



Diversité et égalité des chances

Les fondements d'une action efficace
dans le microcosme des institutions de santé

Avec DVD **Quand comprendre peut guérir**

Peter Saladin, éditeur

Une publication de l'Office fédéral de la santé publique OFSP
en collaboration avec H+ Les Hôpitaux de la Suisse

Deuxième édition, inchangée

Diversité et égalité des chances

Les fondements d'une action efficace dans le microcosme des institutions de santé



Depuis des siècles, la société suisse se caractérise par sa variété de langues et de cultures. En outre, environ un quart de la population est aujourd'hui issue de la migration, cela principalement en raison de l'immigration de travail. Des personnes d'origines, de religions et de langues différentes, avec des aptitudes, des modes de vie et des statuts sociaux également différents, ont entraîné un important changement culturel et social, des modifications du système de valeurs, comme on peut le constater dans la plupart des sociétés modernes.

Tous les domaines de la société ne tiennent pas assez compte de cette diversité: sur la base d'une réflexion critique, on s'aperçoit que le système de santé suisse n'est pas suffisamment préparé en ce qui concerne la prise en charge de la population migrante; une partie de la population migrante est exposée à des risques accrus en matière de santé et défavorisée par rapport à d'autres groupes de population.

Le présent manuel apporte aux dirigeants d'institutions de santé suisses – hôpitaux, cliniques et institutions de soins de longue durée – un soutien pratique pour faire face aux phénomènes sociaux issus de la diversité et de la migration. Le manuel se rapporte aux enjeux fondamentaux de la diversité et de la migration, il décrit les chances de la compétence transculturelle et attire l'attention sur les défis posés à l'entreprise dans le domaine, tendu, de la diversité et de l'égalité des chances.

Il fournit, en outre, des conseils pratiques pour permettre une action efficace dans le microcosme des institutions de santé. Une bonne gestion de la diversité aide à positionner sa propre entreprise, à utiliser les ressources des collaborateurs de manière ciblée et, par là, à accroître la satisfaction des clients, ainsi que celle des collaborateurs.

Sous le rabat, vous trouverez un DVD, intitulé «Quand comprendre peut guérir. Migration globale – solutions locales au sein de la santé publique», sur lequel le texte entier du manuel est enregistré, y compris la liste des recommandations pratiques qui y figurent. Ces documents sont à votre disposition et peuvent être utilisés aussi bien avec un PC qu'avec un Mac. Le DVD contient également le documentaire «Quand comprendre peut guérir», qui illustre comment trois services cliniques de l'Hôpital de l'île de Berne gèrent concrètement la diversité des patients et des collaborateurs. Ce film peut être utilisé pour engager des discussions sur les problèmes de l'égalité des chances, eu égard à la diversité et à la migration, tels qu'ils sont mentionnés dans le manuel.

Diversité et égalité des chances

**Les fondements d'une action efficace
dans le microcosme des institutions de santé**

**Avec DVD: Quand comprendre peut guérir. Migration
globale – solutions locales au sein de la santé publique**

Diversité et égalité des chances. Les fondements d'une action efficace dans le microcosme des institutions de santé

Peter Saladin (éditeur)

En collaboration avec Renate Bühlmann, Janine Dahinden, Rahel Gall Azmat, Gerhard Ebner et Joachim Wohnhas

Une publication de l'Office fédéral de la santé publique OFSP, en collaboration avec

H+ Les Hôpitaux de Suisse

© 2006, Office fédéral de la santé publique OFSP, Berne

© 2006, H+ Les Hôpitaux de Suisse, Berne

ISBN 978-3-033-021884

Deuxième édition, inchangée, 2009

La présente publication est éditée en français, allemand (*Diversität und Chancengleichheit. Grundlagen für erfolgreiches Handeln im Mikrokosmos der Gesundheitsinstitutionen*), italien (*Diversità e pari opportunità. Basi per un'azione efficace nel microcosmo delle istituzioni sanitarie*) et anglais (*Diversity and equality of opportunity. Fundamentals for effective action in the microcosm of health care institution*).

Le manuel est accompagné d'un DVD: *Quand comprendre peut guérir. Migration globale – solutions locales au sein de la santé publique*. Les sous-titres du film *Quand comprendre peut guérir* sont disponibles en français, italien et allemand. Le DVD n'est pas livré avec la version anglaise du manuel.

Pour recevoir des exemplaires gratuits: H+ Les Hôpitaux de Suisse, Secrétariat central, Lorrainestrasse 4A, 3013 Berne, geschaeftsstelle@hplus.ch

Les désignations de personnes sont indiquées au féminin et au masculin à moins qu'il n'existe un terme neutre («interprète» par exemple).

Relecture: Peter Frehner, AbisZ Kommunikation, Bâle

Traduction de l'allemand: Inter-Translation SA Berne, Denise Efionayi, Neuchâtel

Videostills: artefakt bild+ton, Berne

Layout et composition: Esther Schreier, Bâle

Impression: Stämpfli Publications SA, Berne

Reliure: Schumacher SA, Reliures, Schmitzen

Typographie: Frutiger

Edition 2009: 500 expl. (en français, 2^e édition, inchangée), 1000 expl. (en allemand, 3^e édition, inchangée)

Papier: Arctic the Volume 150 g/m² (avec certificat FSC); Opalin Premium 335 g/m²

Diversité et égalité des chances

Les fondements d'une action efficace dans le microcosme des institutions de santé

Directeur de publication
Peter Saladin

En collaboration avec
Renate Bühlmann
Janine Dahinden
Rahel Gall Azmat
Gerhard Ebner
Joachim Wohnhas

Deuxième édition, inchangée

Une publication de
l'Office fédéral de la santé publique OFSP en collaboration avec H+ Les Hôpitaux de Suisse
(2009)

Contenu

6_ Remerciements

7_ Préface

9_ A l'intention des lectrices
et lecteurs pressés

Introduction

- 15_ Raison d'être du manuel
- 17_ Les institutions de santé: un microcosme diversifié
- 18_ Migration et santé: stratégie de la Confédération pour les années 2002 à 2007
- 19_ Le projet Migrant-Friendly Hospitals – le réseau d'hôpitaux pour la population migrante (MFH)

Migration et compétence transculturelle

- 23_ Migration et diversité
- 26_ Compétence transculturelle
- 28_ Communication: les langues étrangères à l'hôpital
- 31_ La recherche en matière de «migration et santé»

Quels défis la diversité et la migration posent-elles à une institution de santé, en tant qu'entreprise?

- 35_ La gestion de la diversité
- 37_ La qualité est-elle en contradiction avec l'efficacité, l'adéquation et l'efficience?
- 38_ Le financement

Recommandations

- 43_ Recommandations
- 44_ La stratégie d'entreprise
- 46_ Collecte d'informations pertinentes pour la politique de diversité
- 47_ Qualité
- 49_ Informations de fond: Mesure de la satisfaction de patients migrants en milieu hospitalier
- 52_ Les collaboratrices et collaborateurs: supports et vecteurs de la compétence transculturelle
- 55_ Les procédures médicale et infirmières
- 61_ Informations de fond: Soins de santé pour les sans-papiers: «Unité mobile» de soins communautaires à la Policlinique de médecine de Genève
- 63_ Interprétariat et traduction
- 65_ Informations de fond: Interprétariat à l'hôpital: répertorier les collaboratrices et collaborateurs ayant des compétences linguistiques, les former et les faire intervenir de façon ciblée
- 67_ Informations de fond: Interprétariat téléphonique à l'hôpital
- 68_ Informations de fond: Utilisation possible de pictogrammes pour améliorer le dialogue avec les patients migrants dans les hôpitaux suisses
- 71_ Formation des collaboratrices et collaborateurs
- 73_ Informations de fond: Exemple de programme cadre pour la formation interdisciplinaire sur la diversité, la migration et la santé dans les services d'obstétrique, de soins infirmiers, de médecine et de management
- 76_ Les services centraux

Le réseau – adresses d'organismes spécialisés et de services de consultation

- 81_ Autorités fédérales
- 82_ Autorités cantonales et communales
- 83_ Organisations non gouvernementales nationales ONG
- 85_ Organisations non gouvernementales et autres organismes spécialisés régionaux
- 86_ Recherche
- 88_ Contacts internationaux

Annexes

- 91_ Définitions de notions utilisées dans le domaine de la migration et de la santé
- 95_ Déclaration d'Amsterdam Vers des hôpitaux adaptés aux besoins des migrants dans une Europe de la diversité ethnique et culturelle
- 101_ Questionnaire de qualité Issu du projet pilote de l'Union européenne «Migrant-Friendly Hospitals – le réseau d'Hôpitaux pour la population migrante»
- 106_ Standards nationaux des Etats-Unis pour des services de santé adaptés aux langues et cultures

Références bibliographiques | Outils | Participants

- 111_ Références bibliographiques
- 114_ Outils
- 116_ Participants

Remerciements

Approfondir l'étude de thèmes tels que la diversité, la migration et l'égalité des chances, c'est accéder à une nouvelle façon d'appréhender le système suisse de la santé et ses institutions. Celles-ci méritent-elles vraiment d'être qualifiées d'excellentes, comme nous sommes souvent enclins à le penser, et surtout, le sont-elles pour tout le monde? Si nous examinons la situation sans opinion préconçue, il apparaît que les atouts voisinent avec des zones d'ombre qui touchent souvent plutôt ceux d'entre nous qui sont mal informés, ou qui sont différents, qui appartiennent à la population migrante ou à une minorité, et se trouvent dans l'obligation de solliciter nos services de santé.

La présente publication a été réalisée afin de redresser cette situation dans l'intérêt de tous. Elle a été élaborée dans le cadre du projet Migrant-Friendly Hospitals – le réseau d'hôpitaux pour la population migrante (MFH). Lancée par l'Office fédéral de la santé publique OFSP, elle est partie intégrante de la stratégie «Migration et santé» 2002 à 2007 de la Confédération. L'association H+ Les Hôpitaux de Suisse a été chargée de sa réalisation.

Je tiens à exprimer ma gratitude à toutes celles et ceux qui, par leur savoir-faire, leur expérience et leur engagement personnel, ont contribué à mener à bien ce projet de publication – en tout premier lieu les membres de l'équipe éditoriale et les autres auteurs la liste des participantes et participants (voir à la page 116).

Je remercie en outre tout particulièrement les collaboratrices et collaborateurs de l'Office fédéral de la santé publique, notamment P. Aemmer, R. Gall Azmat et Th. Spang, pour la conduite et le suivi du projet. M. Zweiacker et ses collègues de H+ Les Hôpitaux de Suisse nous ont apporté un précieux soutien et ont accompli un travail administratif efficace, ce dont je leur suis reconnaissant.

Des représentantes et représentants d'hôpitaux, de cliniques et d'institutions de soins de longue durée ainsi que de nombreux professionnels ont donné leur temps, leurs idées et leur savoir-faire au comité consultatif, au groupe central et plus encore aux groupes de travail du projet Migrant-Friendly Hospitals – le réseau d'hôpitaux pour la population migrante (MFH). Je leur adresse à tous mes remerciements les plus chaleureux. Ceux qui ont présidé les groupes de travail ont su mener avec professionnalisme des débats souvent houleux et se sont beaucoup investis dans la formulation des recommandations. Il s'agit de: G. Ebner (procédures médicales); Ch. Aeschlimann / W. Brunner (stratégie); R. Simon / M. Wietlisbach (langue, communication, information); H. Rennhard-Hollenweger (autonomisation du personnel hospitalier). Toute ma reconnaissance leur est acquise.

Les corrélations avec le projet analogue de l'Union européenne ont permis des échanges fructueux avec les représentantes et les représentants des institutions de santé et de recherche des autres pays d'Europe. Je tiens par ailleurs à remercier le Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie de Vienne pour nous avoir donné accès aux travaux sur le projet UE et nous avoir autorisés à reproduire le questionnaire relatif à l'assurance qualité (p. 101).

P. Saladin



Président de H+
Directeur du projet

Préface

A l'ère de la mondialisation, les phénomènes migratoires ont pris une ampleur considérable. Des femmes et des hommes quittent leur patrie en quête d'une vie meilleure, voire pour fuir la pauvreté, la guerre, la persécution ou les catastrophes naturelles, dans l'espoir de repartir sur de nouvelles bases dans une autre région du monde. La réussite d'une telle entreprise dépend principalement de leur condition physique et psychique, car il est plus facile de s'adapter à un nouvel environnement lorsqu'on est en bonne santé. A l'inverse, les problèmes d'intégration ont souvent des répercussions négatives sur la santé.

En Suisse, plusieurs études scientifiques ont révélé que l'état de santé des migrantes et migrants était moins bon, à plusieurs égards, que celui de la population autochtone. Les migrantes et migrants sont exposés à des risques sanitaires plus importants et ont davantage de difficultés à accéder au système de santé. Cette situation est d'autant plus préoccupante que ces personnes représentent environ un cinquième de la population. Elles contribuent à la prospérité du pays, participent au financement de notre système de santé et souhaitent y faire appel en cas de besoin. Par ailleurs, une part non négligeable des personnes travaillant dans le système de santé sont issues de la migration. Au travers de la diversité de leurs langues, systèmes de valeurs et comportements, elles influencent le quotidien de ces institutions. Sans leur aide, notre système de santé ne pourrait pas assumer les tâches qui lui incombent. Dès lors, quelles sont les compétences requises pour offrir une prise en charge adaptée aux migrantes et migrants? Et comment assurer une qualité satisfaisante des soins de santé en dépit de la diversité des besoins? Le présent manuel est consacré à cette thématique. Il se fonde sur les expériences rassemblées dans le cadre du projet Migrant-Friendly Hospitals – le réseau d'hôpitaux pour la population migrante (MFH) – et fournit aux institutions de santé des conseils pratiques pour leur permettre de mieux répondre aux besoins des migrantes et migrants. A ce titre, on peut citer une culture d'entreprise assurant aux personnes des deux sexes, indépendamment de l'origine ethnique et de la couche sociale, un accès équitable aux prestations de santé.

Actuellement toutefois, les conditions ne sont pas idéales pour atteindre cet objectif: les hôpitaux et autres institutions de santé sont soumis à des contraintes d'économies tandis que les exigences en matière de qualité et d'efficacité ne cessent d'augmenter. Or, offrir une prise en charge adaptée aux personnes issues de la migration contribue non seulement à améliorer la qualité et l'efficacité, mais réduit aussi, à moyen terme, le coût des soins de santé. C'est pourquoi nous vous encourageons vivement à étudier la stratégie proposée dans le présent manuel et à inscrire la réalisation de l'égalité des chances en matière de santé parmi vos principales priorités.

Pr Dr Thomas Zeltner



Directeur de l'Office fédéral
de la santé publique OFSP

Dr Markus Dürr



Directeur du Département de la santé et des
affaires sociales du Canton de Lucerne,
président de la Conférence suisse des directrices
et directeurs cantonaux de la santé CDS

A l'intention des lectrices et lecteurs pressés

La raison d'être du présent manuel est de soutenir les institutions de santé¹ suisses – hôpitaux, cliniques et institutions de soins de longue durée – dans leur recherche d'une réponse crédible et efficace aux phénomènes indéniables de notre société que sont la diversité et la migration. Il s'adresse principalement aux organes de direction responsables de la politique d'entreprise. Le discernement et la circonspection dont ils feront preuve dans le traitement de ces questions, leur évaluation attentive des risques et des chances dans le cadre de la planification et de la mise en œuvre des mesures requises constituent les préalables à toute bonne gestion. La principale priorité étant l'aide à apporter à ceux qui en ont besoin.

L'introduction (pages 15 à 19) est consacrée à la stratégie de la Confédération dans le domaine «migration et santé» ainsi qu'au projet Migrant-Friendly Hospitals. Les notions principales sont définies aux pages 91 à 94. Le chapitre Migration et compétence transculturelle (pages 23 à 32) traite des aspects sociologiques et ethnologiques ainsi que des thèmes de recherche en relation avec la diversité, la migration et la santé. Un autre chapitre donne une sélection d'exemples issus de la pratique clinique, afin d'illustrer combien la communication est essentielle dans un environnement où se parlent plusieurs langues étrangères. Les questions de diversité et de migration, considérées comme un défi à l'entreprise (pages 35 à 39), sont observées sous l'angle de la gestion de la diversité, de la qualité des prestations, des principes d'efficacité, de fonctionnalité, et de rentabilité, ainsi que du financement.

La partie principale du manuel (pages 43 à 78) est un ensemble de recommandations formulées à l'adresse des organes dirigeants. Elles sont destinées à aider les responsables à examiner, sans indulgence, la politique de leur entreprise sous l'angle de la diversité et de la migration, et à fournir des indications pratiques permettant de prendre les mesures qui s'imposent. La diversité, considérée hors de toute notion de valeur, est la présence de différences personnelles et sociétales, liées notamment à l'origine, au sexe, à la langue, aux capacités, à l'âge, aux modes de vie et au statut social pris en tant qu'élément constitutif des sociétés modernes. La migration, entendue comme le passage, par des individus ou des groupes, de frontières administratives, politiques ou géographiques pour s'installer temporairement ou définitivement dans un lieu autre que celui d'origine, est une source de diversité. La gestion de la diversité vise une approche positive et autocritique de ces différences, apte à définir une action de l'entreprise qui soit efficace pour elle-même, pour ses usagers et ses salariés. Les principes à suivre sont ceux de la dignité humaine et de l'égalité des chances, dont l'observation dans le travail quotidien d'une institution de santé requiert une attention soutenue. La compétence transculturelle à tous les niveaux signifie «la capacité à prendre conscience et à tenir compte du vécu individuel dans une situation particulière et dans des contextes divers, de façon à adapter sa manière d'agir en conséquence» (page 26).

Les recommandations sont classées par domaines d'activité: stratégie, saisie des données, qualité, gestion des ressources humaines, procédures médicales et paramédicales, traduction et interprétariat, formation continue du personnel et prestations de services centrales. Des informations de fond permettront d'éclairer certains aspects de domaines particuliers.

Résumé des **recommandations**:

→ Les éléments fondamentaux de l'entreprise – tels que son objectif, sa mission, sa stratégie, l'ensemble de ses offres et la planification de ses ressources – doivent explicitement se référer à la réalisation d'une politique managériale apte à répondre aux besoins de la diversité et de la migration. Il faut prévoir des projets de développement organisationnel

A l'intention des lectrices et lecteurs pressés

| Peter Saladin

Introduction

Migration et compétences transculturelles

Défis posés aux entreprises

Recommandations

Politique d'entreprise

¹ On trouvera dans la suite du texte les termes d'institution de santé, système de santé, institution, entreprise, lorsqu'il n'est pas expressément question d'un hôpital, d'une clinique spécialisée (réhabilitation, psychiatrie) ou d'une institution de soins de longue durée.

Données spécifiques	<p>appropriés permettant de remettre en question les principes en vigueur et poser les lignes directrices d'un renouveau axé sur l'action. La conviction personnelle et le <i>modus operandi</i> des organes dirigeants sont la condition du succès.</p> <p>→ Le microcosme diversifié des institutions de santé peut être mis en évidence au travers de données spécifiques à un établissement et à ses prestations, des différentes dimensions en jeu et de leur impact respectif sur le succès de l'entreprise. Ces informations ne servent pas à exclure, mais au contraire à intégrer. La protection des données doit être garantie.</p>
Qualité des structures, des procédures et des résultats	<p>→ 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. Tenir compte des différences qui apparaissent dans toute nouvelle situation, c'est se donner la possibilité de concevoir des structures et des procédures qui mènent à des résultats adaptés à chaque cas.</p>
Compétences du personnel	<p>→ Il convient de reconnaître, de mettre à profit et de promouvoir les multiples compétences des collaboratrices et collaborateurs en fonction de leur origine, de leur langue, de leur appartenance religieuse et de leur statut social. Ce sont des atouts pour la réalisation de la compétence transculturelle au sein de l'institution. Il faut donc en tenir compte dans la politique du personnel, les services des ressources humaines, les directives relatives au recrutement et à l'avancement ainsi que les modes d'information et de communication.</p>
Procédures liées aux actes médicaux	<p>→ Les procédures liées aux actes médicaux et paramédicaux doivent être orientées sur la personne, à savoir le patient responsable. Les procédures d'admission régulière, d'admission en urgence, de diagnostic, de traitement et de sortie se réfèrent à ce principe. En cas d'échanges d'information entre des personnes ne parlant pas la même langue ou n'ayant pas la même compréhension de la langue, il est essentiel de s'assurer que l'information passe, notamment pour la déclaration de consentement éclairé. Le recours dans diverses situations aux services de personnes plurilingues est stipulé par écrit et reconnu au sein de l'institution. Les potentiels individuels des patientes et patients, des pensionnaires² ainsi que ceux de leur entourage sont sciemment mis à contribution et encouragés.</p>
Médiation linguistique	<p>→ Les diverses possibilités permettant de surmonter les barrières linguistiques par le biais de médiateurs sont documentées et réglementées: interprètes externes sollicités en fonction des besoins et dans des conditions définies (si nécessaire pour une prestation téléphonique), collaborateurs plurilingues pour des prestations ad hoc, utilisation de l'image et de l'écrit (pictogrammes, dictionnaires), demande d'aide aux familles et référents, traductions écrites. Il est de la responsabilité des organes dirigeants de réglementer les diverses possibilités d'intervention et de créer les conditions nécessaires à leur faisabilité. Les moyens personnels et financiers idoines sont à mettre à disposition pour assurer un accès aussi simple que possible, et non discriminatoire, aux divers outils envisagés.</p>
Formation continue du personnel	<p>→ La formation du personnel est continue et systématique afin d'assurer la qualité des soins dans un environnement en perpétuelle évolution. Elle donnera de l'assurance aux collaborateurs en contact avec des personnes de diverses origines, langues, religions et catégories sociales. Elle contribuera à réduire le stress et les erreurs de comportement, permettra d'éviter des surcoûts inutiles et augmentera l'efficacité. Les contenus et les formes de la formation sont à adapter aux besoins de l'institution. Un programme cadre est joint aux recommandations.</p>
Services centraux	<p>→ Les services centraux d'une institution, tels que la gestion des admissions et des sorties,</p>

² La notion de «patient et patient» se réfère au «malade», à «une personne qui demande de l'aide», elle s'applique à l'environnement de l'hôpital ou de la clinique: dans le présent manuel, on désignera par «pensionnaire» les personnes vivant dans une institution de soins de longue durée.

les services téléphoniques, de renseignement, d'information et de documentation, les services liés aux patientes et patients (réglementation des visites, par exemple), l'hébergement et la restauration, les services religieux ainsi que les services sociaux disposent des connaissances et des aptitudes nécessaires pour répondre aux divers besoins des individus et des groupes.

→ Les institutions de santé font usage du réseau national et international auquel elles appartiennent (pages 81 à 88). Cela favorise l'aide et le soutien mutuels, l'échange des idées et des pratiques, le partage des connaissances nouvelles. Divers sujets sont étudiés de façon approfondie dans la littérature scientifique (pages 111 à 113). La «Déclaration d'Amsterdam – vers des hôpitaux adaptés aux besoins des migrants dans une Europe de la diversité ethnique et culturelle» de 2004 pose des jalons pour le développement futur (pages 95 à 100).

Réseau

Le présent manuel est le point de départ d'un débat que les institutions de la santé devront mener en profondeur sur les thèmes de la diversité, de l'égalité des chances et de la migration, et dont l'objectif sera de fournir à tous les groupes de la population des prestations de service optimales. La pratique sur le terrain apportera des connaissances nouvelles qui, à leur tour, permettront des améliorations ultérieures.

Public cible

Introduction

Raison d'être du manuel

Le présent manuel s'adresse à l'encadrement des hôpitaux, des cliniques et des institutions de soins de longue durée¹. Il a pour objectif de fournir aux responsables de ces établissements des informations et des recommandations concrètes pour les aider à trouver des réponses fiables et efficaces au phénomène indéniable que constituent la diversité et la migration.

Trois défis se font toujours plus pressants aujourd'hui:

- Les attentes des patientes et patients, ainsi que des pensionnaires² à l'égard des traitements stationnaires ou semi-stationnaires et de leur séjour dans les institutions de santé varient de plus en plus en fonction de leur origine, culture, langue, leurs valeurs, particularismes sociaux, leur individualité, mais aussi selon leur comportement face à la santé et à la maladie. Il ne s'agit pas seulement des migrants arrivés dans notre pays au cours des dernières années ou décennies et qui vivent ici; la migration à l'intérieur des frontières suisses, du nord vers le sud, de l'ouest vers l'est, de la campagne vers la ville, crée également des situations où l'altérité, la différence, peut interroger à tous les niveaux d'une institution de santé.
- L'expérience montre, comme les études scientifiques, que l'état de santé des migrants et des minorités est souvent moins bon que celui de la population autochtone. Les raisons en sont multiples: les ressources individuelles et la situation sociale de ces groupes sont différentes de celles du reste de la population, et ces personnes connaissent des difficultés d'accès aux institutions de santé. Conformément aux valeurs fondamentales de la Constitution fédérale suisse, énoncées à ses articles 2, 7 et 8, il convient de veiller à ce que l'égalité des chances soit aussi grande que possible, que la dignité humaine soit respectée et protégée, de même que l'égalité devant la loi.
- Une grande partie des personnels des hôpitaux, des cliniques et des institutions de soins de longue durée – médecins, personnel soignant, autres professions exercées dans un hôpital – sont d'origine étrangère. Sans eux, les institutions de santé suisses seraient incapables de remplir leur mission.

La migration est un facteur de diversité parmi d'autres. Elle est fondée sur des développements multiples et complexes liés à des facteurs sociaux, économiques et politiques, et se manifeste par des besoins, des demandes et des comportements humains différents.

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?

Raison d'être du manuel

| Peter Saladin

Défis

Questions fondamentales

¹ On trouvera dans la suite du texte les termes de «institution de santé», «institution» ou «entreprise» lorsqu'il n'est pas expressément question d'un hôpital, d'une clinique spécialisée (réhabilitation, psychiatrie) ou d'une institution de soins de longue durée.

² La notion de «patiente et patient» se réfère au «malade», à «une personne qui demande de l'aide», elle s'applique à l'environnement de l'hôpital ou de la clinique; dans le présent manuel, on désignera par «pensionnaire» les personnes vivant dans une institution de soins de longue durée.

- 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?

Responsabilité de la direction

Le présent manuel s'adresse donc expressément aux organes dirigeants, car ce sont eux qui assument la responsabilité du développement de l'entreprise. Il s'appuie en cela sur les expériences d'institutions suisses et étrangères, ainsi que sur une vaste littérature scientifique et pratique. Le classement par thèmes a été choisi pour faciliter l'examen des documents de direction d'une institution à la lumière des exigences d'un management judicieux de la diversité. L'orientation logique de la gestion d'entreprise vers chaque individu en particulier exige une focalisation logique sur les aspects de la diversité et de la migration afin de fournir des prestations orientées sur les patients et la population.

Les auteures et auteurs sont conscients du fait que la diversité et la migration créent sans cesse des situations et facteurs nouveaux. L'environnement national et international modifie les conditions sociales, économiques, sociétales et politiques de la diversité et de la migration, et inversement. Le manuel prend en compte les faits connus au moment de la publication et en déduit des recommandations à l'adresse de la direction des institutions de santé. Il appartiendra ensuite à l'encadrement de mettre au point une politique cohérente et adaptée aux besoins de l'institution concernée.

La définition des notions relatives à la diversité et à la migration est indiquée aux pages 91 à 94.

Les institutions de santé: un microcosme diversifié

Les hôpitaux, cliniques et institutions de soins de longue durée se considèrent souvent comme un monde à part, une ville dans la ville, avec une culture et des règles qui leur sont propres. Dès lors que la santé, voire la vie d'une personne est en jeu, ces institutions reflètent, tel un miroir, les réalités individuelles, sociales et sociétales. Elles traduisent de façon frappante la réalité, d'une société diversifiée et mobile.

En 2004, les résidents étrangers représentaient 21,8%¹ de la population en Suisse, mais en réalité, le nombre des personnes issues de la migration dépasse cette proportion de manière significative. Elles vivent dans notre pays pour des raisons personnelles, professionnelles, économiques ou politiques, et y résident à titre permanent ou provisoire. Les personnes contribuent de façon substantielle à la prospérité de la Suisse, participent au financement du système de santé et y ont recours si nécessaire.

Compte tenu de facteurs économiques, sociétaux et politiques, les phénomènes de la mobilité et de la migration sont devenus une constante de notre évolution. Des millions de touristes, d'hommes d'affaires et de visiteurs de toute nature traversent notre pays ou y résident et, le cas échéant, dépendent de notre système de santé. Il en va de même pour les Suisses à l'étranger.

En 2003², 36 473 personnes vivant à l'étranger ont suivi un traitement stationnaire ou semi-stationnaire dans des hôpitaux suisses, soit 2,7% des 1,3 million de patientes et patients recensés. Si l'on part du principe que les personnes issues de la migration ont recours au système de santé dans la même mesure que les Suisses, elles représentent environ 22% d'utilisateurs en plus; en d'autres termes, la population étrangère ou résidente à l'étranger constitue près d'un quart des personnes soignées dans les hôpitaux publics et privés du pays. Cela dit, il existe d'importantes différences d'une institution à l'autre, en raison notamment des prestations qu'elles proposent, et/ou de leur situation géographique.

Par ailleurs, la «vie à l'intérieur» des institutions de santé s'apparente elle aussi à un microcosme. La population étrangère ainsi que les Suisses issus de la migration représentent une part significative des salariés, toutes catégories professionnelles confondues. Dans certaines grandes institutions de santé, ils constituent même 80% des effectifs. En 2001 (derniers chiffres disponibles), les salariés étrangers représentaient 28% des effectifs dans le secteur stationnaire, contre 24,4% pour l'ensemble de la population active.³ Ces salariés sont originaires d'une multitude de pays différents. Au travers de la diversité de leurs cultures, langues, formations, valeurs et comportements, ils influencent le quotidien des hôpitaux. Souvent pourtant, leurs potentiels ne sont pas suffisamment mis à profit aux fins d'améliorations qualitatives. Les institutions de santé ont embauché ces personnes en guise de main d'œuvre; mais sont-elles véritablement prises en compte dans toute leur humanité? La culture d'entreprise de ces institutions permet-elle d'exploiter leur altérité comme un atout au service de l'évolution de l'entreprise? Ces personnes ont-elles la possibilité de se défendre contre la discrimination? Des passerelles sont-elles mises en place pour exiger et favoriser leur intégration?

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 tous les collaboratrices et collaborateurs.

Les institutions de santé: un microcosme diversifié

| Peter Saladin

Proportion d'étrangers
dans la population résidente

1 Office fédéral de la statistique
OFS (2005) La population étrangère en Suisse. Neuchâtel

2 Office fédéral de la statistique
OFS (2005) Statistique médicale
2003. Neuchâtel

3 Office fédéral de la statistique
OFS (2003) Emplois dans le
domaine de la santé. Résultats
du recensement des entreprises de 2001, Statistiques de
l'emploi. Neuchâtel

**Migration et santé:
stratégie de la Confédération
pour les années 2002 à 2007**

| Petra Aemmer

Migration et santé: stratégie de la Confédération pour les années 2002 à 2007

Le système de santé suisse est, dans une certaine mesure, insuffisamment préparé à l'accueil des populations migrantes. La recherche et la pratique le prouvent. Une partie de ces personnes sont soumises à des risques sanitaires importants; en outre, les migrantes et les migrants sont désavantagés par rapport aux autres groupes de population. Il faut donc agir si l'on veut être à même de répondre à l'objectif de «santé pour tous».

La stratégie «Migration et santé 2002 à 2006» est le fruit d'une grande enquête menée auprès de nombreux expertes et experts dont les résultats ont fait l'objet d'une vaste consultation. En se fondant sur l'objectif de l'OMS visant la «santé pour tous au XX^e siècle», l'Office fédéral de la santé public OFSP, l'Office fédéral des migrations ODM et la Commission fédérale des étrangers CFE ont élaboré cette stratégie qui a été adoptée en juillet 2002 par le Conseil fédéral qui, en mai 2005, a prolongé sa mise en œuvre d'un an jusqu'à fin 2007.

La stratégie vise à long terme l'instauration d'un système de santé capable de prendre en compte les besoins d'une société modifiée par les migrations, et les besoins spécifiques des différents groupes d'utilisateurs.

