorisation suivent des logiques propres, tant orientées vers les groupes d'acteurs que vers les procédures de travail ou les modes de gestion
- Leur niveau de précision peut changer d'un système à l'autre, suggérant dans certain cas une démarche guère tournée vers l'évaluation précise de la situation

S'il nous semble utile et nécessaire de développer un nouveau système d'indicateurs, ce n'est pas en raison de critiques à formuler à l'encontre des systèmes existants. Chaque système répond à une situation et à une demande spécifique et y donne une réponse sur mesure. C'est également le cas pour le système que nous proposons et qui prend en compte un certain nombre **d'attentes et de contraintes** qui la rendent nécessairement unique et distincte des autres :

- Pour atteindre ses objectifs, le fonds d'encouragement de l'OFSP doit accorder aux hôpitaux une marge de manœuvre nécessaire au développement d'un programme MFH à a fois pertinent par rapport aux besoins et aux contraintes locales et capable de déployer des effets à long terme. Le système d'indicateur doit tenir compte de cette latitude et ne se prononce notamment pas sur le choix ou sur la priorité des mesures en faveur de la diversité culturelle. C'est sur cette question qu'il se différencie clairement des autres systèmes d'indicateurs.
- Les bonnes pratiques relatives au développement programmatique et à la gestion de programme, au sens large, ont par contre été identifiées sur le plan international et seront traduites sous forme d'indicateurs de qualité.
- Des attentes très précises sont par ailleurs formulées à l'égard des mesures de valorisation et de capitalisation des expériences faites dans les hôpitaux, nécessaires au processus de transfert et de multiplication des bonnes pratiques dans d'autres établissements du système de santé
- Enfin, le système d'indicateur sera utilisé à des fins d'aide à la décision par le responsable du fonds d'encouragement dans son allocation des fonds. Il doit donc fournir une base analytique pour l'évaluation de concepts de programmes et leur mise en œuvre.

Tableau 5 : Système d'indicateurs

Dimension	Critère	Indicateur	Valeur(s) cible(s)	
Légitimité	Appropriation des arguments par la direction	Disponibilité d'un argumentaire en faveur de la diversité	Il existe dans l'hôpital un document écrit qui développe des arguments plaidant en faveur de la diversité culturelle.	1
	Déclaration d'engagement par la direction	Inscription de l'engagement en faveur de la diversité dans un document stratégique de l'hôpital	La stratégie d'hôpital fait explicitement référence à la diversité culturelle. OU/ET Le contrat de prestations signé entre la direction d'hôpital et l'autorité publique cantonale fait explicitement référence à la diversité culturelle. OU/ET L'engagement de principe en faveur de la diversité fait l'objet d'une décision documentée de la direction d'hôpital.	2
Développement programmatique	Pertinence de la démarche choisie	Prise en compte des besoins des bénéficiaires	Le choix des mesures prévues par le programme en faveur des bénéficiaires découle de l'analyse des besoins et répond aux besoins prioritaires.	3
		Prise en compte des facteurs contextuels	Les principaux facteurs contextuels de l'hôpital (jeux d'acteurs, financement, organisation, fonctionnement et procédures etc.) et pouvant influencer l'orientation du programme MFH ont été décrits et identifiés préalablement.	4
			Le choix des mesures prévues et des éléments de leur mise en œuvre tient compte des facteurs contextuels pertinents.	5
		Prise en compte des expériences faites ailleurs	Les pratiques reconnues par la littérature comme exemplaires en matière d'égalité des soins ont été recherchées et identifiées.	6
	Le choix des mesures et des dispositions de mise en œuvre du programme tiennent compte de ces bonnes pratiques.		7	
	Cohérence de la démarche choisie	Coordination entre les mesures prévues auprès des bénéficiaires	Les mesures choisies forment un ensemble cohérent et sont coordonnées entre elles.	8
		Cohérence des choix relatifs au programme	Il existe une argumentation autour de la sélection des mesures retenues, laquelle développe également les raisons d'une éventuelle exclusion de certaines mesures.	9
			Les mesures retenues sont intégrées dans un calendrier de mise en œuvre qui traduit les priorités et les contraintes identifiées.	10

