UNIVERSITÉ DE GENÈVE

Archive ouverte UNIGE
https://archive-ouverte.unige.ch

Rapport de recherche 2006

Open Access

This version of the publication is provided by the author(s) and made available in accordance with the copyright holder(s).

Mesure de la satisfaction des patients migrants en milieu hospitalier : Analyse des lacunes existantes et recommandations

Stotzer, Urszula; Efionayi-Mäder, Denise; Wanner, Philippe

How to cite

STOTZER, Urszula, EFIONAYI-MÄDER, Denise, WANNER, Philippe. Mesure de la satisfaction des patients migrants en milieu hospitalier : Analyse des lacunes existantes et recommandations. 2006

This publication URL: https://archive-ouverte.unige.ch/unige:39717

© This document is protected by copyright. Please refer to copyright holder(s) for terms of use.

L'étude porte sur les lacunes existantes en matière de mesure de la satisfaction des patients migrants en milieu hospitalier et formule des recommandations à l'adresse des établissements hospitaliers et autorités compétentes. Les résultats démontrent que les outils d'évaluation de la satisfaction des patients migrants comportent des problèmes liés à la fois à la procédure d'enquête et aux instruments, susceptibles de limiter la pertinence des résultats obtenus en vue de l'amélioration de la qualité des soins. Une approche tenant compte des besoins des migrants représente, pour un système de mesure de la qualité, une excellente occasion d'affiner sa sensibilité à la diversité des patients.

Auteurs:

Urszula Stotzer, ethnologue, est collaboratrice scientifique du SFM

Denise Efionayi-Mäder, sociologue, est co-directrice du SFM

Philippe Wanner, démographe, est professeur à l'Université de Genève

ISBN-10: 2-940379-02-5
ISBN-13: 978-2-940379-02-6

SWISS FORUM FOR MIGRATION
AND POPULATION STUDIES

Etudes du SFM 44 Mesure de la satisfaction des patients migrants en milieu hospitalier Urszula Stotzer, Denise Efionayi-Mäder, Philippe Wanner

SWISS FORUM FOR MIGRATION
AND POPULATION STUDIES

Mesure de la satisfaction des patients migrants en milieu hospitalier

Analyse des lacunes existantes et recommandations

Urszula Stotzer, Denise Efionayi-Mäder, Philippe Wanner

Etudes du SFM 44

Etudes du SFM 44

Urszula Stotzer
Denise Efionayi-Mäder
Philippe Wanner

Mesure de la satisfaction des patients migrants en milieu hospitalier

Analyse des lacunes existantes et recommandations

Mandant : Migrant friendly hospitals (MFH), Dr. P.Saladin, Berne
soutenu par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), Berne

© 2006 SFM

© Photo de couverture: H+ Les Hôpitaux de Suisse

ISBN-10: 2-940379-02-5
ISBN-13: 978-2-940379-02-6

SWISS FORUM FOR MIGRATION AND POPULATION STUDIES (SFM)
RUE ST-HONORÉ 2 – CH-2000 NEUCHÂTEL
TEL. +41 (0)32 718 39 20 – FAX +41 (0)32 718 39 21
SECRETARIAT.SFM@UNINE.CH – WWW.MIGRATION-POPULATION.CH

Vorwort

Die Anforderungen an die Gesundheitsinstitutionen unseres Landes bezüglich Qualität ihrer Leistungen werden auch in Zukunft weiter steigen. Die immer spektakuläreren Möglichkeiten von Diagnostik und Therapie erhöhen Chancen und Risiken für Patientinnen und Patienten, aber auch für die Versorgungsinstitutionen selber. Professionelle, verbindliche und transparente Qualitätssicherungsinstrumente sind also für alle Beteiligten von grösster Tragweite.

Befragungen von Patientinnen und Patienten, von Bewohnerinnen und Bewohnern über ihre Meinung zu Behandlung und Aufenthalt gehören heute selbstverständlich zum Standard des Qualitätsmanagements von Spitälern, Kliniken und Institutionen der Langzeitversorgung. Wie die vorliegende Studie, durchgeführt im Auftrag des Projektes „Migrant Friendly Hospitals – ein Netzwerk für die Migrationsbevölkerung", zeigt, stellen sich allerdings viele offene Fragen. Sie beziehen sich hier zwar hauptsächlich auf die Erfassung und Befragung von Personen mit Migrationshintergrund. Nicht ganz unerwartet weist dieser Fokus aber auf ganz allgemeine Fragestellungen hin, die alle Patientinnen und Patienten, Bewohnerinnen und Bewohner, aber auch die Versorgungsinstitutionen selber betreffen. Chancengleichheit und Respekt vor der Würde der Menschen erweisen sich auch in diesem Zusammenhang als kraftvolle Prinzipien einer zukunftsweisenden Unternehmenspolitik.

Es ist zu hoffen, dass diese Studie der umfassenden Qualitätsentwicklung in den Institutionen der Gesundheitsversorgung einen zusätzlichen Antrieb verleiht. Qualität hat man nie, sie muss jeden Tag wieder neu erarbeitet und sichergestellt werden.

Dr. P. Saladin

Präsident H+ Die Spitäler der Schweiz

Sprache des Texts

Der Bericht ist französisch verfasst, schliesst aber eine deutsche und italienische Übersetzung sowohl der Zusammenfassung am Anfang wie auch des Fazits und der Empfehlungen am Schluss des Texts ein.

Remerciements

Cette étude n'aurait pas été possible sans le concours de migrants et de migrantes qui ont acceptés de participer à des entretiens par *focus groups*. Nous tenons à les en remercier.

Il aurait été difficile de les rencontrer sans l'aide précieuse d'intermédiaires travaillant dans le domaine de la migration et de la santé ainsi que de personnes en contact régulier avec les migrants. Nous remercions l'association Appartenances et tout particulièrement Messieurs Gian Paolo Conelli et Valdet Ballabani, ainsi que Messieurs Luc Delarzes, Marc Walther et Abdelhak Elghezouani, Mesdames Monique Perritaz, Dunia Lindner et Martine Dafflon, travaillant à la Croix Rouge de Fribourg, Madame Brigitte Hilber de l'Hôpital cantonal de Fribourg ainsi que Madame Maria Belo, présidente de l'association des Portugais de la Chaux-de-Fonds, Madame Wanda Brysz, présidente de l'Association Pro Polonia de Genève et Madame Danièle Chevalier, sage femme indépendante, de nous avoir mis en contact avec les migrants et les migrantes remplissant nos critères de recherche ou pour nous avoir fourni d'autres informations précieuses.

Cette étude est également largement basée sur les entretiens que nous avons menés auprès de divers spécialistes dans le domaine de la qualité, de la migration et de la santé ainsi qu'auprès des fournisseurs d'enquêtes. Nous remercions vivement pour leur participation :

Monsieur Bischoff Alexandre : chercheur, Université de Bâle

Monsieur Bodenmann Patrick : responsable médical UPV-SSIRA aux Hospices/CHUV de Lausanne

Madame Bovigny Madeleine : infirmière responsable de Fri-Santé à Fribourg

Madame Busch Petra : directrice du KIQ

Monsieur Cathieni Federico : chef de projet à la Cellule ESOPE aux Hospices/CHUV de Lausanne

Monsieur Devaud Marc : délégué à la qualité à l'Hôpital Cantonal de Fribourg

Madame Gutiérrez Carmen : infirmière, cheffe de service aux urgences de l'Hôpital Cantonal de Fribourg

Monsieur Hasani Xhevat : médecin, association Derman Roethel

Madame Martinez Adriana : employée au bureau des finances aux Hospices/CHUV de Lausanne

Madame McDonald Diana : manager de Picker UK

Monsieur Perneger Thomas : responsable de la qualité au HUG de Genève

Madame Périritaz Monique : infirmière à la Croix Rouge de Fribourg

Madame Rausser Ursula : responsable du service à la clientèle à l'Hôpital de l'Isle de Berne

Monsieur Rolaz Michael : responsable du management et du service à la clientèle chez MeCon, Zurich

Monsieur Sabbioni Marzio : médecin et chercheur, Berne

Monsieur Saladin Peter : responsable du projet MFH, Berne

Madame Schneider Ruth : responsable qualité de l'Hôpital de l'Isle à Berne

Madame Schnyder Evelyne : directrice de Picker Institute, Zug

Madame Schoch Muriel : infirmière de liaison à l'UPV, Hospices/CHUV de Lausanne

Monsieur Schoenenberg Hansruedi. : responsable qualité à H+, Berne

Merci également à nos collègues Dahinden Janine et Kaya Bülent pour leurs judicieux conseils, ainsi qu'à Christin Achermann et Rosita Fibbi pour les traductions ou corrections des parties allemande et italienne.