Pour faciliter l'accès au système de santé et offrir des prestations spécifiques, cette stratégie prévoit des mesures dans cinq domaines d'intervention (indiqués par ordre de priorité):

1. Formation (initiale et continue)
2. Information, prévention et promotion de la santé
3. Soins de santé
4. Prestations thérapeutiques pour les requérants d'asile et réfugiés ayant subi des traumatismes
5. Recherche (bases, évaluation et monitoring)

La mise en œuvre de la stratégie a lieu en étroite coopération avec les offices fédéraux concernés ainsi qu'avec les cantons, les communes, associations caritatives, organisations non gouvernementales, institutions de recherche, etc. De plus amples informations sont disponibles sur le site www.bag.admin.ch.

www.bag.admin.ch

Cinq domaines d'intervention

Soins de santé

La présente publication porte sur le domaine d'intervention (3.) les soins de santé. Dans ce contexte, il s'agit avant tout de supprimer les obstacles qui pénalisent les migrantes et migrants par rapport aux citoyens suisses concernant l'accès au système de santé publique, aux hôpitaux, cliniques et institutions de longue durée. En outre, la qualité des soins doit également être assurée dans des situations où la «différence» des patientes et patients exige une attention particulière. Dans cet objectif, l'OFSP et H+ Les Hôpitaux de Suisse ont conclu fin 2003 un contrat chargeant H+ Les Hôpitaux de Suisse de réaliser le projet Migrant-Friendly Hospitals – le réseau d'hôpitaux pour la population migrante (MFH) présenté ci-après (page 19). Celui-ci s'inspire notamment d'un projet similaire mené à bien dans douze Etats membres de l'Union européenne, à raison d'un hôpital par pays (cf. www.mfh-eu.net).

www.mfh-eu.net

Projet MFH

Le projet Migrant-Friendly Hospitals – le réseau d'hôpitaux pour la population migrante (MFH)

Les objectifs du projet, qui court du 1^{er} décembre 2003 au 30 novembre 2007, sont les suivants:

- Création d'un réseau d'institutions de santé qui se distinguent par une prise en charge professionnelle et de qualité de la population migrante.
- Communication de connaissances et de savoir-faire grâce à des échanges entre les médecins, les soignants et les professionnels de la gestion directement concernés. Elaboration, publication et diffusion de recommandations et standards de bonne pratique en matière de compétence transculturelle.
- Promotion et soutien de mesures concrètes dans les institutions de santé. Le projet dispose d'un pool de ressources à partir duquel il est possible d'octroyer un financement initial pour les projets innovants des institutions de santé.

P. Saladin a été nommé directeur du projet, avec la charge de le mettre en œuvre. Un groupe central ouvert à toutes les institutions de santé assure les échanges d'idées et d'expérience, ainsi que la rédaction de recommandations à l'adresse des institutions de santé. Ces recommandations ont été le plus souvent élaborées par les groupes de travail. Elles sont reprises dans le présent manuel. Un comité consultatif composé de professionnels du secteur migration et santé accompagne et soutient le projet.

D'ici la fin juin 2006, un montant de 605 879 CHF aura été injecté dans 15 projets et études

Au moment de la publication du présent manuel, aucune décision n'avait été prise en ce qui concerne l'institutionnalisation à long terme du réseau d'hôpitaux après la fin du projet. L'objectif est de pérenniser les procédures mises en place, grâce à des développements organisationnels autonomes et aux efforts conjoints des institutions de santé.¹

Pour des informations détaillées sur le projet Migrant-Friendly Hospitals – le réseau d'hôpitaux pour la population migrante (MFH), consulter le site Internet: www.hplus.ch ▶ Solutions de branche ▶ Migrant Friendly Hospitals.

Le projet Migrant-Friendly Hospitals – le réseau d'hôpitaux pour la population migrante (MFH)

| Peter Saladin

Echanges d'expériences

Financement

Durabilité

¹ Depuis 2007, le réseau MFH fait partie du Réseau suisse des hôpitaux et services promoteurs de la santé, voir www.healthhospitals.ch

Migration et compétence transculturelle

Migration et diversité

Dans le cadre de la présente publication, on entend par migration le franchissement, par une personne ou un groupe de personnes, de frontières administratives ou politiques, le passage d'une entité géographique à une autre, dans le but de s'installer temporairement ou définitivement dans un pays autre que le leur.¹ L'idée selon laquelle les êtres humains sont naturellement sédentaires et que la migration constitue l'exception n'est vraie qu'à un niveau très superficiel. Les êtres humains se déplacent depuis la nuit des temps, en quête perpétuelle de conditions de vie nouvelles ou meilleures. La migration est une constante de l'histoire de l'humanité, que ce soit dans l'Antiquité, au temps des Vikings, dans le cadre de la colonisation ou de l'émigration massive des Européennes et Européens vers les Amériques aux XVIII^e et XIX^e siècles. Cela dit, l'ampleur des flux migratoires a augmenté de façon constante dans le monde entier, et ce phénomène touche aujourd'hui toutes les régions du globe. Tous les Etats ou presque sont concernés, que ce soit comme pays d'immigration, d'émigration ou de transit. A propos de la dimension mondiale qu'a prise la migration au XX^e siècle, Stephen Castles², un sociologue contemporain spécialisé dans la migration, a parlé de «l'ère de la migration». Ce terme s'est imposé aujourd'hui en tant que métaphore exprimant l'omniprésence des phénomènes migratoires. Selon des estimations, au début du XXI^e 3,0% de la population mondiale, soit 200 millions de personnes, étaient des migrantes ou migrants internationaux, soit 1 individu sur 35, en d'autres termes, les migrants dans le monde sont autant que les habitants du Brésil, le cinquième pays au monde par population.³

Jusqu'au début du siècle dernier, la Suisse a été un pays d'émigration. La demande de main d'œuvre a augmenté dans le cadre de l'industrialisation, et, durant la deuxième partie du XIX^e siècle, la Confédération a fait de plus en plus appel à des étrangères et étrangers. La proportion des étrangers a baissé pendant la Première Guerre mondiale. Après la Deuxième Guerre mondiale toutefois, la Suisse a à nouveau été confrontée à une pénurie de main d'œuvre et fait appel, jusque vers la fin des années 1980, à des travailleuses et travailleurs étrangers. La politique d'immigration suisse a été très largement motivée par des considérations économiques et a presque toujours été, du moins en partie, au service du marché de l'emploi.⁴ A partir de la fin des années 1980, la politique suisse en matière d'admission est devenue de plus en plus restrictive. De ce fait notamment, le nombre de demandeurs d'asile en Suisse a augmenté de façon constante, ces derniers faisant valoir des raisons non pas économiques, mais humanitaires. Cependant, le nombre des demandes d'asile acceptées est systématiquement resté très inférieur à celui des autorisations de séjour accordées à des travailleuses et travailleurs migrants.

En 2004, les résidentes et résidents étrangers représentaient 21,8% de la population résidente de Suisse; une très faible minorité de 3,4%, soit 55 100 personnes, ont obtenu le droit d'asile.⁵

Historiquement, la plus grande partie de la population migrante résidant en Suisse est originaire d'Europe; cela dit, on observe une diversification croissante depuis quelques années. La part des ressortissants de pays non européens n'a cessé d'augmenter et représentait, en 2004, 14,6% de la population étrangère totale (238 000 personnes).⁶ La population migrante – c'est-à-dire toutes les personnes qui, indépendamment de leur nationalité, ne sont pas nées en Suisse ainsi que leurs enfants (la «deuxième génération») – constitue indubitable-

Migration et diversité

| Janine Dahinden

La Suisse: un pays
d'émigration puis d'immigration

La diversité
de la population migrante

1 International Organization for Migration IOM (2003) Facts and Figures on International Migration. Migration Policy Issues 2

2 Castles S et Miller M J (1993) The age of migration: international population movements in the modern world. Houndmills [etc.]: MacMillan

3 The Global Commission on International Migration (2005). Migration in an Interconnected World: New Directions for Action. Report of the Global Commission on International Migration. www.gcim.org

4 Piguet E (2005) L'immigration en Suisse depuis 1948. Une analyse des flux migratoires vers la Suisse. Seismo, Zurich et

Wicker HR (2003) Einleitung: Migration, Migrationspolitik und Migrationsforschung. Dans: Wicker HR, Fibbi R et Haug W (éd.) Migration und die Schweiz. Seismo, Zurich 12-62

5, 6 Office fédéral de la statistique OFS (2005) La population étrangère en Suisse. Neuchâtel

ment un groupe de population particulièrement hétérogène du point de vue de l'origine, de l'âge, de la situation familiale et des caractéristiques socioprofessionnelles. Les personnes issues de la migration sont représentées dans toutes les catégories sociales et professionnelles. Leur situation en termes d'autorisation de séjour est aussi disparate que les raisons qui les ont poussés à la migration. Il ne s'agit en aucun cas d'une population homogène de migrants et migrants, mais bien plus d'une mosaïque complexe de personnes très différentes.

Diversité et pluralité: des composantes de la société moderne

Toutefois, la structure plurielle de la population suisse ne tient pas uniquement à l'immigration. Notre pays connaît depuis longtemps une diversité linguistique et culturelle symbolisée notamment par la présence de divers groupes linguistiques. Néanmoins, la Suisse est soumise depuis quelques années à de profondes mutations culturelles et sociales, un phénomène que l'on observe dans la plupart des sociétés modernes. Il se caractérise principalement par une pluralisation des modes et styles de vie, des langues et des systèmes de valeurs. Selon les sociologues, ce phénomène est dû à de multiples raisons. Ainsi, la démocratisation des systèmes éducatifs, la mise en place de systèmes d'assurance sociale dans le cadre de l'Etat social ou le développement de l'économie de marché comptent indubitablement parmi les moteurs de cette diversification.

Migration et égalité des chances

La diversité, induite en partie par la migration, a d'autres conséquences encore. Aujourd'hui en effet, l'origine ethnique conditionne toujours davantage l'accès aux ressources de la société telles que: éducation, contrats d'apprentissage, emplois, mais aussi prestations offertes par le système de santé. Et ce, avec des répercussions négatives pour la population migrante, car certains des groupes qui la composent sont surreprésentés dans les catégories sociales les plus défavorisées. Par ailleurs, ces personnes font l'objet de discrimination, notamment à l'embauche (à qualification comparable avec des candidates et candidats suisses).⁷

De même, cette situation a pour conséquence qu'une partie de la population migrante est pénalisée en matière de santé et a du mal à accéder à des soins adaptés. Ainsi, la migration peut entraver l'égalité des chances même dans une société démocratique. Outre les facteurs bien connus d'inégalité au sein d'une société, par exemple la catégorie sociale ou le sexe, ce phénomène est aujourd'hui favorisé par la nationalité et l'origine ethnique.

Diversité et institutions de santé

Qu'implique concrètement une telle diversité pour les institutions du système de santé? Les patientes et patients ainsi que les pensionnaires reflètent cette diversité. Au niveau de leur quotidien professionnel dans des services médicaux et les polycliniques ainsi que dans le cadre des soins semi-stationnaires, le corps médical et le personnel soignant sont de plus en plus en contact avec des migrantes et des migrants, dont les pratiques sociales, systèmes de valeurs ou manières d'agir leur sont étrangers, voire les perturbent. Lorsque se posent en plus des problèmes de communication d'ordre linguistique ou culturel, il peut arriver que des informations liées aux conditions de vie et à l'expérience médicale des migrantes et migrants ne soient pas prises en compte, quand bien même elle sont indispensables pour permettre un traitement adapté. 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.

Deux démarches

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

⁷ Fibbi R, Kaya B et Piguet E (2003) Le passeport ou le diplôme? SFM. Neuchâtel

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.

Compétence transculturelle

| Dagmar Domenig

Compétence transculturelle

La compétence transculturelle est la capacité d'une part à identifier des modes de vie et conceptions individuels dans des situations particulières et dans des contextes différents et d'autre part à les comprendre et à réagir de façon adaptée à ces situations. Les professionnels disposant de compétences transculturelles perçoivent les migrantes et les migrants comme des individus évoluant dans un contexte qui leur est propre, et non dans une culture dite étrangère. En effet, le fait d'associer les migrantes et les migrants à une culture donnée se fonde sur l'idée qu'ils ont été socialisés dans une culture spécifique, clairement délimitée, avec des normes et valeurs qui lui sont propres, et que ces personnes se comportent donc conformément à cette culture.

Or, à l'ère de la mondialisation qui se caractérise par une plus grande mobilité, une acception aussi rigide de la culture n'a plus cours car elle ne correspond quasiment plus à la réalité de vie des migrantes et migrants. Par ailleurs, une démarche transculturelle suppose de prendre conscience non seulement des différences, mais aussi des points communs, et d'empêcher la délimitation et l'exclusion en allant vers l'autre et en s'efforçant de le comprendre. La compétence transculturelle est axée sur la rencontre entre des professionnels et des personnes migrantes; elle consiste principalement en une capacité professionnelle d'interaction dans un contexte de migration. Pour ce faire, les professionnels doivent dans un premier temps prendre conscience de leur mode de vie, conceptions et expériences dans le cadre d'une procédure de réflexion personnelle. Ce n'est qu'ainsi qu'ils acquièrent la capacité d'identifier et de mieux comprendre le mode et l'expérience de vie des migrantes et migrants. La mise en œuvre cohérente d'une démarche transculturelle exige des professionnels qu'ils s'ouvrent à une thématique très complexe et remettent en question leurs propres modes de comportement et conceptions, ou acceptent que d'autres le fassent pour eux.^{1, 2}

Les professionnels compétents dans le domaine transculturel s'engagent pour que les migrantes et migrants puissent bénéficier de l'égalité des chances dans le domaine de la santé, en dépit des barrières linguistiques et autres spécifiquement liées à la migration. Un traitement adapté au niveau transculturel doit se fonder sur le respect de la dignité humaine, l'égalité des chances et l'interdiction de la discrimination. Car, conformément à l'article 2 de la Constitution, la Confédération veille à «une égalité des chances aussi grande que possible parmi les citoyens».

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.³

Les propos à tendance «culturaliste» peuvent notamment cacher des attitudes racistes, susceptibles de blesser la dignité humaine des migrantes et migrants dans la prestation de soins de santé et de les discriminer au motif de leurs origines, modes de vie ou convictions. Cela dit, la «culturalisation» à elle seule ne peut pas être qualifiée de racisme; on ne parle réellement de racisme que si les différences sont jugées négativement et si une personne est exclue ou défavorisée du fait de ces prétendues différences.⁴

Une institution compétente en matière transculturelle reconnaît en outre à leur juste valeur les capacités transculturelles spécifiques de ses collaboratrices et collaborateurs issus de la migration, ainsi que le rôle central que ces derniers ont à jouer dans le traitement des mi-

Éliminer les barrières

1 Domenig D (2001a) Einführung in die transkulturelle Pflege. Dans: Domenig D (éd.) Professionelle transkulturelle Pflege. Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe. Hans Huber, Berne, 139-158

2 Domenig D (2001b) Migration, Drogen, transkulturelle Kompetenz. Hans Huber, Berne

3 Constitution fédérale, 18 décembre 1998 (RO 1999 2556)

4 Memmi A (1994) Le racisme. Gallimard, Paris

grantes et de migrants et, partant, pour l'organisation dans son ensemble. L'institution s'engage pour que ces personnes ne soient pas pénalisées par rapport à leurs collègues suisses dans le cadre du recrutement, de l'activité professionnelle, de la formation et de l'avancement.

La mise en œuvre 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.

Compétences transculturelles:
une démarche transversale



Communication: les langues étrangères à l'hôpital

Communication: les langues étrangères à l'hôpital

| Alexander Bischoff

Difficultés au niveau de l'anamnèse

La diversité à l'hôpital implique entre autre une grande variété linguistique. L'absence de langue commune crée des barrières linguistiques. Il ne s'agit pas d'obstacles physiques entre les interlocuteurs, mais de vides, de blancs, qui empêchent la communication. Les professionnels de la santé sont de plus en plus conscients des barrières linguistiques, mais le fait qu'elles puissent avoir une incidence clinique directe demeure souvent ignoré.

Pour illustrer les répercussions potentielles des barrières linguistiques, vous trouverez ci-après trois situations où elles ont eu des conséquences au niveau clinique. Les citations originales sont en rapport avec des cas de patientes et patients de langue étrangère soignés dans une polyclinique.¹ Elles ont été classées en fonction des répercussions les plus fréquentes observées dans le suivi des patients. Chacun des trois exemples est complété par des démonstrations issues de la littérature internationale, principalement anglo-saxonne.²

1. Difficultés au niveau de l'interrogatoire clinique: «L'odorat ne peut pas être testé en cas de connaissances linguistiques insuffisantes.» «La question aurait pu être éclaircie au moyen de prélèvements d'urine en journée et la nuit. Or, pour des raisons linguistiques, il n'a pas été possible de faire comprendre cela au patient.»

Résultats d'études: Pendant les consultations, les patients de langue étrangère ont moins souvent parlé de leur état de santé (que les patients anglophones), et leurs remarques ont souvent été ignorées. Les examens de dépistage ont été moins fréquents chez les personnes de langue étrangère; ainsi, une connaissance insuffisante de notre langue a entravé le dépistage systématique du cancer du sein chez les femmes. Cependant, en cas de pathologies avérées, davantage d'examen diagnostiques ont été effectués chez ces patientes et patients, vraisemblablement pour compenser les problèmes de communication.

2. Difficultés concernant la prise du traitement: «Compte tenu des problèmes linguistiques et des déménagements répétés de la patiente, celle-ci a certainement mal pris ses médicaments pendant une période relativement longue.»

Résultats d'études: Les patientes et patients de langue étrangère ont présenté une compliance moindre pour l'automesure de la glycémie. Il a en outre été constaté que, globalement, les patients de langue étrangère observaient moins le traitement que les autres.

3. Difficultés liées à un suivi adapté du traitement: «Le patient avait mal compris: il prenait de l'insuline tous les deux jours au lieu de mesurer la glycémie tous les deux jours!»

Résultats d'études: Les patientes et patients de langue étrangère ont été moins souvent convoqués à des consultations de suivi et sont retournés moins fréquemment dans leur institution de référence. Par ailleurs, on a observé chez eux davantage de complications liées à la prise de médicaments.

Difficultés au niveau de la compliance

Difficultés au niveau d'un suivi adéquat du traitement

Dépasser les barrières linguistiques

Les hôpitaux ne doivent pas considérer les conséquences négatives, voire graves, des barrières linguistiques comme une fatalité. Une institution de santé soucieuse de répondre aux besoins des migrantes et migrants a deux solutions: soit elle forme ses collaboratrices et collaborateurs à communiquer, voire à interpréter dans la langue de la patiente ou du patient, soit elle fait appel à des interprètes externes spécialement formés.

Trouver des professionnels capables de comprendre la langue des patientes et patients étrangers, ou leur donner la possibilité d'apprendre des langues étrangères, est sans aucun doute une bonne stratégie. La littérature spécialisée révèle que les patientes et patients préfèrent un médecin qui parle leur langue à un interprète. En Suisse, diverses initiatives ont été prises pour identifier et développer le potentiel des professionnels issus de la migration et dispo-

1 Bischoff A, Kurth E, Schneider M, Hoffmann S, Heuss L-TI (2005) «A-Care»: Gesundheitsversorgung und -kosten von Asylsuchenden in Basel. Forschungsbericht zuhanden des Bundesamtes für Migration. Institute of Nursing Science et Hôpital universitaire de Bâle

2 Les références bibliographiques peuvent être obtenues auprès de l'auteur, mais la plupart des articles sont citées dans les revues de la littérature suivantes: Flores G (2005) The impact of medical interpreter services on the quality of health care: a systematic review. *Med Care Res Rev* 62(3): 255-299 et Jacobs E, Chen AH et al (2006) The need for more research on language barriers in health care: a proposed research agenda. *Milbank Q* 84(1): 111-133

sant de connaissances linguistiques en conséquence. Certaines institutions tiennent compte du plurilinguisme dès l'embauche.

La question de savoir dans quels secteurs et situations il est utile de disposer de professionnels plurilingues en qualité d'interprètes ad hoc est traitée de façon détaillée plus loin (pages 65 à 66). Le chapitre correspondant présente une liste des principaux critères à prendre en compte pour décider quand, dans le cadre de la pratique clinique, on peut recourir à du personnel plurilingue et dans quels cas il est préférable de faire appel à des interprètes professionnels. Il est recommandé de créer des structures organisationnelles permettant d'organiser efficacement l'intervention de personnels plurilingues en qualité d'interprètes. Des formations sont recommandées pour préparer ces personnels à l'interprétariat, afin de garantir la qualité de leurs interventions.

La stratégie de la Confédération est axée en priorité sur la mise en place de services d'interprétation faisant appel à des interprètes qualifiés. De tels services existent déjà dans plusieurs villes suisses d'une certaine importance. La professionnalisation et la certification de ces interprètes sont assez poussées, et il existe une unité de doctrine relative aux compétences requises pour exercer ce métier et au rôle des interprètes dans le cadre professionnel.

Cette situation est le fruit des efforts menés par diverses institutions publiques et autres, telles que l'Office fédéral de la santé, la Commission fédérale des étrangers, l'Office fédéral de la formation professionnelle et de la technologie (concernant la formalisation d'un nouveau métier) et l'organisation INTERPRET créée en 1999. Celle-ci est le principal vecteur de professionnalisation de l'interprétariat communautaire et de la médiation culturelle, notamment dans le secteur public.

Des études relatives aux résultats de traitements et de soins faisant intervenir des interprètes ne seront pas disponibles avant plusieurs années, et leur nombre est encore très limité. La première étude attestant une amélioration de la qualité des soins grâce aux interprètes a été réalisée à Chicago.³ Les patientes et patients assistés par des interprètes se sont présentés plus régulièrement aux visites de contrôle, se sont vus prescrire plus de médicaments et ont manifesté davantage d'intérêt pour les mesures préventives, telles que le dépistage précoce du cancer ou la vaccination.

D'autres études ont porté sur la satisfaction des patientes et des patients; celle-ci était systématiquement plus élevée lorsque les patientes et patients de langue étrangère étaient assistés par des interprètes. Une étude genevoise portant sur les interventions a montré que la communication s'était améliorée à mesure que le corps médical apprenait à collaborer avec des interprètes. Les patientes et patients de langue étrangère ont jugé que la qualité de la communication et du suivi s'était améliorée après la mise en place du «trialogue», une formation à la consultation médicale en présence d'interprète.⁴ A. Green arrive aux mêmes conclusions.⁵

Les interprètes professionnels ne sont pas toujours disponibles, qui plus est à court terme. Dans ce cas, l'interprétariat par téléphone est une solution alternative à la présence d'un interprète sur place (face-à-face) qui constitue la référence (pages 67 et 68). L'interprétariat par téléphone permet de gagner du temps et de l'argent dès lors qu'il permet de réduire les prestations médicales et que le traitement peut être mené à bien plus rapidement, ce qui contribue à satisfaire les patientes et patients de même que les professionnels.

Un médecin qui a soigné une patiente ou un patient de langue étrangère, et qui, grâce à l'intervention d'une interprète, a réussi à empêcher que la situation ne se dégrade et à régler le

Interprètes ad hoc

Interprètes qualifiés

Résultats de l'intervention d'interprètes

Interprétariat par téléphone

3 Jacobs E A et al. (2001) The impact of interpreter services on delivery of health care to limited English proficient patients. *J Gen Intern Medicine* 16: 468-474

4 Bischoff A et al. (2003) Improving communication between physicians and patients who speak a foreign language. *British Journal of General Practice* 53: 541-546

5 Green A (2005) Interpreter services, language concordance and health care quality. *J Gen Intern Medicine* 20(11): 1050-1056

problème a noté la chose suivante (extrait de l'étude «A-Care» citée plus haut): «Un différent est apparu avec le patient, qui demandait toujours davantage de prestations médicales. Le problème a pu être réglé avec l'aide de l'interprète, de sorte que j'ai pu clore le dossier.»

La recherche en matière de «migration et santé»

En Suisse, la recherche en matière de «migration et santé» n'a suscité que peu d'intérêt jusqu'à il y a une quinzaine d'années. Entre-temps, la situation a profondément changé. La santé de la population migrante, en tant qu'objet d'étude, est désormais abordée dans le cadre de diverses perspectives, disciplines et méthodes. Tandis que les aspects médicaux, épidémiologiques et quantitatifs dominaient au départ, une démarche s'appuyant sur les sciences sociales s'est imposée ces dernières années.

La perspective médicale et épidémiologique privilégie l'étude des causes et de la présence de pathologies et d'événements en rapport avec la santé au sein de la population migrante. Elle s'attache ainsi à l'incidence et à la prévalence spécifiques de phénomènes liés à la santé, tels que la propagation de maladies infectieuses (p. ex. la tuberculose), le VIH ou les maladies cardiovasculaires. Dans le cadre des sciences sociales, la priorité est donnée à l'égalité des chances et aux différences de perception en matière de santé et de maladie, mais aussi à la recherche de solutions au niveau de la prise en charge des migrantes et migrants.

L'absence de réponses explicites à la question des liens existant entre la migration et la santé tient au fait que cette thématique est extrêmement complexe. Les explications causales et élémentaires demeureront toujours insatisfaisantes dans ce contexte. En effet, la population migrante est très diversifiée, et il existe un trop grand nombre de variables influant sur la santé. Les professionnels reconnaissent unanimement que la nationalité ne fournit que trop peu d'éléments sur la santé. Pour les migrantes et les migrants, le statut, la durée de séjour, la situation avant de quitter leur pays d'origine, la catégorie sociale, la manière dont est vécue la transition socioculturelle, le sexe, l'activité professionnelle, l'expérience de la discrimination, mais aussi les structures familiales sont autant de facteurs qui influent, à des degrés divers, sur l'état de santé.

En Suisse, Regula Weiss¹ a établi pour la première fois une synthèse nuancée de ce domaine de recherche dans son ouvrage «Macht Migration krank? (La migration rend-elle malade?)». Cette publication présente diverses perspectives (psychiatrie, somatique et sciences sociales) en rapport avec la situation de migrantes et migrants. Elle pose la thèse selon laquelle la maladie n'est pas directement liée à la migration, mais à l'environnement structurel et aux ressources de l'individu, et ce aussi bien avant la migration qu'après celle-ci.

Le «Monitoring» de la santé de la population migrante – une étude approfondie portant sur divers groupes de migrantes et migrants – a été lancé récemment en Suisse pour le compte de l'Office fédéral de la santé. Dans ce cadre, des aspects liés à l'état de santé, mais aussi à l'attitude en matière de santé (p. ex. comportements sains ou à risque) ont été recensés et analysés pour la première fois. Les résultats de cette étude sont attendus avec impatience, d'autant plus qu'ils pourront être comparés directement avec les données relatives à la population helvétique résultant de l'Enquête suisse sur la santé.

Par ailleurs, la question de savoir dans quelle mesure les migrantes et migrants bénéficient d'une prise en charge médicale et de soins adaptés est également étudiée. On observe en partie des différences entre la population migrante et la population autochtone s'agissant du recours aux services de santé. Du fait des barrières économiques, linguistiques et administratives, l'accès au système de santé est plus difficile pour les migrantes et migrants que pour le reste de la population.

Les travaux de recherche en cours sont très diversifiés tant au niveau des thèmes que des groupes cibles étudiés. Ils abordent notamment des thématiques telles que le vieillissement

La recherche en matière de «migration et santé»

| Janine Dahinden

Etiologie

Monitoring de la santé

Recherche actuelle

¹ Weiss R (2003) Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten. Seismo, Zurich

de la population migrante et les prévalences respectives de certaines pathologies, la santé sexuelle et reproductive des migrantes et des migrants, de même que les répercussions sur la santé des violences et des traumatismes en rapport avec la migration. De même, la santé au travail rencontre un intérêt croissant.

Dans le même temps, la recherche doit s'inscrire dans le «Diversity Mainstreaming» (l'intégration des spécificités liées à la diversité) et tenir compte des trois aspects suivants:

1. Dans quels cas certains facteurs spécifiques à la migration ou à l'origine ethnique peuvent-ils servir d'indicateurs en termes de santé et dans quels cas d'autres variables comme le sexe ou la catégorie sociale sont-ils plus pertinents?
2. Il est un fait que l'influence du «Diversity Mainstreaming» sur la recherche en matière de santé publique est très limitée à ce jour. La migration, en tant que thématique et que variable, n'est prise en compte que très lentement dans les divers domaines de recherche. En d'autres termes, le pluralisme de la société ne se reflète pour l'instant que de manière marginale dans la recherche.
3. A l'heure actuelle, la perspective dominante est d'ordre comparatif, autrement dit on préconise que les thèmes de recherche soient traités sous forme de comparaison pays par pays.

Quels défis la diversité et la migration posent-elles à une institution de santé, en tant qu'entreprise?

Quels défis la diversité et la migration posent-elles à une institution de santé, en tant qu'entreprise?

La gestion de la diversité

La direction d'une institution de santé est une tâche complexe. En effet, les exigences diverses et variées des patientes et des patients, des pensionnaires, des différentes catégories de personnel, des autorités de régulation fédérales et cantonales ainsi que des bailleurs de fonds (les assurés et les pouvoirs publics) sont parfois difficiles à concilier, voire contradictoires. La pression financière d'une part et les exigences toujours plus élevées en matière de qualité et d'efficacité d'autre part créent des situations difficiles. A cela s'ajoute la marge de manœuvre limitée de certaines institutions, parce qu'elles sont tributaires de mécanismes politiques qui les dépassent.

Dans ce contexte, la diversité et la migration constituent un défi supplémentaire, présentant à la fois des chances et des risques. La direction des institutions de santé et leur personnel sont-ils conscients de ces enjeux? Que faut-il faire pour ancrer la compétence transculturelle à tous les secteurs de l'entreprise? Existe-t-il un budget spécifique à cet effet, compte tenu des ressources limitées dont disposent ces établissements? Les patientes, patients et pensionnaires «différents» y sont-ils véritablement les bienvenus?

La gestion de la diversité a trait à la capacité d'une institution à tenir compte, dans l'exercice de ses activités, de l'altérité des personnes dont elle a la charge, et ce dans l'intérêt des individus comme de l'institution. Une culture d'entreprise axée sur l'apprentissage mutuel et l'ouverture est décisive à cet égard. Les forces et les faiblesses de chacun sont mises à profit pour faire évoluer l'entreprise dans un sens positif. La non-discrimination est le principe à respecter en priorité.¹

Toute personne qui pénètre dans une institution de santé est considérée comme un cas unique. A juste titre, car chaque individu présente des conditions et des besoins qui lui sont propres. Et il en va de même pour les collaboratrices et collaborateurs.

Il appartient à la direction de l'institution d'organiser l'entreprise de façon à ce que les différences individuelles soient reconnues et respectées, et à en tirer le maximum de bénéfices, tant pour les intéressés que pour l'établissement. La différence ne doit pas être considérée comme dérangeante, comme un inconvénient, mais comme un facteur de succès pour une bonne prise en charge et un traitement efficace. Et ce même si la différence s'oppose a priori à la routine ou si elle implique, au départ, une plus grande complexité. La prise en compte de l'altérité est une condition essentielle à l'efficacité des procédures. En l'occurrence, l'objectif est de trouver un juste équilibre entre les exigences contradictoires de la diversité et de la standardisation des procédures internes, de façon à obtenir le meilleur effet.

Cela dit, l'entreprise doit également définir dans quels cas il n'est pas possible de répondre aux intérêts particuliers et, le cas échéant, si des solutions alternatives existent. Ainsi, la mise en œuvre d'une politique globale en matière de diversité est la clé de voûte d'une politique d'entreprise efficace et compétitive, répondant aux besoins des usagers.

Pour mener à bien cette mission, il est nécessaire d'avoir une bonne connaissance et expérience des procédures organisationnels, mais aussi de recourir à des instruments stratégiques et opérationnels adaptés.² Les outils professionnels et techniques de gestion d'entreprise ne

La gestion de la diversité

| Peter Saladin

Chances et risques

Diversité et standardisation

L'être humain
au centre des préoccupations

1 La Déclaration d'Amsterdam pour des hôpitaux adaptés aux besoins des migrants dans une Europe de la diversité ethnique et culturelle (2004). Voir page 95

2 Grossmann R (2005) Umsetzung einer MFH-Strategie. Überlegungen zu Kooperation und Steuerung in der Organisation: Erkenntnisse der Organisationsentwicklung für den Umgang mit Migrantinnen und Migranten und kulturellen Unterschieden in der Organisation Spital. Exposé, Berne 22 août 2005
www.hplus.ch ▶ Solutions de branche ▶ Migrant Friendly Hospitals

sont pas toujours suffisants, notamment dans les institutions qui interviennent dans des situations délicates de la vie (naissance, maladie, mort). Dans ce cas, il faut que la politique d'entreprise repose clairement sur une base éthique fiable. Le principe selon lequel l'être humain est au cœur 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 œuvre 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.

