

Appui à l'élaboration d'un système d'évaluation relatif aux Hôpitaux « migrant-friendly » (MFH)

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

Annexes au rapport d'études

2 février 2009

evaluanda

3 hugo-de-senger | CH - 1205 Genève

T +41227051150 | F +41228070319

www.evaluanda.ch

Table des matières

1.	Généralités sur les thématiques	4
1.1.	1.1. Pourquoi s'intéresser à la diversité culturelle dans les institutions de soins ?	4
1.2.	1.2. Exemples de glossaires identifiés dans le champ	5
2.	Systèmes d'accréditation / évaluation de la qualité	5
2.1.	2.1. Littérature scientifique	5
2.2.	2.2. International - ISQua's International Principles for Healthcare Standards	7
2.3.	2.3. Suisse – Association Outcome	7
2.4.	2.4. Suisse – Fondation SanaCERT	7
2.5.	2.5. Suisse -Agence pour la Promotion et l'Evaluation de la Qualité	8
2.6.	2.6. OECD – Health Care Quality Indicators Project	8
2.7.	2.7. Allemagne – Bundesgesellschaftstelle Qualitätssicherung	8
2.8.	2.8. France – COMPAQH – Coordination pour la mesure de la performance et l'amélioration de la qualité hospitalière	8
2.9.	2.9. France - Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES)	8
2.10.	2.10. WHO - « Development of indicators for a self-assessment tool » ^(35;36)	8
2.11.	2.11. WHO - The WHO - PATH project	9
2.12.	2.12. European Union - European Health Promotion Indicators Development (EUPHID) project ..	9
2.13.	2.13. Europe – Fondation Européenne pour le management de la qualité (EFQM)	9
2.14.	2.14. USA - Joint Commission for Accreditation for Health Care Organizations (JCAHO)	9
2.15.	2.15. EPA - Europäisches Praxisassessment	9
2.16.	2.16. Externe Qualitätssicherung in der Medizin - Fondation EQUAM	10
2.17.	2.17. Quali-med-net	10
2.18.	2.18. Good Medical Practice	10
3.	Déclarations et Chartes globales	10
3.1.	3.1. Union Européenne - Déclaration d'Amsterdam ⁽²⁰⁾	10
3.2.	3.2. Australie - Charter of public service in a culturally diverse society	11
3.3.	3.3. USA – “Straight talk – Model hospital policies and procedures on language access” ⁽²⁹⁾	12
3.4.	3.4. International - ISQua's International Principles for Healthcare Standards ⁽¹⁶⁾	12
4.	Pilotage niveau global	13
4.1.	4.1. Australie - Queensland Health Multicultural Policy Statement ⁽³⁰⁾	13
4.2.	4.2. Australie - Multicultural Health Services And Programs in NSW ⁽²⁴⁾	15
4.3.	4.3. Australie –State Victoria - Health service cultural diversity plans ⁽⁸⁾	16
4.4.	4.4. Irlande - National Intercultural Health Strategy 2007 – 2012 ^(15;25)	16
4.5.	4.5. Ecosse - Improving the health of the Scottish minority ethnic communities ^(22;23)	19
4.6.	4.6. Suisse – Stratégies Migration et Santé	19
4.7.	4.7. Suisse – Nationale Machbarkeitstudie Projektmodell “Migration und Sucht” ⁽⁶⁾	21
5.	Pilotage niveau local	21
5.1.	5.1. Suisse – Diversité et égalité des chances ⁽²⁸⁾	21
5.2.	5.2. Suisse – Projet MFH 2002 – 2007	23
5.3.	5.3. Commission Européenne – Projet Migrant-Friendly Hospital - MFH	24
5.4.	5.4. OMS - Promotion de la santé dans les hôpitaux ^(2;12;37)	25
5.5.	5.5. Australie - Health service cultural diversity plans ⁽⁸⁾	26
5.6.	5.6. USA - The Joint Commission's Hospitals, Language, and Culture: A Snapshot of the Nation (HLC) study	27
5.7.	5.7. Tessin – Hôpital interculturel	30

6.	Analyse des besoins et critères / Auto-évaluation	30
6. 1.	Commission Européenne - Migrant-Friendliness Quality Questionnaire (MFQQ) ⁽¹⁾	30
6. 2.	Suisse - Réseau Health Promoting Hospitals	32
6. 3.	OMS Euro - Réseau Health Promoting Hospitals ^(1;29;30)	32
6. 4.	Irlande	33
6. 5.	Australie - Health service cultural diversity plans ⁽⁸⁾	33
6. 6.	Australie - Queensland Health Multicultural Policy Statement ⁽²⁵⁾	33
6. 7.	Suisse – Nationale Machbarkeitstudie Projektmodell "Migration und Sucht"	34
6. 8.	USA - Cultural and Linguistic Competence Policy Assessment (CLCPA)	35
6. 9.	USA – National standards on culturally and linguistically appropriate services CLAS in health care	36
6. 10.	Les critères de la section MFH	37
7.	Interventions au niveau des projets	38
7. 1.	Europe - Caring for migrant and minority patients in European hospitals - A review of effective interventions ⁽⁴⁾	38
7. 2.	Suisse – Motion de L. Recordon du 3.10.2008 « Interprètes allophones » ⁽³¹⁾	39
8.	Références.....	40

1. Généralités sur les thématiques

1. 1. Pourquoi s'intéresser à la diversité culturelle dans les institutions de soins ?

Stratégie Migration et Santé - Phase I ⁽²⁶⁾:

« La recherche et l'expérience montrent qu'une partie de la population migrante est exposée à des risques importants pour la santé. Des études confirment l'existence de ces risques, qui se cumulent chez les migrants par rapport à d'autres groupes de population. La structure sociodémographique spécifique à la population migrante (engendrée par la politique migratoire pratiquée) peut être considérée comme point de départ pour expliquer cette problématique. Cette dernière est surtout fonction de l'appartenance à tel ou tel niveau social différents, mais le vécu migratoire joue également un rôle. C'est pour cela que les mesures se sont concentrées jusqu'ici sur la résolution des problèmes liés à la situation sociale et sur les problèmes de santé spécifiques à la population migrante. Ce constat s'applique également à la politique pratiquée jusqu'à présent en Suisse dans le domaine «migration et santé».

Stratégie Migration et Santé - Phase II ⁽²⁷⁾:

« La population résidante de la Suisse se caractérise depuis longtemps par une extraordinaire diversité socioculturelle, qui n'a cessé de s'accroître ces dernières décennies, en raison des migrations. Cela place les institutions au service de notre société pluraliste devant des défis inédits, tels que garantir l'égalité des chances face à la santé, c'est-à-dire donner à toutes les personnes les mêmes chances de réaliser pleinement leur potentiel de santé. En soi, l'immigration ne rend pas malade. Plusieurs indicateurs épidémiologiques montrent cependant que les personnes migrantes sont particulièrement vulnérables. Elles courent davantage de risques dans les domaines de la santé reproductive, de la santé dentaire, des maladies liées à la profession, des maladies sexuellement transmissibles, parasitaires ou infectieuses et des maladies psychiques.

Trois groupes de déterminants permettent d'expliquer pourquoi la population migrante n'a pas les mêmes chances devant la santé :

- Difficultés matérielles et psychosociales
- Comportement sanitaire
- Organisation du système de santé

Rapport sur la santé en Suisse 2008

Le récent rapport sur la santé en Suisse¹⁹ offre une large place à la migration en tant que déterminant de la santé ainsi que sur les problèmes de santé spécifiquement en lien avec la migration.

Voir bien entendu également l'introduction de l'ouvrage de l'OFSP⁽²⁸⁾.

USA – Policy Brief : Rationale for Cultural Competence in Primary Care⁽¹¹⁾

Why is there a compelling need for cultural competence?

- To respond to current and projected demographic changes in the United States.
- To eliminate long-standing disparities in the health status of people of diverse racial, ethnic and cultural backgrounds.
- To eliminate disparities in the mental health status of people of diverse racial, ethnic and cultural groups.
- To improve the quality of services and primary care outcomes.
- To meet legislative, regulatory and accreditation mandates.
- To gain a competitive edge in the market place.
- To decrease the likelihood of liability / malpractice claims.

1. 2. **Exemples de glossaires identifiés dans le champ**

- (CH)⁽²⁸⁾
- (USA)⁽³⁸⁾
- (USA)⁽²¹⁾

Diversité culturelle

Les objectifs sous-jacents à un programme ciblant les migrants pourraient s'inspirer de ceux cités ci-dessous:

“The State Government’s *Valuing cultural diversity* document sets out the primary principles of cultural diversity: 1. valuing diversity, 2. reducing inequality, 3. encouraging participation, 4. promoting the social, cultural and economic benefits of cultural diversity for all. [...] ‘Diversity’ is a broad concept that includes all Victorians. Recognising that each person is a unique and complex being is integral to understanding and responding effectively to health care needs at an individual, family or community level. ‘Diversity’ is the term used to refer to groups or individuals that are perceived to be different from the general community. Facilitating access for these often marginalised groups and individuals must occur through consideration of characteristics such as ethnicity, disability, sexuality, age and socio-economic status. All of these characteristics are important for service planning and implementation in the health care sector⁽⁸⁾.”

2. **Systèmes d'accréditation / évaluation de la qualité**

Les différents systèmes d'accréditation / d'évaluation de la qualité / d'indicateurs sommairement présentés ci-dessous s'adressent pour certains à des structures de soins dans leur ensemble (hôpitaux, par ex.) ou à des pratiques de soins spécifiques (soins médicaux / infirmiers, par ex.). Ils ne sont pour la plupart pas spécifiques à la prise en compte de la diversité culturelle mais fournissent des pistes susceptibles d'être retravaillées pour refléter spécialement cette dernière.

Bien que les buts de ces différents systèmes puissent être différents, ils visent tous à favoriser l'amélioration des soins et de développement des bonnes pratiques. Ils devraient être intégrés aux systèmes de management de la qualité existants. L'intérêt de ces systèmes est également de faciliter la comparaison entre structures de soins.

Il est évident que ces processus reposent sur des savoirs eux-aussi en évolution : les données probantes et autres meilleures pratiques dans les soins sont susceptibles d'évoluer au cours du temps, tout comme celles concernant les systèmes d'évaluation.

2. 1. **Littérature scientifique**

Dans le champ de la qualité des soins, la littérature scientifique est extrêmement vaste. Historiquement, elle s'est bâtie sur la qualité des prestations médicales⁽⁹⁾ avant de s'intéresser à la qualité des soins en général (infirmiers, etc.) et aux aspects structurels. Désormais, on parle de la qualité des soins comme d'un processus itératif qui requiert une attention systématique en termes de mesures de résultats, de processus et de structure notamment⁽¹⁷⁾. Ces mesures requièrent la combinaison de normes et d'indicateurs.

En ce qui concerne plus spécifiquement l'évaluation de la qualité des soins dans un contexte hospitalier, on parle alors de de « hospital performance assessment ». Au plan international, il existe de nombreux projets que Groene et al.⁽¹²⁾ notamment ont tenté de comparer. Il en ressort que, malgré le fait que les indicateurs utilisés soient généralement élaborés spécifiquement pour chaque projet, les grandes catégories généralement utilisées sont les suivantes : « clinical effectiveness », « patient centredness » and « patient safety ».

Bien que les buts et méthodes (auto-évaluation ou audit externe) de ces différents systèmes puissent être différents, ils visent tous à favoriser l'amélioration des soins et de développement des bonnes pratiques. Ils devraient être intégrés aux systèmes de management de la qualité existants. L'intérêt de ces systèmes est également de faciliter la comparaison entre structures de soins.

Il est évident que ces processus reposent sur des savoirs eux-aussi en évolution : les données probantes et autres meilleures pratiques dans les soins sont susceptibles d'évoluer au cours du temps, tout comme celles concernant les systèmes d'évaluation.

« *Quality of [medical] care* », Donabedian ⁽¹⁰⁾

There are several levels at which quality may be assessed:

- There are two elements in the **performance of practitioners**: one technical and the other interpersonal:
 - (=>...) judgments on technical quality are contingent on the best in current knowledge and technology
 - (=>...) the interpersonal process is the vehicle by which technical care is implemented and on which its success depends.
- **Amenities** of care, i.e. the desirable attributes of the settings within which care is provided.
- **Contributions to care of the patients** themselves (ssf: which includes health literacy?)
- **Social distribution** of levels of quality in the community

Valuation of the consequences of care: the assessment of performance depends on who is to value the improvements in health that care is expected to produce (i.e. Practitioners? Patients? Others?)

The practice of optimal care requires knowledge of costs, and also some method of weighing each added bit of expected usefulness against its corresponding cost.

The information from which inference can be drawn about the quality of care can be classified under three categories: “structures”, “process”, and “outcome”. (...) This three-part approach to quality assessment is possible only because good structure increase the likelihood of good process, and good process increases the likelihood of a good outcome. ⁽¹⁰⁾

“*The struggle for equality in healthcare continues*”, Rutledge ⁽³²⁾

Providers must embrace the diversity that is a part of our society and must not let race or ethnicity be a determining factor in offering treatment options. (...) The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations and the National Council of Quality Assurance can help jumpstart this effort by establishing an accreditation standard that requires all healthcare providers to establish and practice culturally competent care within their organizations. ⁽³²⁾

Article spécialement destiné aux managers et reflétant bien ce que disent les personnes interviewées à propos des arguments à utiliser pour convaincre ces responsables.

« *An international review of projects on hospital performance assessment* », Groene et al. ⁽¹⁴⁾

Cet article liste les différents projets existant sur le plan international en matière de « hospital performance assessment ». Il met en évidence la difficulté à les comparer, dans la mesure où les indicateurs sont généralement élaborés spécifiquement pour chaque projet. Il en ressort néanmoins que les grandes catégories généralement utilisées sont les suivantes : « clinical effectiveness », « patient centredness » and « patient safety » ⁽¹⁴⁾.