Terminologie

Pour éviter tout malentendu il convient de préciser que l'utilisation dans ce texte des termes « migrant » et « personne issue de minorité » se réfère à la même réalité migratoire. Il est cependant parfois fait distinction entre migrants internes et migrants externes, le premier terme se référant à des personnes, nées en Suisse, s'étant déplacé d'une région linguistique à une autre alors que le second se réfère aux personnes provenant d'une autre pays que la Suisse. Nous utilisons également de temps à autre le terme « primo-migrant » (personne ayant entrepris la démarche migratoire) par opposition aux personnes issues de deuxième ou de troisième génération de migrants. Pour une discussion plus approfondie sur ce thème, prière de se référer au point 3.1.

Notons que le masculin singulier et pluriel utilisé dans ce texte se rapporte en général aussi au féminin.

Table des matières

Vorwort 3
Terminologie 5

Résumé 9
Zusammenfassung 11
Riassunto 13

1 Introduction 15
2 Méthodes et matériel recueilli 19
2.1 Ressources scientifiques sur la question de la satisfaction des migrants 19
2.2 Focus groups 20
2.3 Entretiens d’experts 23
2.4 Analyse des données et difficulté rencontrées 24
3 La mesure de la satisfaction des patients migrants : une analyse de la littérature internationale 26
3.1 Définition des migrants et de leurs problèmes spécifiques 27
3.2 Niveau de satisfaction des migrants 28
3.3 Problèmes méthodologiques liés à la mesure de la satisfaction des personnes issues de minorité 31
4 Contexte démographique et institutionnel 40
4.1 Les personnes issues de la migrations ou de minorités 40
4.2 Cadre institutionnel 42
4.3 La mesure de la satisfaction dans les hôpitaux suisses 46
5 Situation hospitalière des migrants en Suisse 61
5.1 Niveau de satisfaction des migrants 61
5.2 Problèmes liés à l’interaction avec le personnel hospitalier 63
5.3 Autres dimensions spécifiques aux migrants 70
5.4 Synthèse et pistes pour les recommandations 75

6 Conclusions et recommandations 78
6.1 Gestion de la qualité au sein des hôpitaux 79
6.2 Procédures d'enquêtes hospitalières 83
6.3 Les instruments d'enquête 88
6.4 Pistes à explorer pour l'avenir 90
7 Fazit und Empfehlungen 94
7.1 Qualitätsmanagement in den Spitälern 96
7.2 Vorgehensweisen bei Spitalumfragen 100
7.3 Die Umfrageinstrumente 106
7.4 Weiterer Handlungsbedarf 108
8 Conclusioni e raccomandazioni 112
8.1 Gestione della qualità negli ospedali 114
8.2 Procedure di inchiesta negli ospedali 118
8.3 Gli strumenti di rilevazione 123
8.4 Nuove piste per il futuro 125

Bibliographie 129
Annexe I 132
Annexe II 137

Résumé

Objectifs et méthodes

L'étude porte sur les lacunes existantes en matière de mesure de la satisfaction des patients migrants en milieu hospitalier et formule des recommandations à l'adresse des établissements hospitaliers et autorités compétentes. Partant d'une revue de la littérature internationale, elle se base sur une série d'entretiens avec divers spécialistes (de la qualité dans les hôpitaux, du domaine migration et santé et de fournisseurs d'enquêtes) et de focus groups menés auprès de migrants de divers milieux et origines.

Résultats et recommandations

Les résultats démontrent que les outils d'évaluation de la satisfaction des patients migrants comportent des problèmes liés à la fois à la procédure d'enquête et aux instruments, susceptibles de limiter la pertinence des résultats obtenus en vue de l'amélioration de la qualité des soins. La plupart des lacunes constatées ne touchent pas uniquement les personnes issues de la migration et de minorités, mais concernent également des groupes de patients socialement ou professionnellement défavorisés, voire stigmatisés, ou présentant des problèmes linguistiques.

De ces constats et de l'analyse des entretiens menés en Suisse se dégage une série de recommandations. Concernant la procédure d'enquête : 1) il est nécessaire de mettre en place une information mieux adaptée sur les buts et l'utilisation des enquêtes, 2) de proposer des procédures alternatives permettant des échanges plus personnalisés, par exemple par l'administration d'enquêtes ou de relances téléphoniques, 3) d'organiser ponctuellement des enquêtes complémentaires par focus group ou entretiens, qui permettraient d'atteindre certains groupes difficilement joignable par courrier ou d'approfondir certaines dimensions de la satisfaction. Pour ce qui est des questionnaires: 1) il importerait de disposer d'une information sur la nationalité à la naissance (ou la nationalité), le lieu de naissance et éventuellement le statut de séjour ; 2) de plus il serait souhaitable d'identifier la « langue préférée » ou « bien maîtrisée » des patients, que ce soit lors de la procédure de sortie de l'hôpital ou à l'entrée et 3) 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, 4) enfin, il serait indiqué d'adapter le niveau du langage des questionnaires afin de le mettre à porté d'un plus grand groupe.

Plus généralement, il apparaît qu'une approche attentive aux besoins des migrants, représente une excellente opportunité, pour un système de qualité, d'affiner sa sensibilité à la diversité à tous les patients, ce qui incite les

auteurs à plaider pour une approche intégrée plutôt que particulariste, même si des initiatives ciblées sur les migrants peuvent être envisagées de façon complémentaire.

Zusammenfassung

Ziele und Methoden

Die Studie behandelt die vorhandenen Lücken bei der Messung der Zufriedenheit der PatientInnen mit Migrationshintergrund im Spitalbereich und wendet sich mit Empfehlungen an Spitäler und zuständige Behörden. Ausgehend von einer Analyse der internationalen Literatur basiert sie auf einer Reihe von Gesprächen mit unterschiedlichen Fachpersonen (aus dem Qualitätsmanagement der Spitäler, aus den Migrations- und Gesundheitsbereichen und von Umfrageanbietern) und von *focus groups*, die mit MigrantInnen aus unterschiedlichen Kreisen und unterschiedlicher Herkunft geführt wurden.

Ergebnisse und Empfehlungen

Die Ergebnisse zeigen, dass die Bewertung der Zufriedenheit der PatientInnen mit Migrationshintergrund Probleme mit sich bringt, die zum einen mit dem Umfrageverfahren und zum anderen mit den Instrumenten zusammenhängen. Dies dürfte die Richtigkeit der erhaltenen Ergebnisse im Hinblick auf die Verbesserung der Qualität der medizinischen Dienstleistungen einschränken. Die meisten Lücken betreffen nicht ausschliesslich MigrantInnen und Minderheiten, sondern auch Patientengruppen, die sozial oder beruflich benachteiligt, oder sogar stigmatisiert, sind oder sprachliche Probleme aufweisen.