La dignité humaine

Ce principe juridique reconnu et inaliénable exige de la part des institutions de santé une attention et une circonspection particulières, car les personnes qu'elles accueillent sont très vulnérables et souvent complètement dépendantes de l'équipe soignante. Il convient de respecter la dignité humaine des patients, indépendamment de facteurs tels que l'origine ethnique, la langue, le sexe, la religion, la situation sociale et économique ou l'état de santé actuel des patients.

L'égalité des chances

Diverses situations (impliquant des risques et des chances mineurs et majeurs) motivent une personne à se faire soigner: une naissance, un accident grave, une maladie curable ou incurable, le vieillissement. En général, les circonstances précédant l'admission se soustraient à l'influence de l'institution. Le principe de l'égalité des chances exige d'une institution qu'elle crée les conditions permettant à chaque personne de bénéficier d'un accueil, d'un traitement et d'un suivi médical adaptés à sa situation, indépendamment de son origine, de sa langue, de son sexe, de sa religion ainsi que de sa situation sociale et économique.

Aspects fondamentaux de la gestion d'entreprise

Ces deux principes constituent la référence pour toute activité professionnelle au sein d'une institution de santé. Leur mise en œuvre dans le quotidien de l'institution suppose une organisation cohérente des structures et procédures médicales et paramédicales, administratives et techniques. Il ne s'agit donc pas d'imposer à l'institution une étiquette éthique quelque peu naïve. Une telle démarche ne sera pas non plus secondaire, voire accessoire, mais s'inscrira pleinement dans la politique de l'entreprise dont elle deviendra l'un des éléments centraux.

Une telle perspective suppose d'engager une réflexion autocritique sur sa propre manière d'agir. Ce n'est qu'en «s'interrogeant sur ses valeurs et conceptions individuelles que l'on peut prendre conscience de ses préjugés ou partis pris ethnocentriques et, partant, aborder des personnes et des situations différentes avec un minimum de préventions. Ainsi, ce n'est qu'en étant conscient du caractère relatif de ses propres valeurs et comportements, de même que du nombre infini des possibilités en termes de pratiques sociales et d'opinions individuelles, que l'on peut acquérir des compétences transculturelles. C'est en effet la seule manière de replacer à la fois les comportements étrangers, mais aussi ses propres comportements, dans un contexte socioculturel.»³

3 Domenig D (2001b) Migration, Drogen, transkulturelle Kompetenz. Hans Huber, Berne, 39

La qualité est-elle en contradiction avec l'efficacité, l'adéquation et l'efficience?

Les principes juridiques posés par la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) (art. 32 et art. 58)¹, la Loi fédérale sur l'assurance-accident (LAA) (art. 48 et art. 54)², la Loi fédérale sur l'assurance militaire (LAM) (art. 25)³ ainsi que la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI) (art. 26bis)⁴ sont considérés comme connus. Ces thèmes sont largement traités dans la littérature spécialisée.

Permettez-moi de préciser brièvement deux points, sans préjuger des recommandations ci-après ni répéter des généralités communément admises sur les critères d'efficacité, d'adéquation et l'efficience tels qu'ils ressortent de la littérature idoine:

- La migration et la diversité exigent-elles des mesures particulières dans le cadre de la politique qualité et de la mise en œuvre de critères d'efficacité, de fonctionnalité et de rentabilité?
- Le cas échéant, quels aspects particuliers faut-il prendre en compte?

Les normes de qualité d'une institution dans le domaine médical, des soins, des infrastructures et de l'administration se fondent sur des normes nationales et internationales, les dispositions légales, des directives internes et des objectifs. En règle générale, ces objectifs visent à standardiser les procédures et impliquent un risque de généralisation, même dans les cas où une approche individuelle serait plus adaptée. Pour répondre aux besoins liés à la diversité et à la migration, il est nécessaire d'investir consciemment et sur le long terme dans des prestations personnalisées et, partant, dans des qualités individuelles. Il s'agit ici d'identifier les besoins individuels et de les prendre en compte dans le développement de l'organisation et du système d'assurance de la qualité. L'expérience prouve que cette prise en compte n'est pas automatique. En effet, la qualité ne peut être obtenue au moyen d'une harmonisation irréfléchie, mais par la prise en compte de la diversité (page 47).

Des réflexions similaires sont également de mise pour les critères d'efficacité, de fonctionnalité et de rentabilité. De prime abord, on pourrait croire que la diversité et la migration compliquent la gestion de l'entreprise et pèsent sur sa rentabilité. En fait, c'est l'inverse qui se produit, car dès lors que certaines situations ne sont pas prises en compte, il en résulte généralement un surcroît de travail, des perturbations, des dysfonctionnements, une prise en charge insuffisante ou excessive. Il en va de même au niveau de l'efficacité et de la fonctionnalité. Lorsqu'on veut tout mettre dans le même panier, on risque de ne pas répondre aux besoins liés à la diversité.

Cela m'amène à ma deuxième question: quels aspects particuliers faut-il prendre en compte? Les principaux objectifs d'une institution de santé respectueuse de la diversité et adaptée aux besoins des migrants sont énoncés ci-dessus. Les transposer au quotidien suppose une action volontariste de l'entreprise, qui soit adaptée aux divers domaines de compétence, formes d'organisation et procédures d'une institution de santé. Les recommandations indiquées à partir de la page 43 donnent des suggestions à cet égard.

La qualité est-elle en contradiction avec l'efficacité, l'adéquation et l'efficience?

| Peter Saladin

Standards de qualité

Remplir les critères grâce à la prise en compte de la diversité

1 RS 832.10 (RO 1995 1328)
Loi fédérale du 18 mars 1994
sur l'assurance-maladie (LAMal)

2 RS 832.20 (RO 1982 1676)
Loi fédérale du 20 mars 1981
sur l'assurance-accidents (LLA)

3 RS 833.1 (RO 1993 3043)
Loi fédérale du 19 juin 1992
sur l'assurance militaire (LAM)

4 RS 831.20 (RO 1959 857)
Loi fédérale du 19 juin 1959
sur l'assurance-invalidité (LAI)

Le financement

Le financement

| Peter Saladin

Remboursement des prestations selon la LAMal

Pas de remboursement des prestations spécifiques à la migration

Les mécanismes de financement fédéraux et cantonaux des hôpitaux, cliniques et institutions de soins de longue durée sont considérés comme connus. Le présent chapitre aborde des questions de financement spécifiquement liées à la diversité et à la migration.

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). S'il apparaît qu'un malade n'a pas encore adhéré à une caisse-maladie reconnue, les autorités cantonales compétentes l'affilient à un tel organisme.

Ce système donne à une institution de santé qui fournit des prestations reconnues conformément à la LAMal la garantie d'être payée pour ses prestations. Dans la pratique, l'application de ce principe entraîne souvent d'importantes difficultés administratives et financières, qui varient d'un canton à l'autre. Pour y remédier, il est nécessaire de fixer des règles claires et compréhensibles afin de respecter l'égalité des chances et la non-discrimination.

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?

Dès lors qu'un tarif horaire s'applique, les règles sont-elles les mêmes que pour les patientes et patients autochtones? En cas de tarif forfaitaire, il semble qu'une rémunération en sus ne soit pas prévue. De ce fait, en fonction de la disponibilité du personnel des institutions de santé, les besoins de la population migrante ne sont pas toujours suffisamment pris en compte au niveau qualitatif, ce qui présente un risque! Ce problème doit être pris en compte dans le cadre des renégociations des tarifs forfaitaires ou des modifications des dispositions en la matière (cf. p. ex. dans le cadre de Swiss DRG).

2. Les prestations spécifiques à la migration doivent-elles être enregistrées séparément, même si leur rémunération n'est pas encore réglemen-tée?

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?

Ni la législation fédérale, ni les lois cantonales ne précisent si le recours à des interprètes est autorisé et, le cas échéant, sous quelles conditions; les textes en vigueur n'indiquent pas non plus si les coûts y afférents sont pris en charge. Cette situation est d'autant plus étonnante que l'obligation d'informer les patientes et patients avant une intervention chirurgicale, un diagnostic médical ou une psychothérapie est considérée, implicitement ou explicitement, comme un droit fondamental incontestable.

Dans un jugement, le Tribunal fédéral a expressément rejeté l'obligation de prise en charge des coûts d'interprétariat, en référence à l'article 25 de la LAMal.¹

Nombre de questions relatives au respect de la dignité humaine, de l'égalité des chances et de la non-discrimination des migrantes et migrants ne sont pas réglées par la législation et la jurisprudence aux niveaux fédéral et cantonal. Dans le cadre des futures procédures législati-

¹ Jugement du Tribunal fédéral non publié K 138/01 du 31.12.2002

2 Ayer A und Gilbert M (2005)
Die Rechte des migrierten
Patienten: Welche Rechts-
grundlagen bestehen für die
Arztkonsultation in Gegenwart
eines Dolmetschers?
Etude mandatée par l'Office
fédéral de la santé publique.
Berne

ves, il conviendra de consacrer à ces questions l'attention qu'elles méritent.² En particulier, il faudra veiller à ce que la LAMal soit amendée de telle sorte que les coûts relatifs aux prestations d'interprétariat puissent être facturés.

En dépit de cette situation regrettable, il appartient à chaque institution, dans le cadre de sa marge de manœuvre entrepreneuriale, de trouver et d'appliquer des solutions compatibles avec les principes énoncés dans la présente publication. Parmi les solutions pratiquées avec succès, on peut citer la création de postes budgétaires spécifiques, le financement de ces prestations par des fonds alimentés par les dons des patients ou la contribution financière de fondations. Il est encourageant de constater qu'une telle approche a permis à nombre d'institutions de trouver des solutions novatrices.

Solutions innovatives



Recommandations

Recommandations

Vous trouverez ci-après des recommandations relatives à l'organisation des structures, processus et résultats d'une entreprise dans une perspective tenant compte de la diversité et de la migration. Structurées de façon thématique, ces recommandations formulent des objectifs, indiquent des suggestions de mise en œuvre et des mesures d'évaluation.

Pour les lectrices et lecteurs qui n'ont pas lu les remarques générales qui précèdent, voici un rappel des principaux éléments contenus dans celles-ci:

L'acquisition de la compétence transculturelle exige, en premier lieu, une réflexion autocritique sur sa propre manière d'agir, sur ses conceptions et sur sa langue. Les mesures proposées doivent s'entendre comme des processus évolutifs qui supposent un apprentissage mutuel et elles sont appelées à être développées et réalisées en commun. Il ne s'agit en aucun cas d'exclure, de confiner ou de stigmatiser l'autre par rapport à ses propres références. De tels processus sociaux prennent du temps et doivent bien entendu être voulus et soutenus par les deux parties. Par ailleurs, pour développer une politique d'entreprise respectueuse des besoins des patientes et patients, il est nécessaire que l'entreprise mette à disposition des ressources humaines et financières adaptées. La responsabilité en revient à la direction. Enfin, une politique d'entreprise sensible à la diversité doit apporter des bénéfices à l'institution elle-même, aux patientes et patients, aux pensionnaires et au personnel.

Les présentes recommandations se fondent sur les constats et les expériences de nombreuses institutions du secteur de la santé, mais aussi sur ceux d'organismes privés et publics ou d'entreprises d'autres secteurs, qui opèrent en Suisse, mais aussi ailleurs. L'objectif des travaux de recherche et projets cofinancés par le réseau MFH (page 19) est d'approfondir diverses questions et de contribuer à concrétiser les recommandations relatives à la mise en œuvre d'une politique d'entreprise apte à répondre aux besoins de la population migrante. Ces recommandations donnent des exemples de «good practices» et n'aspirent pas à l'exhaustivité. Il appartient bien sûr à chaque institution de les mettre en œuvre concrètement et, si nécessaire, de prendre des mesures différentes, nouvelles ou spécifiquement liées à leur mission. Nous avons bon espoir qu'à terme il en résultera des «best practices». Il existe de nombreuses publications sur le sujet (page 111). Nous renvoyons plus particulièrement aux travaux menés dans le cadre du projet de l'Union européenne mentionné plus haut.¹ Un nombre croissant d'outils sont en outre disponibles (page 114). Nous nous référons par ailleurs aux définitions relatives aux notions utilisées (page 91).

Recommandations

| Peter Saladin

¹ www.mfh-eu.net

La stratégie d'entreprise

| Peter Saladin

La stratégie d'entreprise

La mise en œuvre, dans la pratique de l'entreprise, des constats et principes ci-dessus exige des mesures ciblées à tous les niveaux du management. Si les instances dirigeantes reconnaissent ce principe, le reprennent à leur compte de façon crédible et l'appliquent au travers de mesures concrètes, il sera également pris au sérieux par les collaboratrices et collaborateurs de l'entreprise.

Pour ce faire, il faut tout d'abord s'employer à arrêter de penser en termes de difficultés. Les personnes intéressées ne constituent pas un groupe à problème qui a besoin d'aide pour surmonter ses difficultés. Une telle démarche reviendrait à les stigmatiser. Une politique de la diversité ne vise pas à classer les gens dans des catégories prédéterminées. Elle se fonde au contraire sur l'idée que l'engagement de tous est requis si l'on veut obtenir le meilleur bénéfice en termes de qualité et de rentabilité.

Check-list – La stratégie d'entreprise

Direction de l'institution	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les convictions de la direction en matière de diversité et de migration sont connues et elles dictent l'action de l'institution 	Objectif
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Prendre en compte les actions d'autres institutions, également du secteur industriel ■ Organiser des ateliers et formations avec des experts ■ Donner accès à des publications idoines ■ Définir l'approche axée sur le patient dans le cadre de la politique relative à la diversité 	Suggérer la mise en œuvre
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Décision de la direction sur le lancement d'un projet de développement de l'organisation (DO) 	Evaluation des mesures
Processus de développement de l'organisation	<ul style="list-style-type: none"> ■ Un projet de DO est lancé; il prend en compte équitablement les capacités, conceptions et valeurs des individus 	Objectif
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les règles du jeu, procédures, structures et coopérations sont développées en commun 	
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Confier le travail préliminaire à des groupes de personnes ■ Définir soigneusement la procédure relative au projet ■ Collecter des données concrètes sur la diversité et la migration au sein de l'institution et de son environnement ■ Prendre en compte les initiatives existantes ■ Identifier les besoins, potentiels et ressources ■ Associer au processus les personnels issus de la migration ■ Faire appel à des experts externes (p. ex. instituts universitaires, ONG spécialisées) pour bénéficier d'un regard véritablement extérieur 	Suggérer la mise en œuvre
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Gestion de la qualité en rapport avec le DO 	Evaluation des mesures

Objectif	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les principes liés à la politique de diversité (égalité des chances, respect de la dignité humaine, prise en compte des particularités et besoins individuels des patientes et patients, pensionnaires et collaboratrices et collaborateurs) sont ancrés dans la mission, dans la charte de l’entreprise et dans ses principes stratégiques (voir également la Déclaration d’Amsterdam à la page 95) 	Ancrage stratégique
Suggérer la mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> ■ Faire adopter les principes relatifs à la politique de diversité par les instances dirigeantes 	
Evaluation des mesures	<ul style="list-style-type: none"> ■ Audit d’entreprise stratégique 	
Objectif	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les offres de prestations médicales, paramédicales, thérapeutiques ou infrastructurelles axées sur la diversité et sur la migration (p. ex. consultations en langue étrangère) ont été examinées et sont proposées si nécessaire 	Offres diversifiées
Suggérer la mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> ■ Accorder une attention particulière à la structure de l’offre dans les cliniques gynécologiques, pédiatriques, psychiatriques et les services d’urgence ■ Identifier les besoins des communautés issues de la migration ■ Respecter l’égalité des chances et la non-discrimination 	
Evaluation des mesures	<ul style="list-style-type: none"> ■ Gestion de la qualité ■ Audit financier 	
Objectif	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les enjeux de la diversité et de migration sont intégrés dans la structure de l’organisation 	Structures organisationnelles
Suggérer la mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> ■ Créer ou désigner les unités organisationnelles responsables de la mise en œuvre de la stratégie en matière de diversité et de migration ■ Définir les missions, compétences et ressources 	
Evaluation des mesures	<ul style="list-style-type: none"> ■ Audit de l’entreprise 	
Objectif	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les principes arrêtés sont appliqués dans toute l’entreprise 	Mise en œuvre
Suggérer la mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> ■ Définir, dans la planification annuelle, les objectifs et mesures spécifiquement axés sur la diversité et la migration ■ Associer au processus les personnels issus de la migration ■ Faire appel aux services d’experts externes (p. ex. instituts universitaires, organisations non gouvernementales spécialisées) ■ Créer un réseau fixe pour les questions relatives à la migration, avec des organisations partenaires et spécialisées ■ Rendre compte de ces questions dans les publications régulières de l’institution (rapport annuel, information du personnel, communiqués publiés dans le cadre de la Journée des malades ou de commémorations) ■ Mettre en place des mécanismes de contrôle et de sanction 	
Evaluation des mesures	<ul style="list-style-type: none"> ■ Gestion de la qualité ■ Enquêtes auprès des patientes et patients (page 49) 	

Collecte d'informations pertinentes pour la politique de diversité

| Peter Saladin

Collecte d'informations pertinentes pour la politique de diversité

Pour tenir compte de la diversité et de la migration, il est nécessaire de disposer de données et d'informations spécifiques en la matière. Celles-ci permettent de cibler plus spécifiquement les prestations en fonction des besoins et ressources disponibles. Quelles informations doivent être fournies à cet effet, par qui, pour qui, comment et à quel moment? Comment gérer ces données au sein de l'institution? En l'occurrence, la distinction doit être faite entre les informations à caractère personnel, médical, paramédical, thérapeutique et administratif.

Il peut également être utile aux responsables de la direction de l'entreprise et des ressources humaines de disposer d'informations sur les compétences et potentiels transculturels des collaboratrices et collaborateurs. L'objectif n'est nullement de mettre en exergue les différences ou de porter un jugement de valeur. Au contraire, les renseignements fournis librement sur les compétences individuelles sont destinés à promouvoir, consolider et mettre à profit le potentiel des collaboratrices et collaborateurs. En l'occurrence, nous renvoyons plus particulièrement à la page 52.

Il convient bien entendu de respecter les lois fédérales et cantonales sur la protection des données.

Check-list – Collecte d'informations pertinentes pour la politique de diversité

Données sociodémographiques sur les patientes, patients et pensionnaires	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les données et informations nécessaires à la mise en place et au suivi d'une politique d'entreprise axée sur la diversité et adaptée aux besoins de la population migrante sont disponibles ■ Les conditions de leur saisie, exploitation, stockage et destruction sont réglementées ■ Les responsables sont spécialement formés à cet effet 	Objectif
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Définir des règles par la direction de l'institution ■ En plus des données standards correspondant aux statistiques médicales et administratives, collecter à l'admission (idéalement): lieu de naissance, nationalité à la naissance, nationalité actuelle, religion, compétences linguistiques, statut de séjour ■ Collecter d'autres données et informations en fonction du domaine d'activité de l'institution (p. ex. travail) 	Suggérer la mise en œuvre
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Contrôle de la qualité dans le cadre de l'évaluation de la politique axée sur la diversité et adaptée aux besoins de la population migrante et du respect de la protection des données 	Evaluation des mesures
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Contrôle de l'opportunité des données saisies 	
Informations à caractère personnel liées au potentiel	<ul style="list-style-type: none"> ■ Des informations en vue de mettre à profit et de développer le potentiel des collaboratrices et collaborateurs sont disponibles 	Objectif
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Définir des règles par la direction de l'institution ■ Collecter les informations sur les ressources particulières des personnels en matière de diversité et de migration (sur une base volontaire) au moment de l'embauche, p. ex.: compétences linguistiques, capacités et connaissances acquises dans des emplois précédents, capacités et connaissances relatives à des religions et modes de vie étrangers, relations sociales 	Suggérer la mise en œuvre
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Contrôle de la qualité dans le cadre de la politique du personnel 	Evaluation des mesures

Qualité

La gestion systématique de la qualité est non seulement un impératif légal dans le cadre de l'assurance-maladie (cf. art. 58 LAMal et art. 77 OAMal), mais compte aussi parmi les standards de toute institution de santé. Les postulats de la politique en matière de diversité et de migration doivent être ancrés dans les fondements mêmes de la gestion de la qualité. La prise en compte de la diversité est la pierre de touche permettant de mesurer dans quelle mesure l'institution est soucieuse de ses patientes et patients. Une institution de santé ne remplit sa mission que si elle est à même de proposer, à toutes les personnes dont elle a la charge, des prestations personnalisées respectant le niveau de qualité défini, et ce indépendamment de l'origine, de la religion, de la situation sociale, sociétale et individuelle des intéressés. Dès lors que ces principes et les normes qui en découlent sont intégrés, au quotidien, dans la routine clinique, paramédicale et thérapeutique, ils représentent une plus-value et un atout pour l'institution, ses patientes et patients, ses pensionnaires, ses collaboratrices et collaborateurs.

Les questionnaires relatifs à la qualité, élaborés dans le cadre du projet de l'Union européenne sur les hôpitaux adaptés aux besoins des migrants (page 101), fournissent de plus amples informations ainsi que des conseils pratiques sur les questions à poser aux patientes et patients (page 49).

Qualité

| Peter Saladin

Check-list – Qualité

Objectif	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les principes propres à la diversité et à la migration sont ancrés dans les documents de base de la gestion de la qualité 	Documents de base de la gestion de la qualité
Suggérer la mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sensibiliser les responsables de la qualité ■ Lancer un projet d'évaluation de la gestion de la qualité 	
Evaluation des mesures	<ul style="list-style-type: none"> ■ Audit externe 	
Objectif	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les enjeux propres à la diversité et à la migration sont pris en compte à tous les niveaux dans la structure de direction et d'organisation 	Qualité structurelle
Suggérer la mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> ■ Désigner, au niveau de la direction, des responsables en matière de diversité et de migration ■ Créer une commission interdisciplinaire pour les questions transculturelles ■ Réglementer les attributions et compétences ■ Associer tous les secteurs d'activité ■ Veiller à la représentation des personnels issus de la migration ■ Examiner et adapter les manuels relatifs à l'organisation et aux projets, les directives et les normes 	
Evaluation des mesures	<ul style="list-style-type: none"> ■ Audit de l'organisation 	
Objectif	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les enjeux propres à la diversité et à la migration sont pris en compte dans les procédures médicales, paramédicales, thérapeutiques, administratives, et dans celles liées à l'hébergement et à la restauration 	Qualité des procédures
Suggérer la mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> ■ Respecter les critères d'efficacité, de fonctionnalité et de rentabilité ■ Mettre à disposition les ressources personnelles et financières nécessaires et en informer le personnel 	
Evaluation des mesures	<ul style="list-style-type: none"> ■ Analyses des procédures 	

Qualité des résultats	<ul style="list-style-type: none"> ■ Des aspects particuliers relatifs à la population migrante sont pris en compte dans le cadre de l'évaluation des résultats 	Objectif
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Intégrer des aspects propres à la migration dans l'évaluation des résultats ■ Définir les aspects à examiner dans le cadre du codage médical ■ Intégrer les aspects relatifs à la migration dans les dossiers (électroniques) des patients ■ Organiser un échange d'expérience chez les médecins et le personnel soignant ■ Consigner les résultats dans des manuels, standards, etc. 	Suggérer la mise en œuvre
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Gestion de la qualité 	Evaluation des mesures
Enquêtes auprès des patients (page 49)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les enquêtes auprès de la population migrante sur la qualité de l'accueil, du traitement et du suivi sont standardisées 	Objectif
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Examiner les méthodes existantes d'enquête auprès des patientes, patients ou pensionnaires en prenant en compte la migration 	Suggérer la mise en œuvre
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Gestion de la qualité 	Evaluation des mesures
Services de réclamation et de médiation	<ul style="list-style-type: none"> ■ L'accès de la population migrante aux services de réclamation et de médiation est garanti 	Objectif
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Examiner les instruments existants en tenant compte de facteurs propres à la migration (p. ex. connaissances linguistiques limitées, scepticisme par rapport aux réclamations) ■ Informer les migrantes et migrants de leurs droits ■ Définir des possibilités de sanction 	Suggérer la mise en œuvre
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Gestion de la qualité 	Evaluation des mesures

Informations de fond

Mesure de la satisfaction¹ de patients migrants en milieu hospitalier

Synthèse d'un rapport d'étude réalisé pour le compte du réseau MFH

Denise Efionayi
Urszula Stotzer
Philippe Wanner

De façon générale, les migrantes et migrants représentent, en Suisse, une part importante des patientes et patients en milieu hospitalier; cette population est surreprésentée dans certains services (urgences, maternités). Cependant, il n'existe pas de données fiables pour toute la Suisse.³ La migration internationale renforce le pluralisme des modes de vie au sein de la société, un fait qui doit être pris en compte dans l'évaluation de la qualité des prestations médicales. La satisfaction des patientes et patients joue un rôle essentiel en l'occurrence.

Il apparaît que, dans la littérature internationale, les remarques relatives à la satisfaction des migrantes et migrants sont contradictoires. Ce constat tient principalement au fait que les outils de mesure de la satisfaction ne sont pas toujours adaptés et qu'ils soulèvent divers problèmes méthodologiques. De surcroît, l'élaboration d'outils adaptés à la mesure de la satisfaction des migrantes et migrants a été négligée jusqu'ici.

En Suisse, aucune étude scientifique n'avait encore été menée à ce propos; pourtant, cette question revêt un rôle décisif au niveau de la gestion de la qualité, et les hôpitaux lui accordent aujourd'hui une importance majeure. C'est pourquoi il a été décidé de réaliser une étude visant à combler cette lacune et à proposer des actions possibles aux hôpitaux suisses. Cette étude repose sur trois piliers:

- une revue de la littérature internationale idoine, principalement anglo-saxonne;
- des entretiens avec des spécialistes de la qualité dans les hôpitaux, notamment dans le domaine migration et santé, et des fournisseurs d'enquêtes;
- des «focus groups» menés auprès de migrants de diverses origines.

Cette approche complémentaire a permis de confronter les expériences internationales et suisses avec le point de vue des migrantes et migrants et, ainsi, de formuler des recommandations qui tiennent compte de la situation dans les hôpitaux helvétiques.

Sachant que la situation des minorités ou des groupes de personnes issues de la migration est très différente d'un pays à l'autre, il est assez difficile d'en tirer des conclusions en termes de bonnes pratiques pour la Suisse; toutefois, la revue de la littérature idoine permet de faire des constats intéressants sur le niveau de satisfaction des migrantes et migrants comme sur les outils d'enquête.

La satisfaction des migrantes et migrants est plus difficile à mesurer que celle de la population autochtone, car elle met en jeu des facteurs externes qui ne sont pas directement liés à la qualité des prestations. A ce titre, on peut citer la langue de la région linguistique où se trouve l'hôpital, qui est parlée par le corps médical et le personnel soignant. Par ailleurs, des facteurs socioculturels influent sur la manière dont la santé est perçue: par exemple attentes différentes concernant les prestations ou bien discrimination de la population étrangère. Ces facteurs peuvent créer une distance sociale qui pèse à la fois sur la perception de la qualité des prestations et sur la confiance dans le système de santé. A cela s'ajoutent d'autres facteurs structurels, tels que l'âge, la catégorie socio-économique ou l'état de santé.

Dans le cadre des méthodes d'enquête quantitatives, les questionnaires de satisfaction ne comportent pas de variables fiables et uniformes pour recenser les migrantes et migrants; de telles variables seraient utiles pour identifier les groupes pouvant être confrontés à des difficultés particulières.

Le taux de retour du questionnaire est souvent inférieur pour les groupes issus des minorités, ce qui peut déformer les résultats ou, dans certains cas, empêche d'obtenir le nombre requis de participants pour pouvoir effectuer une comparaison des résultats entre divers groupes. Les enquêtes téléphoniques ou les rappels, courants aux Etats-Unis, permettraient d'améliorer les résultats.

1 Il s'agit là d'un terme courant. Nous proposons d'employer d'autres termes plus neutres qui se réfèrent moins à une appréciation globale, tels que enquêtes auprès des patients ou réactions des patients.

2 Le rapport d'étude peut être consulté ou téléchargé à l'adresse suivante:
www.hplus.ch » Solutions de branche » Migrant Friendly Hospitals

Il est également disponible en tant que publication du Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population SFM: Efionayi D, Stotzer U, Wanner Ph (2006) Mesure de la satisfaction des patients migrants en milieu hospitalier. Neuchâtel

3 Le recensement fédéral de la population 2000 révèle que près de 40% des personnes prises en charge dans les hôpitaux publics n'ont pas la nationalité suisse. Cela dit, ce chiffre ne tient compte que des personnes dont le lieu de résidence est lié à l'hôpital. Il s'agit donc d'une évaluation grossière qui ne peut pas être généralisée.

Résultats de l'analyse de la littérature

La question du «response style», c'est-à-dire les comportements différenciés en termes de réponses aux questions, pose particulièrement problème lors de l'utilisation de critères qui exigent une appréciation personnelle et, en particulier, pour l'interprétation des résultats. La combinaison d'échelles de réponses appréciatives (pour les indicateurs de résultats) et de réponses factuelles (pour l'évaluation des processus) permettrait de pallier à ces problèmes.

Les méthodes qualitatives, à savoir l'entretien individuel ou le focus group, sont rarement employées pour les enquêtes auprès des patients; ces méthodes ne permettent pas de collecter un grand nombre de données, en raison notamment de leur coût. C'est pourquoi ces méthodes sont généralement conseillées dans le but d'explorer des pistes méthodologiques visant à optimiser les outils existants ou d'améliorer la connaissance concernant des thématiques spécifiques, pour lesquelles les questionnaires quantitatifs ne fournissent pas d'information. Néanmoins, ces méthodes présentent un atout majeur lorsqu'il s'agit d'atteindre des petits groupes de personnes qui échappent aux enquêtes de satisfaction quantitatives classiques.

La situation en Suisse: résultats et recommandations

Les établissements hospitaliers suisses effectuent régulièrement des mesures de la satisfaction de leurs patients, organisées de manière interne ou en recourant à des prestataires de service externes. La mesure de la satisfaction est effectuée selon différents outils standardisés. Cela dit, ces outils ne permettent pas toujours d'atteindre des patientes et patients issus de la migration et de connaître leur opinion. Selon les résultats de l'enquête, aucun hôpital n'a pris des mesures plus générales pour améliorer les enquêtes de satisfaction auprès de la population migrante. Les lacunes concernent non seulement les méthodes d'enquête, mais aussi les questionnaires à proprement parler.

Lacunes et recommandations concernant les procédures d'enquête

En premier lieu, il convient de signaler que les questionnaires sont envoyés par voie postale après la sortie de l'hôpital. Cela pose problème, car certains groupes d'étrangers particulièrement mobiles ne peuvent pas être atteints, par exemple les personnes en situation précaire, ce qui induit un risque de distorsion. En revanche, les migrantes et migrants les mieux intégrés sont surreprésentés dans les enquêtes de satisfaction.

De plus, les entretiens menés ont fait ressortir que les enquêtes écrites sont inadaptées pour certains migrants et migrantes. Ainsi, des problèmes se posent pour les personnes qui maîtrisent peu ou pas du tout la langue locale, et aussi, en particulier, pour les étrangers en situation précaire qui ont tendance à se méfier des questionnaires officiels. Ceux-ci ne comprennent pas pourquoi on leur demande leur avis et ils pensent que, de toute façon, on n'en tiendra pas compte. C'est pourquoi ils ne voient pas l'intérêt de répondre au questionnaire. Cette attitude tient aussi à un profond manque de communication sur la finalité des résultats de ces enquêtes.

Dans certains cas enfin, il semble que la langue soit également un facteur excluant les migrantes et migrants d'une enquête. En théorie, toutes les personnes qui quittent l'hôpital pendant la durée de l'enquête devraient recevoir un questionnaire. Dans divers établissements hospitaliers toutefois, le questionnaire n'est pas envoyé à certaines personnes au motif qu'elles ne maîtrisent pas la langue dans laquelle celui-ci est rédigé (information issue du dossier des patients).