Dimension	Critère	Indicateur	Valeur(s) cible(s)	
Ancrage institutionnel	Désignation claire des responsabilités	Assignation de la fonction de responsable de programme à une personne / équipe	Une personne/équipe a été désignée responsable de programme MFH par la direction d'hôpital.	11
			Le cahier des charges de cette personne/équipe fait explicitement mention de cette responsabilité et des tâches qui y sont associées.	12
			Un membre de la direction au moins endosse le dossier de la diversité culturelle et en est le promoteur au nom de la direction.	13
	Ancrage adéquat dans l'organisation	Proximité auprès de la direction	La fonction de responsable de programme est rattachée directement à la direction d'hôpital. OU/ET Le-la responsable de programme dispose d'un contact direct avec la direction.	14
			Proximité du terrain	Le-la responsable de programme est connu-e par les collaboratrices et collaborateurs de l'hôpital.
	Gouvernance de représentativité	Représentation des parties prenantes	Le pilotage du programme comprend une participation active de toutes les parties prenantes, soit des représentant-e-s du personnel et des patients.	16
		Représentation des domaines d'action	Le pilotage du programme comprend une participation active de représentant-e-s tous les domaines d'action concernés.	17
		Capacité de coordination	Le programme est doté d'un organe de coordination permanent qui assure une bonne représentativité des intérêts.	18
	Capacités de gestion et d'évaluation	Cahier des charges	Référence explicite aux aspects du knowledge management	Le cahier des charge de la personne responsable du programme comprend l'analyse préalable des besoins, des facteurs contextuels et des expériences externes.
Le cahier des charges de la personne responsable du programme comprend le développement d'un outil de monitoring et le suivi systématique des activités du programme.				20
Le cahier des charges de la personne responsable du programme comprend le développement d'un concept d'auto-évaluation et son emploi.				21
Profil		Compétences adéquates	Le profil du-de la responsable de programme est en adéquation avec son cahier des charges et atteste notamment des compétences en gestion de programmes.	22

Dimension	Critère	Indicateur	Valeur(s) cible(s)	
Pérennité financière	Mise en évidence des sources et des coûts	Transparence des coûts	Les coûts du programme, comprenant les ressources financières et humaines, sont identifiés et décrits.	23
		Transparence des sources de financement	Les sources de financement du programme et leur allocation respective aux postes de coûts sont identifiés et décrits.	24
		Exhaustivité des recherches de fonds	Les différentes sources de financement susceptibles d'intervenir ont été identifiées et sollicitées par le programme.	25
		Planning financier	L'évolution des coûts et de l'apport de fonds est anticipée sur plusieurs années et tient compte du retrait progressif des fonds de la Confédération.	26
	Garanties pour l'allocation de fonds propres	Caractère formel des garanties	Les fonds propres engagés par l'hôpital dans le programme, sous forme de ressources financières ou humaines, font l'objet d'une décision de direction.	27
		Caractère pérenne de la source de financement	Les fonds propres engagés par l'hôpital dans le programme sont inscrits dans la durée.	28
			Les fonds propres permettent de couvrir de manière durable les coûts liés aux mesures et prestations mises en place.	29
Valorisation des expériences	Mise en évidence des expériences	Recueil de données pertinentes pour l'évaluation des programmes	Les besoins en données sur les réalisations et les effets du programme ont été identifiés.	30
			Les méthodes de recueil de données ont été définies et tiennent compte des différentes contraintes pratiques.	31
			Les responsabilités et les ressources pour le recueil des données ont été définies.	32
	Mise en forme adéquate des expériences	Le programme dispose d'un concept d'autoévaluation qui précise les questions évaluatives, le plan de recueil de données et de dépouillement et le plan de présentation des résultats.	33	
	Mise à disposition des expériences	Communication active des résultats	L'utilisation des résultats de l'autoévaluation par l'hôpital est définie et précise les modes de diffusion à l'interne et vers l'extérieur.	34
		Participation aux échanges d'expériences entre hôpitaux et autres milieux	Le cahier des charges du-de la responsable de programme prévoit un échange régulier avec d'autres hôpitaux.	35
			L'échange d'expériences entre hôpitaux fait partie des modes de diffusion des résultats de l'autoévaluation.	36