Ausgehend von diesen Feststellungen und von der Analyse der in der Schweiz geführten Gespräche ergibt sich eine Reihe von Empfehlungen. Bezüglich des Umfrageverfahrens: 1) Es ist notwendig, angemessener über die Ziele und den Nutzen der Umfrage zu informieren, 2) alternative Verfahren vorzuschlagen, die einen persönlicheren Austausch ermöglichen, z. B. über die Durchführung der Umfragen und telefonische Erinnerungen, 3) punktuell zusätzliche Umfragen durch *focus groups* oder Gespräche zu organisieren, wodurch bestimmte Gruppen, an die auf dem Postweg schwierig heranzukommen ist, erreicht oder bestimmte Aspekte der Zufriedenheit vertieft werden können. Bezüglich der Fragebogen: 1) Es wäre wichtig, über Informationen zur Staatsangehörigkeit bei der Geburt (oder zur Staatsangehörigkeit), zum Geburtsort und eventuell zum Aufenthaltsstatus zu verfügen; 2) Darüber hinaus wäre es wünschenswert, die „bevorzugte“ oder „gut beherrschte“ Sprache der PatientInnen festzuhalten, entweder bei Spitalaus- oder -eintritt, und 3) sich für die MigrantInnen, die keine Landessprache beherrschen, zu überlegen, Fragebogenversionen in den am meisten verbreiteten Sprachen der PatientInnen zur Verfügung zu stellen, die gründlich getestet wurden, 4) und schliesslich wäre es angebracht, das

Sprachniveau der Fragebogen anzupassen, um sie für eine breitere Gruppe verständlich zu machen.

Generell scheint es, dass ein Vorgehen, welches die Bedürfnisse der MigrantInnen berücksichtigt, für ein Qualitätssystem eine ausgezeichnete Möglichkeit darstellt, dessen Sensibilität für Verschiedenheit bei allen PatientInnen zu fördern. Deshalb plädieren die AutorInnen für eine eher integrierte als partikularistische Herangehensweise, obschon ergänzend auch Initiativen, die spezifisch auf MigrantInnen abzielen, in Betracht gezogen werden können.

Riassunto

Obiettivi e metodi

Lo studio tratta le lacune esistenti nella misurazione della soddisfazione dei pazienti della popolazione migrante nel settore ospedaliero e avanza suggerimenti alle istituzioni ospedaliere e alle relative autorità. Esso si basa sull'esame di svariate pubblicazioni internazionali e su una serie di colloqui con diversi specialisti (della qualità degli ospedali, del settore della migrazione e salute, e fornitori di inchieste) e focus groups realizzati con migranti di origine e ceto diversi.

Risultati e raccomandazioni

I risultati rivelano che gli strumenti per la valutazione della soddisfazione dei pazienti fra la popolazione migrante comportano dei problemi relativi sia al metodo di indagine sia agli strumenti; tali problemi limitano la pertinenza dei risultati in vista del miglioramento della qualità delle cure sanitarie. La maggioranza delle lacune riconosciute non riguarda esclusivamente i migranti o le minoranze, ma anche gruppi di pazienti che sono socialmente o professionalmente svantaggiati, addirittura stigmatizzati, o hanno problemi linguistici.

Da queste considerazioni e dall'analisi dei colloqui condotti in Svizzera risulta una serie di raccomandazioni. Per quel che riguarda la procedura di indagine, è necessario: 1) informare più compiutamente sugli obiettivi e gli scopi dell'inchiesta, 2) proporre procedure alternative, che consentano uno scambio più personalizzato, p. es. durante la sommministrazione del questionario o con ripetute sollecitazioni telefoniche, 3) organizzare di tanto in tanto indagini complementari con focus groups o colloqui che consentano di raggiungere particolari gruppi difficilmente reperibili per posta oppure per poter approfondire determinati aspetti riguardanti la soddisfazione.

Per quel che riguarda i questionari: 1) sarebbe importante avere informazioni sulla nazionalità al momento della nascita (oppure la nazionalità attuale), il luogo di nascita ed eventualmente lo status giuridico del soggiorno; 2) inoltre sarebbe auspicabile stabilire quale sia la "lingua preferita" o la "lingua padroneggiata" dai pazienti, o al momento del ricovero o della dimissione dall'ospedale, e 3) per i migranti che non padroneggiano nessuna delle lingue nazionali, si può valutare di mettere a disposizione delle versioni, dovutamente testate, in una delle più diffuse lingue tra i pazienti di origine immigrata, 4) e infine sarebbe appropriato adattare il livello linguistico dei questionari, per renderli comprensibili e di facile accesso.

In generale lo studio mostra che l'approccio rispettoso delle esigenze dei migranti costituisce un'eccezionale opportunità per far sì che un sistema di

qualità sviluppi sensibilità per la diversità dei pazienti. Di conseguenza, esso conclude che un approccio integrato piuttosto che particolarista va privilegiato, anche se le iniziative che mirano ai migranti possono essere considerate un utile complemento.

1 Introduction

La satisfaction des patients est une dimension-clé de la gestion hospitalière et de l'évaluation de la qualité des soins. Sa mesure est réglementée par le contrat passé entre Santésuisse et H+ (qui a donné naissance à la société sur l'assurance qualité dans les secteurs hospitaliers) et, dans certains cantons, par les contrats de prestations entre hôpitaux et les gouvernements cantonaux. Au-delà de ce cadre légal, la satisfaction des patients est un indicateur parmi d'autres de la qualité des soins et de l'adéquation des prestations offertes avec les demandes du public.

Les établissements hospitaliers effectuent régulièrement des mesures de la satisfaction de leurs patients, organisés de manière interne (par exemple, la cellule ESOPE du CHUV) ou en recourant à des prestataires de service externes. La mesure de satisfaction est effectuée selon différents outils standardisés, mais aussi par des questionnaires ou méthodes appropriés à une problématique spécifique. La mesure de la qualité des soins et de la satisfaction est soumise, comme tout phénomène de nature subjective, à des limites méthodologiques qui donnent lieu à de nombreuses considérations.

Ceci est d'autant plus le cas lorsqu'il est question de minorités. Ainsi, la question de la satisfaction des patients migrants donne lieu à de nombreuses spéculations. Différentes études (Saha et Hickam, 2003 ; Garroutte et al., 2004 par ex.) relèvent un moins bon taux de satisfaction parmi les patients étrangers, pouvant être expliqué soit par des facteurs structurels (i.e. différences liées à l'âge, le niveau socioéconomique et l'état de santé), soit par des facteurs ethniques (liés à l'appréhension de la santé et aux attentes vis-à-vis des soins). D'autres études enregistrent en revanche une satisfaction identique, sinon accrue, pour certaines collectivités migrantes par rapport au groupe de référence (natifs). Ces résultats contradictoires doivent cependant être commentés en ayant conscience du fait que les outils d'évaluation de la satisfaction ne sont pas toujours efficaces pour les populations migrantes, pour différentes raisons. Dans la situation spécifique de la Suisse, les facteurs limitant l'interprétation des résultats sont les suivants :

- l'évaluation repose généralement sur des questionnaires, envoyés par voie postale en une seule langue (la langue de la région linguistique où se trouve l'hôpital), et l'on peut supposer un faible taux de réponses pour les personnes – les migrants – ne maîtrisant pas ou peu cette langue ;
- compte tenu de la mobilité importante de certains groupes d'étrangers (en particulier en cas de maladie), l'évaluation par enquête après la sortie de l'hôpital ne touche pas l'ensemble des personnes entrant dans l'échantillon. Dans le cas d'une précarité de vie importante (clandestinité

par exemple), on peut même supposer que les adresses fournies par le patient soient parfois fausses, ce qui limite encore les possibilité de contacter celui-ci par une enquête ; il résulte dès lors un risque de biais, les migrants les mieux intégrés étant surreprésentés dans les enquêtes de satisfaction ;

- la mesure de la satisfaction ne garantit pas que le questionnaire envoyé soit rempli par la personne concernée, et on peut supposer que c'est parfois le « chef du ménage », ou la personne qui maîtrise le mieux la langue de la région d'accueil qui remplit le questionnaire ; ce facteur, qui n'est pas spécifique aux migrants, est probablement plus important dans différentes communautés étrangères que dans le groupe des Suisses ;
- les questionnaires ne tiennent pas compte des spécificités des personnes issues de la migration (par exemple des perceptions différentes de la santé, des attentes différentes concernant les soins), puisqu'il est identique quel que soit l'origine culturelle et le statut de séjour ;
- les instruments de mesure n'incluent pas de questions permettant de définir exactement le profil migratoire de la personne. A ce propos, la protection des données individuelles est susceptible de limiter la possibilité de recueillir des informations sur la trajectoire migrante.