Les difficultés susmentionnées ne pourront être réglées que si les patientes et les patients sont mieux informés de la finalité, de la procédure et de l'utilité des enquêtes. Par ailleurs, il serait utile de recourir davantage à des procédures alternatives permettant un échange individualisé, par exemple les enquêtes téléphoniques. Par ailleurs, il serait bon d'envisager des enquêtes complémentaires dans le cadre de focus groups ou d'entretiens individuels.

Lacunes et recommandations concernant les outils utilisés

En plus des limites liées à la procédure, des faiblesses ont été constatées au niveau des outils de mesures. On observe ici quelques lacunes, notamment à propos du recensement de données sociodémographiques relatives au profil migratoire de la personne et de l'utilisation des versions linguistiques existantes du questionnaire.

Les outils de mesure utilisés en Suisse ne comportent pas de variables sociodémographiques permettant d'identifier les patientes et patients migrants et, par là, même d'analyser, les données recueillies. Ce point est également critiqué dans

la littérature. Il serait utile de recenser en particulier des informations sur la nationalité à la naissance (ou la nationalité actuelle), le lieu de naissance et éventuellement le statut de séjour.

Bien que les questionnaires utilisés en Suisse soient parfois disponibles en plusieurs langues (généralement le français et l'allemand, en partie aussi l'italien et l'anglais), l'utilisation de ces diverses versions linguistiques soulève des problèmes (disponibilité, qualité, comparabilité). Dans tous les cas, il est souhaitable d'identifier celle de ces langues que la patiente ou le patient maîtrise le mieux. Ceci devrait se faire lors de l'admission, voire de la sortie de l'hôpital, afin de pouvoir proposer une version adaptée.

Pour les migrants qui ne maîtrisent aucune langue nationale, on peut songer à mettre sur le marché des versions, dûment testées, dans les langues les plus répandues parmi les patients (p. ex. albanais, espagnol, portugais, serbo-croate et turc). Cela serait possible si les établissements hospitaliers s'accordaient sur un nombre limité d'outils et renonçaient définitivement à utiliser leurs propres formulaires.

Si la langue du questionnaire peut constituer une barrière importante pour les personnes qui ne la maîtrisent pas, le niveau du langage est également un facteur à prendre en considération, dans la mesure où il ne correspond pas toujours au niveau de compréhension des patientes et patients aussi bien issus de minorités qu'appartenant au groupe majoritaire. Sont touchés en particulier les personnes qui présentent des problèmes d'illettrisme, les personnes de faible niveau de formation et celles dont l'état de santé réduit le niveau de compréhension. La constellation est particulièrement critique quand plusieurs difficultés se combinent.

Il est intéressant de constater que nombre des lacunes évoquées sont observées principalement chez les migrantes et migrants: cela dit, elles peuvent toucher tous les patients et patientes, notamment ceux qui sont issus de milieux défavorisés, ont un faible niveau de formation ou se trouvent en situation professionnelle précaire. Ce constat révèle que, de façon générale, des questionnaires adaptés aux patientes et patients permettraient également de mieux recenser la situation de ceux qui sont issus de la migration, de sorte qu'il ne serait alors plus nécessaire d'effectuer régulièrement des enquêtes à leur intention.

Cependant, cela ne veut pas dire qu'il faut s'abstenir de réflexions ou de mesures permettant de mieux connaître la situation et les besoins des migrantes et des migrants. Au contraire, les initiatives suivantes semblent judicieuses: enquêtes menées par des services d'interprétariat, amélioration des compétences transculturelles au sein de l'hôpital et mise au point de méthodes d'enquête qualitatives afin de pouvoir toucher plus facilement certains groupes de migrantes et de migrants.

Les résultats de la présente étude préchent en faveur de l'intégration de la population migrante dans les enquêtes générales auprès des patientes et patients (approche intégrée). Une telle démarche n'exclut pas des mesures spécifiquement destinées aux migrantes et aux migrants ou la réalisation ponctuelle d'enquêtes, voire des modules complémentaires. Une approche attentive aux besoins des migrants représente une excellente opportunité, pour un système de qualité, de tester globalement sa sensibilité à la diversité des groupes cibles. Une telle démarche ne constitue donc pas une contrainte supplémentaire, car elle permet d'orienter les enquêtes de satisfaction dans le sens d'un *mainstreaming*, c'est-à-dire d'aligner le système sur les besoins de tous les patients. Elle devrait ainsi permettre d'augmenter l'intérêt – et par là, le taux de retour ou de réponse – de différents types de patients qui sont généralement exclus des enquêtes de satisfaction, ciblées plutôt sur des couches moyennes ou supérieures.

La démarche proposée permet donc de mieux prendre en compte la satisfaction de tous les patients et patientes, mais aussi, indirectement, celle des professionnels. La prise de conscience de ces facteurs permet de surmonter les réticences de l'institution face aux changements. Une telle approche devrait contribuer à ce que les hôpitaux décident, de leur propre chef et non du fait de contraintes extérieures, de prendre les mesures nécessaires pour développer des outils d'assurance de la qualité efficaces, et ce dans le cadre d'une coopération constructive.

Les collaboratrices et collaborateurs: supports et vecteurs de la compétence transculturelle

Les collaboratrices et collaborateurs: supports et vecteurs de la compétence transculturelle

| Peter Saladin

Les membres du personnel effectuent les prestations proposées par l'institution et sont les porteurs de la culture d'entreprise. Les collaboratrices et collaborateurs issus de la migration contribuent à cette culture, volontairement ou non, consciemment ou non. Le fait que dans la plupart des institutions de santé, le personnel soit très hétérogène en termes d'origine, de langue, de religion et de situation sociale constitue un atout pour la visibilité et la mise en œuvre de la compétence transculturelle d'une organisation. La reconnaissance, la mise à profit et la promotion des compétences diverses et variées des collaboratrices et collaborateurs constituent une étape décisive dans le développement de l'organisation.

Les personnels issus de la migration sont-ils réellement perçus en tant que tels? Sont-ils un facteur dérangeant, un groupe à problème qu'il faut aider à s'intégrer? Constituent-ils au contraire une chance pour l'institution? Sont-ils représentés au sein des organes de l'entreprise? Leur est-il possible de contribuer, par leurs capacités et leurs atouts, au développement d'une culture d'entreprise axée sur la diversité et adaptée aux besoins de la migration? Qu'entreprend une institution pour éliminer les éventuelles barrières empêchant la participation de ces collaboratrices et collaborateurs au développement de l'entreprise?

La formation du personnel en matière de diversité, de «migration et santé» est traitée aux pages 71 à 75.

Check-list – Les collaboratrices et collaborateurs: supports et vecteurs de la compétence transculturelle

Politique du personnel	<ul style="list-style-type: none"> ■ Le respect de l'égalité des chances et de la non-discrimination est garanti ■ Les potentiels humains, sociaux et professionnels du personnel en matière de médiation transculturelle sont pleinement mis à profit 	Objectif
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Faire examiner les fondements actuels de la politique du personnel par les responsables du personnel ■ Faire figurer l'égalité des chances et la non-discrimination (cf. salaire, plan de carrière, formation, etc.) parmi les objectifs de la politique du personnel ■ Définir des sanctions en cas de non-respect des règles ■ Qualité, compétences et disposition à la médiation transculturelle à consigner dans le dossier du personnel. ■ La représentation du personnel ayant des capacités et expériences en matière de diversité et de migration est assurée dans les organes du personnel (p. ex. comités du personnel, commissions d'entreprise, comités d'organisation, comités de projets) ■ Organiser des réunions d'accueil à l'intention des nouveaux embauchés issus de la migration 	Suggérer la mise en œuvre
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Contrôle du personnel ■ Entretiens annuels avec les collaboratrices et collaborateurs ■ Rapports dans le cadre des départs 	Evaluation des mesures
Service du personnel	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les collaboratrices et collaborateurs du service du personnel spécifiquement chargés des questions liées à la diversité et à la migration ont été désignés et sont formés à cet effet 	Objectif
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Employer des personnes issues de la migration au service du personnel ■ Lors de la prise de fonctions, fournir les coordonnées des personnes à contacter et des services compétents 	Suggérer la mise en œuvre
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Contrôle du personnel 	Evaluation des mesures

Objectif	<ul style="list-style-type: none"> ■ Des directives ont été adoptées pour l'embauche du personnel issu de la migration dans les diverses unités 	Embauche de collaboratrices et collaborateurs issus de la migration
Suggérer la mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> ■ Formuler les offres d'emplois de telle sorte que les candidates et candidats issus de la migration ne soient pas exclus (p. ex.: remplacer «langue maternelle» par «langue principale») ■ Présenter des directives de l'institution en matière de diversité et de migration lors des réunions d'accueil ■ Créer et soutenir un réseau regroupant les collaboratrices et collaborateurs issus de la migration en vue d'une coopération dans le cadre de la médiation transculturelle ■ Saisir les données relatives à la migration lors de l'embauche 	
Evaluation des mesures	<ul style="list-style-type: none"> ■ Contrôle du personnel ■ Entretiens annuels avec les collaboratrices et collaborateurs ■ Rapports dans le cadre des départs 	
Objectif	<ul style="list-style-type: none"> ■ Des directives ont été adoptées pour la traduction de directives, communications et autres documents intéressant le personnel ■ Il est garanti que les informations importantes sont comprises par tous les salariés ■ Les aides à la traduction et à la compréhension sont connues 	Traduction écrite des directives en matière de personnel
Suggérer la mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> ■ Réglementer le recours à des collaboratrices et collaborateurs issus de la migration ■ Organiser la collaboration avec des services d'interprétariat et de traduction ■ Si des traductions ne sont pas possibles, assurer la communication par d'autres moyens 	
Evaluation des mesures	<ul style="list-style-type: none"> ■ Evaluation des diverses mesures 	
Objectif	<ul style="list-style-type: none"> ■ Des formations sont proposées aux personnes issues de la migration pour leur permettre d'acquérir les connaissances linguistiques propres à leur métier 	Connaissances linguistiques propres au métier
Suggérer la mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> ■ Proposer des formations en langue spécifiques (en journée ou le soir) ■ Donner les moyens aux cadres de former leur équipe dans la langue du métier, dans le cadre de leurs activités professionnelles quotidiennes (domaine d'apprentissage: poste de travail) 	
Evaluation des mesures	<ul style="list-style-type: none"> ■ Entretiens avec les collaborateurs et collaboratrices ■ Evaluation périodique par les supérieurs hiérarchiques 	
Objectif	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les tensions entre les collaboratrices et collaborateurs du fait de différences ethniques ou linguistiques, ainsi que les incidents à caractère raciste, sont abordés et traités efficacement dans un cadre adapté 	Gestion des tensions
Suggérer la mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> ■ Informer sur les instances de médiation, de supervision et d'intervention à différents niveaux (administration, personnel soignant, corps médical, économie, etc.) 	
Evaluation des mesures	<ul style="list-style-type: none"> ■ Evaluation périodique par les organes de direction 	
Objectif	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les organisations d'entraide, œuvres caritatives et religieuses ainsi que les délégués aux étrangers des cantons et des municipalités sont mis à profit en tant qu'interlocuteurs, antennes et ressources 	Réseau externe
Suggérer la mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> ■ Désigner des personnes responsables pour les contacts avec ces organisations ■ Faciliter les rencontres régulières ■ Organiser ou soutenir des programmes de promotion de la santé pour le personnel 	
Evaluation des mesures	<ul style="list-style-type: none"> ■ Enquête ciblée auprès des personnes participant à ce réseau 	

Projets spécifiquement liés à la migration	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les sources de financement internes et externes, disponibles pour les projets spécifiquement liés à la migration qui sont lancés par le personnel, sont connues 	Objectif
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Prendre en compte les données relatives aux projets spécifiquement liés à la migration dans les systèmes d'enregistrement des suggestions ■ Dans les vecteurs d'information internes, fournir régulièrement des renseignements sur les services compétents en interne et en externe (p. ex. bureaux de l'intégration des cantons et municipalités, Commissions fédérale des étrangers) 	Suggérer la mise en œuvre
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Pour chaque projet 	Evaluation des mesures
Manifestations transculturelles	<ul style="list-style-type: none"> ■ Des manifestations propres à promouvoir la compréhension mutuelle sont organisées 	Objectif
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Découvrir des modes de vie étrangers et réfléchir à ses propres valeurs et préjugés (p. ex. dans le cadre de cours de langues, manifestations sociales, formations, événements culturels – cinéma ou théâtre – rassemblements religieux, rencontres culinaires) 	Suggérer la mise en œuvre
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Evaluation des différentes mesures 	Evaluation des mesures
Communication interne	<ul style="list-style-type: none"> ■ La diversité au sein de l'institution est communiquée 	Objectif
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les atouts et risques de la politique de diversité sont analysés de façon critique 	
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Aborder régulièrement le sujet dans les outils de communication internes et externes 	Suggérer la mise en œuvre
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Prévoir des rubriques fixes ■ Donner la parole aux collaboratrices et collaborateurs issus de la migration 	
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Evaluation dans le cadre de la politique d'information 	Evaluation des mesures

Les procédures médicales et infirmières

La prise en compte des facteurs liés à la diversité fait aujourd'hui partie intégrante de l'assurance de la qualité. L'étude d'ouvrages spécialisés, de même que l'expérience clinique, nous apprennent qu'il convient de considérer certaines spécificités dans la façon de traiter les populations migrantes.

Il va de soi que la qualité du diagnostic, du traitement, de la compliance ainsi que du suivi doit être assurée aussi bien pour les migrantes et migrants que pour les autres. La compréhension linguistique joue à ce niveau un rôle déterminant; il faut en outre être attentif aux particularités relatives à l'apparition et à l'évolution de la pathologie, sonder la compréhension que la patiente ou le patient a de la maladie, être à l'écoute de ses demandes en matière de prestations médicales, sans toutefois surévaluer ces éléments. Souvent, il est accordé trop d'importance aux facteurs culturels (les concepts de santé/maladie, les rôles respectivement attribués aux femmes et aux hommes, les valeurs en général) et pas assez aux différences sociales (revenus, situation socioprofessionnelle, réseau social).

Dans un souci de clarté, les procédures médicales et paramédicales sont examinées à partir du parcours classique des patientes et patients arrivant à l'hôpital: entrée régulière, entrée aux urgences, diagnostic, traitement et sortie.

Les procédures médicales et infirmières

| Gerhard Ebner

Entrée régulière

A l'arrivée, les prémisses du traitement et du suivi sont posés; il faut donc commencer dès cette phase à recueillir des informations de base relatives à la culture et à la migration, détecter les difficultés linguistiques et initier les procédures destinées à aplanir les difficultés. L'essentiel est la collecte des informations, la documentation et la pose des premiers jalons. Dès l'admission régulière, il est possible d'éviter les déperditions en rapport avec la souffrance et un sentiment d'insécurité dû au manque d'informations.

Lors de cette première phase de l'admission, une attention particulière est à porter aux sans-papiers. Conformément à la lettre de l'Office fédéral des assurances sociales OFAS du 23 décembre 2002, les sans-papiers se trouvant sur le territoire suisse au sens de l'article 24 du Code civil suisse sont soumis à l'obligation d'assurance de la loi sur l'assurance-maladie. Les assureurs sont donc tenus d'accepter les sans-papiers comme toute autre personne soumise au régime de l'assurance obligatoire. Ils sont également tenus au devoir de réserve vis-à-vis de tiers. Il va de soi que les sans-papiers sont à admettre et à traiter comme toute autre personne résidant en Suisse, dans le cadre de la mission de l'institution et de l'éthique médicale. Le devoir de réserve de l'institution et de son personnel s'étend aux tiers tels que la police des étrangers.

Entrée régulière

Check-list – Entrée régulière

Informer et collecter des informations	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les patientes et patients sont renseignés sur le système de santé en général, sur leurs droits et devoirs ainsi que sur les particularités et les capacités de l'hôpital où ils se trouvent ■ Les données de base relatives au statut du séjour et à la situation de la patiente ou du patient, à ses demandes (religion, autres) ainsi qu'aux implications juridiques ont été recensées ■ Les procédures et autorisations d'accès pour le personnel traitant sont déterminées 	Objectif
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mettre à disposition des informations dans les langues les plus répandues parmi la population migrante (droits des patients, règlement intérieur, alimentation, possibilités d'exercer des activités religieuses et autres offres comme le Guide de santé suisse www.migesplus.ch) ■ Mettre à disposition des outils permettant de recenser les principales informations sur les valeurs et les attentes des patientes et patients (traitement, alimentation, soutien religieux, etc.) 	Suggérer la mise en œuvre
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Audits sur les standards et leur application ■ Enquête auprès des patientes et patients ainsi que du personnel 	Evaluation des mesures
Interprétation (pages 63 à 70)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les modalités des échanges linguistiques sont définies (interprétation, traduction) ■ Faciliter le recours à des interprètes ainsi qu'à des ressources linguistiques internes ■ Définir le détail de la procédure ■ Inclure l'entourage ■ Réfléchir au rôle des interprètes 	Objectif
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Audits ■ Enquête auprès des patientes et patients ainsi que du personnel 	Suggérer la mise en œuvre
		Evaluation des mesures
Triage	<ul style="list-style-type: none"> ■ Un triage adapté est mis en place (identifier si le cas relève de la justice, des soins psychiatriques, des soins somatiques ou d'un traitement de base) ■ Organiser des consultations spécifiquement destinées aux migrantes et migrants ■ Inclure systématiquement le médecin traitant ■ Fournir aux patientes et patients toutes informations sur le système de santé ■ Elaborer des standards 	Objectif
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Standards ■ Audits ■ Dans le cadre de l'assurance de la qualité générale, enquête auprès des services qui ont orienté le patient vers l'hôpital et de ceux qui assureront le suivi après le séjour hospitalier 	Suggérer la mise en œuvre
		Evaluation des mesures
Continuité des soins, gestion des cas	<ul style="list-style-type: none"> ■ Des référents et responsables de procédures sont désignés, la continuité des soins est assurée (y compris les remplacements) ■ Les patientes et patients sont informés des compétences imparties ■ Les obstacles au sein de l'institution sont connus, et des mesures susceptibles de les aplanir ont été définies 	Objectif
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Etablir des standards clairs; si nécessaire, distinguer entre les domaines stationnaires et semi-stationnaires ■ Fournir aux patientes et patients des informations écrites avec les coordonnées du référent ■ Gestion interne de la qualité 	Suggérer la mise en œuvre
		Evaluation des mesures

Objectif	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les principales informations relatives à la langue, à la migration et à la culture de la patiente ou du patient sont documentées 	Documentation
Suggérer la mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> ■ Compléter les systèmes d'informatique médicale ■ Mettre à la disposition de tous des formulaires standardisés 	
Evaluation des mesures	<ul style="list-style-type: none"> ■ Gestion interne de la qualité 	
Objectif	<ul style="list-style-type: none"> ■ L'entourage (et plus particulièrement la famille) est intégré le plus tôt possible (en règle générale dès l'entrée), avec l'accord de la patiente ou du patient ■ La compréhension linguistique est assurée 	Intégration de l'entourage
Suggérer la mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> ■ Entériner des standards et fournir des listes de contrôle, dans le cadre de l'assurance de la qualité générale ■ Former le personnel 	
Evaluation des mesures	<ul style="list-style-type: none"> ■ Audits ■ Enquête auprès des patientes et patients ainsi que du personnel 	

Généralités sur le consentement éclairé

Le consentement éclairé joue un rôle central en termes de conformité avec la loi, de compliance et en définitive dans la réussite d'un traitement. Il convient de veiller tout particulièrement à ce que la patiente ou le patient ait bien compris les formulaires et les déclarations à signer. Pour que ces documents soient juridiquement valables, la patiente ou le patient doit en avoir compris le contenu.

L'institution doit veiller à ce que les formulaires juridiquement contraignants soient traduits dans les langues parlées par la population migrante.

Généralités
sur le consentement éclairé

Entrée aux urgences

Les recommandations concernant l'arrivée aux urgences constituent un supplément à celles préconisées pour une entrée régulière. En effet, les services d'urgence représentent souvent, pour les populations migrantes, la plus simple, voire la seule possibilité d'accéder rapidement aux soins. Or en cas d'urgence, des interprètes ne sont généralement pas disponibles. En outre, les procédures ne peuvent pas être totalement standardisées. Dans la plupart des cas, les informations requises ne peuvent être obtenues qu'avec l'aide des ressources sur place (personnel de langue étrangère, entourage, outils tels que les dictionnaires). Il faut prévoir un service d'interprétation par téléphone et l'utiliser à l'avenir aussi souvent que possible. Si le séjour doit se prolonger au-delà des urgences, la documentation devra être communiquée à l'équipe prenant en charge la patiente ou le patient.

Entrée aux urgences

Check-list – Entrée aux urgences

Absence d'interprètes disponibles à court terme	<input type="checkbox"/> Une compréhension rudimentaire est assurée pour permettre la maîtrise des situations d'urgence	Objectif
	<input type="checkbox"/> Des outils appropriés sont prévus	
	<input type="checkbox"/> Un mode opératoire est défini pour le cas d'absence totale de compréhension	
	<input type="checkbox"/> Mettre à disposition des dictionnaires et des pictogrammes	Suggérer la mise en œuvre
	<input type="checkbox"/> Recruter et former des membres du personnel ayant des connaissances linguistiques	
	<input type="checkbox"/> Utiliser les services d'interprétation téléphonique	
	<input type="checkbox"/> Liste des instruments à disposition	Evaluation des mesures
	<input type="checkbox"/> Audits	

Diagnostic

Diagnostic

Le traitement sera d'autant plus efficace qu'une bonne anamnèse aura été effectuée au départ, que des premières mesures auront été prises pour obtenir un consentement éclairé et que le personnel disposera de connaissances en matière de diversité et de migration.

Check-list – Diagnostic

Anamnèse spécifique à la migration	<input type="checkbox"/> Un dossier comportant les données essentielles sur l'origine, la migration et les conditions de vie de la patiente ou du patient est disponible	Objectif
	<input type="checkbox"/> Fournir des formulaires	
	<input type="checkbox"/> Fixer des standards avec des listes de contrôle	Suggérer la mise en œuvre
	<input type="checkbox"/> Assurer la formation du personnel	
	<input type="checkbox"/> Favoriser le coaching	
	<input type="checkbox"/> Audits	Evaluation des mesures
	<input type="checkbox"/> Gestion interne de la qualité	
	<input type="checkbox"/> Contrôle	

Consentement éclairé
(page 57)

	<input type="checkbox"/> La patiente ou le patient dispose d'informations sur la maladie, ses causes et ses conséquences	Objectif
	<input type="checkbox"/> Les éléments fondamentaux relatifs au diagnostic et aux mesures thérapeutiques ont été communiqués à la patiente ou au patient pour lui permettre de donner son consentement éclairé (les conditions de la capacité à consentir sont réunies)	
	<input type="checkbox"/> La compréhension linguistique est assurée	
	<input type="checkbox"/> Consulter www.migesplus.ch	Suggérer la mise en œuvre
	<input type="checkbox"/> Audits	Evaluation des mesures
	<input type="checkbox"/> Enquête auprès des patientes et patients ainsi que du personnel	

Traitement

Des difficultés de compréhension ainsi que des concepts de maladie ou de thérapie différents peuvent compliquer la déclaration de consentement éclairé. Aujourd'hui, les patientes et patients sont considérés comme «responsables», dans le sens où s'ils ont été bien informés, ils peuvent décider eux-mêmes du déroulement de leur traitement étape par étape. Ce choix peut être entravé par des barrières linguistiques, mais aussi par des attentes irrationnelles vis-à-vis du corps médical, de nature à occasionner des difficultés parce que les patientes et patients croient que leur état va s'améliorer rapidement.

Traitement

Check-list – Traitement

Objectif	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fournir une indication rationnelle (même en présence de barrières linguistiques, d'une approche différenciée à la maladie, d'une souffrance intense) ■ Mettre les dossiers d'informations à la disposition de l'équipe médicale et de l'équipe de prise en charge ■ S'assurer que l'équipe médicale et l'équipe soignante ont connaissance de la position de la patiente ou du patient sur sa maladie et savent ce qu'elle ou qu'il attend du traitement 	Indication
Suggérer la mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> ■ Organiser des colloques interdisciplinaires (p. ex. unités spécialisées dans le traitement de la douleur) ■ Acquérir des connaissances sur les concepts de maladie et de thérapie dans d'autres cultures ■ Favoriser le coaching et la supervision 	
Evaluation des mesures	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mesure des résultats ■ Audits ■ Enquête auprès des membres du personnel ■ Enquête de supervision 	
Objectif	<ul style="list-style-type: none"> ■ Des règles régissant le recours à des interprètes qualifiés ont été établies ■ Leur intervention est facilitée ■ Veiller à ce qu'aucune décision thérapeutique ne soit prise sans être certain que les interlocuteurs se comprennent (sauf en cas d'urgence) 	Recours à des interprètes et information des patientes et patients sur les principales étapes du traitement
Suggérer la mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> ■ Faciliter le recours à des interprètes et à des membres du personnel capables d'intervenir en tant qu'interprètes ad-hoc ■ Fixer la procédure exacte de leur intervention ■ Faire appel à des parents ou référents pour la déclaration de consentement éclairé ■ Réfléchir au rôle de la personne chargée de l'interprétation ■ Fixer des standards généraux et énoncer des recommandations 	
Evaluation des mesures	<ul style="list-style-type: none"> ■ Audits ■ Enquête auprès des patientes et patients ainsi que du personnel 	
Objectif	<ul style="list-style-type: none"> ■ La qualité des soins correspond à celle dont bénéficient les patients autochtones 	Garantie d'un traitement rationnel
Suggérer la mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> ■ Garantir une bonne compréhension linguistique ■ Transmettre les bases de la compétence transculturelle (coaching, supervision, formation continue) 	
Evaluation des mesures	<ul style="list-style-type: none"> ■ Audits sur les standards ■ Enquête auprès des patientes et patients ainsi que du personnel aux aspects liés à la diversité ■ Etudes d'impact ■ Service des réclamations 	

Empowerment (autonomisation) des patientes et patients	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les ressources de la patiente ou du patient, ainsi que de celles de son entourage et de sa culture, sont systématiquement mises à profit ■ Le concept de maladie, tel que le migrant ou la migrante l'emploie, et des méthodes thérapeutiques traditionnelles sont pris en compte 	Objectif
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Etablir des règles pour la prise en compte de thérapeutes traditionnels ■ Acquérir des connaissances sur les méthodes thérapeutiques traditionnelles demandées par les patientes et patients ■ Etablir des standards ■ Assurer la formation continue et une sensibilisation générale du personnel aux aspects liés à la diversité 	Suggérer la mise en œuvre
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Audits sur les standards ■ Enquête auprès des patientes et patients ainsi que du personnel 	Evaluation des mesures

Sortie

Sortie

La sortie est l'occasion de poser les principes de la pérennité du traitement; un consentement éclairé détaillé, l'intégration de l'entourage et des professionnels qui prendront le relais revêtent ici une importance essentielle.

Check-list – Sortie

Information et organisation, suivi du traitement et triage	<ul style="list-style-type: none"> ■ Au moment de la sortie ou du transfert dans une autre institution, la patiente ou le patient et si nécessaire la famille sont informés de manière compréhensible du suivi et du traitement ultérieurs ■ Si nécessaire, le suivi du traitement est organisé ■ Les principaux référents ont été désignés ■ Ils ont été contactés ■ Si le traitement doit se poursuivre, des interprètes sont prévus pour l'entretien de sortie ■ Pour le traitement ultérieur, la patiente ou le patient a été adressé, dans la mesure du possible, à des thérapeutes maîtrisant sa langue principale 	Objectif
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fixer des standards clairs pour les procédures et les responsables de celles-ci ■ Mettre à disposition du matériel d'information ■ Etablir un passeport d'urgence avec les informations essentielles sur ce qu'il convient de faire en cas de nécessité ■ Remettre ou envoyer aussi à la patiente ou au patient une copie du rapport de sortie (à présenter aux médecins consultés) ■ Indiquer des médecins de famille dans les environs 	Suggérer la mise en œuvre
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Audits ■ Enquête auprès des services ou personnes chargés des traitements ultérieurs 	Evaluation des mesures

Informations de fond

Soins de santé pour les sans-papiers:

«Unité mobile» de soins communautaires à la Polyclinique de médecine de Genève

| Hans Wolff

Les migrantes et migrants dépourvus d'autorisation de séjour

On estime que 90% des 80 000 à 100 000 des sans-papiers¹ vivant en Suisse ne sont pas affiliés à l'assurance-maladie, et ce malgré une directive de l'Office fédéral des assurances sociales OFAS et de l'Office fédéral de la santé publique OFSP adressée en 2002 aux organismes d'assurance-maladie. Celle-ci prescrit que tous les sans-papiers demandant à s'affilier doivent être acceptés et qu'il convient de veiller à ce que les données les concernant ne soient pas transmises à la police des étrangers. Toutefois, le financement des cotisations constitue le principal obstacle, car les salaires perçus par les sans-papiers sont bas – à Genève en moyenne 1200 CHF par mois – et les cotisations élevées – à Genève toujours, plus de 400 CHF par mois. Ce fait est la principale raison expliquant le nombre élevé de sans-papiers ne disposant pas d'une assurance.²

Pour soulager la détresse de cette catégorie sociale marginale et améliorer son accès aux soins médicaux, la Polyclinique de médecine de Genève a créé, en 1996, l'Unité mobile de soins communautaires, ci-après dénommée «Unité mobile».

89% des patientes et patients soignés par l'«Unité mobile» sont des sans-papiers. A Genève, il s'agit principalement de femmes (60%) originaires d'Amérique latine (63%) qui restent en moyenne deux ans en Suisse et sont âgées de 20 à 40 ans. En général, elles disposent d'une très bonne éducation scolaire. On estime que la moitié d'entre elles sont titulaires diplôme de fin d'études secondaires et 30% d'un diplôme universitaire.

Les problèmes spécifiquement féminins sont le premier motif de consultation parmi les sans-papiers. Par ailleurs, ces femmes souffrent souvent d'une grande détresse psychique qui peut être expliquée par les poursuites policières potentielles, le fait qu'elles soient séparées de leur famille et de leurs enfants, ainsi que leurs conditions de travail difficiles.

Le but principal de l'«Unité mobile» est de permettre à des personnes sans assurance-maladie d'avoir accès aux soins de santé. Autres objectifs:

- Garantir l'accès aux soins de santé aux personnes qui vivent dans la pauvreté.
- Intégrer les activités de l'«Unité mobile» ainsi que ses patientes et patients dans le système de santé. Dès le départ, l'accent a été placé sur une mise en lien avec l'offre de soins de santé existante, en vue de réduire la stigmatisation et de tirer parti des ressources disponibles.
- Coordonner le réseau caritatif avec des organismes partenaires organisés au sein de la plate-forme genevoise contre la pauvreté.
- Effectuer des travaux de recherche visant à décrire les groupes cibles et leurs besoins en matière de santé, ainsi qu'à proposer des solutions.

Objectifs

¹ Longchamp C., Aebersold M, Rousselot B et Ratelband-Pally S (2005) Sans-papiers en Suisse: c'est le marché de l'emploi qui est déterminant, non pas la politique d'asile. Rapport final sur mandat de l'Office fédéral des migrations. gfs, Berne

² Syndicat interprofessionnel de travailleuses et travailleurs SIT (2003) Pour mettre au jour l'économie de l'ombre. Genève

L'accès aux soins de santé est régi et garanti par un dispositif de «gate keeping» (porte d'entrée), dont le personnel infirmier constitue la première étape pour les patientes et patients. Un accès libre et gratuit leur est garanti. Le personnel infirmier décide si une prise en charge médicale est nécessaire. Ce système de «gate keeping» filtre 70% à 80% des consultations médicales. Seuls 20% à 30% des patientes et patients sont orientés vers des médecins généralistes de la polyclinique. Ceux-ci assument eux aussi une fonction de «gate keeping» pour l'orientation des patients vers les médecins spécialistes de l'hôpital universitaire.

L'«Unité mobile» assure également une fonction de «gate keeping» par rapport à l'hôpital universitaire. Les patientes et patients qui sont adressés par l'«Unité mobile» ont accès à toutes les prestations médicales dont ils ont besoin (conformément au catalogue de prestations de la Loi sur l'assurance-maladie [LAMal]). Toutes les prestations proposées

Fonctionnement

par l'«Unité mobile» se réfèrent à ce catalogue. Elles répondent ainsi aux mêmes critères de qualité que les prestations offertes aux personnes relevant du régime d'assurance-maladie obligatoire.