7 ANNEXES

7.1 Liste d'interlocuteurs

Entretiens d'initialisation			
Bodenmann	Patrick	Direction et resp. projet	Policlinique Médicale Universitaire
Diserens	Chantal	Chargée de communication	Policlinique Médicale Universitaire
Houmard	Serge		Office fédéral de la santé publique
Spang	Thomas		Office fédéral de la santé publique
Saladin	Peter	Président et chef de projet MFH	H+ (<2007)
Wegmüller	Bernhard	Directeur	H+ (>2007)
Undritz	Nils	Coordinateur	HPH
Atelier section MFH			
Stauffer	Yvonne	infirmière clinicienne	Hôpital de l'île, Berne
Bühlmann	Renate	secteur Santé et Migration	Croix-Rouge Suisse
Ullmann	Fabiola	infirmière clinicienne	Hôpital cantonal de Baden
Kjellström Mendici	Franziska	formation interprètes interculturels, Zurich	
Entretiens d'approfondissement			
Doninelli	Moreno	Infirmier et responsable qualité	Hôpital cantonal du Tessin, Mendrisio
Dominicé Dao	Melissa	Cheffe de clinique	Département de médecine communautaire, Hôpital universitaire de Genève
Hudelson	Patricia	Anthropologue médicale	Département de médecine communautaire, Hôpital universitaire de Genève
Chiarenza	Antonio	Coordinator	Regionale HPH Network of Emilia-Romagna
Loutan	Louis		Hôpital Universitaire de Genève
Wyss	Hans-Peter	Direktor	Kantonsspital Olten und Solothurn Spital AG
Efionayi-Mäder	Denise		SFM Neuchatel
Dahinden	Janine		SFM Neuchatel
Nurse / McGuane	Diane / Bridget		Social Inclusion Health Service, Dublin IR
Carballo	Manuel		International Centre for Migration, Health and Development
Di Bernardo-Leimgruber	Nadia	Beauftragte Migrationsfragen	Solothurner Spitäler AG
Ebner	Gerhard		Un iversitaire Psychiatrische Kliniken Basel UPK