Peu d'attention est portée à ce jour au développement d'outils permettant une mesure correcte de la satisfaction des populations migrantes. Ceci est d'autant plus regrettable en Suisse que la population migrante représente une part significative de la population la population nécessitant des soins hospitaliers – en particulier dans certains services comme les urgences et les services d'obstétrique ou de néonatologie, mais aussi dans les policliniques – et qu'elle est confrontée, de par sa condition migrante et son niveau d'intégration, à des barrières parfois importantes en termes d'accès aux soins. Si les données hospitalières ne permettent pas de saisir précisément la part de résidants étrangers traités (en particulier car le lieu de domicile légal n'est pas systématiquement recueilli, ce qui ne permet pas de distinguer entre résidant en Suisse et résidant dans des régions frontalières), le recensement 2000 indique que près de 40% des personnes admises à cette date dans des hôpitaux de soins généraux étaient des étrangers. Ce chiffre donne une estimation grossière de la population étrangère dans les hôpitaux, estimation qui doit être revue à la hausse dans certains services (en particulier dans les urgences et les centres de néonatologie).

Depuis Bushi (1995), les spécificités des migrants envers la santé sont identifiées comme devant être prises en compte pour une mesure adéquate de la satisfaction en milieu hospitalier. Quelques études ont tenté, dans d'autres pays, de réfléchir à cette problématique (par exemple Barr, 2004 ; Van Zanten et al., 2004).

Dans le cadre du programme « Migrant Friendly Hospitals », la mesure de la satisfaction des patients migrants est prioritaire. La question qui se pose est de savoir si, à partir des outils déjà existants, il est possible d'effectuer cette mesure ou si d'autres instruments sont nécessaires pour saisir la satisfaction des patients migrants. En outre, il serait judicieux de s'interroger sur les adaptations des outils qui permettraient d'améliorer cette mesure. Ces points représentent les objectifs de la présente étude.

Celle-ci vise, à partir de différentes approches, à formuler des recommandations pour une mesure la plus efficace possible de la satisfaction des patients issues de la migration concernant les soins reçus. Ces recommandations se fondent sur une analyse de la littérature portant sur les expériences étrangères dans le domaine (chapitre 2), ainsi que sur l'analyse d'entretiens et de *focus groups* menés avec différents partenaires privilégiés et avec quelques groupes de migrants (chapitre 3).

Plan

Le document se présente de la manière suivante : dans une première étape, les méthodes et le matériel utilisés dans cette analyse sont présentés (chapitre 2).

Une revue de la littérature (chapitre 3) vise pour sa part à recenser les études qui, en Suisse et à l'étranger, se sont intéressés spécifiquement à la mesure de la satisfaction des migrants hospitalisés. Il convient de noter d'emblée que, dans le domaine de l'évaluation de la qualité des soins, le groupe des migrants ne fait pas l'objet d'une attention considérable. Ainsi, parmi les études et articles scientifiques traitant de la satisfaction au sein des hôpitaux, un nombre très limité portent sur les migrants. Dans le même temps, des expériences internationales (« best practices ») font défaut ou, plus précisément, ne sont pas présentes dans la littérature scientifique. La revue de la littérature fournit dès lors en premier lieu le cadre général à prendre en considération pour discuter ultérieurement de la mesure de la satisfaction des migrants. Sont en particulier relevées par cette revue de la littérature les spécificités des migrants en matière de santé et leurs comportements au moment d'enquêtes.

Un quatrième chapitre se focalise sur la situation de la Suisse en matière de mesure de satisfaction dans les établissements hospitaliers. Il présente d'abord le contexte démographique (nombre et profil des migrants en Suisse) et le cadre institutionnel régissant les systèmes de qualité, dans lesquels s'inscrit la mesure de la satisfaction dans les hôpitaux. Il fait ensuite un tour d'horizon des types d'enquêtes et d'instruments utilisés en Suisse et aborde finalement les problèmes soulevés sur le « terrain » par les professionnels.

Le chapitre suivant (chapitre 5) est consacré à l'analyse de la situation en partant à la fois du point de vue des migrants concernés et des professionnels

de la santé. Il pose la question du niveau de satisfaction des migrants en Suisses et des problèmes qu'ils rencontrent lors de leur hospitalisation, afin de mettre en évidence quelques pistes pour l'amélioration de la situation.

Ces pistes sont synthétisées, finalement, sous la forme de recommandations dans le dernier chapitre, à la fois successivement en version française (chapitre 6), allemande (7) et italienne (8).

2 Méthodes et matériel recueilli

Deux approches complémentaires ont été adoptées. D'une part, une lecture critique de la littérature suisse et internationale a été entreprise. Cette littérature a été réunie à l'aide d'une recherche documentaire – pour ce qui est de la littérature scientifique – et par les indications fournies lors des contacts avec des spécialistes – en ce qui concerne la littérature « grise », non publiée.

D'autre part, des entretiens ont eu lieu avec des experts et des migrants, de manière à mieux cerner la problématique de la satisfaction, à confronter les expériences suisses avec les besoins des migrants, et à formuler des recommandations.

2.1 Ressources scientifiques sur la question de la satisfaction des migrants

La recherche bibliographique servant de cadre de référence à la revue de la littérature a été effectuée en utilisant les bases de données PubMed de la « National Library of Medicine » et la base de données Saphir (« Swiss Automated Public Health »), en y introduisant comme critères d'extraction les mots clés « patient satisfaction », « consumer satisfaction » et « migrants ».

Nous avons obtenu de cette manière 213 références dans la première base de donnée, et 53 références dans la seconde (dont un certain nombre se répétaient et dont aucune ne traitait de la question des migrants spécifiquement). En partant de ce corpus nous avons retenu 19 articles qui nous ont paru utiles pour notre étude. Nous avons exclu des recherches références :

- celles qui ne traitaient pas de la problématique des patients migrants, à l'exception d'une étude comparant des questionnaires de satisfaction en Suisse (Perneger et al., 2003) ;
- celles datant de plus de dix ans ;
- celles qui se concentraient sur des patients présentant des problèmes de santé très spécifiques ;
- et celles qui portaient sur des concepts de satisfaction hors de cadre médical.

De plus, nous avons inclus dans les références bibliographiques des recherches non référencées qui nous ont été recommandées par nos informateurs. Au final, 16 articles et 7 études et rapports, publiées entre 1998

et 2005 ont été considérées, dont la plus grande partie ont paru ces quatre dernières années.

Toutes ces références ne sont pas spécifiques à la problématique de la mesure de la satisfaction des migrants ; certaines études portaient sur les différences ethniques dans la satisfaction, sans faire explicitement référence aux problèmes et biais de mesure – ou éventuellement en mentionnant la difficulté d'appliquer des questionnaires dans la partie concernant les limites de l'étude. Cependant, l'inclusion de telles dans les références analysées permet de fournir une vision détaillée du phénomène étudié, allant de l'observation d'une satisfaction moindre ou plus élevée à la discussion des problèmes méthodologiques. On relèvera que les questions de mesure et les biais relatifs ne sont, curieusement, pas souvent mentionnés dans les études discutant la satisfaction des minorités ethniques. Les auteurs agissent le plus souvent comme s'ils omettaient le fait que les taux de réponse ne sont pas identiques et que la nationalité / catégorie ethnique puisse influencer les résultats présentés, sans pour autant modifier le niveau réel théorique de la satisfaction.

Parmi les références recensées, quatorze se rapportent à des études quantitatives, quatre à des études qualitatives, deux combinent les approches quantitatives et qualitatives, deux sont des rapports d'activités d'institutions suisses travaillant avec des sans-papiers et une est un extrait de données comparant la satisfaction des patients entre les groupes linguistiques (allemand et autre), produit par MeCon, un des fournisseurs d'enquêtes de satisfaction en Suisse.

La référence exacte des études incluses figure en annexe. Compte tenu des critères d'inclusion et de la variété des axes d'approche du phénomène étudié, les thèmes traités par les études, ainsi que leurs méthodes d'analyse, sont complexes à résumer. De même, la distribution géographique des études est variée, bien qu'elle se concentre dans les pays d'immigration, avec une majorité d'études effectuées aux Etats-Unis et trois en Suisse (une analyse qualitative et deux études quantitatives dont l'une – Pernegger et al., 2003 – se limite à analyser le contenu de quatre questionnaires de satisfaction sans se référer à la situation spécifique des migrants).