Les mesures préventives constituent l'une des priorités de l'«Unité mobile», de façon à éviter les situations d'urgence et les pathologies graves généralement associées à des coûts élevés.

Parmi les lacunes les plus graves observées parmi les sans-papiers, on peut citer le contrôle des naissances. Ainsi, une enquête menée récemment auprès de femmes enceintes sans-papiers a révélé que 83% des grossesses menées à terme n'avaient pas été désirées. Parmi les femmes interrogées, 70% n'utilisaient aucun moyen de contraception.³ Le nombre des avortements est certainement très élevé. Il apparaît urgent d'élaborer des programmes de prévention adaptés et efficaces en la matière.

Coûts

Les coûts relatifs au personnel et aux prestations médicales de l'«Unité mobile» sont financés par l'hôpital universitaire et, partant, par le canton. De ce fait, toutes les prestations assurées par l'«Unité mobile» doivent également être effectuées dans les divers services des Hôpitaux Universitaires de Genève. Cela permet de financer intégralement les prestations diagnostiques et thérapeutiques: examens effectués par le médecin, interventions chirurgicales, analyses en laboratoire, examens radiologiques, etc. Une participation financière est demandée aux sans-papiers, en fonction du type d'intervention et de leurs ressources financières. Les patientes et patients payent environ 10% des coûts.

Autres modèles d'accès facilité aux soins de santé en Suisse

Les Hôpitaux Universitaires de Genève coordonnent et financent le modèle ci-dessus d'«Unité mobile» permettant aux sans-papiers d'accéder aux soins de santé. Les modèles utilisés en Suisse alémanique se fondent en général sur des initiatives privées. Les soins ambulatoires sont assurés par un réseau de médecins engagés. Les malades sans-papiers leur sont adressés par des services de médiation. Ces médecins travaillent souvent gratuitement ou pratiquent des tarifs très bas. Dès lors que des prestations diagnostiques et thérapeutiques onéreuses s'avèrent nécessaires, les patientes et patients n'ont souvent pas d'autre choix que de s'affilier à un organisme d'assurance-maladie, même si leurs ressources ne leur permettent de financer qu'un nombre limité de primes d'assurances. Les cantons de Bâle-Ville et de Vaud font figure d'exception: les sans-papiers désireux de s'affilier à un tel organisme bénéficient d'une subvention à hauteur de 50% à 70% de leur prime mensuelle. Comme le précise la directive susmentionnée, les sans-papiers ont droit à une réduction des primes, conformément aux dispositions légales en vigueur. Cependant, l'application concrète de ce principe est difficile et prend du temps.

Il existe en outre des modèles mixtes, par exemple à Lausanne où le principal service de médiation (Point d'Eau) est financé par des fonds privés, alors que la policlinique PMU relève des pouvoirs publics.

Globalement, l'accès des sans-papiers à la plupart des établissements hospitaliers suisses est difficile, à l'exception de ceux de Lausanne, Genève et Bâle où l'accueil semble être garanti.

Un travail en réseau entre les divers acteurs du système de santé paraît indispensable si l'on veut améliorer la situation. Les hôpitaux publics devraient notamment coopérer avec les autorités cantonales et prendre les mesures suivantes:

- Etat des lieux: répertorier les offres et possibilités de prestations ainsi que les principaux partenaires (associations, organisations non-gouvernementales [ONG], organisations pour les sans-papiers, services de médiation, médecins, personnel infirmier, sages-femmes, établissements hospitaliers, offices de la santé, etc.).
- Mise en réseau des divers acteurs du système de santé.
- Organisation du financement.
- Montage et promotion de projets permettant aux sans-papiers d'accéder aux soins de santé.
- Evaluation.

3 Wolff H et Stalder H (2005) Medizin für Menschen in Armut! – «Unité mobile» de soins communautaires» in Genf. Soziale Medizin 1: 36-39
Wolff H, Stalder H, Epiney M, Walder A, Irion O et Morabia A (2005) Health care and illegality: a survey of undocumented pregnant immigrants in Geneva. Soc Sci Med 60: 2149-2154

Interprétariat et traduction

L'étude de la pratique en Suisse et à l'étranger révèle que les institutions de santé disposent notamment des moyens de médiation linguistique suivants:

- Recours à des interprètes externes présents en personne (situation en face-à-face), traductrices et traducteurs interculturels, médiatrices et médiateurs interculturels (pour les définitions de ces termes veuillez vous reporter à la page 91).
- Intervention d'interprètes externes par téléphone.
- Recours à du personnel plurilingue en tant qu'interprète ad hoc.
- Utilisation de supports illustrés et linguistiques (pictogrammes; dictionnaires plurilingues).
- Recours à des membres de la famille ou à des personnes de référence.
- Utilisation de documents traduits.

Il est indispensable d'élaborer un concept global régissant le recours aux diverses méthodes de médiation linguistique, leur disponibilité et leur financement.

Les recommandations suivantes se limitent aux principaux éléments. Pour le reste, veuillez vous reporter aux informations de fond aux pages 65 à 70 et suivantes.

Interprétariat et traduction

| Peter Saladin

Check-list – Interprétariat et traduction

Objectif	<ul style="list-style-type: none"> ■ La disponibilité d'interprètes externes pour des interventions prévisibles est assurée 	Recours à des interprètes externes (situation de face-à-face)
Suggérer la mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> ■ Etablir une analyse des besoins (nature et ampleur des interventions possibles, langues, ressources internes et externes) ■ Définir des principes et règles organisationnels pour les services d'interprétariat ■ Engager des coopérations avec des organisations spécialisées externes (p. ex. INTERPRET, associations d'entraide, centrales de traduction interculturelle, page 83) ■ Exploiter les synergies avec d'autres institutions et offices publics (p. ex. délégués aux étrangers des cantons et municipalités) ■ Organiser la formation des collaboratrices et collaborateurs en coopération avec des interprètes ■ Fixer un budget pour les services d'interprétariat et en assurer le financement 	
Evaluation des mesures	<ul style="list-style-type: none"> ■ Gestion de la qualité ■ Enquête auprès des patientes et patients ■ Collaboration avec des organisations spécialisées pour vérifier la qualité du travail des interprètes 	
Objectif	<ul style="list-style-type: none"> ■ La disponibilité d'interprètes externes est assurée 24 heures sur 24 et pour toutes les langues ■ L'institution soutient les efforts menés au niveau cantonal et national pour les services d'interprétariat téléphonique 	Intervention d'interprètes externes par téléphone (page 67)
Suggérer la mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> ■ Effectuer une analyse des besoins pour les services d'interprétariat téléphonique ■ Vérifier la faisabilité technique et les conditions requises ■ Définir des principes d'intervention et d'organisation ■ Exploiter les synergies avec d'autres institutions et offices publics ■ Engager des coopérations avec des organisations spécialisées externes ■ Former les collaboratrices et collaborateurs en coopération avec des interprètes travaillant par téléphone 	
Evaluation des mesures	<ul style="list-style-type: none"> ■ Gestion de la qualité ■ Enquête auprès des patientes et patients 	

Recours au personnel plurilingue en tant qu'interprète ad hoc (informations de fond, page 65)	<ul style="list-style-type: none"> ■ La disponibilité des interprètes ad hoc est assurée ■ Effectuer une analyse des besoins ■ Définir des critères distinctifs par rapport aux interprètes externes ■ Constituer et mettre à jour une banque de données linguistique interne ■ Définir des critères requis pour l'enregistrement du personnel plurilingue dans la banque de données linguistique ■ Organiser le système et fixer le montant des indemnités ■ Organiser la formation des interprètes ad hoc et des personnes menant les entretiens ■ Gestion de la qualité ■ Enquête auprès des patientes et patients ■ Evaluation des collaboratrices et collaborateurs 	Objectif Suggérer la mise en œuvre Evaluation des mesures
Supports imagés et linguistiques (pictogrammes et dictionnaires) (informations de fond, page 68)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Des supports linguistiques sont disponibles et leur utilisation est recommandée ■ Effectuer une analyse des supports illustrés, linguistiques et audiovisuels, notamment dans le domaine des soins ■ Examiner les collections et exemplaires disponibles ■ Définir des principes et règles organisationnels ■ Exploiter les synergies avec d'autres organisations spécialisées ■ Engager des coopérations avec des organisations spécialisées externes ■ Organiser la formation des collaboratrices et collaborateurs à l'utilisation de ces supports imagés et linguistiques ■ Gestion de la qualité ■ Enquête auprès des patientes et patients ■ Evaluer dans quelle mesure les supports illustrés et linguistiques utilisés sont compréhensibles et efficaces, et ce avant et après leur utilisation 	Objectif Suggérer la mise en œuvre Evaluation des mesures
Recours à des membres de la famille et à des personnes de référence	<ul style="list-style-type: none"> ■ Le recours à des membres de la famille et à des personnes de référence, notamment des enfants, est fondamentalement évité ■ Etablir des règles simples ■ Tenir compte des risques (partialité, informations erronées, protection de la famille) ■ Ne faire appel à ces personnes qu'à la demande expresse des intéressés pour des entretiens courants (page 66) ■ Gestion de la qualité ■ Enquête auprès des patientes et patients 	Objectif Suggérer la mise en œuvre Evaluation des mesures
Utilisation de documents traduits	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les informations importantes sont disponibles dans les langues les plus répandues parmi la population migrante ■ Fixer des règles pour la traduction de documents ■ Travailler avec des services professionnels de médiation de traductions (pages 83 à 86) ■ Gestion de la qualité ■ Enquête auprès des patientes et patients 	Objectif Suggérer la mise en œuvre Evaluation des mesures

Informations de fond

Interprétariat à l'hôpital: répertoire des collaboratrices et collaborateurs ayant des compétences linguistiques, les former et les faire intervenir de façon ciblée

Synthèse d'un rapport de recherche sur mandat du Réseau MFH¹

Alexander Bischoff

Regine Steinauer

Elisabeth Kurth

La communication entre les patientes, les patients et le personnel des institutions de santé a une influence décisive sur l'évolution de la maladie. L'analyse de la littérature idoine montre que les erreurs de diagnostic et les traitements inadaptés sont plus fréquents lorsque les échanges sont difficiles parce que la patiente ou le patient et leurs interlocuteurs ne parlent pas la même langue. Cette situation peut également induire une profonde insatisfaction chez le patient et peser sur la compliance.

Diverses approches sont possibles pour surmonter les barrières linguistiques dans le système de santé. Les établissements hospitaliers recrutent de plus en plus de médecins et personnels soignants plurilingues. Par ailleurs, la coopération avec des services d'interprétariat externes s'est elle aussi développée en Suisse, surtout ces dernières années. Cela dit, l'expérience prouve que du fait d'un manque d'information, cette offre n'est utilisée que de façon limitée; de plus, des facteurs tels que des considérations financières et des incertitudes concernant le recours à des services professionnels entrent également en jeu. Au quotidien, des proches des malades ou divers personnels présents par hasard sont sollicités pour de l'interprétariat ad hoc. Le fait que l'intervention de ces personnes puisse créer de graves problèmes est largement démontré dans la littérature.

Il ressort de nombreuses études que la présence d'interprètes lors des entretiens avec les patientes et patients est la meilleure solution en termes de traduction et, au-delà, de médiation culturelle. Interrogés à propos des inconvénients de cette méthode, les collaboratrices et collaborateurs des institutions de santé citent principalement le manque de disponibilité de ces interprètes et la nécessité de planifier leurs interventions à l'avance. Par ailleurs, ils émettent des doutes sur la capacité de ces personnes à comprendre les termes médicaux et à les traduire correctement. De plus, certains professionnels de la santé estiment que la présence d'interprètes lors des entretiens complique leur travail. En revanche, la présence dans l'institution de personnel plurilingue susceptible d'intervenir en qualité d'interprète ad hoc présente des avantages évidents: ils sont disponibles rapidement et comprennent la terminologie médicale. Les connaissances relatives à diverses pathologies dont disposent les interprètes ad hoc sont particulièrement appréciées dans les cliniques psychiatriques. Au chapitre des inconvénients, les personnes interrogées citent les tensions qui peuvent naître au sein d'une équipe lorsqu'une personne doit assumer le travail d'un ou d'une collègue qui quitte son poste pour aller interpréter.

Outre la revue de la littérature idoine, le présent rapport de recherche se fonde sur des enquêtes menées dans les Cliniques universitaires psychiatriques de Bâle (UPK) et les Policliniques psychiatriques universitaires de Bâle (PUP). Les professionnels disposant de connaissances linguistiques ont été recensés. S'ils sont d'accord, ils sont formés à l'interprétariat puis enregistrés dans la banque de données interne en qualité d'interprètes ad hoc. Les 18 collaboratrices et collaborateurs retenus parlent 11 langues différentes au total et disposent en général d'une expérience en tant qu'interprètes ad hoc. Leurs compétences linguistiques n'ont pas été vérifiées. Des «Lignes directrices pour la création d'une base de données interne à l'hôpital» ont été formulées dans le cadre de ces enquêtes. Elles présentent la procédure à mettre en œuvre au niveau de la gestion organisationnelle et soulignent la nécessité d'intégrer cette banque de données dans un concept transculturel plus large.

L'un des objectifs de l'étude était de définir des critères permettant d'opter soit pour des interprètes externes, soit pour des interprètes ad hoc internes.

Un débat sur ces questions a été organisé dans le cadre de focus groups puis complété par l'étude d'ouvrages ciblés. Neuf critères ont été identifiés. Pour faciliter leur application dans la pratique, ils sont présentés ci-après sous forme de diagramme décisionnel. On peut en conclure que pour les entretiens prévisibles et complexes, fortement marqués

¹ Le rapport de recherche peut être téléchargé à l'adresse suivante:

par des aspects émotionnels et/ou culturels, il vaut mieux s'adresser à des interprètes externes. En revanche, lorsque l'entretien présente un caractère isolé, qu'il a un contenu simple et une durée limitée, on peut tout à fait faire appel à des interprètes ad hoc.

Critères de décision

Urgence	élevée	faible
Prévisibilité	mauvaise	bonne
Durée	limitée	longue
Complexité	faible, concrète	élevée, abstraite
Portée/conséquences pour les patientes et patients	faibles	importantes
Disponibilité de l'interprète	bonne, à court terme	bonne, moyenne
Dimension émotionnelle	faible	élevée
Aspects culturels et religieux	limités	nombreux
Rendez-vous ultérieur	non prévu	prévu
	→ Interprètes ad hoc internes	→ Interprètes externes

La qualité de l'entretien de dialogue avec les patientes et patients de langue étrangère ne dépend pas seulement de la qualité de la prestation de l'interprète. Le professionnel qui mène la consultation peut lui aussi contribuer à améliorer la qualité de la traduction. Parmi les principales recommandations relatives aux interprètes, à l'adresse des médecins et du personnel soignant, qui figurent dans le rapport de recherche, on peut citer l'information des interprètes sur le contexte et l'objectif de l'entretien, l'utilisation d'un style clair par l'orateur ainsi que l'emploi par celui-ci de phrases courtes et facilement compréhensibles.

Sur la base de l'étude disponible, on peut formuler les recommandations, voire propositions d'amélioration suivantes dans le cadre du recours à des interprètes:

- Travailler en priorité avec des interprètes certifiés, si possible par INTERPRET.
- Eviter, dans la mesure du possible, de faire appel à des proches des malades et à du personnel de l'hôpital non formé à l'interprétariat ad hoc.
- Ne recourir aux collaboratrices et collaborateurs en qualité d'interprète ad hoc que s'ils ont suivi une formation idoine et si l'institution offre un cadre structurel adapté.
- L'institution ne peut faire appel à ces personnels qu'avec leur accord.
- La création d'une banque de données interne répertoriant les collaboratrices et collaborateurs disposant de connaissances linguistiques ne doit pas être considérée comme une mesure permettant, à elle seule, de surmonter les barrières linguistiques. Une banque de données interne n'a de sens que si le personnel est soigneusement recruté et formé, si la liste est régulièrement actualisée, complétée et évaluée.
- Dans la base de données, il serait bon que les langues les plus répandues soient représentées par plusieurs interprètes ad hoc féminins et masculins. C'est en effet la seule manière d'en tirer le meilleur avantage: pouvoir faire appel rapidement à ces personnes. La création et l'exploitation d'une base de données linguistique interne sont moins utiles dans une petite institution employant un nombre restreint de personnel de langue étrangère.
- Il convient de formuler un concept d'interprétariat propre à l'institution. Celui-ci devrait porter sur l'intervention d'interprètes professionnels, mais aussi sur le recours à des collaboratrices et collaborateurs plurilingues en qualité d'interprètes ad hoc. Par ailleurs, il serait utile que ce concept englobe des informations écrites relatives aux patientes et patients dans les langues les plus courantes.
- Les compétences linguistiques des collaboratrices et collaborateurs de langue étrangère intéressés par l'interprétariat ad hoc sont à vérifier au moment de l'embauche.

Informations de fond

Interprétariat téléphonique à l'hôpital

Synthèse d'un rapport de recherche sur mandat du Réseau MFH¹

Alexander Bischoff

Florian Grossmann

Les barrières linguistiques représentent un défi pour tous les acteurs du domaine de la santé. Pour permettre à tous les patients de langue étrangère d'accéder aux prestations infirmières et médicales, différentes stratégies sont en discussion. La stratégie centrale consiste sans aucun doute en la mise en place de services de médiation avec des interprètes professionnels. Comme mesures d'accompagnement, on peut indiquer le recours au personnel plurilingue de l'institution ainsi que l'interprétariat téléphonique (IT).

Ce rapport se concentre sur la question de savoir dans quelle mesure l'interprétariat téléphonique peut être un moyen adéquat pour surmonter les barrières linguistiques. Il se fonde sur des rapports expérimentaux, avis d'experts, résultats d'enquêtes, études cliniques et autres publications de la bibliographie internationale. Il s'avère que l'IT est considéré de manière prépondérante comme une bonne méthode d'interprétariat. Voici une brève présentation des résultats:

- Diverses études cliniques démontrent une grande satisfaction des patients et des médecins, ainsi qu'une amélioration de la qualité de communication. Les patients acceptent l'IT au même titre que la présence de l'interprète en personne (dénommé aussi «face-to-face», FTF).
- Selon une enquête, les professionnels de certains services des urgences anglais appuient la mise en place d'un service d'interprétariat téléphonique national. L'IT se démontre judicieux surtout dans le cas des langues rares. La prompte disponibilité du service est mise en évidence.
- Une enquête menée auprès des médecins suisses a démontré que l'IT n'est pas considéré comme étant une priorité. Des documents de stratégie sélectionnés, parmi ceux-ci les «National Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services (CLAS) in Health Care» du U.S. Department of Health and Human Services et d'autres documents de stratégie, ont été examinés dans le cadre de l'étude (page 106). L'IT est reconnu comme une offre complémentaire aux services d'interprètes ou aux interprètes internes de la clinique présents à l'entretien, auquel on peut faire recours lorsqu'un interprète doit intervenir rapidement ou lorsqu'il s'agit de langues rares. Il est formellement déconseillé d'interpeller des membres de la famille ou des amis comme interprètes.

Des points de vue d'experts ont été recueillis dans le cadre de six autres études de cas portant sur des services d'interprétariat téléphonique (SIT).² Les résultats de ces études de cas préchent clairement en faveur de la méthode de l'interprétariat téléphonique.

Les conditions dans lesquelles un SIT peut avoir du succès peuvent être résumées comme suit:

- Un SIT devrait être offert à tous les patients et patientes qui ne maîtrisent pas suffisamment la langue locale.
- Un SIT devrait être organisé à l'échelle nationale. Il doit être disponible 24 heures sur 24. Tous les hôpitaux devraient avoir accès à un SIT; les petites institutions en particulier pourraient en tirer profit. L'utilisation de la part du personnel devrait être la plus simple possible et faire l'objet d'une convention entre le fournisseur du SIT et l'hôpital. Il faudrait que tous les groupes professionnels de l'hôpital qui travaillent en contact avec les patientes et patients aient accès à cette offre. Celle-ci devrait être réalisée en collaboration et sous la coordination d'INTERPRET, ou de ses traducteurs et médiateurs communautaires.
- Des lignes directrices devraient être préparées et mises à disposition des hôpitaux pour aider le personnel médical et infirmier à décider quand un interprète devrait être interpellé et quelle méthode doit être utilisée. Les utilisateurs devraient être formés quant aux relations avec les interprètes face-à-face ou au téléphone.
- Les conditions techniques doivent être réalisées (appareils téléphoniques munis d'un dispositif mains libres pour les utilisateurs). Du côté des fournisseurs, un SIT impose des exigences élevées en termes de technologie de la communication et requiert des logiciels faits sur mesure.

¹ Le rapport de recherche peut être téléchargé à l'adresse suivante: www.hplus.ch ▶ Solutions de branche ▶ Migrant Friendly Hospitals

² Inter Service Migrants ISM, Paris, Academisch Medisch Centrum AMC, Amsterdam, Kantonsspital Baden KSB, Baden, Kolding Sygehus Danemark, Harbourview Medical Center HMC, Seattle and Pacific Interpreters USA, Boston Medical Center BMC, Boston

- La qualité des prestations d'un IT doit pouvoir être vérifiée. Dans ce contexte s'inscrivent la certification des interprètes, effectuée par exemple par INTERPRET, ainsi qu'une garantie continue de la qualité, par exemple sous la forme d'évaluation d'entretiens enregistrés.
- L'IT devrait être considéré comme un complément à l'interprétariat FTF.

La création d'un SIT national en Suisse serait, au vu de l'état actuel des connaissances, une mesure très prometteuse en vue d'un accès équitable pour tous aux prestations du système de santé. Allié à d'autres mesures (services de médiation, services régionaux d'interprétariat FTF, recensement et formation de personnel plurilingue dans les institutions de santé), un SIT pourrait être un pas supplémentaire pour surmonter les barrières linguistiques auxquels les patientes et patients de langue étrangère sont confrontés.

Informations de fond

Madeline Wick Marcoli

Utilisation possible de pictogrammes pour améliorer le dialogue avec les patients migrants dans les hôpitaux suisses

Synthèse d'un rapport de recherche sur mandat du réseau MFH¹

Le but de cette recherche était la formulation de lignes directrices et de recommandations à l'attention des hôpitaux suisses en vue de l'utilisation de pictogrammes dans la communication transculturelle à l'hôpital, en particulier dans le domaine médical et infirmier. La recherche a été axée sur les collections de pictogrammes existantes ainsi que sur les avantages et les risques de leur utilisation dans le domaine de la compréhension transculturelle. Le procédé était articulé en deux phases principales de travail: une enquête auprès du personnel spécialisé et une recherche bibliographique et sur Internet. En tout, ce sont 41 expertes et experts d'institutions de santé (notamment des hôpitaux), de l'administration et de la recherche en Suisse et à l'étranger qui ont été interrogés à ce sujet. En outre, la recherche s'est étendue à une sélection d'ouvrages concernant les domaines spécialisés les plus variés (banques de données électroniques, bibliothèques et moteurs de recherche Internet), et le tout a été évalué en relation avec ce problème.

Les pictogrammes peuvent être définis comme étant «une représentation créée par l'être humain en vue d'une communication rapide et univoque, ne dépendant ni de la langue, ni des mots, dans le but d'attirer l'attention sur ou d'indiquer quelque chose». ² Pour répondre à la nécessité d'être compris indépendamment de l'écriture, de la langue et de la provenance socioculturelle, les pictogrammes sont en partie soumis à des normes internationales sévères. L'uniformité des pictogrammes normalisés reste souvent une simple exigence théorique. Dans la pratique, selon la situation géographique ou le contexte socioculturel, une multiplicité de variantes coexiste.

Dans les hôpitaux suisses, les collections de pictogrammes ne sont utilisées que dans des cas isolés pour faciliter la compréhension transculturelle avec les patients de la population migrante, et leur emploi n'est pas systématique. Les enquêtes menées à l'étranger ont révélé une situation semblable. Celle-ci perdure malgré les appels de la part de professionnels des soins qui considèrent que leur besoin de pictogrammes ou autre matériel visuel est urgent. Si, dans le secteur hospitalier, des aides externes à la communication sont employées, il s'agit en grande partie, outre les traductrices et traducteurs communautaires, de documentations écrites dont le texte a été enrichi d'images pour en améliorer l'intelligibilité. Du matériel audiovisuel ou des enregistrements audio entre autres sont également utilisés.

La question essentielle pour pouvoir juger de la possibilité, ainsi que des avantages et des risques de l'utilisation des pictogrammes, consiste à savoir quelle est leur efficacité, et donc leur intelligibilité. Celle-ci dépend d'un grand nombre de facteurs. Les qualités formelles du dessin ne sont pas les seuls facteurs déterminants. Le contexte dans lequel ils sont utilisés ainsi que les caractéristiques du destinataire potentiel de l'information sont tout aussi importants. La

1 Le rapport de recherche peut être téléchargé à l'adresse suivante: www.hplus.ch ▶ Solutions de branche ▶ Migrant Friendly Hospitals

2 Abdullah R, Hübner R (2005) Piktogramme und Icons. Pflicht oder Kür? Hermann Schmidt, Mainz

signification des symboles doit être connue de la source et du destinataire, ce qui requiert des conventions, ou du moins des consultations, ou la faculté globale d'association de ces représentations. Les avantages et les risques de l'utilisation de pictogrammes peuvent se résumer comme suit:

- Avantages**
- Communication rapide et simple.
 - Communication indépendante de la langue, des mots et de la culture.
 - Nature compacte de l'information sous une forme occupant peu d'espace.
 - Utilisation d'un type de représentation cognitive de l'information différent du langage écrit.
 - Effet de signalisation et d'indication: se prête à l'introduction thématique d'un entretien.
 - Utilisation plus simple par rapport aux messages rédigés par écrit.
 - Meilleure acceptation du matériel écrit.
 - Amélioration de l'intelligibilité du matériel écrit et de la capacité à se rappeler des textes complexes et abstraits, même pour les groupes moins lettrés de la population.
- Risques**
- Dans la pratique, une intelligibilité universelle n'est pas garantie.
 - Il est nécessaire de tester minutieusement les pictogrammes dans le secteur où ils seront utilisés en tenant compte des groupes cibles.
 - En règle générale, la signification des pictogrammes doit être apprise, en particulier pour ceux qui sont abstraits.
 - Les outils basés sur des images sont toujours associés à une certaine incertitude, car leur intelligibilité n'est pas garantie. C'est pourquoi il est souvent nécessaire de s'assurer qu'ils sont bien compris, grâce notamment à des explications ou à un texte écrit.
 - Un refus possible de la part de la patiente ou du patient face à l'introduction dans l'entretien d'un nouveau moyen de communication indépendant du langage.
 - L'introduction d'un matériel de communication innovateur rend nécessaire la formation du personnel soignant, donc des ressources personnelles et financières.

La politique de communication interne de l'hôpital doit être examinée en tenant compte de la diversité socioculturelle des patientes et des patients ainsi que de la part substantielle de personnes moins lettrées, et doit être modifiée si nécessaire. Les messages du domaine de la santé et les images doivent être axés sur les besoins en information des groupes cibles. Lors du choix des stratégies d'information, il y a lieu de tenir compte de l'appartenance ethnique, de l'âge, du sexe et du degré d'instruction.

La formation du personnel de santé dans les hôpitaux en vue de l'emploi de ressources externes dans la communication transculturelle doit être assurée.

L'utilisation de pictogrammes comme moyens de communication non linguistiques doit être étudiée pour les situations quotidiennes concrètes et pratiques dans le domaine des soins transculturels ou dans le quotidien de la station. Pour la communication et la discussion d'informations complexes et médicales importantes pour la prise de décision, ou médico-légales, des interprètes communautaires doivent être impliqués.

L'emploi de pictogrammes comme complément visant à améliorer l'intelligibilité du matériel d'information écrit et la capacité à s'en rappeler ne concerne seulement la transmission d'informations dans le contexte de la migration, mais répond également aux préoccupations face à la part d'adultes ayant une instruction insuffisante, patientes et patients suisses compris.

Le besoin de pictogrammes, exprimé en particulier par le domaine infirmier, pour faciliter la communication avec les patientes et les patients d'origine migrante devrait être pris en considération dans le cadre d'un projet pilote national. Il s'agirait en particulier de sélectionner un nombre limité de situations quotidiennes pertinentes du point de vue infirmier (p. ex. nutrition/repas) et d'élaborer des supports visuels y afférents qui soient simples et faciles à utiliser. Il est

**Recommandations
aux institutions de santé**

**Recommandations respectivement
pour le projet Migrant-Friendly
Hospitals (MFH) et pour
H+ Les Hôpitaux de Suisse**

recommandé d'examiner d'autres types de supports visuels (p. ex. dessins ou photographies) en plus des pictogrammes.

Dans le cadre d'un projet national, des dictionnaires hospitaliers, c'est-à-dire des listes de mots et de phrases traduits pour les divers domaines, devraient être établis à l'attention des hôpitaux suisses. Il convient en outre d'évaluer le dictionnaire hospitalier de la région de desserte hospitalière Saint-Gall-Rorschach et de mettre à profit les expériences existantes relatives à l'élaboration et à l'utilisation de dictionnaires hospitaliers en Suisse et à l'étranger dans le cadre du projet national.

Recommandations à la Confédération

Diverses thématiques devraient être approfondies dans le cadre de travaux de recherche, notamment: les relations entre l'instruction et la santé en Suisse, les implications d'un niveau d'instruction peu élevé dans la transmission d'informations de santé et les limites des outils d'information innovants (p. ex. images).

Formation des collaboratrices et collaborateurs

La formation à la compétence transculturelle poursuit trois objectifs:

- Garantir la qualité du traitement dispensé aux populations migrantes dans un esprit d'égalité des chances et de non-discrimination.
- Sécuriser les personnels travaillant avec des migrantes et migrants afin de limiter le stress et les fautes professionnelles.
- Eviter les coûts superflus et, ainsi, accroître l'efficacité.

La diversité, la migration et la santé sont des sujets transversaux qui touchent à de nombreux domaines d'intervention et d'application. Ces thématiques mettent en jeu des comportements, des perceptions et des savoirs, mais aussi des techniques et des compétences. Chaque formation doit bien entendu être adaptée aux besoins de l'institution et des personnes à former. En plus de la formation continue systématique des équipes, des événements particuliers à l'intérieur ou à l'extérieur de l'établissement peuvent motiver l'organisation de formations.

A des fins d'exhaustivité, nous rappelons que la diversité, la migration et la santé devraient être traitées dans toutes les formations liées aux professions de santé. Cet impératif est à mettre en œuvre dans le cadre de la politique de formation fédérale et cantonale. La révision de nombreux cursus relatifs à des professions de santé offre une bonne occasion d'y intégrer ces thématiques.