« *Managing the quality of health care* », Larson & Muller ⁽¹⁷⁾

Réflexions concernant le fait que la qualité des soins dépende des médecins:

[...] appropriate structure and process will lead to favorable medical care outcomes. Although structure and process are precursors to medical care outcomes, they are not sufficient conditions for optimal medical care outcomes. Good results are dependent upon a number of other factors that are not under the medical practitioner’s direct control. [...] ⁽¹⁷⁾

[...] Health care professionals including practitioners partially determine health care outcomes but other factors (right two boxes), largely uncontrollable by health care providers, also impact outcomes. That is, some of the variation found in outcome measures is not attributable to the quality of medical care but to other extraneous conditions. [...] ⁽¹⁷⁾

Réflexions concernant le fait que la qualité des soins dépende de la « governance structure » :

There is also an important problem with patient satisfaction measures. [...] Satisfaction depends primarily on being treated with respect and involved in treatment decisions whereas quality of care is a combination of patient satisfaction and technical competence. [...] ⁽¹⁷⁾

Management of the quality of care is an iterative process and requires systematic attempts to change certain behaviors and reinforce others. It requires attention to feedback from measures of outcome and patient satisfaction and may require structural modifications. Quality

assurance is the foundation upon which modern efforts were built and has evolved from an emphasis on structural change and physician behavior to a systematic study and reform of medical care process and outcome. [...]⁽¹⁷⁾

« *A review of organizational performance assessment in health care*” – Leggat⁽¹⁸⁾

As health care organizations look for ways to ensure cost-effective, high quality service delivery while still meeting patient needs, organizational performance assessment (OPA) is useful in focusing improvement efforts. In addition, organizational performance assessment is essential for ongoing management decision-making, operational effectiveness and strategy formulation. In this paper, the roles and impact of OPA models in use in health care are reviewed, and areas of potential abuse, such as myopia, tunnel vision and gaming, are identified. The review shows that most existing OPA models were developed primarily as sources of information for purchasers or consumers, or to enable providers to identify areas for improvement. However, there was little conclusive evidence evaluating their impact. This review of existing OPA models enabled the establishment of principles for the development, implementation and prevention of abuse of OPA specific to health care. The OPA models currently in use in health care may provide managers with false confidence in their ability to monitor organizational performance.⁽¹⁸⁾

2. 2. **International - ISQua's International Principles for Healthcare Standards**

Ce document^{9} met en évidence les critères de qualité des soins utilisés dans le cadre d'un processus d'accréditation global externe : Quality Improvement, Patient/Service User Focus, Organisational Planning and Performance, Safety, Standards Development and Standards Measurement. Il importe avant tout d'en retenir ici que la prise en compte de la diversité culturelle fait partie des critères de qualité des soins, notamment dans l'adaptation des soins aux spécificités des patients, que ce soit aux moyens de procédures spécifiques ou de formation du personnel.⁽¹⁶⁾

2. 3. **Suisse – Association Outcome**

Organisme à but non lucratif, l'Association Outcome est un groupement paritaire réunissant les hôpitaux, les assureurs maladie et accidents, et la Direction de la santé du canton de Zurich. Elle développe et coordonne des mesures de qualité des résultats dans les hôpitaux de soins aigus, et avec leur collaboration, puis en assure l'analyse. Avec les hôpitaux participants, elle organise des ateliers de benchmarking au cours desquels les résultats sont présentés, comparés entre eux et discutés. Depuis 2003, l'Association travaille au niveau supra-cantonal. A l'échelle internationale, elle est par ailleurs considérée comme un interlocuteur compétent en matière de mesures de qualité dans le secteur hospitalier.^{Tiré de}
www.vereinoutcome.ch

2. 4. **Suisse – Fondation SanaCERT**

www.sanacert.ch

Cet organisme travaille avec les bases normatives suivantes:

Grundstandard: Qualitätsmanagement

Standard 1: Infektionsprävention und Spitalhygiene (“auch fremdsprachige Mitarbeitende mit den sie betreffenden Richtlinien vertraut sind.”)

Standard 2: Erhebung von Patientenurteilen

Standard 3: Beurteilung der Angemessenheit von Aufenthaltsdauern

Standard 5: Schmerzbekämpfung

Standard 6: Abklärung und Behandlung von Diabetes mellitus

Standard 7: Chirurgie

Standard 8: Gynäkologie

Standard 9: Pflege

Standard 10: Informieren und Entscheiden im Behandlungsnetz

Standard 11: Umgang mit kritischen Zwischenfällen

Standard 12: Mitarbeitende Menschen und Spital

Standard 13: Patienteninformation

Standard 14: Abklärung, Behandlung und Betreuung in der Notfallstation ("Aus diesem Grund sollten die Verfügbarkeit von Dolmetschern und Massnahmen zum Umgang mit fremdsprachigen Patienten im Konzept vorgesehen sein.")

Standard 15 Ernährung ("Mit dem Ernährungskonzept wird angestrebt, insbesondere bei soziokulturell und religiös begründeten Bedürfnissen die Menugestaltung anzupassen.")

Standard 17: Umgang mit Beschwerden und Wünschen von Patientinnen und Patienten

Standard 18: Umgang mit akut verwirrten Patientinnen und Patienten

Standard 20: Rettungsdienst

Standard 23: Risikomanagement

Standard 25: Palliative Betreuung

Standard 28: Decubitusvermeidung und -behandlung

Standard 29: Sturzvermeidung

Standard 30: Umgang mit freiheitseinschränkenden Massnahmen

2. 5. **Suisse -Agence pour la Promotion et l'Evaluation de la Qualité**

www.apcq-quality.ch / www.procercert.ch

L'APEQ est une association dont le but social est de promouvoir et de soutenir les efforts des institutions sanitaires et sociales en matière d'assurance et d'amélioration de la qualité de leurs prestations. Elle a élaboré les normes SPEQ, un système de management de la qualité dans les secteurs santé & social (soins aigus, réadaptation, hébergement, handicapés). Ces normes ne sont pas disponibles sur leur site web.

2. 6. **OECD – Health Care Quality Indicators Project**

The aim of this project is "to collect internationally comparable data reflecting the health outcomes and health improvements attributable to medical care delivered in OECD countries" ^{Tiré de www.oecd.org}.

2. 7. **Allemagne – Bundesgesellschaftstelle Qualitätssicherung**

Cette structure fournit un certain nombre de critères de qualité élaborés spécifiquement pour des maladies ou des problèmes de soins infirmiers. ^{Voir <http://bgs-outcome.de>}

2. 8. **France – COMPAQH – Coordination pour la mesure de la performance et l'amélioration de la qualité hospitalière**

Compaqh est né en 2003. Projet de recherche à visée opérationnelle, il a pour objectif de développer des indicateurs de qualité des soins pour les établissements de santé et d'établir des modes d'utilisation efficaces de ces indicateurs. Précisément, il :

- développe des indicateurs de qualité, évalue leur qualité métrologique (tests au sein d'un panel de 42 établissements) et émet des recommandations de généralisation des indicateurs validés au sein de l'ensemble des établissements de santé,

- établit des modes efficaces d'utilisation des indicateurs à trois niveaux : dans le pilotage des établissements, les classements inter-établissements et en matière d'incitations économiques à la qualité (« paying for performance »). ^{<http://ifr69.vjf.inserm.fr/compaqh>}

2. 9. **France - Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES)**

The ANAES's national accreditation programme is based on the self-assessment of standards, which is followed by a survey of ANAES experts. Surveyors prepare a report which is commented on by the health care organizations. Finally, the definitive report is prepared. ^{cité dans (36)}

2. 10. **WHO - « Development of indicators for a self-assessment tool »^(35;36)**

Version française dans ⁽²⁾

A working group of the Health Promoting Hospitals' network developed five standards for health promotion in hospitals related to hospitals' management policy, patient assessment, patient information and intervention, promoting a healthy workplace, and continuity and cooperation.

The standards are related to the patient's pathway and define the responsibilities and activities concerning health promotion as an integral part of all services offered to patients in a hospital. The standards focus on patients, staff and the organizational management. The quality goals described in the standards address professional, organizational, and patient-related quality issues.

- Standard 1 demands that a hospital has a written policy for health promotion. This policy must be implemented as part of the overall organization quality system and is aiming to improve health outcomes. It is stated that the policy is aimed at patients, relatives and staff.
- Standard 2 describes the organizations' obligation to ensure the assessment of the patients' needs for health promotion, disease prevention and rehabilitation.
- Standard 3 states that the organization must provide the patient with information on significant factors concerning their disease or health condition and health promotion interventions should be established in all patients' pathways.
- Standard 4 gives the management the responsibility to establish conditions for the development of the hospital as a healthy workplace.
- Standard 5 deals with continuity and cooperation, demanding a planned approach to collaboration with other health service sectors and institutions.

A number of indicators related to these standards can be identified, for example:

- Assess for health promotion skills, Health promotion training, Health promotion audit, Staff awareness, Budget for health promotion
- Assessment for risk factors, Assessment against guidelines
- Patients' self-management, Risk factor modification, Patients' awareness, Patients' results
- Assessment of communication with external partners, Discharge letters communicated
- Readmission rate, Appropriate Care, Etc.

2. 11. **WHO - The WHO - PATH project**

The objective of the WHO - PATH project is to provide tools to support hospitals in assessing their performance, questioning their own results, and translating them into actions for improvement, with the support of other participating hospitals (benchmarks).^{Tiré de (36)}

The PATH conceptual model is based on six dimensions (clinical effectiveness, efficiency, staff orientation, responsive governance, safety and patient centeredness) and 18 performance indicators.⁽¹³⁾

2. 12. **European Union - European Health Promotion Indicators Development (EUPHID) project**

The European Health Promotion Indicators Development (EUPHID) project is an EU project whose aim it is to improve health promotion, and thereby improve population health, through the development of a common set of European health promotion indicators.^{cité dans (36)}

2. 13. **Europe – Fondation Européenne pour le management de la qualité (EFQM)**

www.efqm.org / www.saq.ch

Avec comme objectif d'atteindre l'excellence, cette Fondation a élaboré neuf critères de succès essentiels pour les entreprises et organisations sous le label EFQM: orientation résultats, orientation clients, leadership en constance des objectifs, management par les processus et les faits, développement et implication des personnes, formation continue, innovation et amélioration, développement des partenariats, responsabilité sociale / sociétale de l'organisation. C'est la « Swiss Association for Quality » qui représente ce label en Suisse.

2. 14. **USA - Joint Commission for Accreditation for Health Care Organizations (JCAHO)**

The Joint Commission evaluates and accredits health care organizations and programs within the United States and outside.^{cité dans (36)}

2. 15. **EPA - Europäisches Praxisassessment**

L'EPA est un système d'évaluation servant à introduire et à développer la gestion de la qualité (GQ) dans les cabinets de médecins de famille et de spécialistes, de même que dans les

HMO et les réseaux de médecins. Le système EPA soutient les fournisseurs de prestations dans l'amélioration permanente de leur activité, en garantissant ainsi aux patients une prise en charge efficace pour une santé optimale.

L'évaluation EPA se compose de systèmes innovateurs GQ, basés sur des indicateurs développés au niveau international entre 2001 et 2005 et scientifiquement validés.

En Suisse, l'évaluation EPA forme la base de la certification EQUAM (accréditée en 2006 par le Service d'accréditation suisse (SAS) du seco). Tiré du site de la FMH www.fmh.ch

2. 16. **Externe Qualitätssicherung in der Medizin - Fondation EQUAM**

Créée par des organisations de «Managed Care» (gestion des soins), la Fondation EQUAM poursuit les objectifs suivants:

- Contrôler régulièrement la qualité des structures, des processus et des résultats des centres HMO, et promouvoir des améliorations mesurables.
- Définir des normes de qualité, notamment dans l'optique des médecins, tout en tenant compte des patients, et faire contrôler leur observation par une instance indépendante.
- Créer, dans cet esprit, un certificat de qualité susceptible d'être aussi bien attribué que retiré. Tiré du site de EQUAM www.equam.org

2. 17. **Quali-med-net**

- est proposé par l'Organisation faitière des réseaux médicaux suisses med-swiss-net (msn), sous forme d'outil d'auto-évaluation pour la saisie et le développement de la qualité des réseaux de médecin;
- est basé sur un ensemble d'indicateurs comportant cinq dimensions qualitatives et
- permet aux réseaux de médecins de procéder à un développement de la qualité selon leur degré de maturité et leurs besoins. Tiré du site de la FMH www.fmh.ch, voir aussi www.med-swiss.net

2. 18. **Good Medical Practice**

Good Medical Practice sets out the principles and values on which good practice is founded; these principles together describe medical professionalism in action. The guidance is addressed to doctors, but it is also intended to let the public know what they can expect from doctors. Tiré de www.gmc-uk.org, voir aussi www.fmh.ch

3. Déclarations et Chartes globales

3. 1. **Union Européenne - Déclaration d'Amsterdam⁽²⁰⁾**

La Déclaration d'Amsterdam met en évidence les avantages globaux d'une participation à un programme axé sur l'amélioration des soins aux migrants, l'importance de l'identification des besoins et du monitoring des activités, les collaborations extra-hospitalière et l'importance du contexte (politiques publiques et recherche).

Tout en les évoquant succinctement, La Déclaration ne donne cependant pas de détails sur les changements organisationnels nécessaires et l'amélioration de la qualité des services spécifiques au contexte hospitalier.

La mise en œuvre d'un programme en faveur des migrants représente un « investissement en faveur de services plus individuels et plus personnalisés pour tous les patients et clients ainsi que leurs familles (...)».

Il importe de réaliser que l'adhésion à un tel programme suppose une forme de développement organisationnel.

A. Légitimité politique : Mandat formel donné par la direction d'institution

« Ceci suppose une sensibilisation accrue aux expériences de la population immigrée et aux disparités et inéquités existant dans le domaine de la santé, débouchant sur des changements au niveau de la communication, des routines organisationnelles et de l'allocation des ressources. »

« Les propriétaires des hôpitaux, la direction et la gestion de la qualité doivent inscrire la **qualité**

des services pour les immigrés et les minorités ethniques à l'ordre du jour des organisations hospitalières. »

« Il est important de définir des buts et objectifs (mission, vision et valeurs, politiques et procédures). 6 Des ressources adéquates (temps de travail, moyens financiers, qualification) doivent être mises à disposition afin que les changements puissent se réaliser. 7 Un processus de développement de l'organisation doit être initié, soutenu et suivi par la direction, l'encadrement et la gestion de la qualité. »

B. Ancrage institutionnel et compétences en gestion : Désignation d'une personne /unité afférente

-

C. Pérennité financière : cofinancement stable par les hôpitaux

-

D1. Démonstration préalable des besoins

« Une étape importante consistera à explorer les besoins et les ressources de tous les intéressés - utilisateurs (patients, familles, communauté) et prestataires (personnel). »

D2. Monitoring d'activités et évaluation

« Un monitoring des résultats ainsi que des structures et processus qui influencent les résultats doit être assuré. Il convient de déterminer les préoccupations, les plaintes et les doléances concernant la fourniture des services et d'y réagir en conséquence. »

E. Valorisation des expériences : Participation aux échanges entre structures de soins

-

F. Exigences formelles aux présentations des requêtes de financement

-

Autres

Extra-hospitalier

Suppose « Le développement de partenariats avec des organisations des communautés locales et des groupes de défense d'intérêts ayant une bonne connaissance des questions concernant les immigrés et les minorités ethniques est un aspect important, susceptible de faciliter le développement d'un système de prestations plus approprié sur le plan culturel et linguistique. (...) Les organisations de patients et les communautés peuvent apporter des contributions essentielles au processus en inscrivant la diversité et la santé/les soins de santé à leur ordre du jour. »

« En donnant une plus grande priorité aux questions de la diversité dans la santé et les soins de santé, en les incluant au développement de théories et à la collecte systématique de données, les disciplines scientifiques de la santé peuvent apporter d'importantes contributions. »

Supra-hospitalier

« La politique de santé doit proposer un cadre dans lequel le développement de la qualité en fonction des besoins des migrants devient pertinent et faisable pour tout hôpital (réglementations juridiques, financières et organisationnelles).