2.2 Focus groups

Afin de cerner la problématique de la mesure de la satisfaction des patients migrants en milieu hospitalier, quatre groupes de migrants ont par ailleurs été interrogés, sous forme d'entretiens *focus group* semi-directifs (cf. protocole des focus groups en annexe).

2.2.1 Profil des participants

Notre souci principal a été d'inclure une grande variété de migrants c'est pourquoi nous n'avons restreint ni l'origine ni le statut des participants. N'ont été retenus que des primo-migrants en excluant les migrants de deuxième ou troisième génération afin de n'interroger que des personnes imprégnées par le système de référence prévalent dans le pays d'origine et d'écarter des migrants complètement acculturés. Des catégories très privilégiées de migrants, médecins, intellectuels et clients de cliniques privées, ont été écartées.

Nous voulions également inclure des patients des domaines de soins où la migration est importante, notamment l'obstétrique et à la psychiatrie. Nous avons renoncé à la pédiatrie pour des raisons pratiques.

L'inclusion dans un *focus group* était liée à une hospitalisation en Suisse au cours des douze derniers mois (durée de séjour : plus de 24 heures). Il était souhaitable, mais pas obligatoire, que la personne ait déjà pris part à une enquête de satisfaction.

L'idéal aurait été de contacter des patients ayant participé à une enquête de satisfaction récente ; cependant, le calendrier de l'étude rendait impossible une telle approche, ceci d'autant plus que les enquêtes de satisfaction ont lieu tous les deux à trois ans et que le recrutement de patients à travers l'hôpital doit passer par une série de procédure liées d'une part aux aspects éthiques et d'autre part à la protection des données. Les hôpitaux étaient par ailleurs réticents à solliciter leur patients, déjà fréquemment contactés pour diverses enquêtes. Nous nous sommes dès lors adressé à des associations de migrants, aux associations pluriculturelles travaillant dans le domaine de la santé, aux infirmières indépendantes et aux centres médico-sociaux travaillant avec des migrants, pour nous mettre en contact avec des migrants remplissant les critères de participation. Le lien de confiance établi entre ces institutions et les migrants a été un facteur primordial pour la réussite de notre recherche.

2.2.2 Déroulement des *focus groups*

Quatre *focus groups* ont eu lieu, le nombre de participants allant de trois à huit. Le premier groupe, effectué à Lausanne, se composait d'hommes, au bénéfice d'un statut de séjour précaire, ayant des problèmes psychiques et ne parlant pour la plupart que leur langue maternelle. L'entretien a été traduit bénévolement par un interprète communautaire expérimenté. Le deuxième *focus group* était composé de femmes ayant accouché récemment. L'une d'entre elles ne parlait pas du tout les langues couramment utilisées en Suisse. La traduction a été effectuée par une des chercheuses, qui parlait sa langue. L'entretien s'est déroulé à Genève. Le troisième groupe était un groupe mixte, se composant de migrants portugais établis à la Chaux-de-

Fonds depuis plus de 14 ans et parlant le français. Les participants au quatrième *focus group* étaient des hommes et des femmes originaires d'Afrique, requérants d'asile ou admis provisoirement dans le canton de Fribourg, parlant français.

Tableau 1 : Profil sociodémographique des participants au focus group

focus groups	*1er* focus g.	*2ème*	*3ème*	*4ème*
Nombre de participant	7	3	8	4
Masculin	7	-	5	2
Féminin	-	3	3	2
Provenance	Agérie, Bosnie, Kosovo	Libéria, Pologne, Vietnam	Portugal	Burkina,Congo Cameroun, Togo
18-25 ans	-	-	-	1
26-35	3	3	3	1
36-45	1	-	1	2
> 46	3	-	4	-
Ecole primaire	1	-	1	-
Ecole secondaire	1	-	2	-
Formation prof.	3	2	5	3
Niveau tertiaire	2	1	-	1
Position actuelle :				
Sans emploi	6	1	1	-
Ouvrier/ère non	-	-	3	2
qualifié/e	-	2	3	1
Ouvrier/ère	1	-	1	1
Employé/e				
Longueur du séjour :				
< 5ans	1	1	-	4
5-14 ans	6	2	-	-
>14 ans	-	-	8	-
Type de permis:				
F (précaire)	5	-	-	2
N (précaire)		-	-	2
B (annuel)	1	2	-	-
C (permanent)	1	1	8	-
Langue parlée :				
Langue maternelle	5	2	-	
Langue locale (aussi)	2	1	8	4
Sans religion	-	-	2	-
Catholique	-	1	6	1
Protestant	-	1	-	2
Musulman	7	-	-	1

Les migrants interrogés représentaient un groupe très divers tant par leur statut que par leur origine et leur expérience du milieux hospitalier, ceci dans

diverses régions de la Suisse (cf. Tableau 1). Ces *focus groups* ont permis d'atteindre des personnes souvent exclues des enquêtes de satisfaction, à cause du manque de connaissance de la langue locale ou par le fait qu'elles peuvent difficilement être contactées. Nous avons également parlé à des personnes qui ont reçu un questionnaire de satisfaction mais qui, pour diverses raisons, n'y ont pas répondu. La méthode du *focus group* a donc permis d'élargir la représentativité des patients qui répondent généralement aux enquêtes de satisfaction.

Les entretiens ont duré entre deux et trois heures, selon les besoins en traduction.

Les participants aux *focus groups* ont reçu au minimum une semaine au préalable un questionnaire de satisfaction couramment utilisé dans les hôpitaux ainsi que le guide d'entretien (traduit si nécessaire) afin qu'ils puissent réfléchir aux questions que l'équipe de recherche allait leur poser. Il était demandé aux participants de remplir, dans la mesure du possible, le questionnaire de satisfaction, mais cela n'a pas été rendu obligatoire par peur de décourager les potentiels participants. Une grande partie des participants ont rempli le questionnaire de satisfaction sauf ceux du premier *focus group*, ne parlant pas la langue locale.

L'équipe de recherche a demandé aux participants s'ils étaient d'accord que l'entretien soit enregistré à des fins de retranscription, tout en leur garantissant l'anonymat et la confidentialité qui s'imposent dans ce genre de recherche. Chaque participant a reçu comme défraiement un bon d'achat d'une valeur de 30 Frs en guise de remerciement pour sa participation à notre étude.

Nous avons connaissance de deux refus de participation aux entretiens, ceux venant de femmes ayant accouché récemment, l'une car son mari ne voulait pas qu'elle participe, l'autre femme ayant refusé car elle estimait ne pas parler assez bien français, bien que l'intermédiaire par qui nous soyons passé lui a clairement expliqué que dans ce cas un interprète serait présent.

2.3 Entretiens d'experts

En complément aux *focus groups*, des spécialistes de la qualité des soins et de la migration ont été rencontrés. Les experts interrogés se divisent en trois catégories :

- Les responsables qualité et administratif dans les hôpitaux et en général ;
- Les fournisseurs d'enquêtes ;
- Les praticiens et chercheurs dans le domaine migration et santé.

Dans la première catégorie nous nous sommes adressé d'une part aux personnes recommandées par le mandant, d'autre part à des responsables de qualité de grands hôpitaux. L'hôpital Cantonal de Fribourg a été choisi principalement en sa qualité d'hôpital bilingue, traitant par conséquent la problématique de minorité interne.

Les fournisseurs d'enquêtes interrogés appartiennent aux principaux groupes existant sur le marché suisse. Picker a été choisi par les principaux hôpitaux universitaires alors que MeCon travaille avec de plus petits hôpitaux et cliniques privées. Nous l'avons choisi car il travaille avec les hôpitaux bilingues. La Cellule ESOPE (**E**nquêtes de **S**atisfaction et d'**O**pinion des **P**atients et des **E**mployés), qui gère les enquêtes transversales des Hospices - CHUV (patients, professionnels et tiers clients), a également été retenue. Une des particularités de cette cellule est d'assurer la qualité méthodologique et la recherche dans le domaine des enquêtes de satisfaction (Tableau 2).