Formation des collaboratrices et collaborateurs

| Joachim Wohnhas

Check-list – Formation des collaboratrices et collaborateurs

Fondements de l'entreprise	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les formations relatives à la diversité, la migration, la discrimination et la santé sont intégrées dans la charte et la stratégie de l'institution ■ La direction de l'institution a donné mandat dans ce sens aux responsables de la formation 	Objectif
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Vérifier les fondements existants ■ Fixer des objectifs généraux 	Suggérer la mise en œuvre
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Audit stratégique 	Evaluation des mesures
Planification des formations	<ul style="list-style-type: none"> ■ La planification à moyen et long terme des formations continues est arrêtée; celles-ci sont assorties d'objectifs généraux ou spécifiques à certains groupes professionnels et leur réalisation concrète est établie ■ Les modules de formation facultatifs ou obligatoires selon les catégories de personnel sont déterminés ■ Objectifs de formation généraux: développer les compétences professionnelles existantes dans une perspective axée sur la diversité, la migration et la santé; fournir des connaissances spécifiques sur le sujet; apprendre des méthodes et techniques adaptées; adopter un comportement intégrant la compétence transculturelle et la coopération interdisciplinaire ■ Objectifs de formation ciblés sur une situation donnée: après des événements particuliers ayant eu lieu dans un service; ou en réaction à des facteurs externes ou à des évolutions politiques; dans le cadre du lancement d'une nouvelle charte ou d'une nouvelle politique d'entreprise 	Objectif
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Recenser régulièrement les besoins, notamment du personnel intéressé ■ Associer les personnes issues de la migration ■ Adapter le type de cours aux besoins: formation indépendante (formation d'impulsion); formation s'inscrivant dans la formation interne régulière à caractère spécifique ou interdisciplinaire; association avec des thèmes spécifiques (p. ex. naissance; réhabilitation); engager des coopérations avec d'autres institutions de santé; proposer des ateliers pratiques, des études de cas (intradisciplinaires ou interdisciplinaires) 	Suggérer la mise en œuvre
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Enquête auprès des patientes et patients ■ Evaluation des besoins par les collaboratrices et collaborateurs ■ Evaluation de chaque action de formation 	Evaluation des mesures
Formatrices et formateurs	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les intervenantes et intervenants disposent de qualifications spécifiques en rapport avec les objectifs fixés 	Objectif
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Coopérer avec des instituts universitaires, des organisations spécialisées et des experts ■ Mettre à disposition des argumentaires pour les questions les plus fréquentes en rapport avec l'égalité des chances, la non-discrimination et le racisme 	Suggérer la mise en œuvre
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Gestion de la qualité ■ Evaluation de chaque formation 	Evaluation des mesures
Ressources financières	<ul style="list-style-type: none"> ■ Le financement des formations est organisé et assuré 	Objectif
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mettre à disposition des crédits budgétaires et des fonds de tiers 	Suggérer la mise en œuvre
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Audit stratégique 	Evaluation des mesures
Programme cadre	<ul style="list-style-type: none"> ■ Le programme de formation relatif à la diversité, la migration et la santé est disponible 	Objectif
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Adapter l'exemple décrit (page 73) aux besoins de l'institution 	Suggérer la mise en œuvre
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Evaluation des diverses formations 	Evaluation des mesures

Informations de fond

Exemple de programme cadre pour la formation interdisciplinaire sur la diversité, la migration et la santé dans les services d'obstétrique, de soins infirmiers, de médecine et de management

Joachim Wohnhas

Le programme cadre ci-après a été élaboré, sur une base interdisciplinaire, dans le cadre d'un échange d'expérience entre des spécialistes de la formation. Il se décompose en six blocs thématiques et doit être adapté aux besoins de l'institution, tant sur le contenu que sur la forme.

Interaction

Buts	<input type="checkbox"/> Assurer un accès égal aux services de santé et participer aux développements actuels	Egalité des chances, barrières d'accès et santé
Compétences	<input type="checkbox"/> Capacité à assurer un accès égal aux prestations, à connaître les liens entre diversité, migration et santé. Capacité à prendre position face aux développements actuels de la politique en la matière et en tirer les conséquences dans sa pratique professionnelle	
Contenus	<input type="checkbox"/> Dignité humaine, égalité des chances, «culturalisme», stéréotypes, discrimination et racisme <input type="checkbox"/> Influence des médias et de la politique <input type="checkbox"/> Barrières d'accès au système de santé spécifiques aux migrantes et migrants <input type="checkbox"/> Informations spécifiquement destinées à la population migrante sur le système suisse de santé <input type="checkbox"/> Offres spécifiques pour les migrantes et migrants dans le domaine de la santé <input type="checkbox"/> Conséquences des conditions de vie de la population migrante sur l'état de santé <input type="checkbox"/> Migration, douleurs et invalidité <input type="checkbox"/> Spécificités épidémiologiques de la migration (VIH/sida, toxicomanie, etc.) <input type="checkbox"/> Migration et santé publique (interventions aux niveaux fédéral et cantonal) <input type="checkbox"/> Travail de prévention spécifique à la migration <input type="checkbox"/> Développement d'une organisation transculturelle et management de la diversité <input type="checkbox"/> Interdisciplinarité et interprofessionnalité en matière transculturelle	

Communication

Buts	<input type="checkbox"/> Assurer une compréhension de base et communiquer de façon satisfaisante avec les migrantes et les migrants	Interprétariat, ethnologie médicale
Compétences	<input type="checkbox"/> Capacité à garantir une compréhension de base adéquate et à communiquer de façon appropriée et satisfaisante dans différents contextes <input type="checkbox"/> Capacité à négocier le processus de soins, en intégrant les modèles explicatifs du déroulement des maladies propres aux patientes et patients	
Contenus	<input type="checkbox"/> Moyens de communication spécifiques à la migration (images, pictogrammes, vidéo, brochures dans la langue principale) <input type="checkbox"/> Interprétariat professionnel <input type="checkbox"/> Communication non verbale <input type="checkbox"/> Réalisation d'une relation dès le premier contact <input type="checkbox"/> Anamnèse centrée sur les spécificités de la migration <input type="checkbox"/> Concept d'explicitation et concept «Illness / Disease» d'après Kleinman <input type="checkbox"/> Concepts d'équilibre et d'harmonie (systèmes de médecine galénique et autres) <input type="checkbox"/> Représentations du corps et de l'âme <input type="checkbox"/> Magie, obsession et autres concepts sociaux et surnaturels concernant les causes des maladies <input type="checkbox"/> Somatisation versus psychologisation <input type="checkbox"/> Ethnopsychiatrie	

Intégration

Asile, migration, notion de culture	<ul style="list-style-type: none"> ■ Estimer correctement les problèmes juridiques, sociaux et économiques rencontrés par les migrants en référence à son propre cadre socioculturel 	Buts
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Capacité à saisir et à évaluer les problèmes juridiques, sociaux et économiques spécifiques à la migration, à identifier ses propres cadres socioculturels de référence et à les remettre en question. Capacité à comprendre leur influence sur l'interaction et l'intervention, et capacité à adapter son intervention à ces données 	Compétences
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Concepts d'intégration ■ Droit des étrangers et droit d'asile ■ Conditions de vie dans le contexte migratoire ■ Séjours incertains et conséquences sur les modes de vie ■ Respectivement sans papiers migration illégale ■ Enfants et jeunes dans le contexte migratoire ■ Changement de la notion de culturel en ethnologie ■ Culturalisme et stéréotypes ■ Concept des compétences transculturelles ■ L'étranger et l'autre (approches ethnopsychanalytiques) 	Contenus

Systèmes sociocentrés

Coopération avec des systèmes sociocentrés, des associations d'entraide, potentiels, mise en réseau	<ul style="list-style-type: none"> ■ Collaborer avec les systèmes et institutions des migrantes et migrants, en intégrant les potentiels de ceux-ci 	Buts
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Capacité à comprendre le fonctionnement des systèmes sociocentrés et à collaborer avec ceux-ci en intégrant leurs ressources ■ Capacité à reconnaître ses propres limites et les contraintes externes. Capacité à s'organiser ainsi qu'à collaborer avec les réseaux existants et les services externes 	Compétences
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Systèmes sociocentrés versus systèmes centrés sur l'individu ■ Compréhension des rôles dans les systèmes sociocentrés ■ Familles migrantes ■ Enfants migrants et leur entre-deux-mondes ■ Relations femmes-hommes dans les familles migrantes et leurs changements dans le contexte de la migration ■ «Familiarité» versus distance, voire attitude professionnelle ■ «Empowerment» (autonomisation) et activité professionnelle orientée vers les ressources ■ Violence dans les familles migrantes ■ Collaboration avec les réseaux de migrants, institutions spécialisées et autres services ■ Intégration des médiateurs interculturels en tant qu'agents de liaison 	Contenus

Traumatismes

Buts	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Détecter les traumatismes chez les patientes et patients issus de la migration et y réagir de façon adaptée 	Traumatismes chez les adultes et les jeunes
Compétences	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Capacité à détecter les traumatismes, à prendre en charge les personnes traumatisées et, si nécessaire, à faire appel à des professionnels 	
Contenus	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Notion de trauma <input type="checkbox"/> Traumatismes séquentiels <input type="checkbox"/> Syndrome de stress post-traumatique <input type="checkbox"/> Conseil et thérapie des migrants traumatisés <input type="checkbox"/> Victimisation secondaire <input type="checkbox"/> Familles traumatisées <input type="checkbox"/> Expérience de la guerre vécue par les enfants et adolescents 	

Genre

Buts	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Connaître les besoins spécifiques féminins et masculins des migrantes et des migrants et agir selon les spécificités des genres 	Aspects propres au genre dans le cadre de la migration
Compétences	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Capacité à reconnaître et à intégrer les aspects du contexte spécifique liés au genre dans la réalité des migrants et des migrantes, et accompagner ceux-ci de façon adaptée dans des secteurs de la santé propres aux femmes ou aux hommes 	
Contenus	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Changement de la représentation des rôles dans le contexte migratoire <input type="checkbox"/> Motifs de migration spécifiques aux femmes et aux hommes <input type="checkbox"/> Genre, migration et santé <input type="checkbox"/> Spécificités des genres dans les situations de travail et risques correspondants pour la santé <input type="checkbox"/> Grossesse, naissance, obstétrique <input type="checkbox"/> Contrôle des naissance et avortement <input type="checkbox"/> Femmes et emplois domestiques <input type="checkbox"/> Femmes et prostitution <input type="checkbox"/> Traite des femmes <input type="checkbox"/> Excision <input type="checkbox"/> Circoncision masculine 	

Les services centraux

| Peter Saladin

Les services centraux

Pour les patientes, patients, pensionnaires, membres de leurs famille, visiteuses et visiteurs, personnes de contact dans l'ensemble de l'environnement institutionnel, fournisseuses et fournisseurs, ainsi que de nombreux autres individus, le premier contact avec une institution de santé se fait généralement dans un contexte autre que médical ou paramédical: devant le panneau d'information à l'entrée de l'établissement, au guichet d'information, au bureau des admissions, à la cafétéria, en cherchant la chambre d'un malade ou en lisant du matériel d'information. Quelle impression l'institution entend-elle donner de ces lieux de contact aux personnes en quête d'informations, d'orientation et de communication, sachant en outre que celles-ci se trouvent souvent dans une situation difficile, voire douloureuse? L'organisation et l'aménagement de ces lieux ou services de contact jouent un rôle essentiel pour réaliser l'égalité des chances en matière d'accès aux prestations des institutions de santé.

Le terme de services centraux englobe ici tous les secteurs d'une institution qui fournissent des prestations aux patientes, patients, pensionnaires et, en partie aussi, aux personnels, en dehors des procédures médicales et paramédicales directes. Il s'agit notamment de services sociaux, du soutien religieux, de l'administration, des services d'hôtellerie et de restauration, des secteurs responsables de l'infrastructure, des services informatique et téléphonique. Le tableau ci-après s'attache plus particulièrement à certaines activités qui, comme le prouve l'expérience, jouent un rôle essentiel dans le processus de communication. Cela dit, cette liste n'est pas exhaustive.

Check-list – Les services centraux

Admission et sortie	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les entretiens d'admission et de sortie sont organisés de telle sorte que les patientes, patients ou pensionnaires en comprennent le contenu, connaissent leurs droits et devoirs, et obtiennent des réponses à leurs questions ■ Les collaborateurs et collaboratrices informent les nouveaux arrivants du matériel d'information disponible en langue étrangère ou des services de renseignements ■ Les collaboratrices et collaborateurs sont formés aux contacts avec les personnes issues de la migration 	Objectif
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Consigner les procédures par écrit et vérifier qu'elles soient intelligibles (auprès des intéressés) ■ Recruter du personnel plurilingue ■ Assurer la disponibilité des interprètes (par téléphone) ■ Tenir à disposition des traductions des principaux documents dans les langues les plus courantes ■ Tenir à disposition la liste du matériel disponible en langue étrangère et des services de renseignements ■ Organiser des formations et des cours ciblés sur ces personnes, éventuellement en coopération avec des prestataires externes 	Suggérer la mise en œuvre
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Contrôle de la qualité ■ Enquête auprès des patientes, patients ou pensionnaires ■ Système de réclamation ■ Enquête ciblée auprès des patientes, patients et pensionnaires issus de la migration après l'entretien d'admission et de sortie ■ Vérification régulière en coopération avec des organismes spécialisés externes ■ Entretiens avec les collaboratrices et collaborateurs 	Evaluation des mesures

Objectif	<ul style="list-style-type: none"> Les informations fournies par le personnel du service téléphonique sont compréhensibles pour les personnes de langue étrangère 	Services téléphoniques
Suggérer la mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> Recruter du personnel compétent au niveau linguistique Définir des directives pour la politique de recrutement Organiser des formations et cours obligatoires 	
Evaluation des mesures	<ul style="list-style-type: none"> Enquête auprès des patientes, patients ou pensionnaires Entretiens avec les personnels Service de réclamation Contrôles ciblés de la qualité 	
Objectif	<ul style="list-style-type: none"> Des informations sont à la disposition des patientes, patients et pensionnaires sur les centres de consultation internes et externes (p. ex. consultations pour les pères et mères, conseils sur le diabète, l'incontinence, la stomie), en particulier sur des offres de suivi et de prévention ainsi que sur le système de médecins de famille 	Services de renseignements et d'information au sein de l'institution
Suggérer la mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> Tenir à disposition des informations sur les services d'information et les offres disponibles aux guichets d'information (brochures) et sur des supports électroniques 	
Evaluation des mesures	<ul style="list-style-type: none"> Enquête auprès des patientes, patients ou pensionnaires Entretiens avec le personnel 	
Objectif	<ul style="list-style-type: none"> La signalisation à l'intention des populations migrantes est assurée sur le périmètre de l'institution et dans ses locaux 	Signalisation
Suggérer la mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> Concevoir les panneaux d'orientation, la signalétique et les itinéraires empruntés par les patients de façon à ce qu'ils soient intelligibles pour les personnes de langue étrangère comme pour les autochtones 	
Evaluation des mesures	<ul style="list-style-type: none"> Vérification des mesures par des experts de la signalétique 	
Objectif	<ul style="list-style-type: none"> Les dispositions concernant les visites tiennent compte, dans la mesure du possible, des différences culturelles, religieuses et individuelles en matière de mode de vie 	Dispositions concernant les visites
Suggérer la mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> Vérifier les dispositions existantes Les intégrer dans les documents permettant de s'orienter dans l'institution 	
Evaluation des mesures	<ul style="list-style-type: none"> Enquête auprès des patientes, patients ou pensionnaires (page 49) 	
Objectif	<ul style="list-style-type: none"> La restauration et les autres prestations hôtelières tiennent compte, dans la mesure du possible, des différences culturelles, religieuses et individuelles en matière de mode de vie 	Hôtellerie
Suggérer la mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> Consigner par écrit les dispositions relatives aux prestations hôtelières Vérifier qu'elles soient intelligibles (p. ex. traduction des instructions pour les commandes et des menus) Organiser des formations initiales et continues du personnel sur la diversité des besoins hôteliers 	
Evaluation des mesures	<ul style="list-style-type: none"> Enquête auprès des patientes, patients ou pensionnaires et des personnels Gestion interne de la qualité Service de réclamation 	

Services religieux	<ul style="list-style-type: none"> ■ La diversité des besoins religieux et confessionnels est prise en compte (notamment pour la naissance, la fin de vie, la mort) ■ Aménager le lieu de recueillement afin que des personnes de diverses communautés religieuses s'y sentent à l'aise 	Objectif
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Organiser le soutien religieux de façon à répondre aux besoins des migrantes et migrants ■ Adopter des directives pour les services religieux ■ Mettre à disposition le lieu de recueillement ■ Désigner des référents pour les diverses communautés religieuses ■ Signaler les offres dans les documents d'information 	Suggérer la mise en œuvre
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Enquête auprès des patientes, patients ou pensionnaires et des personnels ■ Gestion interne de la qualité ■ Service de réclamation 	Evaluation des mesures
Services sociaux	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les ressources spécifiques offertes par les travailleuses et travailleurs sociaux sont disponibles sous une forme adaptée 	Objectif
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Assurer la mise en réseau du service social avec tous les services externes utiles ainsi que la gestion des cas ■ Recruter des collaboratrices et collaborateurs issus de la migration 	Suggérer la mise en œuvre
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Enquête auprès des patientes, patients ou pensionnaires ■ Gestion interne de la qualité ■ Service de réclamation 	Evaluation des mesures
Documentation	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les principaux documents permettant un accès équitable aux prestations de l'institution sont disponibles dans les langues les plus répandues parmi la population migrante ■ Un dictionnaire hospitalier comportant des informations sur diverses cultures et religions est disponible (p. ex. sur l'Intranet) 	Objectif
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Adopter des directives concernant la sélection des documents à traduire ■ Nouer des contacts avec des organismes spécialisés et d'autres institutions de santé en vue d'adapter les documents existants (notamment le dictionnaire hospitalier Spitalwörterbuch® de l'hôpital cantonal de Saint-Gall, commande à l'adresse www.leitung.pflege-kssg.ch) ■ Entretenir des contacts avec des instituts universitaires et des organisations spécialisées ■ Consulter www.migesplus.ch 	Suggérer la mise en œuvre
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Gestion interne de la qualité 	Evaluation des mesures

Le réseau – adresses d'organismes spécialisés et de services de consultation

Le réseau – adresses d’organismes spécialisés et de services de consultation

Autorités fédérales

Vous trouverez ci-après les coordonnées d’offices et de services de consultation fédéraux compétents pour les divers aspects relatifs à la migration et à la santé. Pour de plus amples informations, nous renvoyons à www.admin.ch ainsi qu’aux sites Internet des divers organismes.

Office fédéral des migrations ODM

Quellenweg 6, 3003 Berne
Tél. 031 325 11 11 | Fax 031 325 93 79
info@bfm.admin.ch | www.bfm.admin.ch

Office fédéral de la santé publique OFSP Programme national Migration et santé

case postale, 3003 Berne
Tél. 031 323 30 15 | Fax 031 322 34 37
info@bag.admin.ch | www.miges.admin.ch

Office fédéral de la formation professionnelle et de la technologie OFFT

Effingerstrasse 27, 3003 Berne
Tél. 031 322 21 29 | Fax 031 324 96 15
info@bbt.admin.ch | www.bbt.admin.ch

Office fédéral des assurances sociales OFAS

Effingerstrasse 20, 3003 Berne
Tél. 031 322 90 11 | Fax 031 322 78 80
www.bsv.admin.ch

Office fédéral de la statistique OFS Démographie et migrations

Espace de l’Europe 10, 2010 Neuchâtel
Tél. 032 713 67 11 | info@bfs.admin.ch
www.bfs.admin.ch

Secrétariat d’Etat à l’économie SECO

Effingerstrasse 31, 3003 Bern
Tél. 031 322 56 56 | Fax 031 322 27 49
www.seco.admin.ch

Commission fédérale pour les questions de migration CFM

Quellenweg 9, 3003 Berne
Tél. 031 325 91 16 | Fax 031 325 80 21
ekm@bfm.admin.ch | www.ekm.admin.ch

Commission fédérale contre le racisme CFR

Inselgasse 1, 3003 Berne
Tél. 031 324 12 93 | Fax 031 322 44 37
www.ekr.admin.ch

Commission fédérale de coordination pour les questions familiales COFF

Effingerstrasse 20, 3003 Berne
Tél. 031 324 06 56 | Fax 031 324 06 75
sekretariat.ekff@bsv.admin.ch | www.ekff.admin.ch

Service de lutte contre le racisme SLR

Inselgasse 1, 3003 Berne
Tél. 031 324 10 33 | Fax 031 322 44 37
ara@gs-edi.admin.ch | www.edi.admin.ch/frb

Autorités cantonales et communales

L'organisation des compétences en matière de migration et de santé varie selon les cantons et les communes. Il convient de consulter les offices et services officiels aux niveaux cantonal et communal. Nous signalons plus particulièrement les organisations suivantes:

Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé CDS

Maison des cantons, Speichergasse 6, case postale 684, 3000 Berne 7
Tél. 031 356 20 20 | Fax 031 356 20 30
office@gdk-cds.ch | www.gdk-cds.ch

Conférence suisse des directeurs cantonaux de l'instruction publique CDIP

Maison des cantons, Speichergasse 6, case postale 660, 3000 Berne 7
Tél. 031 309 51 11 | Fax 031 309 51 50
edk@edk.ch | www.edk.ch

Conférence des directrices et directeurs cantonaux des affaires sociales CDAS

Maison des cantons, Speichergasse 6, case postale, 3000 Berne 7
Tél. 031 371 04 29 | Fax 031 371 17 41
office@sodk.ch | www.sodk.ch

Conférence des directrices et directeurs des départements cantonaux de justice et police CCDJP

Maison des cantons, Speichergasse 6, case postale 690, 3000 Berne 7
Tél. 031 318 15 05 | Fax 031 318 15 06
info@kkjpd.ch | www.kkjpd.ch

Conférence suisse des délégués communaux, régionaux et cantonaux à l'Intégration des migrants et des étrangers CDI

Maison des cantons, Speichergasse 6, case postale 444, 3000 Berne 7
Tél. 031 320 30 15 | mail@kdk.ch | www.kdk.ch

Organisations non gouvernementales nationales (ONG)

Vous trouverez ci-après une liste d'organisations non gouvernementales qui opèrent plus particulièrement dans le domaine de la migration et de la santé (liste non exhaustive). Nous renvoyons également au site www.zewo.ch.

Forum national âge et migration

c/o Croix-Rouge suisse
Werkstrasse 18, 3084 Wabern
Tél. 031 960 75 43 | www.alter-migration.ch

Forum pour l'intégration des migrantes et des migrants FIMM

Speichergasse 39, case postale 6117, 3011 Berne
Tél. 031 328 98 98 | Fax 031 328 98 81
info@fimm.ch | www.fimm.ch

IAMANEH Suisse, International Association for Maternal and Neonatal Health

Aeschengraben 16, 4051 Bâle
Tél. 061 205 60 80 | Fax 061 271 79 00
info@iamaneh.ch | www.iamaneh.ch

Organisation internationale pour les migrations OIM

Bureau de coordination, Thunstrasse 11, case postale 216, 3000 Berne 6
Tél. 031 350 82 11 | Fax 031 350 82 15
bern@iom.int | www.ch.iom.int

Caritas Suisse

Service santé et intégration
Löwenstrasse 3, case postale, 6002 Lucerne
Tél. 041 419 22 22 | Fax 041 419 24 24
info@caritas.ch | www.caritas.ch

Radix Promotion de la santé

Stampfenbachstrasse 161, 8006 Zurich
Tél. 044 360 41 00 | Fax 044 360 41 14
info-zh@radix.ch | www.radix.ch

Œuvre suisse d'entraide ouvrière OSEO

Avenue Warnery 10, case postale 1151, 1001 Lausanne
Tél. 021 601 21 61
info@oseo.ch | www.oseo.ch

Organisation suisse d'aide aux réfugiés OSAR

Weyermannsstrasse 10, case postale 8154, 3001 Berne
Tél. 031 370 75 75 | Fax 031 370 75 00
info@osar.ch | www.osar.ch

Croix-Rouge suisse CRS

Rainmattstrasse 10, 3001 Berne
Tél. 031 387 71 11 | Fax 031 387 71 22
info@redcross.ch | www.redcross.ch

INTERPRET Association suisse pour l'interprétariat communautaire et la médiation culturelle

Monbijoustrasse 61, 3007 Berne
Tél. 031 351 38 28 | Fax 031 351 38 27
coordination@inter-pret.ch | www.inter-pret.ch

Société pour les minorités en Suisse SMS

Lessingstrasse 5, case postale, 8027 Zurich
Tél. 043 344 49 66
infogms@gra.ch | www.gms-minderheiten.ch

Réseau suisse des hôpitaux promoteurs de santé – un réseau de l'OMS

Crêt de la Réunion 2, case postale 26, 1142 Pampigny
Tél. 021 800 00 62 | contact@healthhospitals.ch | www.healthhospitals.ch

Association romande contre le racisme ACOR

Case postale 328, 1000 Lausanne
Tél. 021 311 80 57

Fondation pour l'éducation à la tolérance FET

Hardstrasse 219, 8005 Zurich
Tél. 044 277 71 44 | Fax 044 277 71 12
info@set-toleranz.ch | www.set-toleranz.ch

Contact Netz

Monbijoustrasse 70, case postale, 3000 Berne 23
Tél. 031 378 22 22 | Fax 031 378 22 25
info@contactmail.ch | www.contactnetz.ch

Promotion Santé Suisse

Av. de la Gare 52, 1003 Lausanne
Tél. 021 345 15 15 | Fax 021 345 15 45
office.lausanne@promotionsante.ch | www.promotionsante.ch

Solidarité sans frontières

Neuengasse 8, 3011 Berne
Tél. 031 311 07 70 | Fax 031 311 07 75
sekretariat@sosf.ch | www.sosf.ch

H+ Les Hôpitaux de Suisse

Secrétariat central, Lorrainestrasse 4a, 3013 Berne
Tél. 031 335 11 11 | Fax 031 335 11 70
geschaeftsstelle@hplus.ch
www.hplus.ch ▶ Solutions de branche ▶ Migrant Friendly Hospital

Services d'interprétariat en Suisse

www.inter-pret.ch ▶ Acteurs ▶ Services professionnels d'interprétariat communautaire

Organisations non gouvernementales et autres organismes spécialisés régionaux

Service ambulatoire pour victimes de la torture et de la guerre CRS

Werkstrasse 16, 3084 Wabern
Tél. 031 960 77 77 | Fax 031 960 77 88
gi-ambulatorium@redcross.ch | www.redcross.ch ▶ Santé ▶ Service ambulatoire pour
victimes de la torture et de la guerre CRS

Service ambulatoire pour victimes de la torture et de la guerre

UniversitätsSpital Zürich, Psychiatrische Poliklinik | Culmannstrasse 8, 8091 Zürich
Tél. 044 255 52 80 | Fax 044 255 44 08
www.psychiatrie.unispital.ch/PatientenUndBesucher/Spezialangebote/FolterKrieg/default.htm

Association Appartenances

Rue des Terreaux 10, 1003 Lausanne
Tél. 021 341 12 50 | Fax 021 341 12 52
info@appartenances.ch | www.appartenances.ch

Service d'interprétariat se comprendre, Caritas Suisse

Rue de l'Industrie 21, case postale 11, 1705 Fribourg
Tél. 0840 000 999 | secomprendre@fr.caritas.ch

Liste d'adresses des bureaux de consultation juridique

www.osar.ch ▶ Aide ▶ Adresses utiles ▶ Liste d'adresses des bureaux de consultation juridique

Médecins sans Frontières MSF

Rue de Lausanne 78, case postale 116, 1211 Genève
Tél. 022 849 84 84 | Fax 022 849 84 88
office-gva@geneva.msf.org | www.msf.ch

Meditrina

Medizinische Anlaufstelle
Anwandstrasse 7, 8004 Zurich
Tél. 044 291 92 33 | www.msf.ch/meditrina

Medios Interkulturelles Übersetzen und Vermitteln

Zypressenstrasse 60, case postale, 8040 Zurich
Tél. 043 960 26 50 | Fax 043 960 26 54
medios@aoz.ch | www.medios.ch

NCBI TeleLingua

Alte Landstrasse 89, 8800 Thalwil
Tél. 044 721 10 50
telelingua@ncbi.ch | www.telelingua.ch

Recherche

Vous trouverez ci-après les coordonnées d'institutions de recherche qui interviennent notamment dans le domaine de la migration et de la santé (liste non exhaustive).

Département Médecine communautaires

Policlinique de médecine, «Unité mobile» de soins communautaires UMSCO
Rue Hugo-de-Senger 4, 1205 Genève
Tél. 022 382 53 11

Institut d'anthropologie sociale

Länggassstrasse 49a, 3000 Berne 9
Tél. 031 631 89 95 | Fax 031 631 42 12
information@anthro.unibe.ch | www.anthro.unibe.ch

Institut d'ethnologie Université de Bâle

Münsterplatz 19, 4051 Bâle
Tél. 061 267 27 38
ethnologie@unibas.ch | www.unibas-ethno.ch

Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population SFM

Institut auprès de l'Université de Neuchâtel, rue St-Honoré 2, 2000 Neuchâtel
Tél. 032 718 39 20 | Fax 032 718 39 21
secretariat.sfm@unine.ch | www.migration-population.ch

Institut pour la science des soins infirmiers, Université de Bâle

Bernoullistrasse 28, 4056 Bâle
Tél. 061 267 30 40 | Fax 061 267 09 55
nursing@unibas.ch | <http://nursing.unibas.ch>

Institut de médecine sociale et préventive Université de Zurich

Hirschengraben 84, 8001 Zurich
Tél. 044 634 46 11 | Fax 044 634 49 86
gutzwill@ifspm.unizh.ch | www.ispmz.ch

Institut de médecine sociale et préventive Université de Berne

Finkenhubelweg 11, 3012 Berne
Tél. 031 631 35 11 | Fax 031 631 35 20
info@ispm.unibe.ch | www.ispm.ch

Institut de médecine sociale et préventive Université de Berne

Département de recherche en matière de santé
Niesenweg 6, 3012 Berne
Tél. 031 631 35 12 | Fax 031 631 35 30
info@ispm.unibe.ch | www.ispm.ch

Institut de médecine sociale et préventive Université de Bâle

Steinengraben 49, 4051 Bâle
Tél. 061 267 60 66 | Fax 061 267 61 90
info@ispm-unibasel.ch | www.ispm-unibasel.ch

Institut universitaire de médecine sociale et préventive

Rue du Bugnon 17, 1005 Lausanne
Tél. 021 314 72 72 | Fax 021 314 73 73
iumsp@chuv.ch | www.iumsp.ch

Institut de médecine sociale et préventive Centre médical universitaire

Chemin de la Tour de Champel 17, 1211 Genève 4
Tél. 022 379 04 50 | Fax 022 379 04 52
biblio@imsp.unige.ch | www.unige.ch/medecine/imsp/

Policlinique médicale universitaire de Lausanne

Rue du Bugnon 44, 1011 Lausanne
Tél. 021 314 60 60 | Fax 021 314 48 88
pmu@hospvd.ch | www.polimed.ch

Contacts internationaux

De nombreuses organisations internationales et étrangères interviennent dans le domaine de la migration et de la santé. Vous trouverez ci-après les coordonnées d'une sélection d'entre elles (liste non exhaustive).

Organisation mondiale de la santé OMS

Avenue Appia 20, 1211 Genève 27
Tél. 022 791 21 11 | Fax 022 791 31 11
info@who.int | www.who.int

Bureau régional de l'OMS pour l'Europe

Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhague
Tél. +45 39 171 717 | Fax +45 39 171 818
postmaster@euro.who.int | www.euro.who.int

Ludwig Boltzmann Institute for the Sociology of Health and Medicine WHO Collaborating Centre for Hospitals and Health Promotion

Rooseveltplatz 2/4, A-1090 Vienne
hm.soc-gruwi@univie.ac.at | www.mfh-eu.net

Task Force on Migrant Friendly and Culturally Competent Health Care TF MFCCH

Coordonnée pour le réseau régional HPH d'Emilie-Romagne, Italie
Via Amendola 2, IT-42100 Reggio Emilia
Tél. +39 0522 335087
Antonio.chiarenza@ausl.re.it | www.ausl.re.it/HPH/

Fédération internationale des hôpitaux FIH

Immeuble JB SAY, 13, chemin du Levant, F-01210 Ferney Voltaire
Tél. +33(0) 450 42 6000 | Fax +33(0) 450 42 6001
info@ihf-fih.org | www.ihf-fih.org

Organisation internationale pour les migrations OIM

Route des Morillons 17, 1211 Genève 19
Tél. 022 717 91 11 | Fax 022 798 61 50
info@iom.int | www.iom.int

Définitions de notions utilisées dans le domaine de la migration et de la santé

Sans prétendre à l'exhaustivité, le sous-chapitre suivant présente dans l'ordre alphabétique quelques notions importantes en matière de migration et de santé. Pour de plus amples informations sur le sujet, l'auteur renvoie aux textes de loi et ouvrages idoines.

Définitions de notions utilisées dans le domaine de la migration et de la santé

| Peter Saladin

www.bfm.admin.ch

L'admission provisoire est une mesure qui se substitue au renvoi de ressortissants étrangers dans leur pays d'origine lorsque l'exécution du renvoi n'est pas possible pour des motifs relevant du droit public international, pour des raisons d'ordre humanitaire ou technique. Elle peut aussi être ordonnée dans le cas où un requérant se trouve dans une situation de détresse personnelle grave, si aucune décision ayant force de chose jugée n'a été rendue quatre ans après l'introduction de la demande d'asile.

Admission provisoire

Domenig D, voir page 26

La compétence transculturelle est la capacité à identifier et à prendre en compte le vécu individuel dans une situation particulière et dans des contextes divers, pour y adapter sa manière d'agir.