7.2 Bibliographie

1. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal 2006, *Mise en oeuvre de la promotion de la santé dans les hôpitaux - Manuel d'autoévaluation et formulaires*, OMS - Bureau régional de l'Europe, Montréal, Canada, Nr E89783, 91 p., Accessed 20-11-2008 under www.euro.who.int.
2. Australian Government 2005, "Chapter 2: The Charter of Public Service in a Culturally Diverse Society," *In Access and Equity Annual Report 2005*, 22p., Accessed 8-12-2008 under www.immi.gov.au.
3. Benölken, I., Hänsenberger, S., Steccanella, S., & Voegelé, R. 2008, *Rapport sur la qualité 2007 - Hôpitaux, cliniques et institutions de réadaptation et de soins de longue durée suisses: résultats de l'enquête 2007*, H+ les Hôpitaux de Suisse, Berne, 38 p., Accessed 29-1-2009 under www.hplus.ch.
4. Bischoff, A. 2008, *Caring for migrant and minority patients in European hospitals - A review of effective interventions*, Swiss Federal Office for Migration and Population Studies, Neuchâtel, Nr SFM Studies 43, 143 p., ISBN-13: 978-2-940379-01-9, Accessed 21-11-2008 under www.migration-population.ch.
5. Dahinden, J., Delli, C., & Grisenti, W. 2005, *Nationale Machbarkeitsstudie Projektmodell "Migration und Sucht"*, Swiss Forum for Migration and Population Studies, Neuchâtel, Nr Forschungsbericht 36, 141 p., Accessed 22-12-2008 under www.migration-population.ch.
6. Department of Child Safety 2008, *Multicultural Action Plan 2007-09 (update)*, Queensland Government, Brisbane, Australia, 25 p., Accessed 20-11-2008 under www.childsafety.qld.gov.au.
7. Department of Human Services 2006, *Health service cultural diversity plans*, State Government Victoria, Australia, Nr RCC_060310, 22 p., Accessed 20-11-2008 under www.health.vic.gov.au.
8. Groene, O., Jorgensen, S. J., & Garcia-Barbero, M. 2004, *Standards for Health Promotion in Hospitals - Self-Assessment Tool for Pilot Implementation*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark, Nr E85054, 48 p., Accessed 20-11-2008 under www.euro.who.int.
9. Groupe d'expert sur le mandat du projet MFH 2008, *Rapport sur le financement des prestations d'interpèrètaritat dans les institutions suisses de santé pour les personnes qui ne maîtrisent pas la langue officielle locale*, Migrant Friendly Hospitals - le réseau d'hôpitaux pour la population migrante (MFH), 27 p.,
10. Groupe de travail sur les critères MFH 2007, *Diversité et égalité des chances: Quels critères pour les hôpitaux migrant friendly?* CHUV-PMU Lausanne, 10 p.,
11. Health Service Executive 2008, *National Intercultural Health Strategy 2007 - 2012 : Update September 08* Dublin, 15 p., under www.hse.ie.
12. Health Service Executive 2008, *National Intercultural Health Strategy 2007 – 2012* Dublin, ISSN 978-1-906218-00-41, under www.hse.ie.
13. Larson, J.S. & Muller, A. 2002. Managing the quality of health care. *J.Health Hum.Serv.Adm*, 25, (3) 261-280 available from: PM:15188996

14. Migrant-Friendly Hospitals Network 2004, *Déclaration d'Amsterdam - Vers des hôpitaux adaptés aux besoins des migrants dans une Europe de la diversité ethnique et culturelle*, European Commission; Federal Ministry for Education, Science and Culture (Austria); WHO Collaborating Centre for Health Promotion in Hospitals and Health Care, Institute for Sociology, University of Vienna, 4 p., Accessed 21-11-2008 under www.mfh-eu.net.
15. National Center for Cultural Competence 2006, *Cultural and Linguistic Competence Policy Assessment* Washington, under www.clcpa.info.
16. NSW Multicultural Health Communication Service 2008, *Multicultural Health Services And Programs in NSW* Australia, 9 p., Accessed 20-11-2008 under www.mhcs.health.nsw.gov.au.
17. Nurse, D. & McGuane, B. 2008, *Making Systems Responsive to the needs of Diverse Patient Populations in Ireland: A Whole Organisation Approach*, COST Conference, November 2008, Barcelona, 43 p., Accessed 8-12-2008 under www.ausl.re.it.
18. Office fédéral de la santé publique 2002, *Migration et santé - Stratégie de la Confédération pour les années 2002 à 2006* Berne, 67 p., Accessed 22-1-2009 under www.bag.admin.ch.
19. Office fédéral de la santé publique 2007, *Stratégie Migration et Santé - Phase II: 2008-2013* Berne, 93 p., Accessed 20-1-2009 under www.bag.admin.ch.
20. Office fédéral de la santé publique 2008, *Diversité et égalité des chances*, OFSP, Berne, 121 p., ISBN 303300893-3, Accessed 20-11-2008 under www.bag.admin.ch.
21. Queensland Health - Health Outcomes Unit 2000, *Queensland Health Multicultural Policy Statement* Brisbane, Australia, 10 p., Accessed 21-11-2008 under www.health.qld.gov.au.
22. Recordon, L. 2008, *Interprètes allophones dans le domaine de la santé* Nr Motion No 08.3642 (Conseil des États), Accessed 20-1-2009 under www.parlament.ch.
23. Schulze, B., Trummer, U., Krajic, K., & Pelikan, J. M. 2003, *Migrant-Friendly Hospitals - Needs Assessment - European Cross Analysis - Summary of Problem Areas*, WHO Collaborating Centre for Health Promotion in Hospitals and Health Care, Vienna, 9 p., Accessed 20-11-2008 under www.mfh-eu.net.
24. Stotzer, U., Efonayi-Maeder, D., & Wanner, P. 2006, *Mesure de la satisfaction des patients migrants en milieu hospitalier: Analyse des lacunes existantes et recommandations* Neuchâtel, Nr S 44, 137 p., ISBN-10:2-940379-02-05, Accessed 2-2-2009 under www.migration-population.ch.
25. Swiss Network of Health Promoting Hospitals and Health Services 2008, *Formulaire de requête pour obtenir ou renouveler le label « Health Promotion Hospital - Member of the Swiss Network, a Network of WHO »* 5 p., Accessed 10-12-2008 under www.healthhospitals.ch.
26. Tacchini, C. & Balthasar, A. 2008, *Migrant-friendly Hospitals - Stratégie Migration et Santé 2008-2013: Rapid evaluation*, Interface Politikstudien, Luzern, 36 p.,