Les entretiens ont été effectués sous forme semi-directive – dans la majorité des cas en face-à-face – sur la base de guide d'entretiens comportant principalement des questions ouvertes, qui étaient adaptés à chaque interlocuteur. Quatre entretiens ont été effectués par téléphone et un par email. Les entretiens face-à-face ont été enregistrés puis retranscrits.

Tableau 2 : Institutions représentées dans les entretiens d'experts

	Responsable qualités	Fournisseurs d'enquêtes	Praticiens et chercheurs
Institutions	KIQ H+ MFH Hôpital Cantonal de Fribourg Inselspital de Berne CHUV de Lausanne HUG de Genève Hôpital psychiatrique de Marsens (FR)	Picker Suisse Picker UK MeCon Cellule Esope (CHUV)	Croix-Rouge Fribourg Fri-Santé Fribourg UPV Lausanne Appartenances Service urgences Derman-Röthel
Nombre	8	4	7

2.4 Analyse des données et difficulté rencontrées

Tous les entretiens ont été ont été retranscrits de façon légèrement résumée à partir des enregistrements effectués. Après lecture des entretiens, une série de thèmes importants ont été identifiés et le matériel recueilli a été regroupé selon ces thèmes, afin de faciliter une lecture transversale des réponses.

L'analyse de contenu a ensuite été effectuée à l'aide d'une grille regroupant les principaux thèmes abordés.

Pour les *focus groups* les commentaires de chaque participant ont été clairement séparés de façon anonyme et les données ont été codées de façon à permettre une analyse aussi bien quantitative (nombre de commentaires par thème) que de manière qualitative, pour obtenir les résultats présentés dans les chapitres 5 et 6.

A noter que l'analyse ne s'est pas seulement intéressée aux problèmes révélés, mais a été attentive à intégrer la dimension des ressources personnelles ou opportunités des situations dont faisaient part les migrants et les spécialistes interrogés.

Une difficulté fréquemment rencontrée a consisté à juguler les différents niveaux d'informations et de réflexion des interlocuteurs et à les ramener à la question de la mesure de la satisfaction, au lieu de discuter la satisfaction en tant que telle ou l'état de santé des personnes concernées.

Une autre difficulté constante a consisté à isoler la spécificité migrante de la question plus générale de la mesure de la satisfaction des patients, dans laquelle elle s'inscrit et qui mériterait un approfondissement. La question au cœur de cette étude a été rarement abordée de front dans la littérature existante, qui traite néanmoins de nombreux aspects qui s'y articulent.

3 La mesure de la satisfaction des patients migrants : une analyse de la littérature internationale

La satisfaction des patients est une dimension particulièrement complexe (cf. figure 1 p. 63), sur laquelle interviennent différents facteurs. Il n'est pas clair si elle découle des attentes préalables concernant les soins (Ruggeri, 1994), de la compréhension des actes médicaux effectués (Linder-Pelz, 1982), du degré de concordance entre le diagnostic du médecin et celui envisagé par le patient (Callan et Littlewood, 1998) ou d'une évaluation objective, de la part des patients, des soins prodigués par le médecin. Des facteurs externes (à l'état de santé et aux soins prodigués) tels que l'âge, la catégorie socioprofessionnelle, le niveau de formation, peuvent également intervenir sur le niveau de satisfaction (Barr, 2004). En outre, différentes études ont montré que le niveau de satisfaction peut varier en fonction du questionnaire appliqué aux patients, du type d'enquête (téléphonique, écrite) ainsi que du type de personnes interrogeant le patient (Polowarczyk et al., 1993), du type de maladie, du niveau de traitement (Carr-Hill, 1992), et du délai depuis l'hospitalisation. Carr-Hill (1992) relève en outre que la satisfaction n'est pas forcément un concept unique, et qu'elle peut prendre plusieurs formes difficiles à appréhender par des approches quantitatives. Les critiques n'épargnent pas non plus les approches qualitatives, souvent considérées comme non objectives (Everett et Boydell, 1994) et peu représentatives, d'où une difficulté à généraliser les résultats obtenus (Callan, 1998). Il convient par ailleurs de s'interroger, à l'instar de Barr (2004), dans quelle mesure la satisfaction des patients reflète la qualité des soins ou la perception de cette qualité par le patient ou encore sa satisfaction par rapport à l'état de santé.

Dans le cas des minorités ethniques ou nationales, la satisfaction est encore plus complexe à appréhender dans la mesure où d'autres facteurs externes, non directement liés à la qualité des soins, peuvent intervenir : le niveau de compréhension de la langue parlée dans la région (ou de la langue parlée par le médecin), des aspects socioculturels influençant la perception de la santé des minorités, des facteurs liés à l'intégration, le ressentiment de discriminations existantes dans la société envers les étrangers sont des facteurs pouvant jouer un rôle dans le niveau de satisfaction. En particulier, la discordance ethnique peut créer une distance sociale qui réduit la perception de la qualité des soins, et influence la confiance du patient dans le système de soins. Dès lors, la nationalité ou l'appartenance ethnique du médecin peut influencer sensiblement le niveau de satisfaction du patient.

La littérature internationale fournit différents travaux sur la satisfaction des patients étrangers et, dans de plus rares occasions, sur les problèmes de mesure. Dans la plupart des cas, ces travaux ont été menés dans des pays

d'immigration à l'étranger, et présentent l'intérêt, pour le présent projet, de relever les différentes difficultés à prendre en compte. Dans le présent chapitre, nous abordons la définition des populations migrantes et sa conséquence sur la mesure de la satisfaction (section 3.1), la question du niveau de satisfaction de ces populations et les conclusions très diverses, en fonction de l'étude (section 3.2), les problèmes méthodologiques liés à la mesure de la satisfaction (section 3.3), en discutant en particulier des problèmes liés à l'échantillonnage, au taux de non réponse et à l'identification des populations sous étude.

3.1 Définition des migrants et de leurs problèmes spécifiques

Il est difficile de formuler une définition opératoire de ce qu'est un « migrant » tant cette catégorie est hétérogène. Cette difficulté apparaît en particulier dans la littérature médicale, où le migrant peut être défini de multiples manières, parfois en fonction de l'appartenance ethnique, parfois en fonction de la couleur de peau, ou encore en fonction du lieu de naissance, ou selon la nationalité. Les critères de définition, qui varient principalement en fonction du pays[1], jouent un rôle sur les conclusions des différentes études et la mesure de la satisfaction des patients.

L'exemple américain illustre bien les difficultés liées à la classification des minorités. Dans le contexte américain, les chercheurs utilisent différentes manières de catégoriser les groupes auprès desquels sont menés les enquêtes : tantôt il est question de catégorie raciale (majorité des cas), tantôt d'ethnie et tantôt de langue. On parlera généralement, pour qualifier ces groupes, de minorités. Leur composition est plus ou moins hétérogène en fonction du groupe. Ainsi, les Noirs et Blancs américains résidant depuis leur naissance dans le pays partagent la même langue et certaines références culturelles leur sont communes. Cependant, outre la couleur de la peau, ce qui les différentie est leur position socioéconomique liée en particulier à la longue tradition de discrimination envers les Noirs américains. Par contre les différences entre les Blancs américains et les Hispaniques ou les Asiatiques sont toutes

[1] Les Etats-Unis utilisent la classification raciale – la couleur de la peau -, les Français le lieu de naissance, les Suisses la nationalité, les Britanniques l'appartenance ethnique, etc. Il faut voir derrière ces variations des pratiques statistiques variées et des histoires migratoires spécifiques. Les règles de citoyenneté (droit du sol, droit du sang) influencent également le choix du critère, puisque pour les pays pratiquant le droit du sol – Etats-Unis et en partie France, la nationalité n'est pas un critère pertinent pour définir l'appartenance ethnique.

importantes. Elles ne concernent pas seulement et pas toujours les traits physiques, mais également une série d'autres différences jouant un rôle majeur non seulement sur la santé, mais aussi sur la perception des soins prodigués : différences souvent linguistiques, culturelles et différences liées notamment à la connaissance du système de santé. Ces différences sont plus ou moins importantes en fonction du niveau d'acculturation et de la durée du séjour (primo-migrant ou non) des groupes en question. Malgré les difficultés de définir précisément ces groupes, ceux-ci présentent une caractéristique commune, celle de s'écarter en de nombreux aspects du groupe dominant. Ces différences peuvent se répercuter sur le domaine de la santé qui englobe aussi bien l'accès aux soins, les traitements promulgués (aspects techniques, relationnels, prescription des soins), l'état de santé, la perception de la santé et le « Health Literacy[2] ».