Compétences transculturelles

www.wikipedia.org

Accord et consentement que la patiente ou le patient donne pour un examen, un traitement ou la participation à une étude clinique, après avoir été informé de manière exhaustive.

Consentement éclairé

Le culturalisme considère la société sous l'aspect prépondérant de la singularité culturelle liée à l'appartenance ethnique, ou par substitution du mot race au mot culture. Les caractéristiques des approches culturalistes sont:

Culturalisme

- Formulation ethnique: la culture serait uniquement liée à l'origine.
- Homogénéité: tous les membres d'un groupe ethnique auraient la même culture.
- Aspect réducteur: les individus présenteraient exclusivement les particularismes culturels d'un seul groupe.
- Rigidité: les cultures n'auraient pas la faculté d'évoluer, ou seulement sur le très long terme (plusieurs générations).

L'argumentaire culturaliste se retrouve à la fois dans l'extrémisme de droite et dans des conceptions multiculturalistes réductrices. Une telle acception de la culture n'est pas compatible avec l'hétérogénéité des sociétés où il existe des différences entre jeunes et vieux, villes et campagnes, riches et pauvres, où coexistent différentes religions, etc.

www.wikipedia.org

La culture est l'ensemble des dispositions acquises par les individus au cours de leur vie leur donnant la faculté de créer des concepts intersubjectifs et d'agir de manière sensée. La culture est donc un processus ouvert qui doit être analysé et non un état.

Culture

Wicker HR (1996)

Wicker HR (1996) Von der komplexen Kultur zur kulturellen Komplexität. In: Wicker HR et al (éd.) Das Fremde in der Gesellschaft: Migration, Ethnizität und Staat. Seismo, Zurich 373-392

Depuis 1960 (décolonisation, mouvement d'émancipation des Noirs aux Etats-Unis), la notion de racisme est aussi souvent utilisée pour parler de la discrimination raciale directe, institutionnelle et structurelle. Il est toutefois judicieux de faire la distinction, au niveau de l'action, entre **la discrimination raciale** et le racisme en tant qu'idéologie.

Discrimination raciale

Genre d'autorisation de séjour (dans le domaine des étrangers)	Le site www.bfm.admin.ch ▶ Thèmes ▶ Etrangers ▶ Séjour donne une liste des différents types de permis ainsi que leurs caractéristiques.	www.bfm.admin.ch
Discrimination raciale	Relève de la discrimination raciale toute pratique qui consiste à priver des personnes de leurs droits au motif de caractéristiques physiologiques ou culturelles (langue, nom), de leur origine ethnique ou de leur appartenance religieuse, à les traiter injustement ou de manière intolérante, à les humilier, à les menacer ou à mettre en danger leur vie ou leur intégrité physique. Ses répercussions tant sur les victimes que sur les auteurs l'apparentent à la discrimination fondée sur le sexe, l'orientation sexuelle, l'âge ou l'infirmité. La discrimination raciale peut, mais ne doit pas forcément, avoir un fondement idéologique (racisme classique).	Service de lutte contre le racisme
Diversité	Dans le présent contexte, on entend par diversité les différences personnelles et sociétales générées notamment en raison de l'origine, du sexe, de la langue, des aptitudes, de l'âge, des modes de vie et de la situation sociale, et qui ont un impact sur le développement de l'individu dans la société. La gestion de la diversité vise un comportement positif envers ces différences, aux fins d'obtenir une action utile à l'entreprise, à ses usagers et à ses effectifs.	P. Saladin
Egalité des chances	L'égalité des chances en matière de santé signifie que tout le monde a les mêmes chances d'accès à la meilleure santé possible. Les conditions sociétales – politiques, socio-économiques, environnementales, juridiques – doivent être conçues de telle sorte que tout individu puisse jouir pleinement de son potentiel de santé. Kolip P (2005) Wie erreiche ich meine Ziele? Gesundheitliche Chancengleichheit durch massgeschneiderte Projekte fördern. In: Focus: das Magazin von Gesundheitsförderung Schweiz (25): 14-16	Kolip P (2005)
Etrangère et étranger	Il n'existe pas de définition légale (au sens d'une définition inscrite dans la loi) de la notion d'étrangère ou d'étranger . Dans la pratique, on désigne comme étrangère ou étranger toute personne qui ne détient que la citoyenneté d'un Etat étranger. Ces personnes sont distinctes de celles nées à l'étranger qui ont entre-temps acquis la nationalité suisse. Tout ressortissant étranger qui possède également la citoyenneté suisse (double citoyenneté) est recensé dans les statistiques comme Suisse ou Suisse. En revanche, les apatrides et les personnes dont la citoyenneté n'a pu être établie sont considérés comme étrangères ou étrangers.	Office fédéral de la statistique
Intégration	L'intégration vise à instaurer l'égalité des chances pour l'accès aux ressources sociales et économiques, et à favoriser la compréhension mutuelle entre les citoyens suisses et les ressortissants étrangers. Il s'agit en particulier de faciliter la coexistence sur la base de valeurs et de comportements communs, de renseigner les étrangers sur le fonctionnement de nos institutions, sur les prescriptions légales et les conditions de vie, ainsi que de créer des conditions générales susceptibles d'améliorer l'égalité des chances et la participation à la vie sociale. L'intégration est comprise comme un processus réciproque qui implique, d'une part, la volonté des étrangers de s'incorporer dans la société d'accueil et, d'autre part, l'ouverture de la population suisse aux étrangers.	Office fédéral des migrations
Interprète	Les interprètes sont des professionnels ayant une parfaite maîtrise de leur langue principale ainsi que d'une ou de plusieurs langues étrangères. Ils/elles maîtrisent les techniques utilisées	

www.inter-pret.ch	<p>en interprétation pour restituer oralement le message de la langue de départ dans la langue d'arrivée (cf. remarque sous Interprètes communautaires).</p>	
www.inter-pret.ch	<p>Les interprètes communautaires sont des spécialistes de l'interprétariat en situation de dialogue qui permettent, au moyen de la traduction orale, la compréhension mutuelle entre interlocuteurs d'origines linguistiques différentes. Ils/elles interprètent en prenant en compte le contexte socioculturel des interlocuteurs.</p> <p>Remarque: dans la pratique, les termes d'interprète, d'interprète communautaire, et souvent aussi de médiateur culturel, ne sont pas utilisés de façon homogène. Dans le présent manuel, le terme d'interprète est couramment employé pour la médiation orale: il ne s'agit pas en l'occurrence de prendre position quant à la méthode à appliquer de préférence, dans un cas particulier ou en général, au sein d'une institution. Les interprètes ad hoc sont des collaborateurs plurilingues sollicités au cas par cas pour une médiation linguistique orale. Le terme de traductrice ou traducteur se réfère toujours, dans le présent contexte, à la médiation écrite.</p>	Interprète communautaire
www.mediation-svm.ch	<p>Les médiateurs et médiatrices sont sollicités le plus souvent après l'apparition d'un conflit. Ils ne sont pas liés aux parties par des intérêts personnels ou professionnels et sont tenus de les traiter équitablement. Ils aident les parties à résoudre leur conflit équitablement et de façon consensuelle. Le médiateur et la médiatrice sont des intermédiaires sans pouvoir décisionnel.</p>	Médiateur et médiatrice
www.inter-pret.ch	<p>Les médiateurs et médiatrices culturels informent les migrantes et migrants ainsi que les professionnels des services publics, en des termes qui leur sont compréhensibles, des différences culturelles, des règles de fonctionnement particulières des systèmes politique et social suisses et des façons différentes de se comporter. En les informant, les médiateurs jettent des ponts entre la population migrante et les établissements d'éducation ou de conseil, et contribuent ainsi à la compréhension entre le médecin et son patient, entre l'avocat et son mandant, entre l'enseignant et les parents. Voir le paragraphe «Interprète communautaire».</p>	Médiatrice et médiateur culturel(le)
OIM (2003)	<p>Par migration on entend le passage, par des individus ou des groupes, de frontières administratives, politiques ou géographiques, pour s'installer temporairement ou définitivement dans un autre lieu que celui d'origine.</p> <p>Organisation internationale pour les migrations OIM (2003) Facts and Figures on International Migration. Migration Policy Issues 2</p>	Migration
P. Saladin	<p>Population migrante, population issue de la migration. Ces notions englobent toutes les personnes qui ne sont pas nées en Suisse ainsi que leurs enfants (la «deuxième génération»), indépendamment de leur citoyenneté.</p>	Population migrante, population issue de la migration
Service de lutte contre le racisme	<p>Le racisme, au sens strict du terme, désigne une idéologie qui répartit l'humanité en groupes prétendument naturels – appelés «races», avec des caractéristiques physiques spécifiques – en fonction de leurs particularités physiologiques ou culturelles ou encore de leur appartenance ethnique, nationale ou religieuse, et qui établit une hiérarchie entre ces groupes. Les êtres humains ne sont pas jugés et traités en tant qu'individus, mais en tant que membres de ces groupes prétendument apparentés, dont les caractéristiques collectives sont jugées immuables. Le racisme classique se fonde sur des hypothèses fallacieuses, mais il a servi et sert encore à justifier le colonialisme, l'esclavage et les crimes commis par les nazis ou le régime de l'apartheid.</p>	Racisme

Réfugiés	<p>Sont considérés comme réfugiés les personnes qui, dans leur Etat d'origine ou dans le pays de leur dernière résidence, sont exposées à de sérieux préjudices ou craignent à juste titre de l'être en raison de leur race, de leur religion, de leur nationalité, de leur appartenance à un groupe social déterminé ou de leurs opinions politiques.</p> <p>Sont notamment considérées comme de sérieux préjudices la mise en danger de la vie, de l'intégrité physique ou de la liberté, de même que les mesures qui entraînent une pression psychique insoutenable. Il y a lieu de tenir compte des motifs de fuite spécifiques aux femmes.</p>	Loi sur l'asile du 26 juin 1998, art. 3, RS 142.31
Réfugiés reconnus	<p>Le statut de réfugié est reconnu aux personnes qui ont subi ou craignent avec raison de subir des persécutions du fait de leurs opinions politiques, de leur appartenance ethnique ou à un certain groupe social, de leur religion ou de leur nationalité. Il est déterminant que la persécution soit le fait de l'Etat d'origine. Avec le droit d'asile, il est délivré au requérant dont le statut est reconnu un permis de séjour annuel (livret B).</p>	Office fédéral des migrations
Requérante et requérant d'asile	<p>Les requérantes ou requérants d'asile sont des personnes qui ont déposé en Suisse une demande d'asile dont la procédure est en cours. Il leur est délivré un livret N. Durant toute la procédure d'asile, la requérante ou le requérant est en droit de séjourner en Suisse. Dans certaines circonstances, ces personnes sont habilitées à exercer une activité lucrative.</p>	Office fédéral des migrations
Sans-papiers	<p>Il n'existe pas de définition légale des sans-papiers (dans le sens d'une définition inscrite dans la loi). Par ce terme, on désigne dans la pratique des individus qui séjournent plus d'un mois en Suisse en l'absence de permis de séjour régulier et qui n'ont pas la ferme intention de quitter la Suisse.</p> <p>Forschung für Politik, Kommunikation und Gesellschaft gfs. Bern (2005) Sans-Papiers in der Schweiz: Arbeitsmarkt, nicht Asylpolitik ist entscheidend. Rapport final commandité par l'Office fédéral des migrations. Berne</p>	gfs. Berne (2005)
Sexe – gender (genre)	<p>La notion de sexe se réfère aux différences biologiques entre les femmes et les hommes. Le terme anglais gender se réfère aux rôles attribués à chacun des deux sexes aux niveaux social, culturel et historique. A la différence du sexe biologique, il s'agit de comportements acquis et donc susceptibles d'évoluer.</p> <p>Scott JW (1996) Gender. Eine nützliche Analyse der historischen Kategorien. In: Kimmich D et al. (éd.) Texte zur Literaturtheorie der Gegenwart. Reclam Stuttgart</p>	Scott JW (1996)
Traducteur et traductrice	<p>Les traducteurs et traductrices sont des spécialistes linguistiques qui traduisent des textes par écrit d'une langue de départ dans une ou plusieurs langues d'arrivée, en général dans leur(s) langue(s) maternelle(s). Ils ou elles maîtrisent parfaitement leur langue principale ainsi qu'une ou plusieurs langues étrangères.</p>	www.inter-pret.ch

Déclaration d'Amsterdam Vers des hôpitaux adaptés aux besoins des migrants dans une Europe de la diversité ethnique et culturelle

Migration, diversité, santé et hôpitaux

La Déclaration est téléchargeable en plusieurs langues sous www.mfh-eu.net

La migration, la diversité ethnique et culturelle, la santé et les soins de santé sont étroitement interconnectés à bien des égards. Du fait de la migration à travers le monde, de la mondialisation et aussi de l'élargissement de l'Europe, les communautés européennes deviennent de plus en plus diversifiées à l'échelle locale également.

L'état de santé des migrants et des minorités ethniques est souvent moins bon que celui de la moyenne de la population. Ces groupes sont plus vulnérables du fait de leur moindre statut socio-économique, et parfois aussi en raison d'expériences migratoires traumatiques et du manque d'une assistance sociale adéquate.

Pour les systèmes et les services de santé, cette diversité croissante constitue une question essentielle qui appelle des adaptations et un développement de la qualité.¹ Les groupes minoritaires risquent de ne pas bénéficier du même niveau de services que la moyenne de la population pour le diagnostic, le traitement et la prévention. Les services de santé ne répondent pas suffisamment aux besoins spécifiques des minorités. Beaucoup de problèmes se posent aux usagers comme aux prestataires des services, tels que les barrières linguistiques² et la diversité culturelle, mais aussi la pénurie de ressources des hôpitaux et le faible niveau de pouvoir d'achat et de droits des minorités. Tout cela pose de nouveaux défis pour l'assurance de la qualité et l'amélioration des services de santé – notamment aux hôpitaux, qui jouent un rôle particulièrement important pour l'assistance à ce segment de la population.³ Mais le moindre niveau d'éducation de santé également entre en jeu, notamment en ce qui concerne le recours adéquat aux systèmes de santé publique. Les immigrés en Europe manquent souvent d'informations sur les soins hospitaliers et ambulatoires disponibles, ou sur les questions de santé en général dans le contexte spécifique des sociétés européennes. C'est là l'une des raisons qui fait que les immigrés n'utilisent souvent pas les services de santé de façon efficace et n'entreprennent rien d'eux-mêmes pour la prévention des maladies.⁴

Nous avons donc actuellement affaire à une situation qui pose des défis aux hôpitaux et à leur personnel, un personnel qui devient lui-même de plus en plus diversifié, ce qui représente tout à la fois une chance, une ressource et un défi supplémentaire pour les organisations hospitalières. Afin de relever ces défis, des hôpitaux de 12 pays européens se sont constitués en groupe d'hôpitaux pilotes pour participer au projet Migrant-Friendly Hospital – MFH (voir les détails ci-dessous). Les réseaux nationaux et internationaux du réseau d'hôpitaux-santé de l'OMS (Health Promoting Hospitals – HPH) ont joué un rôle important pour réunir les partenaires d'Allemagne, d'Autriche, du Danemark, d'Espagne, de Finlande, de France, de Grèce, d'Irlande, des Pays-Bas, de Suède et du Royaume-Uni. Ils représentent un vaste éventail de types d'hôpitaux, des grands centres hospitaliers universitaires des métropoles aux petits hôpitaux communaux, publics ou appartenant à des organisations privées à but non lucratif. Certains partenaires bénéficiaient déjà d'une longue expérience au service de communautés diversifiées avant le projet, certaines de ces communautés étant assez bien établies et homogènes, d'autres très diversifiées et comprenant un grand nombre de sans-papiers. Certains partenaires servaient leurs communautés dans le contexte de systèmes de santé assez bien intégrés, d'autres avaient affaire à des structures plutôt fragmentées.

1 Organisation mondiale de la santé OMS: International Migration, Health and Human Rights, n° 4, 2003

2 Bischoff, A.: Caring for migrant and minority patients in European hospitals. A review of effective interventions, 2003, Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population. Une étude mandatée par le Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie, Vienne, MFH – Migrant-Friendly Hospitals: OMS 2003

3 Bischoff, 2003

4 OMS 2003, voir page 28

Le projet a obtenu un soutien financier de la Commission européenne et du gouvernement autrichien. Des organisations européennes et internationales se sont jointes à cette initiative comme partenaires de soutien (cf. liste à la fin du présent document).

Les partenaires du projet ont convenu de principes fondamentaux comme éléments centraux de la déclaration de mission d'un hôpital convenant aux besoins des migrants:

- respecter la diversité en acceptant les personnes de diverses origines comme membres par principe égaux de la société;
- identifier les besoins des personnes d'origines diverses, et assurer un suivi et un développement des services en fonction de ces besoins;
- et enfin, compenser les désavantages découlant d'origines diverses.

Sur la base d'une évaluation des besoins, le projet a pu – malgré la diversité des systèmes de santé et des situations locales des hôpitaux européens – identifier un grand nombre de problèmes communs se posant aux immigrés/minorités ethniques et au personnel.

Pour des questions sélectionnées, des solutions basées sur la connaissance ont été mises en œuvre avec succès et évaluées dans les domaines de l'interprétation, de la formation à la compétence culturelle du personnel hospitalier et de l'empowerment dans le 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. Pour les partenaires, devenir une organisation «convenant (mieux) aux migrants» s'est avéré faisable, mais non pas évident: il faut en effet que de nombreux acteurs contribuent à de tels processus de changement. Les résultats et les instruments du projet sont disponibles sur le site www.mfh-eu.net.

Afin de garantir la durabilité de l'initiative, une «Task Force on Migrant-Friendly Hospitals» a été mise en place dans le cadre du réseau Health Promoting Hospitals de l'OMS Europe. Cette task force servira de point focal pour lancer de futures initiatives, organiser des ateliers, assurer la maintenance du site Web MFH et réaliser d'autres activités.

Recommandations

Sur la base des expériences des partenaires du projet MFH, de discussions internationales et de la littérature scientifique, les points cruciaux ci-après ont pu être définis pour le développement réussi des services et des cultures d'organisation:

1. Le développement d'un hôpital répondant aux besoins des migrants constitue un investissement en faveur de services plus individuels et plus personnalisés pour tous les patients et clients ainsi que leurs familles.
2. 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.
3. Mettre l'accent sur la diversité ethnique et culturelle implique un risque de stéréotypage – mais le statut d'immigré, l'origine ethnique, la culture et l'affiliation religieuse ne constituent que quelques-unes des nombreuses dimensions de la complexité de l'être humain.
4. 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. Comme toute autre forme de développement organisationnel, le succès de l'effort pour devenir un hôpital répondant aux besoins des migrants, ayant la volonté et la capacité de servir ses diverses communautés de façon équitable, dépendra des contributions complémentaires de toute une série d'acteurs différents.

Propriétaires des hôpitaux / direction / gestion de la qualité

Les propriétaires des hôpitaux, la direction et la gestion de la qualité doivent inscrire la qualité des services pour les immigrants et les minorités ethniques à l'ordre du jour des organisations hospitalières,

5. 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.
8. Une étape importante consistera à explorer les besoins et les ressources de tous les intéressés – utilisateurs (patients, familles, communauté) et prestataires (personnel).
9. Un monitoring des résultats ainsi que des structures et processus qui influencent les résultats doit être assuré.
10. Il convient de déterminer les préoccupations, les plaintes et les doléances concernant la fourniture des services et d'y réagir en conséquence.
11. Un investissement pour le développement des capacités dans le domaine des compétences culturelles et linguistiques du personnel (sélection, formation, évaluation) est nécessaire.

Personnel / professions de la santé

Le personnel hospitalier et les professions et organisations professionnelles auquel il appartient doivent reconnaître l'importance de ces questions et être prêts à investir pour atteindre la compétence nécessaire.

12. Une étape importante consistera à parvenir à un consensus sur les critères de la qualité de l'accueil des migrants/compétence culturelle/compétence en matière de diversité, adaptés à la situation spécifique, à les intégrer dans les standards professionnels et à veiller à leur respect dans la pratique quotidienne. Les principes appliqués dans le projet MFH peuvent servir de point de départ pour un tel développement.
13. Les professionnels de la santé et autres personnels devront développer des aptitudes dans le domaine des compétences interculturelles, communicatives et de gestion de la diversité.
14. La pratique clinique, les services de prévention et les activités de promotion de la santé doivent être conçus sur mesure en vue de leur application à des populations diverses. Les services de prévention et de promotion de la santé s'appuyant fortement sur des interventions communicatives dépendent tout particulièrement, pour être efficaces, des compétences culturelles et linguistiques des professionnels en jeu.
15. Un prérequis important consistera à tenir compte systématiquement du degré d'éducation général et en matière de santé des utilisateurs à tous les niveaux des services. Ceci

suppose un monitoring, le développement de systèmes d'orientation et de matériels d'information adéquats, ainsi que des programmes d'éducation des patients.

16. Des expériences de migration potentiellement traumatisantes appellent à porter une attention accrue aux aspects de la santé mentale dans la prise en charge hospitalière des migrants.

Usagers (patients effectifs et potentiels, familles) / représentants de communautés

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.

17. Les organisations de patients devraient intégrer la diversité de leur clientèle à leurs stratégies et politiques, et défendre les intérêts de ces diverses populations de patients.
18. Les représentants des communautés de migrants/minorités peuvent contribuer non seulement par la défense d'intérêts, mais aussi par la médiation. Ils devraient se faire les champions d'un accès adéquat aux services et de leur qualité, tout en agissant également pour le développement d'une meilleure éducation de santé au sein de leurs communautés.
19. En investissant pour l'amélioration de son éducation de santé, tout membre d'une communauté de migrants ou d'une minorité peut contribuer à s'assurer à lui-même une meilleure santé et une meilleure utilisation des services de santé.

Politique et administration de la santé publique

Les décideurs et l'administration de la santé publique sont responsables des standards de qualité des soins de santé, et assument la responsabilité finale pour la santé de la population sur le territoire soumis à leur autorité. Dans la plupart des pays, ils sont également responsables du financement des services de santé, et ont donc intérêt à ce que ces services soient efficaces et rentables.

20. 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).
21. Un cadre pour un développement communautaire orienté sur santé pour les migrants et les minorités ethniques pourrait être extrêmement utile pour développer l'éducation de santé de ces groupes.
22. 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).

Sciences de la santé

Les connaissances et l'expertise scientifiques peuvent être précieuses dans ce processus. 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.

23. Des informations sur le contexte ethnique et migratoire devraient être incluses comme catégorie pertinente dans la recherche épidémiologique, sociocomportementale, clinique, sur les services et les systèmes de santé.

24. Les experts scientifiques devraient être disposés à assister les autres parties intéressées pour la planification, le suivi et l'évaluation de leurs efforts en fournissant des études, des outils d'appréciation, des conceptions et des instruments d'évaluation.
25. Des efforts à base scientifique peuvent contribuer à lutter contre le racisme, les préjugés, la discrimination et l'exclusion en fournissant des informations sur les conséquences néfastes de tels processus.
26. Il convient d'entreprendre des travaux de recherche et des efforts d'évaluation participatifs et impliquant des méthodes diverses en partenariat et en concertation avec les communautés.

Tous les hôpitaux européens sont invités à mettre en œuvre la Déclaration d'Amsterdam, à devenir des organisations convenant aux besoins des migrants et culturellement compétentes, et à développer des services individuels et personnalisés qui profiteront à tous les patients. Les investissements pour mieux répondre aux besoins des populations à risques constitueront un important pas en avant vers l'assurance et le développement de la qualité d'ensemble.

Contacts / possibilités de communication / collaboration

- Task force du réseau Health Promoting Hospitals de l'OMS Europe, coordonnée par le réseau régional HPH d'Emilie-Romane, Antonio Chiarenza, Via Amendola, 2, 42100 Reggio Emilia, Italie, e-mail: Antonio.chiarenza@ausl.re.it
- Site Web: www.mfh-eu.net
- Pharos, Evelien van Asperen, www.pharos.nl, e-mail: info@pharos.nl
- Bradford Teaching Hospitals NHS Foundation Trust, Duckworth Lane Bradford BD9 6RJ, Royaume-Uni, www.bradfordhospitals.nhs.uk
- Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé (UIPES/ IUHPE), www.iuhpe.org

Qui a élaboré la Déclaration d'Amsterdam?

Le groupe de projet MFH dans le cadre du projet de la Commission européenne «MFH – Migrant-Friendly Hospitals» – Initiative européenne pour la promotion de la santé et de l'éducation de santé des migrants et des minorités ethniques – avec le soutien financier de la Commission européenne, DG Santé et protection des consommateurs, Programme de santé publique; cofinancé par le Ministère fédéral de l'éducation, des sciences et de la culture de la République d'Autriche, Vienne, et les hôpitaux pilotes locaux.

Hôpitaux pilotes européens: Kaiser-Franz-Josef-Spital, Vienne, Autriche; Immanuel-Krankenhaus GmbH, Rheumaklinik Berlin-Wannsee, Berlin, Allemagne; Hôpital de Kolding, Kolding, Danemark; Hôpital «Spiliopoulou Agia Eleni», Athènes, Grèce; Hospital Punta de Europa, Algeciras-Cádiz, Espagne; Hôpital universitaire de Turku, Turku, Finlande; Hôpital Avicenne, Paris, France; James Connolly Memorial Hospital, Dublin, Irlande; Presidio Ospedaliero della Provincia di Reggio Emilia, Reggio Emilia, Italie; Centre médical académique, Amsterdam, Pays-Bas; Hôpital universitaire d'Uppsala, Centre de psychiatrie, Uppsala, Suède; Bradford Teaching Hospitals NHS Foundation Trust, Bradford, Royaume-Uni⁵.

5 Interlocuteurs centraux: Olivier Bouchaud (Paris), Antonio Chiarenza (Reggio Emilia), Manuel Fernandez (Uppsala), Hanneke Hartog (Amsterdam), Angela Hughes (Dublin), Karoline Kandel (Vienne), Dilshad Khan (Bradford), Marja-Leena Pulkkinen (Turku), Anne Mette Rasmussen (Kolding), Antonio Salceda de Alba (Algeciras), Werner Schmidt (Berlin), Sotirios Zotos (Athènes).

Coordinateur du projet: Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie, Université de Vienne, Faculté des sciences sociales, centre de collaboration OMS pour la promotion de la santé dans les hôpitaux et les soins de santé.⁶ Site Internet du projet: www.mfh-eu.net.

Avec le soutien de: Un groupe d'experts internationaux;⁷ Commission européenne, DG Santé et protection des consommateurs; Ministère fédéral autrichien de l'éducation, des sciences et de la culture. Organisations européennes, internationales et scientifiques agissant comme partenaires de soutien: Alliance internationale des associations de patients APO; Organisation internationale du travail OIT; Organisation internationale pour les migrations OIM; Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé UIPES; Migrants Rights International; Comité permanent des hôpitaux de l'Union européenne HOPE; United for Intercultural Action; Bureau de l'OMS pour l'intégration des services de santé, Barcelone; réseaux nationaux et régionaux du réseau d'hôpitaux-santé HPH de l'OMS dans les Etats membres de l'Union européenne; PaceMaker in Global Health; Escuela Andaluza de Salud Pública EASP.

La version originale contient les drapeaux des pays et les logos des participants

6 Directeur du projet: Jürgen M. Pelikan, équipe centrale: Gabriele Bocek, Karl Krajic, Sonja Novak-Zezula, Ursula Karl-Trummer, Martha Wirtenberger

7 Alexander Bischoff (Bâle), Sandro Cattacin (Neuchâtel), Ilona Kickbusch (Berne), Robert Like (New Brunswick), Lourdes Sanchez (Boston). Merci également à tous les autres experts qui ont contribué à ce projet par leur soutien et leurs conseils, tels qu'Anita J. Arnold (Doylestown, Pa.), Shani Dowd (Boston) et bien d'autres.

Questionnaire de qualité Issu du projet pilote de l'Union européenne «Migrant-Friendly Hospitals – le réseau d'Hôpitaux pour la population migrante»

Le questionnaire de qualité ci-après a été élaboré au sein du groupe de travail «Compétences interculturelles dans le secteur de la santé» du ministère autrichien de la santé et des femmes (Vienne), puis remanié par le Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie LBIMGS de la Ludwig Boltzmann Gesellschaft et par l'Université de Vienne. Il s'agit de la version abrégée, traduite et adaptée du Migrant-Friendly Quality Questionnaire MFQQ en anglais, qui a été élaboré pour le projet européen «Migrant-Friendly Hospitals – le réseau d'Hôpitaux pour la population migrante» dans le cadre du programme de promotion de la santé publique de la Commission européenne, DG, Sanco, par le LBIMGS (2006) en coopération avec 12 hôpitaux européens participant au projet. La version originale du questionnaire est disponible sur le site Internet du projet: www.mfh-eu.net.