Un cadre pour un développement communautaire orienté santé pour les migrants et les minorités ethniques pourrait être extrêmement utile pour développer l'éducation de santé de ces groupes.

La politique et l'administration ont un rôle important à jouer en favorisant le développement des connaissances - par exemple en initiant et en finançant des travaux de recherche, des études, le développement et la dissémination de standards (travail en réseau, formation, échanges d'expériences). »

3. 2. *Australie - Charter of public service in a culturally diverse society*

Ces différents documents^(9;7;3) montrent ce qui a été fait en Australie pour fournir un canevas global à la prise en compte de la diversité culturelle, à quelque niveau que ce soit au sein des services publics. Cette charte n'est donc pas spécifiquement destinée aux services de santé mais c'est un

outil « marketing » global intéressant qui montre également que les "clients" ont des droits, mais aussi des responsabilités. Cette charte est également en lien avec des objectifs et des critères de mesure⁽⁹⁾ de son utilisation et de sa mise en œuvre.

“The Charter of Public Service in a Culturally Diverse Society »⁽³⁾

The Charter is the key document guiding the Access and Equity Strategy. It helps to ensure government programmes meet the needs of our culturally and linguistically diverse society. It integrates a set of service delivery principles concerning cultural diversity into the strategic planning, policy development, budget and reporting processes of government service delivery, irrespective of whether these services are provided by government agencies, community organisations or commercial enterprises.

These principles are:

Access – Government services should be available to everyone who is entitled to them and should be free of any form of discrimination irrespective of a person’s country of birth, language, culture, race or religion.

Equity – Government services should be developed and delivered on the basis of fair treatment of clients who are eligible to receive them.

Communication – Government service providers should use strategies to inform eligible clients of services and their entitlements and how they can obtain them. Providers should also consult with their clients regularly about the adequacy, design and standard of government services.

Responsiveness – Government services should be sensitive to the needs and requirements of clients from diverse linguistic and cultural backgrounds, and responsive as far as practicable to the particular circumstances of individuals.

Effectiveness – Government service providers should be ‘results oriented’, focussed on meeting the needs of clients from all backgrounds.

Efficiency – Government service providers should optimise the use of available public resources through a user-responsive approach to service delivery which meets the needs of clients.

Accountability – Government service providers should have a reporting mechanism in place which ensures they are accountable for implementing Charter objectives for clients.”

3. 3. **USA – “Straight talk – Model hospital policies and procedures on language access”⁽²⁹⁾**

Ce document est destiné aux directions d’hôpitaux en leur permettant d’élaborer leurs propres politiques d’ouverture linguistique sur une base déjà passablement défrichée. En effet, chacune de ces politiques (ci-dessous) modèles (élaborée suite à une consultation de différentes structures hospitalières) est complétée d’un certain nombre d’objectifs opérationnels adaptables au contexte local.

The purpose of the Language Access Policy is twofold. First is to ensure that all Limited English Proficiency (LEP) patients and surrogate decision-makers are able to understand their medical conditions and treatment options. Second is for the concerned Medical Center staff to provide quality patient care to their LEP patients.

1000. Policy on the Provision of Medical Services to Patients/Surrogate Decision-Makers Needing Language Assistance

1001.0 Procedure for the Determination of LEP Status

1002.0 Procedure for the Tracking of LEP Patients in Hospital Data Sets

1003.0 Procedure for the Inclusion of Patient Primary Language and Documentation of the Provision of Interpreter Services in Patient Medical Records

1004.0 Procedure to Inform Patients of their Right to Have Interpreter Services

1005.0 Procedure for the Acquisition of Interpreter Services

1006.0 Procedure for the Provision of Written Translations

1007.0 Procedure for the Identification and Implementation of Required Bilingual Positions

1008.0 Procedure for Language Accessible Hospital Signage

1009.0 Procedure for Adjustment of Hospital Equipment Requirements to Assure Language Access⁽²⁹⁾

3. 4. **International - ISQua’s International Principles for Healthcare Standards⁽¹⁶⁾**

Ce document met en évidence les critères de qualité des soins utilisés dans le cadre d’un processus d’accréditation global externe : Quality Improvement, Patient/Service User Focus,

Organisational Planning and Performance, Safety, Standards Development and Standards Measurement.

Il importe avant tout d'en retenir ici que la prise en compte de la diversité culturelle fait partie des critères de qualité des soins, notamment dans l'adaptation des soins aux spécificités des patients, que ce soit aux moyens de procédures spécifiques ou de formation du personnel.

4. Pilotage niveau global

4. 1. *Australie - Queensland Health Multicultural Policy Statement*⁽³⁰⁾

Ce document met en évidence la procédure nécessaire à la mise en oeuvre d'une stratégie multiculturelle globale et systématique de tous les services de santé. L'intérêt principal de ce document est de fournir un exemple de répartition des différents niveaux des responsabilités et de rôles, bien qu'il ne soit évidemment pas applicable tel quel à la structure du système de santé helvétique (cf. images ci-dessous).

Ce document liste également une série d' « outcomes » intéressants pour l'évaluation globale :

The following principles shape Queensland Health's response to the challenges of linguistic and cultural diversity in Queensland. They establish the basis for the development of service outcomes, roles and responsibilities and strategic and operational planning.

Access: Health services available to all and free from any form of discrimination related to a person's country of birth, language, culture, race or religion

Equity: Health services developed and delivered on the basis of fair treatment for all potential clients

Communication: Health service providers informing eligible clients of services and regularly consulting them about their service needs

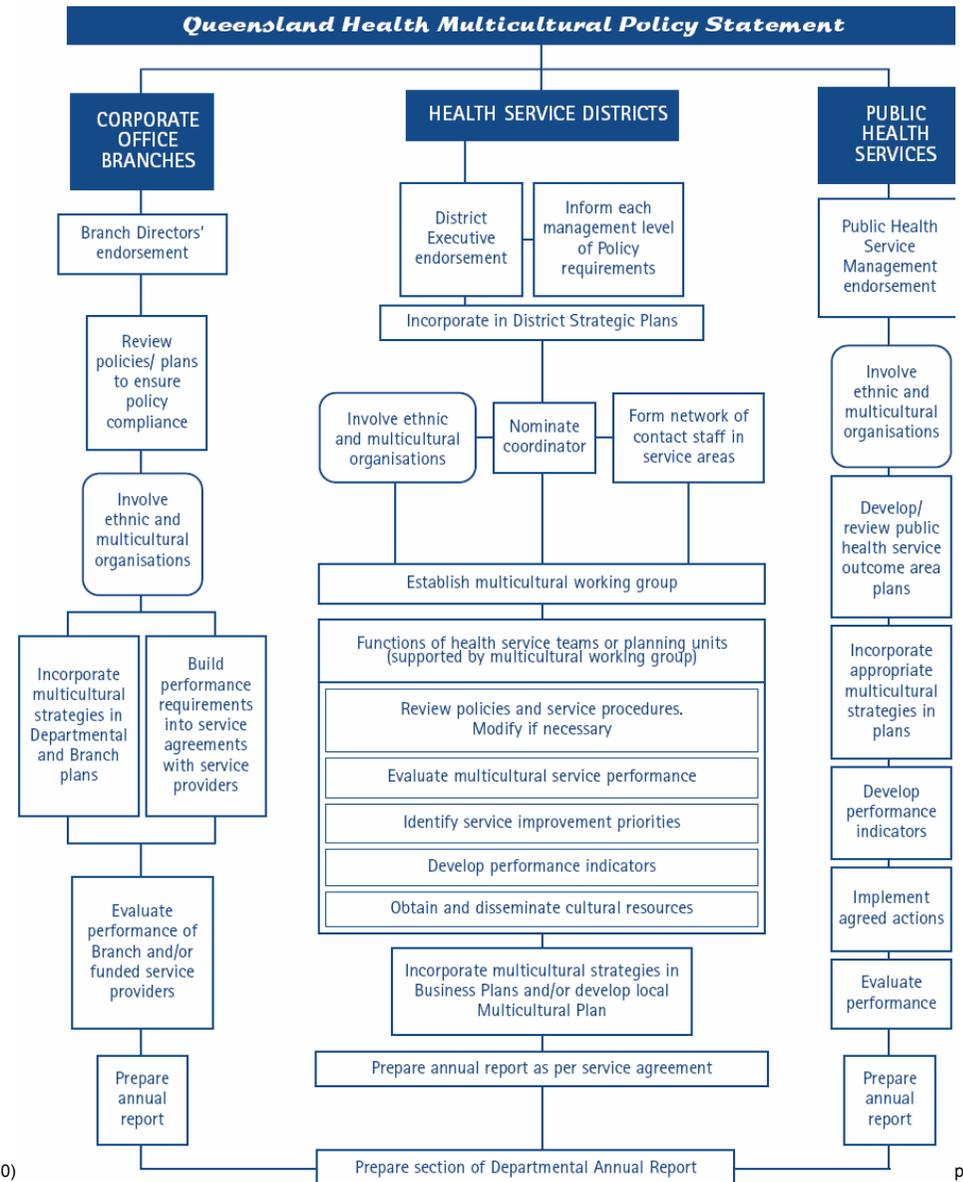
Responsiveness: Health services being sensitive to the needs and requirements of clients from diverse linguistic and cultural backgrounds and responsive as far as practicable to the particular circumstances of individuals

Effectiveness: Health service providers being 'results oriented' in addressing the needs of clients from all backgrounds

Efficiency: Health service providers optimising the use of public sector health resources while maintaining or increasing responsiveness to clients

Accountability: Health system accountability for implementing the objectives of the Charter of Public Service in a Culturally Diverse Society

Director General	
<ul style="list-style-type: none"> Leadership on multicultural issues by ensuring that Queensland Health plans health services for a diverse community; consults with ethnic community organisations; promotes access to health services and resources for ethnic communities and delivers health care at a high standard of cultural and linguistic appropriateness. 	
Deputy Director-General Policy and Outcomes	
HEALTH SYSTEMS STRATEGY BRANCH <ul style="list-style-type: none"> Policy advice on multicultural health Inclusion of multicultural health issues in health outcome planning Planning for the needs of ethnic communities in mental health and aged care and for women's, men's, children and young peoples health Development of partnerships with primary health care providers on multicultural health 	INFORMATION AND BUSINESS MANAGEMENT BRANCH <ul style="list-style-type: none"> Analysis of the health status, service use and service outcomes for groups within a culturally diverse community Provision of resulting information to Health Service Districts and Public Health Services Implementation of the Australian Bureau of Statistics guidelines for suitable indicators for a culturally and linguistically diverse society in its administrative data collections Inclusion of ethnic communities in community health surveys
General Manager Health Services	
HEALTH SERVICES PROCUREMENT <ul style="list-style-type: none"> Incorporation of multicultural health performance requirements in service agreements Inclusion of multicultural issues in quality and accreditation processes ORGANISATIONAL DEVELOPMENT <ul style="list-style-type: none"> Incorporation of cultural diversity training in the Corporate Training Strategy Inclusion of cultural diversity principles in the People Management Plan Inclusion of cultural diversity principles in the development of performance management strategies HEALTH SERVICE DISTRICTS <ul style="list-style-type: none"> Building an integrated approach to the delivery of culturally and linguistically appropriate care Developing local plans, policies, procedures and having identified points of management responsibility for multicultural health Reviewing demographic, epidemiological and cultural data about communities in the catchment area 	<ul style="list-style-type: none"> Continuing education for direct service, administrative and support staff on cultural issues in health care Reviewing multicultural health service performance (access, satisfaction, quality and outcomes) Providing mechanisms for complaints by patients and staff about culturally insensitive or discriminatory treatment PUBLIC HEALTH SERVICES <ul style="list-style-type: none"> Inclusion of health needs of minority ethnic communities in the planning of public health strategies Collection and analysis of ethnicity data for population health planning purposes Development of linguistically and culturally appropriate information, training and public health programs. Specialised health services for newly arrived immigrants such as tuberculosis treatment and control Population health screening and immunisation for a culturally diverse population
Chief Health Officer	
<ul style="list-style-type: none"> Liaison with peak professional and educational bodies about multicultural health issues Inclusion of cross-cultural issues in quality plans and research ethics Inclusion of multicultural issues in standards for private health facilities 	



6(30)

p. 5 (30)

p.

A. Légitimité politique : Mandat formel donné par la direction d'institution

Global, systematic and multisectoral approach

B. Ancrage institutionnel et compétences en gestion : Désignation d'une personne /unité afférente

Cascade de responsabilités transhiérarchiques

C. Pérennité financière : cofinancement stable par les hôpitaux

-

D1. Démonstration préalable des besoins

Préalable et continue, différents niveaux de responsabilités.

D2. Monitoring d'activités et évaluation

Integrate measures of access, satisfaction, quality and outcomes in organisational audits/evaluations

E. Valorisation des expériences : Participation aux échanges entre structures de soins

-

F. Exigences formelles aux présentations des requêtes de financement

-

4. 2. **Australie - Multicultural Health Services And Programs in NSW⁽²⁴⁾**

Ce document met en évidence la responsabilité du système de santé face aux besoins de toutes ses populations cibles, migrantes y-compris, selon des critères d'accessibilité aux soins, de réponses adaptées aux besoins et d'efficacité (qualité des soins).

Il décrit également l'organisation de la mise en œuvre de sa stratégie, avec notamment :

- des coordinateurs régionaux chargés de la coordination, de la gestion et de l'évaluation des services « multiculturel » au niveau régional,
- différentes catégories d'acteurs locaux multiculturels et/ou multilingues,
- des centres de compétences multiculturels nationaux,
- des organisations non gouvernementales.

La responsabilité des gestionnaires locaux / des directions d'hôpitaux n'est pas réellement évoquée avec précision.

"This booklet explains the multicultural health services that are part of the NSW public health system. The NSW Health system is comprised of the NSW Department of Health, and 8 statutory independent Area Health Services each responsible for the health of the population and provision of health services to 8 geographic areas. Area Health Services employ a coordinator, director or manager to co-ordinate multicultural services and to implement multicultural health service policies. These coordinators/directors have a very broad role which includes developing and evaluating services at Area level.

The multicultural health program is based on the following two principles:

- that all people have equal access to health care services,
- that the health system has a responsibility to respond appropriately to its target population which includes people of non-English speaking background. This responsibility includes modifying existing health services so that they reflect the needs of consumers. It also involves developing and providing bridging programs and services that provide appropriate and effective health care.