Dans la suite de ce chapitre, le terme générique de « migrants » sera défini pour décrire les communautés minoritaires considérées par rapport au groupe des natifs.

3.2 Niveau de satisfaction des migrants

Les recherches analysées dans le présent chapitre révèlent plusieurs problèmes rencontrés par les groupes minoritaires dont les principaux sont :

- une barrière quant à l'accès aux soins et aux assurances ;
- une barrière liée à la connaissance du système de santé ;
- une barrière liée aux coûts ;
- des barrières linguistiques et culturelles affectant la qualité des soins.

Les études démontrent par ailleurs que les aspects liés à l'interaction entre le patient et le médecin et le personnel soignant semblent poser d'importants problèmes dans le domaine des soins (voir dimensions mises à jour dans la figure 1 à la page 64).

[2] Notons qu'il n'existe à l'heure actuelle pas de consensus concernant la définition de ce concept, dont certains critiquent une interprétation trop axée sur les compétences individuelles au détriment des composantes sociales et contextuelles. "The degree to which individuals have the capacity to obtain, process, and understand basic health information and services needed to make appropriate health decisions" (Healthy People 2010).

Les résultats de l'analyse de la littérature montrent des résultats mitigés quant au niveau de satisfaction des patients et quant aux explications fournies à ce sujet.

Barr (2004), Woods et Bivins (2005), Garoutte et al. (2004) et le California Pan-Ethnic Health Network (CPEHN) (2001) soutiennent par exemple que les migrants sont en général moins satisfaits des soins que les natifs, et que cette non-satisfaction est liée à leur origine ethnique. En revanche, les recherches menées par Kersnik et Ropret (2002), Merril et Allen (2003), Callan et Littlewood (1998), Gary et al. (2003) et Greenberg et al. (2003) ne relèvent pas de différence significative en termes de satisfaction entre les migrants et les non-migrants. Merill et Allen (2003) démontrent au contraire, pour les Etats-Unis et après prise en compte de certaines variables de confusion (niveau de formation, âge, revenu et état de santé), que les membres de la communauté de couleur sont même plus satisfait que les Blancs en ce qui concerne l'écoute du médecin (il faut souligner que dans ce cas de figure il n'y a pas de barrière linguistique), ce que confirme l'étude du CPEHN (2001). Celle-ci ajoute d'autres dimensions des soins avec lesquels les Noirs américains seraient plus satisfaits que le groupe de référence (Blancs Américains) à savoir : la communication en général et avec les prestataires de soins, l'aide du personnel soignant et les soins reçus.

Il n'y a donc pas de tendance systématique permettant d'affirmer que les patients migrants soient moins satisfaits que les natifs. Du moins, il n'est pas clair si l'insatisfaction accrue observée parmi certains groupes de migrants soit liée à l'origine ethnique, ou à la structure socioéconomique et démographique de cette population.

La satisfaction est-elle liée à l'ethnicité ou à d'autres facteurs ?

De nombreuses études défendent cependant l'hypothèse d'une relation significative entre le degré de satisfaction et l'ethnicité. Ainsi, Van Zanten, et al. (2004) démontrent par une expérience « de laboratoire » l'existence d'une interaction, ceci même si les patients migrants sont globalement satisfaits. Cette hypothèse est renforcée par le fait que la satisfaction est généralement meilleure dans le cas d'une concordance ethnique entre médecin et patients. Woods et Bivins (2005) montrent des différences tout à fait significatives au détriment des Afro-Américains concernant la communication avec les médecins et les soignants. Garoutte et al. (2004) rapportent que l'identité américano-indienne est associée de manière significative à la satisfaction, principalement en ce qui concerne les compétences sociales et l'attention du médecin à leur égard

Parmi les études ne prétendant pas à l'existence d'un lien entre la satisfaction des patients et l'ethnicité, signalons celle de Merill et Allen (2003). Pour ces auteurs, d'autres facteurs que l'ethnicité jouent un rôle dans le niveau de

satisfaction : l'âge, avec une association positive, en d'autres termes une satisfaction augmentant avec l'accroissement de l'âge, le niveau de formation (association négative), l'état de santé (association positive), le fait de ne pas avoir un médecin de famille (qui diminue la probabilité de satisfaction), le niveau du revenu (association positive). Pour ces auteurs, seule l'écoute du médecin est associée significativement avec l'appartenance ethnique. Ce lien s'explique plutôt par les barrières linguistiques et les facteurs culturels. Dans son étude, Kersnik (2002) n'a pas constaté de différence de satisfaction entre Slovènes et non-Slovènes ayant participé à sa recherche. Son hypothèse est que les problèmes de langues ont plus d'impact sur la satisfaction que l'ethnicité. L'auteur souligne aussi le fait qu'il ne faut pas négliger la dimension « attentes vis-à-vis des soins » des patients, dimension qui peut influencer les résultats. Gary et al. (2003) relèvent pour leur part que ce sont plus les constructions sociales entourant l'ethnicité et non l'ethnicité elle-même qui expliquerait les problèmes rencontrés par les minorités (barrières de coûts et d'accès à l'assurance maladie). Pour ces chercheurs, les facteurs expliquant les différences dont les niveaux de satisfaction sont de plusieurs ordres : 1) sociaux (stress et racisme) 2) socioéconomiques (niveau de formation, source de revenu) 3) cliniques (problèmes de santé) et 4) culturels.

Callan et Littlewood (1998), ont également démontré à partir d'une étude portant sur 21 personnes britanniques et 63 membres de minorités ethniques que, contrairement à ce qui était présupposé, l'ethnicité n'est pas directement liée à la satisfaction. Le facteur le plus étroitement associé à cette dimension étudiée est, pour ces auteurs, le modèle explicatif de la maladie du patient (en d'autres termes, la cause de sa maladie, telle qu'il la perçoit) et plus précisément la concordance de ce modèle entre le médecin et le patient, ce qui attire l'attention sur les différences culturelles dans la perception de la santé, dans ce cas précis de la santé mentale. Pour Greenberg et al. (2003), étudiant le cas des Afro-Américains, la satisfaction n'est pas non plus associée à l'appartenance ethnique, par contre l'accès au soin l'est. Le fait que ces difficultés d'accès aux soins ne se traduisent pas dans la satisfaction étonne les auteurs de cette étude, qui n'expliquent pas ce paradoxe.

Les chercheurs associant la moindre satisfaction des patients issus des minorités à l'ethnicité ne font que relever le type de problèmes rencontré par telle ou telle minorité ethnique mais n'expliquent pas l'association entre ces deux variables. La difficulté se pose en outre au niveau de la définition même de l'ethnicité et des dimensions qu'elle implique. Seul Barr (2004) fournit quelques pistes lorsqu'il dit que les dynamiques interpersonnelles entre le médecin et le patient jouent un rôle dans la création des différences ethniques concernant la satisfaction et qu'il serait dès lors nécessaire d'explorer quels genres d'interactions les pourvoyeurs et les patients peuvent interpréter

différemment et les stratégies de communication particulières qui peuvent être associées à une meilleure satisfaction auprès des différentes cultures.

Ces résultats suscitent un certains nombre de questions. Pourquoi de telles divergences dans les résultats ? Pourquoi les difficultés rencontrées ne ressortent-elles pas systématiquement dans les résultats ? Ces différences dépendent-elles de la méthode utilisée ? De l'échantillonnage ? Afin d'apporter quelques éléments de réponses, il est important de se pencher sur les limites méthodologiques que connaissent les enquêtes et les études de satisfaction auprès des patients issus de minorités.