SF-MFQQ

Short Form Migrant-Friendly Quality Questionnaire

Version française

Hôpitaux pour la population migrante (MFH)

SF_MFQQ

Short Form Migrant-Friendly Quality Questionnaire

Version française

| Ursula Karl-Trummer

| Beate Schulze

| Karl Krajic

| Sonja Novak-Zezula

| Peter Nowak

| Jürgen M. Pelikan

| Bea Kendlbacher, rédaction
Ludwig Boltzmann Institut für
Medizin- und Gesundheitssozio-
logie LBIMGS, Vienne, 2007

Partie A: Descriptif des prestations

Veillez indiquer, par tranches de 25%, la proportion dans laquelle les critères MFH sont appliqués: 0 Non appliqués | 1 Appliqués de 0 à 25% (dans certains services, de manière irrégulière) | 2 Appliqués de 25 à 50% (dans plusieurs services) | 3 Appliqués de 50 à 75% (étendu, assez fiable) | 4 Appliqués de 75 à 100% (couverture complète, bonne qualité, fiable, rapid)

Ressources d'ordre général permettant d'optimiser la communication et l'information

• Services d'interprétation disponibles dans l'hôpital

	0%	0-25%	25-50%	50-75%	75-100%
1. Services d'interprétation sur le site de l'hôpital	<input type="checkbox"/>				
2. Services téléphoniques d'interprétation	<input type="checkbox"/>				
3. Collaboration avec des services d'interprétation externes	<input type="checkbox"/>				
4. Recours au personnel ayant des connaissances linguistiques	<input type="checkbox"/>				
5. Médiation interculturelle	<input type="checkbox"/>				
6. Autres, par ex. des interprètes informels au intérimaires (si oui, préciser)	<input type="checkbox"/>				

• Supports d'information

	0%	0-25%	25-50%	50-75%	75-100%
7. Informations destinées aux patient(e)s disponibles en différentes langues	<input type="checkbox"/>				
8. Informations destinées aux patient(e)s sous une forme adaptée à leur culture: support audiovisuel, pictogrammes... (veuillez préciser)	<input type="checkbox"/>				
9. Signalisation au sein de l'hôpital (panneaux, pictogrammes)	<input type="checkbox"/>				
10. Autres (si oui, préciser)	<input type="checkbox"/>				

Informations

disponibles avant le séjour hospitalier

	0%	0-25%	25-50%	50-75%	75-100%
11. Informations sur l'hôpital à l'intention des futur(e)s patient(e)s dans leurs langues respectives	<input type="checkbox"/>				
12. Informations sur l'hôpital à l'intention des futur(e)s patient(e)s, présentées sous une forme adaptée à leur culture: support audiovisuel, pictogrammes... (veuillez préciser)	<input type="checkbox"/>				

13. Informations sur l'hôpital à l'intention des futur(e)s patient(e)s disponibles dans des établissements ouverts au public, par exemple offices publics, pharmacies, mosquées, etc.	<input type="checkbox"/>				
14. Autres (si oui, préciser)	<input type="checkbox"/>				

Pendant le séjour hospitalier

• Prestations de services / hébergement et restauration	0%	0-25%	25-50%	50-75%	75-100%
15. Fourniture de repas adaptés	<input type="checkbox"/>				
16. Locaux disponibles pour l'exercice de la religion/pratique religieuse	<input type="checkbox"/>				
17. Espaces réservés aux visites (famille, plus de 2 visiteurs par patient[e])	<input type="checkbox"/>				
18. Autres (si oui, préciser)	<input type="checkbox"/>				
• Traitements et soins médicaux	0%	0-25%	25-50%	50-75%	75-100%
19. Les patient(e)s peuvent être suivi(e)s par une personne du même sexe (médecin/personnel soignant)	<input type="checkbox"/>				
20. Il est veillé à ce que le/la patient(e) comprenne le texte de la déclaration de consentement, compte tenu de ses capacités linguistiques	<input type="checkbox"/>				
21. Accompagnement psychologique transculturel	<input type="checkbox"/>				
22. Autres (si oui, préciser)	<input type="checkbox"/>				

Sortie de l'hôpital	0%	0-25%	25-50%	50-75%	75-100%
23. Fourniture d'informations relatives au traitement et aux soins ultérieurs en différentes langues	<input type="checkbox"/>				
24. Fourniture d'informations relatives au traitement et aux soins ultérieurs, sous une forme adaptée aux différentes cultures: support audiovisuel, pictogrammes, etc. (veuillez préciser)	<input type="checkbox"/>				
25. Fourniture, avant la sortie, de recommandations et informations relatives à la santé, présentées sous une forme adaptées aux différentes cultures	<input type="checkbox"/>				
26. Autres (si oui, spécifier)	<input type="checkbox"/>				

Formation des patient(e)s à la compétence culturelle MFH / promotion de la santé / autonomisation	0%	0-25%	25-50%	50-75%	75-100%
27. Programmes de formation destinés aux patient(e)s tenant compte des différentes sensibilités culturelles, (si oui, indiquer le programme)	<input type="checkbox"/>				
28. Dispositifs pour la promotion de la santé tenant compte des différentes sensibilités culturelles (si oui, préciser le type de dispositif)	<input type="checkbox"/>				

Partie B: Système d'assurance de la qualité MFH**Aspects généraux de l'assurance de la qualité au sein de l'hôpital** oui non

29. Votre hôpital dispose-t-il d'un système global d'assurance de la qualité?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Si oui, veuillez préciser: EFQM, ISO, TQM ...		
31. Le système d'assurance de la qualité comporte-t-il des critères MFH?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stratégies MFH oui non

32. Les principes de «l'Hôpital pour la population migrante» comptent parmi les objectifs de la déclaration de mission de l'établissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Il existe un document MFH précisant les stratégies et méthodes concrètes de réalisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Plan d'action MFH (annuel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Manuels, directives, standards, etc., où sont consignés les procédures liées aux stratégies MFH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Stratégies d'avancement et de formation des personnels issus de la migration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Stratégies à employer face à des attitudes discriminatoires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Autres (si oui, préciser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Budget MFH oui non

39. L'hôpital dispose-t-il d'un budget alloué aux mesures MFH?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, préciser le montant annuel en euros		

Structures de gestion MFH oui non

40. Existe-t-il un responsable de projet MFH?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Existe-t-il un groupe de travail MFH pluridisciplinaire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Existe-t-il un réseau de contacts MFH hors de l'hôpital?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Si oui, veuillez en préciser l'importance et la composition:		

Marketing MFH**• Marketing interne (au sein de l'hôpital)** oui non

44. Un bulletin d'information est-il édité?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Existe-t-il un rapport annuel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Existe-t-il une liste des référent(e)s MFH mise à la disposition de tout le personnel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Autres (si oui, préciser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Marketing externe (hors de l'hôpital) oui non

48. Un bulletin d'information est-il édité pour le public?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Y a-t-il une journée portes ouvertes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Existe-t-il des dépliants ou des brochures distribués aux médecins et/ou aux organisations en rapport avec les populations migrantes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. Autres (si oui, préciser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Standards nationaux des Etats-Unis pour des services de santé adaptés aux langues et cultures ¹

Les standards nationaux énoncés ci-dessous ont été publiés par l'Office of Minority Health (OMH) du ministère de la Santé des Etats-Unis (HHS); ils répondent au besoin de garantir que toutes les personnes prises en charge par les services de santé soient traitées avec équité et efficacité dans un environnement qui reconnaisse leur diversité culturelle et linguistique. Ces standards pour des prestations de service adaptées aux particularités culturelles et linguistiques (Culturally and Linguistically Appropriate Services – CLAS) sont proposés en vue d'abolir les inégalités de traitement existant actuellement dans les services de santé, et d'inciter ces services à s'adapter aux besoins individuels des patients/usagers. Les standards englobent toutes les cultures et ne sont pas limités à certains groupes de population ni à une catégorie précise de ces groupes. Néanmoins, ils sont conçus de manière à répondre aux particularités raciales, ethniques et linguistiques des groupes de population défavorisés au niveau de leur accès aux systèmes de santé. La finalité de ces standards est de contribuer à éliminer les inégalités de traitement au motif de la race ou de l'origine ethnique, et à relever le niveau de santé de l'ensemble de la population américaine.

Les standards CLAS sont principalement destinés aux institutions de santé. Cependant, les prestataires individuels sont également appelés à les appliquer afin d'offrir, dans leurs cabinets, un accueil mieux adapté aux particularités culturelles et linguistiques de leurs clients. Les principes et les activités d'un système de santé respectueux des besoins culturels et linguistiques doivent être intégrés à tous les niveaux d'une institution et appliqués d'un commun accord avec les communautés concernées.

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.

Traduction française d'une traduction allemande effectuée par H+ Les Hôpitaux de Suisse, Berne

¹ National Standards on Culturally and Linguistically Appropriate Services (CLAS) in Health Care

Extrait du Federal Register, 22 décembre 2000 (volume 65, n° 247), page 80865-80879

La version intégrale des standards, accompagnée de commentaires et d'un rapport détaillé du projet, peut être consultée sur Internet à l'adresse: www.med.umich.edu/multicultural/ccp/CLASpage.htm

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 œuvre 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 œuvre 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.

Références bibliographiques |
Outils | Participants

Références bibliographiques

Cette sélection de publications suisses offre une entrée en matière dans le domaine de la diversité, de la migration et de la santé (liste non exhaustive).

Ouvrages et articles de synthèse

- Département Migration de la Croix-Rouge suisse (éd.) (2004) Migration – eine Herausforderung für Gesundheit und Gesundheitswesen. Seismo, Zurich
- Efonayi-Mäder D et Chimienti M (2003) Migration und Gesundheit: eine sozialpolitische Orientierung. Sozialalmanach 5: 155-172
- Loutan L (2001) The health of migrants and refugees. Dans: Zuckerman JN (éd.) Principles and practice of travel medicine. Chichester, Wiley J & Sons: 467-475
- Weiss R (2003) Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten. Seismo, Zurich
- Wicker HR, Fibbi R et Haug W (éd.) (2003) Migration und die Schweiz. Seismo, Zurich

Epidémiologie sociale

- Wanner Ph, Boucharly C et Raymond L (1998) Comportement des étrangers résidant en Suisse en matière d'alimentation, de consommation d'alcool et de tabac et de prévention. Office fédéral de la statistique OFS, Neuchâtel. Demos 2: 1-20

Santé, inégalités sociales

- Bisig B et Gutzwiller F (éd.) (2004) Gesundheitswesen Schweiz: Gibt es Unter- oder Überversorgung? Vol. 1: Gesamtübersicht. Die Bedeutung von Sozialschicht, Wohnregion, Nationalität, Geschlecht und Versicherungsstatus. Vol. 2: Detaillierte Resultate. Rüegger, Zurich, Coire
- Gubéran E et Usel M (2000) Mortalité prématurée et invalidité selon la profession et la classe sociale à Genève, suivi des écarts de mortalité entre classes sociales dans les pays développés. Office cantonal de l'inspection et des relations du travail OCIRT, Genève
- Künzler G (2002) Les pauvres vivent moins longtemps: couche sociale, mortalité et politique de l'âge de la retraite en Suisse. Caritas Lucerne (en français et en allemand)
- Guillely E (2005) Longévité et santé. Dans: Ages et générations. La vie après 50 ans en Suisse. Office fédéral de la statistique, Neuchâtel, 55-71 (en français et en allemand)
- Wanner Ph, Boucharly C et Raymond L (2000) Mortalité des étrangers en Suisse: analyse par grand groupe de causes et par type de cancer 1989-1992. Office fédéral de la statistique, Neuchâtel

Santé sexuelle et reproductive

- Bollini P et Wanner Ph (2005) Santé reproductive des collectivités migrantes. Disparités de risques et possibilités d'intervention. forMed/FSFM
- Hälgi R et al (2004) Migration und reproduktive Gesundheit: die Betreuung der Migrantinnen in der Geburtshilfe aus der Sicht von öffentlichen Spitälern in der Schweiz. Universität de Berne, Institut d'ethnologie, Berne
- Klaue K et Spencer B (2003) Sexuelle und reproduktive Gesundheit in der Schweiz. Synthese wichtiger Ergebnisse der Studie: Sexuelle und reproduktive Gesundheit in der Schweiz. Office fédéral de la santé publique OFSP

- Spycher C (2005) Providing sexual and reproductive health counselling for migrant women: the Swiss experience. *Choices sexual and reproductive health and rights in Europe*: 12-14
- Thierfelder C, Tanner M et Kessler Bodiang CM (2005) Female genital mutilation in the context of migration: experience of African women with the Swiss health care system. *European Journal of Public Health* 15 (1): 86-90
- Trechsel S et Schlauri R (2004) Weibliche Genitalverstümmelung in der Schweiz: Rechtsgutachten. Comité suisse pour l'UNICEF, Zurich

Enfants/adolescents

- Manzano S et Suter S (2002) La santé des enfants requérants d'asile à Genève. *Médecine et Hygiène* 2379: 360-362

Vieillesse et migration

- Bolzman C et al (2004) Older labour migrants' well being in Europe: the case of Switzerland. *Ageing and society* 24: 411-429
- Hungerbühler H (2004) Altern in der Migration: Folgen der Lebens- und Arbeitsbiographie. Dans: *Migration – eine Herausforderung für Gesundheit und Gesundheitswesen*. Département Migration de la Croix-Rouge suisse CRS (éd.). Seismo, Zurich, 221-242

Psychiatrie

- Association romande femmes immigrées et santé ARFIS (éd.) (2002) Femmes migrantes et souffrance psychique: compte rendu de la journée du 9 juin 2001 au Centre paroissial d'Ouchy à Lausanne. Association romande femmes immigrées et santé ARFIS, Genève
- Frick U et al (2005) Psychiatrische Hospitalisierungen im Kanton Zürich: Welche Rolle spielt der Migrationsstatus? Institut de santé publique et des addictions ISGF
- Testa-Mader A, Clerici N et Degrate A (2003) Die ausländische Bevölkerung im Tessin: psychische Krankheiten und Nutzung der öffentlichen psychiatrischen Einrichtungen. Dans: Wicker HR et Fibbi R (éd.) *Migration und die Schweiz*. Seismo, Zurich: 531-550

Santé des personnes victimes de violence

- Département Migration de la Croix-Rouge suisse (éd.) (2005) In the Aftermath of War and Torture. Coping with Long-Term Traumatization, Suffering and Loss. Series: Migration – Contributions from Theory and Practice. Seismo, Zurich, 248
- Salis Gross C (2004) Struggling with imaginaries of trauma and trust: the refugee experience in Switzerland. *Culture, medicine and psychiatry* 28(2): 151-167

Autres groupes de population particulièrement vulnérables

- Achermann Ch et Chimienti M (2006) Migration, Prekarität und Gesundheit. Ressourcen und Risiken von vorläufig Aufgenommenen und Sans-Papiers in Genf und Zürich. Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population SFM. Etude 41. Neuchâtel
- Meystre-Agustoni G (2004) Populations particulières et prévention du VIH/sida: les travailleurs du sexe: revue de littérature. *Raison de santé*, 98

- Schoch M, D'Acremont V et Bodenmann P (2004) Prise en charge des populations vulnérables à la Policlinique médicale universitaire de Lausanne. Dans: Migration – eine Herausforderung für Gesundheit und Gesundheitswesen. Département Migration de la Croix-Rouge suisse CRS. Avant-propos de Hans Beat Moser. Seismo, Zurich, 131-138
- Staehelin C et al (2003) Migrants from Sub-Saharan Africa in the Swiss HIV cohort study: access to antiretroviral therapy, disease progression and survival. AIDS 17(15): 2237-2244
- Zellweger JP (2003) Tuberculose bei Immigranten: Erkennung und Behandlung. Schweizerisches Medizin-Forum 24: 556-558

Santé et soins de santé du point de vue des personnes issues de la migration

- Bauer T (2005) Das Vertrauen ist das Wichtigste: Erfahrungen von Migrantinnen und Migranten mit der Gesundheitsversorgung in der Ostschweiz. Caritas-Fachstelle Gesundheit und Integration, St-Gall
- Bodenmann P et al. (2005) Perception du risque pour la santé liée à la consommation excessive d'alcool, au tabagisme et aux comportements sexuels à risque chez les migrants et les autochtones: nécessité d'une prévention différente? Policlinique médicale universitaire, Lausanne

Les personnels soignants migrants

- Kaya B, Kamm M et Gabadinho A (2005) Les employés migrants dans le domaine de la santé et leurs ressources potentielles: une recherche-action. Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population SFM, Neuchâtel
- Interprétariat communautaire et médiation culturelle dans le secteur de la santé
- Ayer A et Gilbert M (2005) Die Rechte des migrierten Patienten: Welche Rechtsgrundlagen bestehen für die Arztkonsultation in Gegenwart eines Dolmetschenden? Etude mandatée par l'Office fédéral de la santé publique, Berne
- Bischoff A (2004) Hätten Sie jemanden zur Hand, der übersetzen kann? Interkulturelles Übersetzen und Vermitteln im Gesundheitsbereich. Dans: Migration – eine Herausforderung für Gesundheit und Gesundheitswesen (éd.) Département Migration de la Croix-Rouge suisse CRS. Avant-propos de Hans Beat Moser. Seismo, Zurich, 120-128
- Dahinden J (2004) Interkulturelles Übersetzen und Vermitteln als Integrationsinstrumente: eine kritische Sichtweise auf ihre Potenziale. Dans: Migration – eine Herausforderung für Gesundheit und Gesundheitswesen (éd.) Département Migration de la Croix-Rouge suisse CRS, avant-propos de Hans Beat Moser. Seismo, Zurich, 99-119
- Jacobs EA et al (2004) Overcoming Language Barriers in Health Care: Costs and Benefits of Interpreter Services. Research and Practice 94(5): 866-869

Compétences transculturelles dans le secteur de la santé

- Domenig D (2001) Professionelle transculturelle Pflege. Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe. Haupt, Berne

Outils

- **Office fédéral de la santé publique OFSP**
Informations sur la santé pour les spécialistes dans les domaines de la santé, du social et de la formation travaillant avec les migrantes et les migrants
www.migesplus.ch

- **Guide de santé pour la Suisse**
Editeurs: Office fédérale de la santé publique OFSP, Caritas Suisse, Croix-Rouge suisse
Commande sous: www.migesplus.ch

- **Je vais à l'hôpital!**
Editeur: Association suisse L'enfant et l'hôpital
Commande sous: www.migesplus.ch

- **Vos droits par rapport au médecin et à l'hôpital**
Editeur: Direction de l'économie et de la santé, Canton de Bâle-Campagne
Commande sous: www.migesplus.ch

- **Info maternité**
Editeur: Travail.Suisse
Commande sous: www.migesplus.ch

- **A mots ouverts – Guide de l'entretien médical bilingue à l'usage des soignants et des interprètes**
Editeur: INTERPRET. Association suisse pour l'interprétariat communautaire et la médiation culturelle
Commande sous: www.inter-pret.ch

- **Patientes excisées: Recommandations suisses pour les médecins, sages-femmes et le personnel infirmier**
Editeur: Société suisse de gynécologie et obstétrique
Commande sous: www.terre-des-femmes.ch

- **Etre enceinte, devenir mère**
Editeur: Fédération suisse des sages-femmes
Commande sous: www.migesplus.ch

- **Viellir en restant autonome – Guide pratique**
Editeurs: Croix-Rouge suisse. Secrétariat national des associations cantonales
Commande sous: www.migesplus.ch

- **Dictionnaire des termes courants en milieu hospitalier**
Editeur: Hôpital cantonal de Saint-Gall, Département des soins
Commande sous: www.pflegedienst-kssg.ch

- **Vidéo «Trialog» sur l'interprétariat communautaire en milieu hospitalier** (avec une brochure)
Editeur: INTERPRET. Association suisse pour l'interprétariat communautaire et la médiation culturelle
Commande sous: www.inter-pret.ch

Participants



Petra Aemmer

1974, lic. phil. hist., collaboratrice scientifique. Office fédéral de la santé publique OFSP, Berne

Publications consacrées au thème:

- Office fédéral de la santé publique (2002) Migration et santé – Stratégie de la Confédération pour les années 2002-2006, en français, allemand et italien
- Office fédéral de la santé publique (2002) Migration et santé – Stratégie de la Confédération pour les années 2002-2006. Version abrégée disponible en 13 langues

Petra Aemmer
Office fédéral de la santé publique OFSP
Case postale
3003 Berne
petra.aemmer@bag.admin.ch



Alexander Bischoff

1956, Dr. phil., collaborateur scientifique et chargé de cours. Université de Bâle, Institut pour la science des soins infirmiers

Publications consacrées au thème:

- Bischoff A (2004) Hätten Sie jemanden zur Hand, der übersetzen kann? Interkulturelles Übersetzen und Vermitteln im Gesundheitsbereich. Migration – eine Herausforderung für Gesundheit und Gesundheitswesen. Croix-Rouge suisse. Seismo, Zurich, 120-128
- Bischoff A (2005) Der Mediator als Dolmetscher – der Dolmetscher als Mediator. Hinter den Kulissen der Mediation. Dans: von Sinner A et Zirkler M. (éd.) Kontexte, Perspektiven und Praxis der Konfliktbearbeitung. Haupt, Berne, 115-126
- Bischoff A et Loutan L (2004) Interpreting in Swiss hospitals. Interpreting 6(1): 183-206

Dr Alexander Bischoff
Institute of Nursing Science
Université de Bâle
Bernoullistrasse 28
4056 Bâle
alexander.bischoff@unibas.ch



Renate Bühlmann Gugliuzza

1963, experte en matière de formations infirmières post-diplôme (haute école spécialisée II), responsable de formation. Croix-Rouge suisse, Centre Migration et santé, Berne

Publication consacrée au thème:

- Bühlmann Gugliuzza R (2001) Bedeutung der Kommunikation in der Pflege. Dans: Domenig D (éd.) Professionelle transkulturelle Pflege. Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe. Hans Huber, Berne

Renate Bühlmann Gugliuzza
Croix-rouge suisse
Rainmattstrasse 10
3001 Berne
renate.buehlmann@red-cross.ch

Dr Janine Dahinden
Swiss forum for migration
and populations studies SFM
Rue St-Honoré 2
2000 Neuchâtel
janine.dahinden@unine.ch

Janine Dahinden

1967, Dr phil, chercheuse et membre de la direction du Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population FSM, Neuchâtel

Publications consacrées au thème:

- Dahinden J (2005) Albanische Migrationsnetzwerke im transnationalen Raum, Prishtina-Schlieren. Seismo, Zurich
- Dahinden J (2005) Was heisst schon interkulturell? Mediation in den Zeiten der Globalisierung. Dans: von Sinner A et Zirkler M (éd.) Hinter der Kulissen der Mediation. Kontexte, Perspektiven und Praxis der Konfliktbearbeitung. Haupt, Berne, 101-114
- Dahinden J (2005) Eine migrationsgerechte Suchtarbeit: eine Frage gesellschaftlicher Integration. Abhängigkeiten, Forschung und Praxis der Prävention und Behandlung 1: 5-17
- Dahinden J, Fibbi R, Moret J et Cattacin S (2004) Integration am Arbeitsplatz in der Schweiz. Probleme und Massnahmen. Résultats d'une recherche action. Rapport de recherche 32/2004. Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population, Neuchâtel
- Dahinden J en collaboration avec Neubauer A et Wanner P (2003) Le rôle des étrangers dans le domaine de la santé. H+ Competence 5, Berne



Dr Dagmar Domenig
Croix-Rouge suisse
Rainmattstrasse 10
3001 Berne
dagmar.domenig@red-cross.ch

Dagmar Domenig

Dr phil., lic. en droit, infirmière diplômée, chef de service. Croix-Rouge suisse, Berne

Publications consacrées au thème:

- Domenig D (2001) Migration, Drogen, transkulturelle Kompetenz. Hans Huber, Berne
- Domenig D (éd.) (2001) Professionelle transkulturelle Pflege. Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe. Hans Huber, Berne
- Domenig D (2003) Transkulturelle Kompetenz: eine Herausforderung für die Gesundheitsversorgung. Dans: Borde Th, David M (éd.) Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen. Mabuse, Francfort-sur-le-Main, 85-103
- Domenig D (2004) Transkulturelle Kompetenz – eine Querschnittsaufgabe. Dans: Département Migration de la Croix-Rouge suisse (éd.) Migration – eine Herausforderung für Gesundheit und Gesundheitswesen, Reihe Migration – Beiträge aus Theorie und Praxis. Seismo, Zurich, 57-70
- Domenig D (2004) Rassistisch, diskriminierend oder transkulturell inkompetent? Dans: Tangram, 16, Bulletin der Eidgenössischen Kommission gegen Rassismus: 51-56





Gerhard Ebner

1957, Dr méd., médecin-chef et président de la Direction des hôpitaux de Schaffhouse, Service psychiatrique, Schaffhouse, président de l'Association suisse des médecins-chefs en psychiatrie ASMP, membre du Comité et responsable du Ressort communication, président de la Société suisse de psychiatrie et de psychothérapie SSPP

Dr méd. Gerhard Ebner
Universitäre Psychiatrische
Kliniken UPK
Wilhelm Klein-Strasse 27
4025 Bâle
gerhard.ebner@upkbs.ch

Publications consacrées au thème:

- Assion HJ (éd.) (2005) Migration und seelische Gesundheit. Springer, Heidelberg
- Gaw AC (2001) Concise Guide to Cross-Cultural Psychiatry. American Psychiatry Publishing Inc. Washington
- Haasen C, Yagdiran O (2000) Beurteilung psychischer Störungen in einer multikulturellen Gesellschaft. Lambertus, Fribourg-en-Brigau
- Hegemann T, Salman R (éd.) (2001) Transkulturelle Psychiatrie. Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen. Psychiatrie Verlag, Bonn
- Tseng WS, Streltzer J (éd.) (1997) Culture & Psychopathology – A Guide to Clinical Assessment. Brunner/Mazel New York
- Wogau R, Eimmermacher H, Lanfranchi A (éd.) (2004) Therapie und Beratung von Migranten. Systemisch-interkulturell denken und handeln. Beltz, Weinheim, Bâle



Denise Efonayi-Mäder

1962, lic. en soc., DESMAP, codirectrice a.i. Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population SFM, Neuchâtel

Denise Efonayi-Mäder
Swiss forum for migration
and populations studies SFM
St-Honoré 2
2000 Neuchâtel
denise.efionayi@unine.ch

Publication consacrée au thème:

- Efonayi-Mäder D et Chimienti M (2003) Migration und Gesundheit: eine sozial-politische Orientierung. Sozialalmanach 2003, Caritas, Lucerne



Rahel Gall Azmat

1972, lic. en phil. dipl., travailleuse sociale, collaboratrice scientifique. Office fédéral de la santé publique OFSP, Berne

Rahel Gall Azmat
Jägerweg 33
3097 Liebefeld
rahel.gall@bluewin.ch

Florian Grossmann
Institute of Nursing Science
Université de Bâle
Bernoullistrasse 28
4056 Bâle

Florian Grossmann

1977, BNS, assistant/collaborateur de projet. Université de Bâle, Institut pour la science des soins infirmiers, Bâle



Elisabeth Kurth
Institute of Nursing Science
Université de Bâle
Bernoullistrasse 28
4056 Bâle
elisabeth.kurth@unibas.ch

Elisabeth Kurth

1968, MNS, assistante de recherche et sage-femme. Université de Bâle, Institut pour la science des soins infirmiers, Bâle



Dr Peter Saladin
Mösliweg 27
3098 Köniz
peter_saladin@bluewin.ch

Peter Saladin

1940, Dr rer. publ. HSG, chef du projet «Migrant-Friendly Hospitals – le réseau d'hôpitaux pour la population migrante (MFH)», président de H+ Les Hôpitaux de Suisse



Regine Steinauer
Institute of Nursing Science
Université de Bâle
Bernoullistrasse 28
4056 Bâle

Regine Steinauer

1970, infirmière diplômée, assistante, collaboratrice de projet. Université de Bâle, Institut pour la science des soins infirmiers, Bâle





Urszula Stotzer

1974, lic. en ethnologie, assistante de recherche. Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population, Neuchâtel

Publication consacrée au thème:

- Achermann Ch, Stotzer U (2006) Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Migration: Rapid Assessment. Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population, Neuchâtel

Urszula Stotzer
Route de Bertigny 6
1700 Fribourg
urszula.stotzer@yahoo.com



Philippe Wanner

1964, professeur. Laboratoire de démographie et d'études familiales, Faculté des sciences économiques et sociales, Université de Genève

Publications consacrées au thème:

- Wanner P, Lerch M, Fibbi R (2005) Familles et migration: le rôle de la famille sur les flux migratoires. Office fédéral de la statistique, Neuchâtel
- Wanner P (2004) Migration et intégration. Populations étrangères en Suisse. Office fédéral de la statistique, Neuchâtel

Pr Philippe Wanner
Laboratoire de démographie
et d'études familiales
Uni Mail
Pont d'Arve 40
1211 Genève 4
philippe.wanner@unige.ch



Madeleine Wick Marcoli

1958, dipl. pharm. MPH, collaboratrice scientifique. Université de Zurich, Zurich

Publication consacrée au thème:

- Wick Marcoli M (2005) Möglichkeiten der Verwendung von Piktogrammen in der Verständigung mit Patientinnen und Patienten der Migrationsbevölkerung in Schweizer Spitälern, Berne

Madeleine Wick Marcoli
Laupenring 151
4054 Bâle
madeleine.wick@usz.ch

Joachim Wohnhas
Institut de recherche et
de conseil dans le domaine
de la famille
Université de Fribourg
Avenue de la Gare 1
1700 Fribourg
joachim@wohnhas.ch

Joachim Wohnhas

1949, supervision IAP, chef de projet Fondation Charlotte Olivier



Dr Hans Wolff
Hôpitaux Universitaires
de Genève HUG
Unité de médecine
pénitentiaire
Av. de Champel 9
1211 Genève 4
hans.wolff@hcuge.ch

Hans Wolff

1963, Dr méd. MPH, médecin adjoint, responsable de l'«Unité mobile» de soins communautaires. Hôpitaux universitaires de Genève HUG, Genève

Publications consacrées au thème:

- Wolff H, Stalder H, Epiney M, Walder A, Irion O, Morabia A (2005) Health care and illegality. A survey of undocumented pregnant immigrants in Geneva. SocSciMed 60: 2149-2154
- Wolff H, Besson M, Holst M, Induni E, Stalder H (2005) Inégalités sociales et santé. L'action de l'«Unité mobile» de soins communautaires à Genève. Rev Méd Suisse 1(34): 2218-2222
- Wolff H et Stalder H (2005) Medizin für Menschen in Armut. «Unité mobile» de soins communautaires in Genf. Soziale Medizin 1: 36-39



DVD

Quand comprendre peut guérir

Migration globale – solutions locales au sein de la santé publique

Le documentaire «Quand comprendre peut guérir. Migration globale – solutions locales au sein de la santé publique» propose une sensibilisation et des informations sur les liens divers entre migration et santé. L'exemple de trois services cliniques de l'Hôpital de l'Île à Berne illustre le processus d'adaptation institutionnelle auquel est actuellement confronté le domaine de la santé:

Agim Ramadani est arrivé du Kosovo en Suisse il y a 17 ans et a toujours travaillé comme manœuvre dans la construction. Suite à un accident de travail, il souffre de douleurs chroniques au dos et ne peut plus exercer son métier. Grâce à son séjour au service des douleurs chroniques, il espère retrouver sa capacité de travail. La communication autour de la problématique complexe des douleurs se révèle être un défi tant pour le personnel que pour le patient.

Subakini Ramesh a été suivie par le service de gynécologie et d'obstétrique («Frauenklinik») pendant sa grossesse. Des interprètes professionnelles, des membres de la communauté tamoule et un personnel de santé sensibilisé aux questions de migrations l'ont accompagnée dans la préparation à la naissance. Ce portrait montre les possibilités et les difficultés de la communication entre les différentes personnes concernées.

Près de 50% des **enfants** du centre d'urgences sont issus de la migration. Dans les situations de crise, il n'y a pas de traducteurs ou de traductrices qualifié(e)s à disposition. Le personnel hospitalier est fortement encouragé à reconnaître les divers besoins des enfants et de leurs proches et d'y répondre de manière adéquate.

Ces exemples renvoient aux tensions qui existent dans le domaine de la santé en ce qui concerne les difficultés de compréhension (linguistique), les exigences médicales et la nécessité d'une efficacité économique. De plus, ils font apparaître des possibilités de solutions innovatrices dans un processus de changement institutionnel complexe. «Quand comprendre peut guérir. Migration globale – solutions locales au sein de la santé publique» s'adresse aux organisations et aux responsables de la santé et offre une base de discussion pour des ateliers et des colloques, de même que pour la formation ou la formation continue du personnel de santé.

Production

artefakt wort+bild, Kathrin Oester, Roland de Roo, Olivia Killias, Martin Wälchli

Le film a été réalisé sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique OFSP.

Sous ce rabat, vous trouverez le **DVD Quand comprendre peut guérir. Migration globale – solutions locales au sein de la santé publique**. Le documentaire «Quand comprendre peut guérir» illustre comment trois services cliniques de l'Hôpital de l'Île de Berne gèrent concrètement la diversité. Ce film a été réalisé, indépendamment du présent manuel, sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique; les approches dépeintes informent sur les possibilités concrètes d'obtenir plus d'égalité des chances pour les patients, comme pour les collaborateurs, tel qu'on le mentionne dans le manuel. Le DVD «Quand comprendre peut guérir» a été réalisé par artefakt wort+bild sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique. Ce film peut aussi être visionné avec un lecteur DVD.

Utilisation des fichiers du manuel: en plus du film, le DVD contient le texte intégral du manuel, y compris la liste des recommandations pratiques; ces documents peuvent être utilisés aussi bien avec un PC qu'avec un Mac. Une navigation simplifiée vous permet d'accéder aux différents fichiers. Il convient de suivre la procédure suivante.

Windows: en insérant le DVD, choisir «lecture du DVD avec les fonctionnalités améliorées». Le logiciel InterActual Player s'installe et démarre automatiquement. Il facilite l'accès aux fichiers PDF.

Mac: en insérant le DVD, le lecteur DVD Apple démarre automatiquement. Quitter le mode «plein écran» du lecteur DVD Apple (combinaison de touches: Pomme + 2). Dans la barre de menu «lecteur DVD», ouvrir l'option «Préférences». Dans le sous-menu «Réglages disque» activer l'option «Web DVD@ccess». Confirmer les préférences avec «OK». Suivre le lien vers les fichiers PDF. Lors de la prochaine insertion du DVD, il n'est pas nécessaire de modifier à nouveau les préférences.

Linux: les fichiers PDF du manuel se trouvent dans le classeur «PDF» dans le répertoire racine du DVD.

Système requis pour PC

Windows 98SE, ME, 2000, XP
Lecteur DVD-ROM 4×
Logiciel de lecture de DVD, par exemple PowerDVD ou WinDVD
Direct X 7.0
Internet Explorer 5.0
Adobe Reader pour ouvrir les fichiers PDF

Système requis pour Mac

Mac OS X 10.2
Lecteur DVD-ROM
Lecteur DVD Apple à partir de la version 4

Diversité et égalité des chances
Les fondements d'une action efficace
dans le microcosme des institutions de santé

Peter Saladin (éditeur) avec la collaboration de Renate
Bühlmann, Janine Dahinden, Rahel Gall Azmat, Gerhard
Ebner und Joachim Wohnhas



La publication a été éditée dans le cadre du projet Migrant
Friendly Hospitals – le réseau d'hôpitaux pour la population
migrante (MFH), soutenu et réalisé par l'Office fédéral de la
santé publique OFSP, dans le cadre de la stratégie fédérale
«Migration et santé 2002–2007».

La publication est disponible en français, allemand, italien
et anglais.

Deuxième édition, inchangée, 2009

Commande d'exemplaires gratuits:
H+ Les Hôpitaux de Suisse, secrétariat central
Lorrainestrasse 4A, 3013 Berne, Suisse
geschaeftsstelle@hplus.ch