To implement these principles the health system must ensure that, irrespective of their cultural or linguistic background or English skills, all people:

- be informed about their health and the health of their communities. This includes being informed of areas in which their health is below Australian or international standards,

- know about services that are available to them and how to access these services,
- be consulted about and contribute to the development of policies, the planning of health services and the delivery of prevention and treatment services,
- have their health services delivered by health professionals with the knowledge and skills to respond to the needs of a culturally diverse community.”

4. 3. **Australie –State Victoria - Health service cultural diversity plans** ⁽⁸⁾

Ce document décrit les objectifs et la mise en œuvre de programmes de gestion de la diversité culturelle à l'intérieur de services de santé de l'Etat de Victoria. Cette démarche est clairement présentée comme une approche d'amélioration de la qualité globale.

Les objectifs de ces programmes sont notamment les suivants :

- identify and understand people and their needs,
- establish process to work in partnership with specialist agencies and ethnic communities to respond to people's cultural and linguistic diversity,
- provide staff with a range of culturally appropriate competencies and so create a more culturally responsive workforce,
- increase the ability to respond to quality and improvement for culturally and linguistically diverse patients and clients,
- develop a greater sense of awareness of diversity across the service.⁽⁸⁾

Ce document souligne la nécessité de mettre en place un « cultural diversity committee » au sein de l'institution, soit un comité chargé du développement, de la mise en œuvre, du monitoring et de la rédaction de « quality reports » annuels concernant le programme. Ce comité doit être composé de hauts responsables reflétant la diversité des soins mais également de leaders issus de la communauté elle-même.

4. 4. **Irlande - National Intercultural Health Strategy 2007 – 2012**^(15;25)

Les objectifs principaux de cette Stratégies visent à améliorer l'accès aux services de santé (information, traduction et interprétariat), à améliorer les données concernant les besoins et les outcomes des bénéficiaires, à assurer la formation des personnels pour obtenir des services de santé culturellement compétents. Quoique cette Stratégie ne bénéficie pas encore d'un plan d'action précis, certains points sont mis en avant :

The Implementation Plan should contain a number of core objectives:

- to retain and grow the necessary skills and competencies to meet the health and support needs of service users, service providers and staff
- to ensure that changes within ways of working are effected in a safe, clear manner, while meeting policy and legislative obligations
- to ensure that the implementation of recommendations is grounded within the fundamental values and principles: Principles of person-centred services, improved accessibility, simple care journeys, responsiveness, partnerships with service users and communities, service integration, multi and interdisciplinary teamwork, and equitable distribution of services are intrinsic principles in this area of intercultural work
- to build a training and development programme with staff that supports them through the implementation of the recommendations and equips them to deliver services appropriately and effectively
- to continually communicate and engage with all stakeholders at local, regional and national level

These objectives should include following key components:

- a social inclusion approach aimed at improving access of all service users to services at all levels of care
- population health input in informing issues around health inequalities and associated actions, designed to promote appropriate local and regional knowledge regarding the health and support needs of specified populations. The inclusion of health impact assessments is a key

element of this approach. Collaboration with community agencies around assessments is desirable. The information derived from these activities would promote improved identification of priority needs and gaps in service provision. It would also facilitate enhanced planning concerning the means of addressing issues, health promotion components, aimed at preventing and promoting health and social gain, and the associated effort around reducing effects of health inequalities

- a strengthened service planning approach, based on evidence of need and of the effectiveness of specific interventions and models of best practice
- a monitoring and evaluation component, continuously measuring effectiveness and quality of programmes and interventions against agreed criteria, and monitoring around equity of access, participation and outcomes, is critical to enhancement of service delivery
- a human resource element equipped to create and implement sustainable programmes of intercultural learning and development for staff and managers, as well as implement proactive strategies to attract, integrate and retain staff from diverse cultures and ethnic backgrounds
- financial management and accounting systems which provide for appropriate, targeted resourcing, effective reporting and related accountability
- communication and information strategies designed to inform all stakeholders of progress concerning the implementation of the strategy and to elicit feedback from them. In line with the nature of the strategy and its principles of facilitating improved accessibility, information should be provided and exchanged in appropriate, accessible ways⁽¹⁵⁾ page 117

A. Légitimité politique

Cette stratégie nationale est le fruit d'un processus de consultation extrêmement large qui s'est efforcé de mettre en évidence les avis et besoins de toutes les structures, organisations, ONG, bénévoles et organisations culturelles possibles. Un Comité national de pilotage a été créé sur cette base. La mise en œuvre de cette Stratégie a été lancée par le Health Service Executive (HSE) en février 2008 sous l'égide du Ministère de la santé et de l'enfance. Le HSE chapeaute tous les services de santé Irlandais (services communautaires et hospitaliers) et alloue des fonds à des organisations autres (ONG, bénévoles, etc.).

B. Ancrage institutionnel

Le HSE est chargé de mettre sur pied des Expert Advisory Groups à même d'accompagner la mise en œuvre de la Stratégie.

C. Pérennité financière

La Stratégie s'échelonne de 2007 à 2012, il est donc probable que le financement des actions est à comprendre dans ce cadre. Les documents ne mentionnent pas explicitement les modes de financement, notamment le co-financement mentionné par téléphone avec Mrs Nurse.^{cf< PV_D Nurse_081210>}

D1. Démonstration préalable des besoins

Pas formellement requise.

D2. Monitoring d'activités et évaluation

De développement d'indicateurs à même d'assurer le monitoring de la mise en oeuvre fait partie intégrante de la Stratégie. Au niveau organisationnel, l'état des lieux aux temps 0 puis à intervalles réguliers est préconisé ; dans ce cadre, les outils existants dans le cadre MFH seront notamment utilisés.

Les critères sont notamment les suivants :⁽²⁵⁾ (MFH_035)

- Management responsibility for Equality and Diversity
- Policies and strategies in place and utilised
- Protocols and standards improved
- Training embodied Equality, Diversity and Interculturalism
- Partnership with Minority Ethnic Communities
- Improvements for Minority Ethnic Communities in accessibility to services

- Performance measures in relation to Equality and Diversity
- Equality reviewing on consistent basis
- Ethnic Data
- Standards for various areas such as interpretation

E. Valorisation des expériences : Participation aux échanges entre structures de soins

Dans la mesure où les structures étatiques communautaires et hospitalières sont chapeautées par le même HSE, et que les organisations non-étatiques ont été intégrées dès le début du processus, les échanges devraient être facilités.

F. Exigences formelles aux présentations des requêtes de financement

Pas mentionnées

Cette stratégie nationale est le fruit d'un processus de consultation extrêmement large qui s'est efforcé de mettre en évidence les avis et besoins de toutes les structures, organisations, ONG, bénévoles et organisations culturelles possibles. Un Comité national de pilotage a été créé sur cette base.

La mise en œuvre de cette Stratégie est du ressort du Health Service Executive (HSE), sous l'égide du Ministère de la santé et de l'enfance. Le HSE 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.).

Le plan d'action vise les objectifs suivants :

- to retain and grow the necessary **skills and competencies** to meet the health and support needs of service users, service providers and staff
- to ensure that changes within ways of working are effected in a **safe**, clear manner, while meeting policy and legislative obligations
- to ensure that the implementation of recommendations is grounded within the **fundamental values** and principles: Principles of person-centred services, improved accessibility, simple care journeys, responsiveness, partnerships with service users and communities, service integration, multi and interdisciplinary teamwork, and equitable distribution of services are intrinsic principles in this area of intercultural work
- to build a **training** and development programme with staff that supports them through the implementation of the recommendations and equips them to deliver services appropriately and effectively
- to continually **communicate** and engage with all stakeholders at local, regional and national level ^{(12) page 117}

Les principes d'action de cette stratégie sont les suivants:

- a social inclusion approach aimed at **improving access** of all service users to services at all levels of care
- **population health** input in informing issues around health inequalities and associated actions, designed to promote appropriate local and regional knowledge regarding the health and support needs of specified populations.
- a strengthened service planning approach, based on **evidence of need** and of the **effectiveness** of specific interventions and models of best practice
- a **monitoring and evaluation** component, continuously measuring effectiveness and quality of programmes and interventions against agreed criteria, and monitoring around equity of access, participation and outcomes, is critical to enhancement of service delivery
- a **human resource** element equipped to create and implement sustainable programmes of intercultural learning and development for staff and managers, as well as implement proactive strategies to attract, integrate and retain staff from diverse cultures and ethnic backgrounds
- **financial management** and accounting systems which provide for appropriate, targeted resourcing, effective reporting and related accountability

• communication and information strategies designed to inform all stakeholders of progress concerning the implementation of the strategy and to elicit feedback from them.^{(12) page 117}

4. 5. **Ecosse - Improving the health of the Scottish minority ethnic communities**^(22;23)

Le National Health Service (NHS) d'Ecosse s'est efforcé d'appréhender de manière globale la question des minorités ethniques et de leur santé. Depuis une dizaine d'années, elle s'est efforcée de créer un réseau d'intérêt autour de cette question en mettant notamment en place un National Resource Centre for Ethnic Minority Health (NRCEMH, six personnes) financé au niveau du gouvernement (MFH_034⁽²²⁾). Cette structure s'inscrit dans un cadre plus large qui est celui d'une volonté claire du Gouvernement de prendre en main la question des minorités ethniques (*Fair for all, Race Equality Schemes*, etc.), mais sans disposer initialement d'une vision très claire de l'état des lieux. Le rôle du NRCEMH a été d'aider les différentes structures du système de santé écossais à approcher la question des minorités ethniques et de leur santé et à la mettre à l'agenda de leurs actions, tout en faisant un état des lieux et en introduisant certaines actions. Dans ce sens, le NRCEMH a contribué à ce que la thématique des minorités ethniques ait été introduite de façon transversale dans différents programmes (programmes ciblant une maladie spécifique (cancer, santé mentale, etc.), programmes ciblant un setting particulier (communautaire, par ex.) ou dans des programmes spécifiques à des populations (gens du voyage, requérants d'asile, etc).

Dans son dernier plan d'action (MFH_037⁽²³⁾), le Gouvernement écossais continue à mettre l'accent sur la réduction des inégalités et sur la mise en valeur de la diversité culturelle dans le système de santé.

4. 6. **Suisse – Stratégies Migration et Santé**

Stratégie Migration et Santé Phase I : 2002-2007

Dans sa stratégie « Migration et santé 2002 à 2006 »⁽²⁶⁾, la Confédération vise l'« amélioration et [la] simplification ciblées de l'accès aux soins, notamment pour la population migrante ». Selon les valeurs fondamentales « que sont l'égalité des chances, l'apport de soins appropriés par le système de santé, la responsabilité individuelle, l'empowerment, la proportionnalité des mesures et leur assise scientifique ».

Dans cette première phase, la Confédération se fixait « comme objectif d'encourager la mise en place d'offres aisément accessibles, notamment dans le cadre des institutions du système de santé déjà existantes », avec l'idée « qu'une plus grande ouverture du système de santé vis-à-vis de la population migrante produirait des effets bénéfiques non seulement sur la santé de la population migrante, mais sur celle de l'ensemble de la population, grâce à une approche tenant mieux compte de la situation et du contexte ». Ainsi, les « hôpitaux pourraient [notamment] proposer des services faciles d'accès »^{(26) page 34}.

De fait, les résultats suivants ont notamment été obtenus⁽²⁷⁾ :

- formation et certification d'interprètes communautaires
- programme-cadre couvrant les formations initiales et continues centrées sur la migration et destinées aux organes de santé
- plate-formes Internet www.migesplus.ch et www.miges.admin.ch
- mesures particulières dans le cadre d'une ébauche de réseau « Migrant-Friendly Hospitals »
- monitoring de la santé de la population migrante en Suisse

Stratégie Migration et Santé Phase II : 2008-2013

Dans le cadre de la phase II (2008-2013)⁽²⁷⁾, la Confédération « poursuit l'objectif d'une égalité des chances devant la santé. [Cette] stratégie veut contribuer à l'élimination des obstacles qui entravent l'accès des personnes d'origine migrante au système de santé et amener les adaptations nécessaires pour que ces personnes aient les mêmes chances que les ressortissants suisses d'exploiter tout leur potentiel de santé. »^{(27) page 3}

Les mesures devant permettre d'atteindre cet objectif sont appliquées dans quatre champs d'action :

- Le champ d'action promotion de la santé et prévention vise l'amélioration des compétences

sanitaires des personnes d'origine migrante [...]

- Le champ d'action formation et formation continue dans la santé vise à permettre aux professionnels de la santé d'acquérir, dans le cadre de leur formation régulière, les compétences transculturelles [...]
- Le champ d'action soins de santé veut assurer une prise en charge et des traitements adaptés aux personnes d'origine migrante et offrir à ces dernières des chances égales d'accéder au système de santé. [...]
- Le champ d'action recherche vise à compléter le savoir dans le domaine migration et santé [...]

En ce qui concerne plus spécifiquement les structures hospitalières, « le champ d'action *soins de santé* veut assurer une prise en charge et des traitements adaptés aux personnes d'origine migrante et offrir à ces dernières des chances égales d'accéder au système de santé. Il inclut des activités de mainstreaming [soit des activités transversales dans les domaines de l'information et de la communication, ainsi que de la coordination et de la mise en réseau] auprès des institutions de soins et des autorités, la promotion d'offres de soins adaptés à certains groupes spécifiques de la population migrante ainsi que des mesures destinées à faciliter et à promouvoir le recours à des interprètes communautaires. »^{(27)page 4}

Cette stratégie s'est fixé les six **objectifs** suivants :

- Les offres de promotion de la santé et de prévention sont adaptées aux besoins de la population migrante.
- Les personnes d'origine migrante disposent de compétences et d'informations suffisantes dans le domaine de la santé pour pouvoir adopter un comportement favorable à la santé.
- Les responsables et les prestataires de tous les échelons du système de santé s'engagent par des mesures concrètes pour que les personnes d'origine migrante aient également accès aux prestations de soins, et pour que ces dernières soient adaptées à leurs besoins.
- Le personnel de santé dispose de compétences transculturelles suffisantes pour pouvoir adapter son action à la diversité de la clientèle.
- Les interprètes communautaires professionnels sont davantage sollicités et interviennent en fonction des besoins.
- Les connaissances sur la situation sanitaire des personnes d'origine migrante sont complétées et différenciées, de même que celles relatives aux liens et aux interactions existant entre la migration et l'égalité des chances devant la santé. Ces connaissances sont mises à la disposition des milieux intéressés.^{(27) pages 61-62}

Cinq grands **principes** sous-tendent l'action de la Confédération dans le cadre de la stratégie Migration et santé: poursuivre une approche intégrative, viser le renforcement des ressources de la population migrante, prendre en compte la dimension sexospécifique, encourager une démarche multisectorielle et attacher de l'importance à la participation et à la mise en réseau.^{(27) page 62}

Les soins prodigués aux personnes d'origine migrante doivent être adaptés, c'est-à-dire que la qualité de la prise en charge et des traitements doit être la même que pour la population suisse. Cela signifie également que les personnes migrantes doivent avoir les mêmes facilités d'accès aux soins de santé. Les **prestations** de soins peuvent être **qualifiées d'adéquates** si les critères suivants sont remplis :

- Les chances qu'un traitement médical se révèle efficace sont les mêmes pour les personnes d'origine migrante que pour la population suisse.
- La prise en charge et le traitement de personnes d'origine migrante sont adaptés à leurs besoins médicaux.
- Les personnes d'origine migrante sont satisfaites des prestations de soins dont elles ont bénéficié. Le personnel de soins est satisfait du travail qu'il effectue auprès de la population d'origine migrante.
- L'accès aux prestations de soins ne dépend pas de la langue, ni de la religion, de la situation

Il existe trois niveaux d'intervention dans le domaine des soins de santé :

- Niveau macro : les conditions-cadres aux niveaux national et cantonal (mesures législatives et contractuelles).
- Niveau méso : 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 (hôpitaux, cliniques, services d'aide et de soins à domicile), mais également les médecins en cabinet privé assurent une prise en charge de haute qualité des personnes d'origine migrante.
- Niveau micro : les professionnels de la santé et leur entourage direct peuvent contribuer à ce que les personnes migrantes soient prises en charge et traitées de manière adéquate.