27. Wegmüller, B., Undritz, N., & Saladin, P. 2008, *Schlussbericht zum Projekt Migrant Friendly Hospitals - Spitalnetzwerk für die Migrationsbevölkerung*, H+ - Die Spitäler der Schweiz, Nr Berichtsperiode: 15.12.2006 - 31.01.2008, 15 p.,
28. WHO Collaborating Centre for Health Promotion in Hospitals and Health Care 2004, *Migrant-Friendliness Quality Questionnaire (MFQQ)* Vienna, 11 p., Accessed 21-11-2008 under www.mfh-eu.net.
29. WHO Regional Office for Europe 2003, *Developing standards for health promotion in hospitals - result of a pilot test in nine european countries: Report on a WHO Workshop Barcelona, Spain, 11-12 April 2003* Copenhagen, Denmark, Nr EUR/03/5038045, Accessed 20-11-2008 under www.euro.who.int.
30. WHO Regional Office for Europe 2004, *Development of indicators for a self-assessment tool: Report on 4th WHO Workshop Barcelona, Spain, 24 -25 October 2003* Copenhagen, Denmark, Nr E84988, 27 p., Accessed 20-11-2008 under www.euro.who.int.
31. WHO Regional Office for Europe 2007, *The International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services: Integrating health promotion into hospitals and health services - Concept, framework and organization*, World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark, Nr E90777, 23 p., Accessed 20-11-2008 under www.euro.who.int.
32. Widmer, T. & Frey, K. 2008, *Facteurs de réussite du développement de programmes à l'OFSP: Document de synthèse*, Office fédéral de la santé publique, Berne, 37 p., Accessed 2-2-2009 under www.bag.admin.ch.
33. Widmer, T. & Frey, K. 2008, *Guide pour le développement de programmes à l'Office fédéral de la santé publique*, Office fédéral de la santé publique, Berne, 30 p., Accessed 2-2-2009 under www.bag.admin.ch.
34. Wilson-Stronks, A., Lee, K. K., Cordero, C. L., Kopp, A. L., & Galvez, E. 2008, *One Size Does Not Fit All: Meeting the Health Care Needs of Diverse Populations*, The Joint Commission, Oakbrook Terrace, IL, USA, 9 p., Accessed 21-11-2008 under www.jointcommission.org.