4. 7. **Suisse – Nationale Machbarkeitstudie Projektmodell "Migration und Sucht"**⁽⁶⁾

Une étude de faisabilité⁽⁶⁾ a été menée en Suisse il y a quelques années pour identifier les possibilités de réalisations dans le domaine de la migration et des dépendances. Parmi les conclusions, un certain nombre de recommandations à l'égard des institutions de soins ont été formulées. Nous les résumons ici :

- Mettre en évidence les institutions bénéficiant d'une offre « migrante » spécifique (bonnes pratiques & transfert des connaissances) ;
- Elaborer un certain nombre de critères de qualité spécialement adaptés au thème de la migration et des dépendances (www.quatheda.ch)
- Communiquer, former et collaborer autour de l'importance des questions de la migration et des dépendances ;
- Assurer le monitoring des bénéficiaires

Ces recommandations sont assorties d'objectifs à moyen terme et surtout de critères de qualité que nous reprendrons plus loin dans ce rapport (chapitre 8). Néanmoins, un certain nombre de recommandations générales sont formulées : s'assurer de la durabilité du projet dès son élaboration, favoriser la collaboration et le travail en réseau, enfin viser le transfert des connaissances.

5. Pilotage niveau local

5. 1. **Suisse – Diversité et égalité des chances**⁽²⁸⁾

Extraits importants :

- Page 10 : Les données spécifiques aux migrants ne servent pas à exclure, mais au contraire à intégrer. La protection des données doit être garantie.
- Page 10 : les mesures visant à améliorer la qualité des structures, des procédures et des résultats englobent expressément les aspects spécifiques à la diversité et à la migration : ils sont la pierre de touche d'une prestation effectivement orientée sur le patient ou l'utilisateur.
- Page 15 : Face à cette situation, la direction circonspecte et compétente d'une institution de santé devra se poser les questions suivantes, parmi d'autres, et y répondre sur le plan stratégique et opérationnel:
 - Les organes dirigeants sont-ils conscients de l'ampleur et des répercussions de la diversité et de la migration dans leur institution?
 - Comment assurer la qualité des prestations médicales et des soins, ainsi que des services administratifs, face à la variété des besoins des patientes et patients, des pensionnaires, ainsi que des personnels?
 - Comment promouvoir les compétences professionnelles et sociales des personnels pour qu'elles soient utilisées le mieux possible dans cet environnement diversifié?
 - Comment tirer parti, pour l'entreprise dans sa globalité, des expériences et compétences spécifiques des personnels en matière de diversité et de migration?

- Le respect de l'autre et l'égalité des chances sont-ils des objectifs de l'institution?
- Comment répondre aux attentes des patientes et patients et des pensionnaires concernant les soins qui leur sont prodigués, mais aussi à celles du personnel à propos de son travail, et comment mesurer le degré de satisfaction des uns et des autres?
- Page 17 : Il ressort de ce contexte que les institutions de santé ont besoin d'une politique d'entreprise active, prospective et transculturelle, respectueuse de tous les patientes et patients, de tous les pensionnaires, ainsi que de tou(te)s les collaboratrices et collaborateurs.
- Page 24 : Les institutions de santé sont appelées à adapter leurs services afin de répondre à cette diversité et d'assurer l'égalité des chances et la participation de tous les patients et patientes, ainsi que de toute la population, telle que l'exige l'Organisation mondiale de la santé OMS. Pour atteindre cet objectif, **deux démarches doivent être menées en parallèle**:
 - La première consiste à suivre une politique qui tienne globalement compte des différences. En l'occurrence, la migration doit être considérée comme un fait, l'une des causes, mais aussi la conséquence d'une société pluraliste. La santé et la migration s'inscrivent en outre dans un processus global de «Diversity Mainstreaming» (intégration des spécificités liées à la diversité), qui s'applique à divers domaines de la société. Il s'agit là d'une démarche dans le cadre de laquelle la diversité individuelle et celle propre aux divers groupes sont intégrées dans une vision plus large, prenant notamment en compte le sexe, la catégorie sociale, l'éducation, l'appartenance culturelle et l'expérience de la migration. Ici, la migration n'est qu'un élément parmi d'autres à prendre en compte dans ce type de management. L'objectif est d'assurer l'égalité des chances dans la diversité.
 - La deuxième démarche consiste à recourir à des prestations de services spécifiquement destinées aux personnes migrantes. Très souvent, ces mesures sont indispensables, notamment pour permettre la communication. Les prestations spécifiquement destinées aux migrantes et migrants visent à assurer l'égalité des chances des migrantes et migrants.
 - Pour aborder la diversité de la façon la plus globale possible, les institutions de santé sont appelées à examiner dans quels cas elles peuvent appliquer des mesures qui s'inscrivent dans une politique générale d'ouverture et dans quels cas une démarche spécifiquement liée à la migration s'impose.
- Page 26 : L'article 7 de la Constitution fédérale garantit la dignité humaine, et l'article 8 dispose que nul ne doit subir de discrimination du fait notamment de son origine, de sa race, de son sexe, de son âge, de sa langue, de sa situation sociale, de son mode de vie, de ses convictions religieuses, philosophiques ou politiques ni du fait d'une déficience corporelle, mentale ou psychique.
- Page 27 : La mise en oeuvre de compétences transculturelles implique une démarche transversale qui doit être menée à tous les niveaux et dans tous les secteurs d'une institution de santé. Les formations ainsi que le recours à des interprètes peuvent certes induire un changement de comportement chez certains professionnels, mais en l'absence de structures adaptées, c'est-à-dire d'une transformation parfois profonde des relations au sein des institutions de santé, ces instruments ne peuvent amener que des améliorations ponctuelles dans les soins de santé prodigués à la population migrante. En revanche, l'intégration de la perspective transculturelle à tous les niveaux des soins de santé offre la possibilité d'éliminer véritablement les barrières entravant l'accès des migrantes et migrants à ces prestations et de leur offrir un traitement adapté à leur vécu, à leur mode de vie et à leur situation actuelle.
- Page 31 : Le monitoring de la santé de la population migrante a été lancé pour l'OFSP. Ils pourront être comparés aux résultats de l'Enquête Suisse sur la santé.
- Page 36 : Le principe selon lequel l'être humain est au coeur des préoccupations de l'entreprise, un concept que l'on retrouve dans les chartes de toutes les institutions, doit être respecté à la lettre dans le cadre de la conception et de la mise en oeuvre d'une politique d'entreprise soucieuse de la diversité et de la migration. Deux principes méritent une attention particulière dans ce contexte: la dignité humaine et l'égalité des chances.
- Page 38-39 : Selon la conception juridique de l'Office fédéral de la santé, tous les habitants et habitantes de Suisse bénéficient obligatoirement d'une assurance-maladie de base, cf. la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal).

Trois questions jouent un rôle fondamental en l'occurrence:

1. L'investissement en temps supérieur à la moyenne éventuellement nécessaire dans le cadre du traitement et du suivi de migrantes et migrants (p. ex. du fait de problèmes de communication) est-il rémunéré en sus? => négociations des tarifs forfaitaires ou des modifications des dispositions en la matière.

2. Les prestations spécifiques à la migration doivent-elles être enregistrées séparément, même si leur rémunération n'est pas encore réglementée? => H+ Les Hôpitaux de Suisse recommande de structurer les divers systèmes d'enregistrement des prestations de façon à ce que celles liées à la migration puissent être attestées. Cela permet à l'institution de disposer d'une base argumentaire en vue de discussions ultérieures avec l'administration publique et les bailleurs de fonds. Dans le domaine des soins aigus, le système Rekole®, déclaré obligatoire par H+ Les Hôpitaux de Suisse, offre les bases nécessaires à cet effet.

3. Les coûts d'interprétariat dans le cadre d'un traitement peuvent-ils être facturés aux caisses-maladie selon la LAMal? => amender la LAMal de sorte à ce que les coûts relatifs aux prestations d'interprétariat puissent être facturés (cf. plus loin, Motion de L. Recordon).

- Page 47 : La gestion systématique de la qualité est non seulement un impératif légal dans le cadre de la LAMal, mais compte aussi parmi les standards de toute institution de santé (EFQM, ISO, TQM, ...)

5. 2. Suisse – Projet MFH 2002 – 2007

Voir les différents documents de projet, présentations et rapports finaux.

Projets		Essais de classification					
		Description d'une population migr. Spécifique	Empowerment d'un groupe spéc. de patients	Outils de communication	Etude méta sans action locale (évtl avec recommandations)	Modification approfondie des méthodes de travail (local, service)	Modification approfondie / développement de procédures transversales
	TOTAL	2	3	1	4	3	5
1	Zugang zur Gesundheitsversorgung für schwangere Sans Papier, Genf	1					
2	Betreute Selbsthilfegruppen für türkische Frauen und Männer mit chronischen Schmerzen		1				
3	Vidéo production als Einführungsinformation und Therapiebegleitung für türkische und albanische Migr. In der Reha-Klinik			1			
4	(pas de données)						
5	Mesure satisfaction des patients étrangers en milieu hospitalier				1		
6	Sprachenbank im Spital				1		
7	Telefondolmetschen im Spital				1		
8	Verwendung von Piktogrammen				1		
9	(pas de données)						
10	Transkulturelle Psychiatrie					1	
11	Bewegungsgruppentherapie für psychisch kranke Migr.		1				
12	Develop and evaluation of a cross cultural consultation service					1	
13	Développement d'une offre de soins en psychiatrie transculturelle						1

14	Dépisatge de l'infection tuberculeuse dans population "sans papier"	1					
15	Communiquer avec des patients de langue étrangère à Fribourg						1
16	MFH - Rete di Ospedali Mendrisio						1
17	(pas de données)						
18	(pas de données)						
19	(pas de données)						
20	Teamorientierte Entwicklung von transkultureller Pflegekompetenz					1	
21	Dolmetschen im KiSpi ZH						1
23	Bewegung und sport für psych. Kranke Migr.		1				
24	Massnahmen gegen Rassismus und Diskriminierung						1

5. 3. **Commission Européenne – Projet Migrant-Friendly Hospital - MFH**

Le projet pilote Migrant-Friendly Hospital (MFH 2002-2005)²⁰ – avec le soutien de la Commission européenne et du Gouvernement autrichien – a réuni des 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.

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⁽¹⁷⁾ 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 organisationnel,
- 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 oeuvre 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.

5. 4. **OMS - Promotion de la santé dans les hôpitaux** ^(2;12;37)

Voir également le site web du Centre collaborateur de l'OMS pour les hôpitaux et organisations de soins promoteurs de santé www.hph-hc.cc et le site du Réseau suisse des hôpitaux promoteurs de santé www.healthhospitals.ch.

A la suite de la Charte d'Ottawa, les Health Promoting Hospitals 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 (MFH_002⁽³⁷⁾). L'OMS a ensuite élargi ce projet aux services de santé, comme les résidences pour personnes âgées et les organisations de soins à domicile. C'est dans cette mouvance que s'inscrivent les Migrant Friendly Hospitals de l'Union Européenne qui basent leur action sur la déclaration d'Amsterdam (MFH_018⁽²⁰⁾), en partenariat notamment avec un centre collaborateur de l'OMS à Vienne mais sans être formellement issus de l'OMS.

Les hôpitaux et services de santé promoteurs de santé doivent être compris 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.⁽³⁷⁾

Critères „promotion de la santé“

Les hôpitaux et services de santé ne sont reconnus « promoteurs de santé » au sens HPH de l'OMS que s'ils présentent un certain nombre de critères. La liste WHO⁽³⁷⁾ est très globale, reste au niveau général et de la gestion, en incluant notamment les notions de planification, de durée du projet, de coordination et d'évaluation. (cf. ci-dessous)

A hospital/health service is officially recognized as member after the Letter of Intent has been signed giving commitment to:

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⁽³⁷⁾

La liste spécifique au réseau HPH suisse⁽³⁴⁾ propose également une liste de critères proches des critères mentionnés ci-dessus, avec notamment un accent sur la gestion d'entreprise :

- politique de gestion & lignes directrices en matière de promotion de santé
- composition et la mission de l'éventuelle commission ad hoc
- place de la promotion de santé dans l'organigramme
- promotion de santé & formation continue
- personnels en charge de la promotion de santé (mission et formation)
- ressources humaines et financières

Gestion de la qualité

Ce manuel⁽²⁾ aborde la question de la gestion de la qualité dans un contexte hospitalier de promotion de la santé. Il préconise notamment d'appréhender la qualité selon les approches suivantes :

- habiliter les gestionnaires et les professionnels de la santé à évaluer les activités de promotion

de la santé dans les hôpitaux ;

- parfaire la capacité des organisations de santé à améliorer ces activités ; à formuler des recommandations concernant ces activités ;
- favoriser la participation des professionnels et des patients à l'amélioration de la qualité des soins ;
- améliorer la coordination des soins avec les autres prestataires ainsi que la santé et la sécurité des patients et du personnel.

Ce document⁽¹²⁾ propose des grilles de "quality standards" de promotion de la santé à différents niveaux des hôpitaux. Les auteurs recommandent cependant d'utiliser ces standards en complément avec les stratégies d'évaluation de la qualité du management.

La question de la politique de direction est particulièrement importante ici. L'hôpital doit mettre en place un comité de pilotage multidisciplinaire composé en fonction de ses propres critères organisationnels, mais incluant, au minimum, des représentants des groupes suivants : soins infirmiers (par ex responsable de la qualité), médecin, direction, ressources humaines, autres activités paramédicales et de services (physiothérapie, ergothérapie, radiographie, services hôteliers, maintenance, etc.).

Les critères généraux sont les suivants :

- Au niveau du management:

The organization has a written policy for health promotion. The policy is implemented as part of the overall organization quality improvement system, aiming at improving health outcomes. This policy is aimed at patients, relatives and staff.

- Au niveau de l'évaluation des besoins des patients:

The organization ensures that health professionals, in partnership with patients, systematically assess needs for health promotion activities.

- Au niveau de l'information des patients:

The organization provides patients with information on significant factors concerning their disease or health condition and health promotion interventions are established in all patient pathways.

- Au niveau de la collaboration intersectorielle / externe:

The organization has a planned approach to collaboration with other health service levels and other institutions and sectors on an ongoing basis.

5. 5. ***Australie - Health service cultural diversity plans⁽⁸⁾***

Ce document décrit les objectifs et la mise en œuvre de programmes de gestion de la diversité culturelle à l'intérieur de services de santé de l'Etat de Victoria, présentée clairement comme une approche d'amélioration de la qualité globale. Il présente notamment la mise en place d'un « cultural diversity committee » et l'élaboration de « quality reports » annuels.

Les objectifs de ces programmes sont notamment les suivants :

- identify and understand people and their needs,
- establish process to work in partnership with specialist agencies and ethnic communities to respond to people's cultural and linguistic diversity,
- provide staff with a range of culturally appropriate competencies and so create a more culturally responsive workforce,
- increase the ability to respond to quality and improvement for CALD patients and clients,
- develop a greater sense of awareness of diversity across the service.

A. Légitimité politique : Mandat formel donné par la direction d'institution & B. Ancrage institutionnel et compétences en gestion : Désignation d'une personne /unité afférente

Mise en place d'un « cultural diversity committee » au sein de l'institution, soit d'un comité chargé du développement, de la mise en œuvre, du monitoring et de la rédaction de rapports concernant le programme. Ce comité doit être composé de hauts responsables reflétant la diversité des soins mais également de leaders issus de la communauté elle-même.

C. Pérennité financière : cofinancement stable par les hôpitaux

-

D1. Démonstration préalable des besoins

Exigée

D2. Monitoring d'activités et évaluation

Il est prévu que les programmes locaux 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?
- Quelle 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 ?

E. Valorisation des expériences : Participation aux échanges entre structures de soins

Il est prévu que les programmes bénéficient d'une évaluation globale trois ans après le début de leur mise en œuvre, soit en 2010-2011.

F. Exigences formelles aux présentations des requêtes de financement

Il est clairement indiqué que le programme d'adaptation des soins à la diversité culturelle doit bénéficier d'une coordination stratégique et découler d'un processus de planification digne de ce nom.

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

Cette étude⁽³⁸⁾ a été menée aux Etats-Unis auprès d'une soixantaine d'hôpitaux afin de mettre en évidence les activités menées pour répondre aux besoins culturels et linguistiques de leurs bénéficiaires. L'objectif étant d'améliorer la sécurité et la qualité des soins. Les personnes interrogées étaient issues d'une variété de segments de professionnels actifs au sein de ces hôpitaux.

Les points suivants ont été considérés comme particulièrement importants :

- Mettre en place les fondements institutionnels, soit des politiques organisationnelles ainsi que des procédures visant à réduire les inégalités de soins ;
- Récolter et utiliser des données à même de permettre l'identification des besoins, l'évaluation des services et l'amélioration des soins apportés aux différents bénéficiaires ;
- Répondre aux besoins de populations spécifiques en ciblant particulièrement leurs besoins culturels et linguistiques ;
- Promouvoir des collaborations internes et externes de manière à identifier les besoins, mettre les ressources en commun et travailler ensemble pour répondre aux besoins des bénéficiaires.

Ces points ont notamment mené à l'élaboration d'un outil d'auto-évaluation pour les structures hospitalières (voir ci-dessous).

A. Légitimité politique

Establishing a **foundation of policies and procedures** that systemically support efforts to meet the diverse needs of patients can help elevate the priority of these issues within the organization, drive additional efforts, and draw support from staff. The role of leadership is inherent to these types of activities—leadership support is required to recognize, prioritize, and often drive efforts that establish policies and procedures for improving care to better meet patient needs. Without an organizational commitment to cultural competence and subsequent action at the policy and procedural level, these initiatives can often be overshadowed by other organizational priorities. One of the most prominent challenges identified is the **constant competition** between C&L services and other hospital priorities, which often results in a lack of financial and other resources for C&L

services. Another common challenge is a lack of clarity in **organizational communication** to staff regarding the importance of cultural competence and identifying who, ultimately, is responsible for providing culturally competent care.

Hospitals develop **supportive infrastructures** for cultural competence by incorporating cultural and language considerations into mission, vision, and value statements; organizational planning; and hospitalwide policies. These high-level initiatives are supported by assigning responsibility for cultural and language initiatives and infusing cultural competence into organizational systems such as recruitment processes and budget systems. Cultural and language considerations are included in patient care through processes for tracking patient needs, providing staff with the tools to address these needs appropriately, developing processes for incorporating interpreters into the continuum of care, and developing systems for providing written materials in understandable formats.

B. Ancrage institutionnel et compétences en gestion

Within each hospital, **different stakeholders** should be brought together to develop, implement, evaluate, and improve initiatives aimed at meeting the needs of diverse patients. For this reason, diverse individuals across the organization should be involved (for eg. in a Cultural Diversity Committee), representing a range of different departments, positions, professional levels, racial/ethnic backgrounds, etc. While bringing together a diverse committee or task force is important, interdepartmental collaborations should not be exclusive to specialized “diversity groups.”

By **building awareness** of how communication contributes to patient safety and setting expectations for effective communication at all levels of the organization, hospitals may be able to diminish resistance to C&L initiatives and make effective communication a customary part of their overall services. Some organizations may elect to start their training efforts with high-level staff to ensure leadership buy-in for C&L related activities.

For large populations that may comprise a significant number of patients, it may be necessary to develop **centralized programs** within an organization to implement system-wide services that address specific patient needs.

To ensure organizations meet changing staff and patient needs, the development of services and activities tailored for specific populations should be a **continuous process**.

C. Pérennité financière : cofinancement stable par les hôpitaux

The establishment of internal budget systems that support culturally and linguistically appropriate care is a major issue. Some of these financial challenges can be overcome through external funding sources. While these sources may address funding issues overall, it is equally important to examine the internal budget systems, which may inadvertently create barriers.

The **constant competition** between C&L services and other hospital priorities often results in a lack of financial and other resources for C&L services.

D1. Démonstration préalable des besoins

Le questionnaire d'auto-évaluation élaboré suite à la consultation avec les 60 hôpitaux américains propose des questions très ouvertes, beaucoup plus qualitatives que le questionnaire MFQQ (voir plus loin), il regroupe cependant les mêmes grands thèmes. Il s'agit plus d'un support de réflexion que d'un outil à même d'être utilisé pour comparer plusieurs hôpitaux les uns avec les autres.

The benefit of a self assessment tool is that it allows organizations to think broadly about how they meet the needs of diverse patient populations and consider how processes may be improved upon to reflect the organization's focus on achieving optimal patient outcomes and reducing health disparities.

Organizations will likely find different ways to use the self-assessment tool. Some organizations may decide that they wish to bring together a multidisciplinary group or create a high-level task force to go through the self-assessment questions. Another option is to bring together smaller groups, drawing from different organizational levels or disciplines. Self-assessment should be a continuous process.

D2. Monitoring d'activités et évaluation

Accommodations targeted to the needs of specific populations evolve as hospitals search for

solutions to the challenges of providing care to their diverse patient populations. To ensure that organizations continue to meet staff and patient needs, the development of services and activities tailored for specific populations should be a continuous process.

The collection and use of community- and patient-level data is essential to developing and improving services in health care, including services developed to meet the needs of diverse patient populations. Instituting practices to systematically collect data allows the effectiveness and utilization of cultural and language services to be monitored, measured, and evaluated. It is important to collect and review demographic data to assess both community and patient needs before determining which cultural and language services are most appropriate to implement. While a wide variety of tracking systems exist, the need for consistency in using these systems is paramount.

Additionally, it is critical to track how often these services are used to better evaluate an organization's current cultural and language services. While many hospitals already collect such data, few hospitals have developed systems for using their demographic data to guide service development and improvement. Analyzing data from different sources and stratifying data by various factors could be of great help.

E. Valorisation des expériences : Participation aux échanges entre structures de soins

In some cases, sharing existing resources can help resolve issues related to time, finances, and staff (for eg. common website). However, in some cases, it may be difficult to find a hospital with similar needs, or there may be organizational barriers or restrictions to jointly developing, owning, and sharing materials. Collaborative opportunities can also be expanded by involving other disciplines, groups, and the community in general.

F. Exigences formelles aux présentations des requêtes de financement

-

Cette étude a été menée récemment aux Etats-Unis auprès d'une soixantaine d'hôpitaux afin de mettre en évidence les activités menées pour répondre aux besoins culturels et linguistiques de leurs bénéficiaires, l'objectif étant d'améliorer la sécurité et la qualité des soins. Les personnes interrogées étaient issues d'une variété de segments de professionnels actifs au sein de ces hôpitaux.

Les objectifs suivants ont été considérés comme particulièrement importants :

- Mettre en place les fondements institutionnels, soit des politiques organisationnelles ainsi que des procédures visant à réduire les inégalités de soins ;
- Récolter et utiliser des données à même de permettre l'identification des besoins, l'évaluation des services et l'amélioration des soins apportés aux différents bénéficiaires ;
- Répondre aux besoins de populations spécifiques en ciblant particulièrement leurs besoins culturels et linguistiques ;
- Promouvoir des collaborations internes et externes de manière à identifier les besoins, mettre les ressources en commun et travailler ensemble pour répondre aux besoins des bénéficiaires.

Parmi les différents obstacles mentionnés lors de la mise en œuvre des programmes, le plus difficile consiste à amener -puis à maintenir- la priorisation des questions interculturelles parmi tous les autres domaines susceptibles de nécessiter des ressources (humaines et/ou budgétaires) au sein des hôpitaux : la question interculturelle est souvent rétrogradée au rang de non-priorité, ses budgets sont réduits, etc. Parallèlement, la communication à l'intérieur des institutions sur l'importance de l'interculturalité laisse à désirer et, en dernier ressort, la responsabilité de dispenser des soins culturellement adaptés n'est pas clairement attribuée.

Les différentes pistes évoquées pour pallier ces problèmes fréquents sont :

- la sensibilisation puis la formation des cadres supérieurs pour réduire la résistance ;

- la création d'un groupe interdisciplinaire intra-hospitalier représentatif d'une large palette d'acteurs dont la responsabilité est de développer, mettre en œuvre et évaluer les initiatives ;
- la mise à disposition d'outils spécifiques et/ou centralisés (site web, interprétariat) susceptibles de répondre aux besoins de certaines populations ;
- la mise à disposition de fonds externes complémentaires, assortie d'un examen minutieux des mécanismes de financement interne.

5. 7. **Tessin – Hôpital interculturel**

Sous l'impulsion de son directeur et sous la responsabilité opérationnelle de son responsable de la qualité, l'Hôpital de Mendrisio, a profité du projet MFH 2002-2007 de l'OFSP pour intégrer une telle démarche dans son fonctionnement. Après la création d'un groupe d'accompagnement, une étude des besoins initiale a été menée, mettant ainsi en évidence que la vision d'un « hôpital interculturel » était localement plus pertinente que la vision d'un « migrant-friendly hospital ».

Ce projet « Hôpital interculturel » a conduit, sur environ 16 mois, aux réalisations suivantes : repères spécifiques à l'interculturalité dans la politique de qualité de l'entreprise, base de données de ressources en interprètes internes & externes, politique de mise en valeur des ressources linguistiques du personnel au niveau des RH, règlement d'utilisation des traducteurs, sensibilisation / formation du personnel interne au moment de l'engagement, élaboration / identification d'un certain nombre de ressources documentaires mises en lignes sur le réseau informatique local.

Le financement de la plupart des actions est acquis, puisqu'elles sont intégrées aux cahiers des charges existants. Par contre, pour le recours à des interprètes externes, un algorithme décisionnel ainsi qu'un suivi minutieux de leur utilisation a été mis en place afin de gérer les budgets.

En termes d'attribution des différentes responsabilités dans la prise en charge des réponses à l'interculturalité, l'intérêt personnel de la direction a été un atout décisif. L'attribution de la responsabilité opérationnelle du projet au responsable qualité s'intègre dans une démarche générale (système tessinois EOQUAL, système international ISO 9001). La mise en évidence sur le terrain des spécificités culturelles fait partie de l'anamnèse infirmière, tout comme le choix (au moyen d'un algorithme) du recours éventuel à un interprète. La récolte de données effectuées au niveau administratif ne permet pas à ce stade de mettre en évidence des aspects en lien avec l'interculturalité (problème de langue, par ex.).

En ce qui concerne la multiplication du projet, les hôpitaux publics tessinois sont réunis en un Etablissement hospitalier cantonal, avec une direction commune et un certain nombre de missions et de structures si ce n'est communes, du moins similaires. Cette spécificité permet une mise en réseau « naturelle » des personnes et des ressources. Ainsi, les responsables de la qualité des différents hôpitaux ont notamment chacun la responsabilité d'un projet pilote spécifique, avec l'objectif de le transmettre ensuite aux autres s'il s'avère qu'il a fait ses preuves, ce qui est le cas du projet « Hôpital interculturel ».

6. Analyse des besoins et critères / Auto-évaluation

6. 1. **Commission Européenne - Migrant-Friendliness Quality Questionnaire (MFQQ)⁽¹⁾**

Cette liste de critères, sous forme de questionnaire⁽¹⁾, 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 »⁽³³⁾. Elle a dès lors servi au monitoring du développement de la qualité des services hospitaliers à l'égard des migrants. Ce questionnaire 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 MFH, 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.

Point intéressant, les auteurs relèvent que l'appellation MF (migrant-friendly / migrant- friendliness) doit être comprise dans un sens plus large, englobant ce qui, ailleurs, peut être appelé la « diversité culturelle », « services adaptés à la culture », etc. qui sont des dénominations utilisées

dans des autres contextes (Australie, USA, etc.)

La version française (et raccourcie) de ce questionnaire est présentée dans le rapport de P. Saladin⁽²⁸⁾ dont nous reprenons ici la seconde partie, plus axée sur l'organisation hospitalière que sur les projets spécifiques eux-mêmes :

SF – MFQQ⁽²⁸⁾

Partie B: Système d'assurance de la qualité MFH

Aspects généraux de l'assurance de la qualité au sein de l'hôpital

- Votre hôpital dispose-t-il d'un système global d'assurance de la qualité? (EFQM, ISO, TQM ...)
- Le système d'assurance de la qualité comporte-t-il des critères MFH?

Stratégies MFH

- Les principes de «l'Hôpital pour la population migrante» comptent parmi les objectifs de la déclaration de mission de l'établissement
- Il existe un document MFH précisant les stratégies et méthodes concrètes de réalisation
- Plan d'action MFH (annuel)
- Manuels, directives, standards, etc., où sont consignées les procédures liées aux stratégies MFH
- Stratégies d'avancement et de formation des personnels issus de la migration
- Stratégies à employer face à des attitudes discriminatoires

Budget MFH

- L'hôpital dispose-t-il d'un budget alloué aux mesures MFH? (montant annuel)

Structures de gestion MFH

- Existe-t-il un responsable de projet MFH?
- Existe-t-il un groupe de travail MFH pluridisciplinaire?
- Existe-t-il un réseau de contacts MFH hors de l'hôpital? (composition)

Marketing MFH

Marketing interne (au sein de l'hôpital)

- Un bulletin d'information est-il édité?
- Existe-t-il une liste des référent(e)s MFH mise à la disposition de tout le personnel?

Marketing externe (hors de l'hôpital) oui non

- Un bulletin d'information est-il édité pour le public?
- Existe-t-il des dépliant ou des brochures distribués aux médecins et/ou aux organisations en rapport avec les populations migrantes?

Formation initiale et continue du personnel en matière de MFH

- Une formation MFH spécifique est-elle prévue?
- Compétences linguistiques et compétences interactionnelles
- Compétences interculturelles
- Problèmes de santé spécifiques aux populations migrantes et aux minorités ethniques
- Collaboration avec les interprètes

Dossiers des patientes et des patients migrant(e)s

- Pays d'origine
- Origine ethnique
- Statut légal
- Connaissances linguistiques
- Activité (professionnelle) précédente
- Formation scolaire
- Les informations sont-elles analysées et utilisées à des fins de planification?

Travail en réseau et coopérations

- Coopération avec les professions médicales assurant les soins de base
- Coopération avec les assistantes sociales des communes où résident les migrants
- Coopération avec les associations et fédérations des populations migrantes, ou avec des représentants des migrants dans les communes

A. Légitimité politique : Mandat formel donné par la direction d'institution

La présence d'un comité de pilotage au niveau de la direction est mentionnée comme aide au remplissage du MFQQ, mais ne fait pas partie des critères.

B. Ancrage institutionnel et compétences en gestion : Désignation d'une personne /unité afférente

La présence d'une personne responsable du projet au niveau de l'hôpital est mentionnée, mais ne fait pas partie des critères.

C. Pérennité financière : cofinancement stable par les hôpitaux

Existence d'un budget mentionné, mais pas de la durabilité

D1. Démonstration préalable des besoins

Implicite car en lien avec l'utilisation du MFQQ au temps 0.

D2. Monitoring d'activités et évaluation

Il semblerait que les aspects en lien avec le monitoring (indépendamment du questionnaire lui-même) ou la récolte de données (hors 6 critères du dossier patient mentionnée dans ce questionnaire) soient absents de ce questionnaire ou alors implicites.

E. Valorisation des expériences : Participation aux échanges entre structures de soins

Fait partie des critères

F. Exigences formelles aux présentations des requêtes de financement

-

6. 2. Suisse - Réseau Health Promoting Hospitals

Le réseau HPH suisse⁽²⁷⁾ propose une liste de critères avec notamment un accent sur la gestion d'entreprise :

- politique de gestion & lignes directrices en matière de promotion de santé
- composition et la mission de l'éventuelle commission ad hoc
- place de la promotion de santé dans l'organigramme
- promotion de santé & formation continue
- personnels en charge de la promotion de santé (mission et formation)
- ressources humaines et financières

6. 3. OMS Euro - Réseau Health Promoting Hospitals^(1;29;30)

L'OMS préconise l'auto-évaluation des hôpitaux au moyen de cinq grandes catégories de « normes », toutes assorties d'un certain nombre d'indicateurs :

- L'organisation possède une politique écrite de promotion de la santé. Cette politique est mise en oeuvre 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.

Les indicateurs proposés sont notamment :

- Existence de compétences en promotion de la santé / de formation en promotion de la santé,
- Pourcentage du personnel connaissant la politique de promotion de la santé.
- Pourcentage des patients (et des membres de leur famille) connaissant les normes de promotion de la santé
- Pourcentage du budget consacré aux activités de promotion
- Evaluation des facteurs de risque, comparaison avec les recommandations
- Evaluation de la communication avec des partenaires externes, lettres de sortie
- Taux de réadmission, adéquation des soins, etc.
- Capacité des patients à se prendre en charge, modification des facteurs de risque, etc.

6. 4. **Irlande**

De développement d'indicateurs à même d'assurer le monitoring de la mise en oeuvre fait partie intégrante de la Stratégie. Les grandes catégories de critères utilisées en Irlande dans le cadre de la National Intercultural Health Strategy 2007 – 2012^(15;21) sont notamment les suivants ⁽²¹⁾ :

- Management responsibility for Equality and Diversity
- Policies and strategies in place and utilised
- Protocols and standards improved
- Training embodied Equality, Diversity and Interculturalism
- Partnership with Minority Ethnic Communities
- Improvements for Minority Ethnic Communities in accessibility to services
- Performance measures in relation to Equality and Diversity
- Equality reviewing on consistent basis
- Ethnic Data
- Standards for various areas such as interpretation

6. 5. **Australie - Health service cultural diversity plans⁽⁸⁾**

Dans le cadre de la stratégie 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?
- Quelle 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. 6. **Australie - Queensland Health Multicultural Policy Statement⁽²⁵⁾**

Les Australiens ⁽²⁵⁾ listent une série d' « outcomes » à inclure dans l'évaluation globale de projets mis en oeuvre au niveau des institutions de soins :

Access: Health services available to all and free from any form of discrimination related to a person's country of birth, language, culture, race or religion

Equity: Health services developed and delivered on the basis of fair treatment for all potential clients

Communication: Health service providers informing eligible clients of services and regularly consulting them about their service needs

Responsiveness: Health services being sensitive to the needs and requirements of clients from diverse linguistic and cultural backgrounds and responsive as far as practicable to the particular circumstances of individuals

Effectiveness: Health service providers being ‘results oriented’ in addressing the needs of clients from all backgrounds

Efficiency: Health service providers optimising the use of public sector health resources while maintaining or increasing responsiveness to clients

Accountability: Health system accountability for implementing the objectives of the Charter of Public Service in a Culturally Diverse Society⁽²⁵⁾

6. 7. **Suisse – Nationale Machbarkeitstudie Projektmodell “Migration und Sucht“**

Un certain nombre d’objectifs à moyen terme ont été proposés dans le cadre de cette étude⁽⁶⁾ de faisabilité. Ils sont assortis de ce que les auteurs du rapport nomment indifféremment « critères de qualité et/ou objectifs spécifiques »^{(6) pages 24ss}. Déjà adaptés au contexte helvétique, à la question de la migration ainsi qu’aux aspects – certes spécifiques aux dépendances – des soins, ces objectifs et critères de qualité pourraient être très utiles à un projet MFH.

Objectifs à moyen terme	Critères de qualité et/ou objectifs spécifiques
<p>Eine migrationsspezifische Organisationsentwicklung initiieren</p> <p><i>Qualitätsindikator</i> ist ein dreistufigen Assessments „Einführung von Neuerungen – Überprüfung der Einführung – Anpassung an die Neuerungen“.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Schaffung einer Gruppe Migrationsbereich, in der bestimmte Personen mit der Umsetzung der Projektziele und der Neuausrichtung der Institution betraut werden – ein Abschieben der Verantwortung für migrationsgerechte Suchtarbeit von der Institutionsleitung an die Mitarbeitenden oder umgekehrt wird so unterbunden. • Migrationsspezifische Strategiepläne und Jahresziele definieren. • Migrationsspezifische Organisationsdokumentationen entwerfen, welche verschiedene institutionseigene Papiere umfassen, die konkrete Vorgaben enthalten, um eine migrationsspezifische Organisationsentwicklung zu erzielen. • Migrationsspezifisches Controlling einführen, welches es ermöglicht, laufend zu überprüfen, ob die Arbeit innerhalb einer Institution auch KlientInnen mit Migrationshintergrund berücksichtigt. • Knowhowtransfer unter Mitarbeitenden gleicher sowie verschiedener Funktionen und Hierarchiestufen. • Schaffung einer externen Steuerungsgruppe, welche zum einen die Mitarbeitenden der Institution begleitet, zum anderen die Umsetzung des Projekts mitsteuert. • Anpassung der Stellenprofile, so dass die Arbeit mit MigrantInnen Aufgabe eines jeden Mitarbeitenden ist und Migrationshintergrund und Fremdsprachenkenntnisse als professionelle Kriterien anerkannt werden.
<p>Schaffung migrationsspezifischer Angebote sowie Anpassung der bereits bestehenden Angebote an den Bedürfnissen der betroffenen KlientInnen.</p> <p><i>Qualitätsindikatoren:</i> MigrantInnen kennen das Angebot; MigrantInnen nutzen das Angebot.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fremdsprachige Erstgespräche, Beratung und Therapie anbieten. • Geleitete Selbsthilfegruppen organisieren. • Übersetzung des Informationsmaterials über Drogen, Abhängigkeit und Therapie vornehmen. • Zugang zu ÜbersetzerInnen und interkulturellen VermittlerInnen ermöglichen

Objectifs à moyen terme	Critères de qualité et/ou objectifs spécifiques
Angebot entspricht ihren Bedürfnissen.	
Die Mitarbeitenden für die Arbeit mit MigrantInnen sensibilisieren.	<ul style="list-style-type: none"> • Aus- und Weiterbildungen zur Thematik offerieren. • Auf Migrationsarbeit ausgerichtete Intervention und Supervision einführen.
<i>Qualitätsindikator:</i> Die Mitarbeitenden arbeiten mit den erlernten Instrumenten.	<ul style="list-style-type: none"> • Die Mitarbeitenden nutzen die neu erlernten Arbeitsinstrumente in ihrem täglichen Umgang mit MigrantInnen.
Die Institution muss sich mit der Migrationsbevölkerung vernetzen.	<ul style="list-style-type: none"> • Out reach work, bei dem Mitarbeitende der Institution MigrantInnengemeinschaften aufsuchen und auf diese Weise Zugang zu möglichen KlientInnen finden.
<i>Qualitätsindikatoren:</i> Die Mitarbeitenden arbeiten mit den erlernten Instrumenten; MigrantInnen nutzen das Angebot.	<ul style="list-style-type: none"> • Elternarbeit in Form von Bildungs- und Informationsveranstaltungen zur Suchtproblematik sowie zur Arbeit der Suchthilfeeinrichtung. • Evaluation der Bedürfnisse der MigrantInnen und eventuelle Anpassung der eigenen Angebote. • Ausbildungsmodule für ÜbersetzerInnen und interkulturelle VermittlerInnen anbieten.
Finanzielle Ressourcen für die Migrationsarbeit werden aufgetrieben und bereitgestellt.	<ul style="list-style-type: none"> • Geldgeber sind vorhanden. • Neuorientierung der Prioritätensetzung innerhalb der Suchtinstitution vornehmen.
Personelle Ressourcen werden zurückgegriffen.	<ul style="list-style-type: none"> • Mitarbeitende mit einem eigenen Migrationshintergrund anstellen. • Bereits vorhandene transkulturelle Kompetenzen aktivieren, indem Mitarbeitende ihre Kenntnisse zur migrationsgerechten Suchtarbeit anwenden.
Institutionelle Rahmenbedingungen sind vorhanden.	<ul style="list-style-type: none"> • Die Führungsspitze der betroffenen Institution muss voll und ganz hinter der Transkulturalisierung stehen. • Die Institution sollte sich mit anderen Schweizer Institutionen vernetzen.

6. 8. **USA - Cultural and Linguistic Competence Policy Assessment (CLCPA)**

The Cultural and Linguistic Competence Policy Assessment (CLCPA)⁽²¹⁾ was developed within the U.S. Department of Health and Human Service to assist community health centers to advance and sustain cultural and linguistic competence.

The CLCPA is intended to support health care organizations to:

- improve health care access and utilization
 - enhance the quality of services within culturally diverse and underserved communities
 - promote cultural and linguistic competence as essential approaches in the elimination of health disparities.
- Tiré de www.clcpa.info

[...] The CLCPA is designed to examine cultural and linguistic competence in four dimensions: values, policy, structure, and practice. Within these four dimensions, the CLCPA assesses Knowledge of Diverse Communities, Organizational Philosophy, Personal Involvement in Diverse Communities, Resources and Linkages, Human Resources, Clinical Practice, and Engagement of Diverse Communities.

The NCCC embraces a conceptual framework and model of achieving cultural competence adopted from the Cross et al. (1989)⁽⁵⁾ definition. Cultural competence requires that organizations:

- have a defined set of values and principles, and demonstrate behaviors, attitude policies and structures that enable them work effectively cross-culturally.
- have the capacity to (1) value diversity, (2) conduct self-assessment, (3) manage the dynamics of difference, (4) acquire and institutionalize cultural knowledge, and (5) adapt to the diversity and cultural contexts of the individuals, families and communities they serve.
- incorporate the above in all aspects of policy making, administration, practice, service delivery and systematically involve consumers, families, and communities. [...]

Linguistic competency requires organizational and provider capacity to respond effectively to the health literacy needs of populations served. The organization must have policy, structures, practices, procedures, and dedicated resources to support this capacity.⁽²¹⁾

Ce document propose plusieurs pages de questions d'auto-évaluation dans les domaines suivants :

- Knowledge of Diverse Communities
- Organizational Philosophy
- Personal Involvement in Diverse Communities
- Resources and Linkages
- Human Resources
- Clinical Practice
- Engagement of Diverse Communities

L'intérêt supplémentaire de ce document réside dans le fait qu'il permet également de mettre en évidence la structure organisationnelle présente oui/non en lien avec chaque domaine cités ci-dessus.

6. 9. **USA – National standards on culturally and linguistically appropriate services CLAS in health care**

Tels que repris et traduits dans⁽²⁸⁾

1. Les institutions de santé doivent faire en sorte que les patients/usagers soient traités par tous les membres du personnel avec efficacité, compréhension et respect, en tenant compte de leur sensibilité et de leur façon d'appréhender tout ce qui touche à la santé, et ceci dans la langue qu'ils pratiquent couramment.
2. Les institutions de santé doivent mettre en place, à tous les niveaux de leur organisation, des stratégies permettant de recruter des collaborateurs et un encadrement qui soient représentatifs des caractéristiques démographiques du bassin environnant, de pérenniser leur contrat et de veiller à leur avancement.
3. Les institutions de santé doivent mettre à la disposition de leurs effectifs, à tous les niveaux et dans toutes les disciplines, des formations initiales et continues sur la manière d'adapter leur comportement aux particularités culturelles et linguistiques des patients/ usagers.
4. Les institutions de santé doivent proposer à ceux de leurs patients/usagers qui ont une connaissance limitée de l'anglais un service gratuit d'interprétation, assuré par leur propre personnel bilingue ou par des interprètes. Cette prestation doit être assurée pendant toute la durée du service, en temps requis, et dans toutes les situations de contact.
5. Les institutions de santé ont l'obligation de faire connaître aux patients/usagers, par écrit et oralement, dans leur langue courante, leur droit de solliciter un service de traduction.
6. Les institutions de santé doivent garantir la compétence professionnelle des prestations de traduction effectuées par le personnel bilingue et les interprètes intervenant auprès des patients/usagers qui ont une connaissance limitée de l'anglais. Pour l'interprétation, il est déconseillé de mettre des parents ou amis à contribution, à moins que le patient/ client n'en fasse la demande.
7. Les institutions de santé doivent veiller à ce que leur signalétique ainsi que les dossiers auxquels les patients ont accès soient compréhensibles et disponibles dans les langues

parlées par les groupes de population connus et/ou représentés dans le bassin démographique environnant.

8. Les institutions de santé doivent élaborer, mettre en oeuvre et faire appliquer un document stratégique qui expose clairement les objectifs, principes et instruments d'application, ainsi que les compétences d'encadrement et les mécanismes de contrôle aptes à assurer des services adaptés à la diversité culturelle et linguistique.

9. Les institutions de santé doivent évaluer elles-mêmes, au départ puis en continu, leurs activités relatives aux CLAS; elles sont appelées à intégrer des critères de mesure des compétences culturelles et linguistiques dans le cadre des audits internes, des programmes d'optimisation de l'efficacité, des enquêtes de satisfaction des patients et de l'évaluation des résultats.

10. Les institutions de santé doivent veiller à ce que les informations relatives à la race, à l'origine ethnique ainsi qu'à la langue parlée ou écrite par un patient/client soient consignées dans les dossiers de santé, intégrées dans les systèmes de gestion des informations de l'établissement et actualisées régulièrement.

11. Les institutions de santé doivent réaliser et actualiser un profil démographique, culturel et épidémiologique de la communauté, ainsi qu'une analyse des besoins lui permettant d'établir et de mettre en oeuvre un programme de prestations à apporter conformément aux particularités culturelles et linguistiques du bassin démographique environnant.

12. Les institutions de santé doivent développer des partenariats impliquant la participation et la collaboration des communautés, et utiliser un large éventail de mécanismes formels et informels susceptibles de favoriser l'intégration de la communauté et du patient/client dans la conception et la réalisation des activités liées aux CLAS.

13. Les institutions de santé doivent veiller à ce que les procédures de plainte et de résolution des conflits soient adaptées aux diverses cultures et langues, et permettent d'identifier, de prévenir et de régler les conflits et plaintes transculturels des patients/usagers.

14. Les institutions de santé sont invitées à informer régulièrement l'opinion publique des progrès et des innovations menés à bien en matière de standards CLAS, et à informer les communautés de l'existence de ces informations.

6. 10. **Les critères de la section MFH**

Les critères{57} identifiés en 2007 par le groupe de travail ad hoc sont répartis dans cinq catégories.

Communication	<p>L'institution interdit le recours à des enfants en dessous de 18 ans et n'autorise le recours aux membres de la famille proche qu'en cas d'urgence.</p> <p>Les modalités de recours aux interprètes sont définies et communiquées à tous les collaborateurs.</p> <p>L'institution garantit une assistance linguistique qualifiée aux patients allophones.</p> <p>Des critères de qualité pour l'interprétariat sont définis et le service est régulièrement évalué.</p> <p>Les compétences du patient en communication écrite ont été évaluées</p> <p>Les informations importantes destinées aux patients sont disponibles dans les principales langues des patients.</p> <p>La signalisation au sein de l'institution est adaptée aux patients allophones et illettrés.</p> <p>Si nécessaire, l'institution offre la possibilité de traduire en anglais les informations importantes du dossier du patient.</p> <p>La déclaration de consentement pour certaines pratiques médicales est disponible dans les principales langues des patients</p> <p>Si la déclaration de consentement n'est pas disponible dans la langue du patient, la présence d'un interprète formé est assurée. Pour les langues rares, le recours à des outils de traduction est garanti.</p> <p>Les questionnaires de recherche et enquêtes de satisfaction sont disponibles</p>
---------------	--

	dans les principales langues des patients
Evaluation des besoins	<p>Les dossiers des patients contiennent [différentes] informations</p> <p>Les informations du dossier du patient sont analysées et utilisées à des fins de planification de la politique MFH.</p> <p>Les dossiers des collaborateurs contiennent des [différentes] informations</p> <p>Les informations du dossier du collaborateur sont analysées et utilisées à des fins de planification de la politique MFH.</p>
Compétences transculturelles	<p>Tous les collaborateurs reçoivent une information de base sur l'engagement de l'institution, les obligations du personnel et les services à disposition.</p> <p>Une formation en compétences transculturelles est offerte pour les collaborateurs concernés.</p> <p>Il existe un engagement écrit de l'institution pour une politique MFH.</p>
Politique et Réseau.	<p>Les besoins et ressources communautaires sont identifiés et communiqués aux collaborateurs.</p> <p>L'institution encourage et facilite le travail en réseau pour assurer la prise en charge adéquate des patients d'origine diverses.</p>

7. Interventions au niveau des projets

Le mandat faisant l'objet du présent rapport n'est pas de mettre en évidence les projets spécifiques les plus prometteurs : une abondante littérature scientifique colligée notamment dans le rapport d'A. Bischoff⁽⁴⁾ précise ce volet de la question migration & santé. Cependant, certains aspects plus globaux abordés dans ledit rapport ainsi qu'une récente démarche politique en Suisse méritent d'être évoqués ici.

7. 1. *Europe - Caring for migrant and minority patients in European hospitals - A review of effective interventions*⁽⁴⁾

Ce document⁽⁴⁾ présente une revue de la littérature internationale des modèles d'intervention efficaces dans le domaine des soins aux migrants et aux minorités. Il fournit ainsi différentes pistes intéressantes pour les projets qui sont mis en œuvre au niveau local. Cependant, il n'aborde pas de manière approfondie les aspects plus macroscopiques de la gestion de projet et de qualité des soins globale d'une structure hospitalière.

There are a number of approaches to improving health care for migrants and ethnic minorities and increasing migrant- and minority-friendliness in hospitals:

Quality of care: there are many generally accepted methods of measuring and improving the quality of health care. These can also be applied to measuring and improving the quality of health care received by minority groups. Quality of care is defined here as 'the degree to which health services for individuals and populations increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current professional knowledge'. Within this general definition, the classical distinctions between structure, process and outcome are widely used and accepted. To put it simply, the quality of health care is not adequate if it is not provided to all patients.

Responsiveness to cultural needs: another way of increasing migrant- and minority-friendliness is to improve health services' responsiveness to diverse needs (cultural, linguistic, minority or migration-specific) and to provide care that is more culturally competent.

Health literacy is a relatively new concept. It has been defined as the capacity to use the health care system appropriately and to live a healthy lifestyle. Increasing health literacy improves the quality of migrant and minority health care. It also increases empowerment.

Equality and equity: health disparities between migrant and minority populations and the majority are not only an issue of quality of care, but are also issues of equity, equality and even ethics.

7. 2. **Suisse – Motion de L. Recordon du 3.10.2008 « Interprètes allophones »**⁽³¹⁾

Contexte

Deux démarches parlementaires successives visant à régler le recours aux prestations d'interprétariat ainsi que leur financement ont été lancées en Suisse. Tout comme l'initiative parlementaire de Mme Ménétreay-Savary (06.428), la motion de Luc Recordon du 3.10.2008 « Interprètes allophones »⁽²²⁾ a été rejetée par le Conseil Fédéral. Dans sa réponse, le Conseil Fédéral récuse tout financement des prestations d'interprétariat par la LaMal pour les raisons suivantes : la LaMal « rembourse les coûts de prestations servant à établir un diagnostic ou à traiter une maladie et ses conséquences. Seules les mesures à caractère diagnostique ou thérapeutique relèvent du traitement de la maladie. Dans le cas de l'interprétation communautaire, il ne s'agit pas de prestations médicales, ce qui exclut tout financement par la LaMal. »⁽²²⁾ En outre, la tâche de financement « incombe aux cantons [...] dans la mesure où il s'agit ici de l'approvisionnement de la population et, partant, de couverture sanitaire. »

Motion

Le Conseil fédéral est chargé de mettre en place un système permettant, lorsque cela est nécessaire dans les relations entre soignants et patients, l'intervention d'interprètes ou d'interprètes communautaires formés et de régler le financement de ces prestations.

Extraits de la réponse (Motion rejetée)

[...] Aussi le Conseil fédéral a-t-il approuvé, le 20 juin 2007, la stratégie fédérale "Migration et santé 2008 à 2013", qui prévoit les mesures suivantes dans le domaine de l'interprétation communautaire:

- a. la création d'un certificat fédéral de capacité (examen professionnel) pour l'interprétation communautaire, en coopération avec l'Office fédéral de la formation professionnelle et de la technologie (OFFT) et l'organisation faîtière Interpret, qui couvre ce domaine au niveau national; l'OFFT a approuvé le règlement des examens au printemps 2008;
- b. la mise sur pied de filières de formation et de perfectionnement pour l'interprétation communautaire au niveau suisse, avec à la clé un certificat Interpret;
- c. la création d'un service national d'interprétation communautaire par téléphone. Un concept est en cours d'élaboration, avec le concours des principales organisations concernées, dont l'Office fédéral des migrations (ODM), SantéSuisse, H+ Les Hôpitaux de Suisse et la Fédération des médecins suisses;
- d. l'ODM soutient actuellement 16 relais régionaux formant des interprètes communautaires dans les cantons. En 2007, ces relais ont fourni 42 000 interventions, soit 66 pour cent des interprétations communautaires dans le domaine de la santé.

8. Références

1. 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. (MFH_021)
2. 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. (MFH_01)
3. 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. (MFH_030)
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. (MFH_019)
5. Cross, T., Bazron, B., Dennis, K., & Isaacs, M. 1989, *Towards a Culturally Competent System of Care* Washington, D.C, Nr Volume I, under <http://gucchd.georgetown.edu>. (MFH_050)
6. 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. (MFH_039)
7. Department of Finance and Administration 2000, *Client Service - Charter Principles*, Commonwealth of Australia, Canberra, 40 p., Accessed 20-11-2008 under www.apsc.gov.au. (MFH_011)
8. 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. (MFH_015)
9. Department of Immigration and Citizenship 1999, *Charter of public service in a culturally diverse society - Appendix A: Draft framework on performance measurement*, Australian Government, 1 p., Accessed 20-11-2008 under www.immi.gov.au. (MFH_010)
10. Donabedian, A. 1988. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*, 260, (12) 1743-1748 available from: [PM:3045356](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3045356/) (MFH_040)
11. Goode, T. D. & Dunne, C. 2003, *Policy Brief 1: Rationale for Cultural Competence in Primary Care*, National Center for Cultural Competence, Georgetown University Center for Child and Human Development, Washington, DC, Nr based on a prior version from Cohen, E., & Goode, T.D. (1999), under www.georgetown.edu. (MFH_051)
12. 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. (MFH_07)
13. Groene, O., Klazinga, N., Kazandjian, V., Lombrail, P., & Bartels, P. 2008. The World Health Organization Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals (PATH): an analysis of the pilot implementation in 37 hospitals. *Int.J.Qual.Health Care*, 20, (3) 155-161 available from: [PM:18378511](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18378511/) (MFH_048)
14. Groene, O., Skau, J.K., & Frolich, A. 2008. An international review of projects on hospital performance assessment. *Int.J.Qual.Health Care*, 20, (3) 162-171 available from: [PM:18339665](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18339665/) (MFH_041)
15. Health Service Executive 2008, *National Intercultural Health Strategy 2007 – 2012* Dublin, ISSN 978-1-906218-00-41, under www.hse.ie. (MFH_033)
16. International Society for Quality in Health Care 2007, *International principles for healthcare standards* Nr Third Edition, 20 p., ABN: 31 936 709 889, Accessed 20-11-2008 under www.isqua.org. (MFH_09)
17. 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](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15188996/) (MFH_042)
18. Leggat, S.G., Narine, L., Lemieux-Charles, L., Barnsley, J., Baker, G.R., Sicotte, C., Champagne, F., & Bilodeau, H. 1998. A review of organizational performance assessment in health care. *Health Serv.Manage.Res.*, 11, (1) 3-18 available from: [PM:10178369](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10178369/) (MFH_047)
19. Meyer, K. Ed. 2008, *La santé en Suisse - Rapport national sur la santé 2008*, Editions Médecine et Hygiène, Chêne-Bourg, under www.obsan.admin.ch. (MFH_056)

20. 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. (MFH_018)
21. National Center for Cultural Competence 2006, *Cultural and Linguistic Competence Policy Assessment* Washington, under www.clcpa.info. (MFH_049)
22. NHS Scotland 2003, *Improving the health of the Scottish minority ethnic communities: Annual Report, Executive Summary 2002-2003* Nr Astron B31473 10-03, 8 p., Accessed 12-12-2008 under www.scotland.gov.uk. (MFH_034)
23. NHS Scotland 2007, *Better Health, Better Care, Action Plan*, The Scottish Government, Edinburgh, 86 p., ISBN 978-0-7559-5599-2, under www.scotland.gov.uk. (MFH_037)
24. 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. (MFH_012)
25. 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. (MFH_035)
26. 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. (MFH_054)
27. 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. (MFH_053)
28. 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. (MFH_05)
29. Paras, M. 2005, *Straight Talk: Model Hospital Policies and Procedures on Language Access*, California Association of Public Hospitals and Health Systems & The California Endowment, Oakland, USA, 61 p., Accessed 11-1-2009 under www.safetynetinstitute.org. (MFH_045)
30. 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. (MFH_013)
31. Recordon, L. 2008, *Interprètes allophones dans le domaine de la santé* Nr Motion No 08.3642 (Conseil des Etats), Accessed 20-1-2009 under www.parlament.ch. (MFH_052)
32. Rutledge, E.O. 2001. The struggle for equality in healthcare continues. *J.Healthc.Manag.*, 46, (5) 313-324 available from: [PM:11570343](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11570343) (MFH_044)
33. 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. (MFH_020)
34. Swiss Network of Health Promoting Hospitals and Health Services 2008, *Etat des membres de l'Association répondante* 3 p., Accessed 10-12-2008 under www.healthhospitals.ch. (MFH_031)
35. 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. (MFH_06)
36. 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. (MFH_04)
37. 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. (MFH_02)
38. 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. (MFH_026)