3.3 Problèmes méthodologiques liés à la mesure de la satisfaction des personnes issues de minorité

Les articles inclus dans la présente revue de la littérature effleurent certaines difficultés méthodologiques rendant problématique la mesure de la satisfaction des patients issus de groupe minoritaires. Pour ce qui est des études quantitatives, les limites abordées concernent :

- Le manque des variables ethniques fiables et uniformes incluses dans les questionnaires de satisfaction utiles pour identifier les groupes pouvant être confrontés à des difficultés particulières ;
- le taux de retour du questionnaire, souvent inférieur pour les groupes issus des minorités, ne permettant pas toujours d'atteindre la quantité requise de données pour les traiter statistiquement et entraînant des biais de représentativité :
- la question du « response-style » (comportements différentiés en termes de réponses aux questions) qui pose particulièrement problème lors d'utilisation d'échelles appréciatives. Ceci pose des problèmes d'interprétation des résultats, de comparaison en fonction de la nationalité et par conséquent aussi pour la prise de décisions éventuelles visant à remédier aux problèmes identifiés ;
- le choix des thèmes abordés, qui n'est qu'en partie sensible à la diversité des patients.
- Les études qualitatives relèvent pour leur part des limites bien connues (manque d'objectivité, petit échantillonnage, résultats difficilement généralisables à l'ensemble du groupe migrant). Ces études présentent l'avantage, par rapport à celles reposant sur des approches quantitatives, de rechercher des informations en profondeur sur la problématique étudiée. Alors que les études quantitatives identifient s'il y a un problème général, les études qualitatives sont mieux à même d'examiner la nature du problème.

3.3.1 L'absence de variables permettant d'identifier les groupes confrontés à des difficultés spécifiques

Les instruments d'enquêtes utilisés dans les recherches sur la satisfaction des patients issus des minorités, recensés dans la bibliographie analysée démontrent un manque de variables fiables et uniformes concernant l'origine ethnique des participants. Ceci pose trois problèmes majeurs.

Tout d'abord, alors que les modèles de compétences culturelles prônent l'importance de l'identité ethnique, la majorité des recherches sur la satisfaction s'appuient exclusivement sur les mesures concernant la couleur de la peau (aux Etats-Unis) ou la nationalité (par exemple en Slovénie). La catégorisation le plus fréquemment utilisée dans les recherches anglo-saxones distingue les « Noirs » des « Blancs », des « Hispaniques » et des « Asiatiques » (dans le cas de deux études) ou éventuellement des « blancs non-Hispaniques », « noirs non Hispaniques », « Hispaniques et autres » (incluant Asiatiques, populations des îles, Indien Américains et autres) ». Une telle catégorisation, qui caractérise la majorité des études médicales aux Etats-Unis, fait l'impasse sur certaines populations peu représentées (Asiatiques, Amérindiens – cf. Garroutte, 2004) et ne prend non plus pas en compte les différentes catégories sociales internes à chaque catégorie, qui pourraient ressortir dans le cas d'une distinction tenant compte également de la nationalité (d'origine) ou/et le lieu de naissance. De plus une telle approche est problématique car les personnes partageant la même identité raciale ne partagent pas nécessairement les mêmes caractéristiques ethniques et culturelles, et ont des relations pouvant varier vis-à-vis de la santé et des attentes concernant les soins.

Le cas américain peut fort bien être représentatif des problèmes se posant pour la définition des migrants en Suisse : bien que les groupes minoritaires sont différents, leur catégorisation représente un problème récurrent dans toute étude sociologique ou médicale. En outre, échappent généralement aux enquêtes les populations les moins représentées – qui sont souvent aussi celles présentant le plus faible niveau d'intégration et le niveau le plus élevé de précarité de séjour.

Il en est de même pour les enquêtes se fondant non plus sur l'appartenance raciale ou ethnique, mais utilisant la langue parlée (langue maternelle ou langue principale) comme variable distinguant les différents groupes, notamment celles effectuées en Suisse : les personnes partagent la même langue ne partagent pas automatiquement les mêmes caractéristiques ethniques et culturelles, la même approche et les mêmes attentes vis-à-vis de la santé. La catégorisation, nécessaire dans toute analyse quantitative, ne permet par ailleurs pas de tenir compte des personnes appartenant à plusieurs cultures, ni du degré d'identification à ces différentes cultures.

Partant de l'hypothèse que ce degré d'identification à sa culture d'origine intervient dans la satisfaction par rapport aux soins et que plus l'identification à une culture minoritaire est grande, plus précaire sera la satisfaction lié à l'interaction patient - médecin, Garoutte et al. (2004) proposent de recenser l'identité ethnique (indienne dans le cadre de son étude) à partir des questions suivantes :

- jusqu'à quel point les patients vivent selon le style de vie indien ;
- jusqu'à quel point partagent-ils le mode de vie familial propre à leur appartenance ethnique ;
- quelle est l'importance pour le patient de suivre les croyances religieuses ou spirituelles qui se fondent sur les croyances traditionnelles

Le même style de classification a été proposé afin d'évaluer le degré d'adhérence à l'identité américaine. Pour chaque question, les modalités incluaient quatre possibilités de réponses allant de « pas du tout » à « beaucoup », tout en laissant la possibilité aux participants de répondre « beaucoup » dans les deux séries de questions, témoignant ainsi d'une identité ethnique biculturelle ou au contraire « pas du tout » dans les deux séries ce qui indiquerait une identité marginale aux deux groupes.

Le second problème posé par le manque de variables fiables et uniformes est le fait que les résultats obtenus dans les différentes recherches ne peuvent être ni comparés, ni additionnés (afin par exemple d'effectuer un sur-échantillonnage d'une population présentant certaines spécificités, dans le but d'approfondir la problématique étudiée pour un ensemble d'hôpitaux ou de régions).

Le troisième problème soulevé dans une étude qualitative visant à évaluer les enquêtes et les questionnaires de satisfaction est celui de l'assignation des catégories ethniques ou raciale au patient. Les chercheurs ayant participés à l'étude de la CPEHN (2001), insistent sur le fait que l'appartenance ou les appartenances ethniques doivent être auto-évaluées par le patient lui-même ou par ces proches s'il s'agit d'un enfant, ce qui n'est toutefois pas toujours un gage de qualité de l'information. Ces mêmes chercheurs ont présenté dans une annexe de l'étude une proposition de codification des variables ethniques pouvant être employé non seulement dans les questionnaires de satisfaction utilisés aux Etats-Unis mais aussi dans les fichiers administratifs des patients.

3.3.2 Taux de réponses et représentativité de l'échantillon étudié

La question du taux de réponses est un point déterminant dans la collecte de données par questionnaires. Il est autant important d'avoir un nombre suffisant de réponses qu'une distribution plus ou moins égale des

caractéristiques des répondants pour assurer l'analyse des données sans risque de biais. Il est possible de procéder à des ajustements des données (pondérations) mais cette démarche implique deux grandes limites : premièrement on ne peut utiliser que les variables disponibles au moment du tirage de l'échantillon pour effectuer un redressement par pondération, et deuxièmement l'ajustement de ces caractéristiques n'élimine pas toujours l'ensemble des biais. Pour cette raison, l'obtention d'un taux élevé de réponses mais aussi la manière d'atteindre les différents groupes de la population sont des facteurs déterminant le succès d'une enquête de satisfaction.

Les taux de réponse obtenus dans les différentes études sont extrêmement variables. Pour les enquêtes effectuées par téléphone, ce taux varie entre 45% et 84%. Pour les enquêtes écrites, il varie entre 66% et 73%. Pour les enquêtes combinant les enquêtes écrites et téléphoniques, ce taux se situe entre 75% et 80%. Les entretiens en face-à-face ont quant à eux obtenu des taux aussi divers que 42%, 82% et 93% des 55% de patients ayant au préalable accepté de participer à l'enquête. Ces chiffres sont difficilement interprétables car les articles analysés ne décrivent pas systématiquement la méthode d'échantillonnage ni les méthodes de calcul des taux de réponse. Ces chiffres devraient être en particulier commentés en tenant compte du mode de recrutement des participants, qui varie d'une étude à l'autre. En particulier, l'échantillonnage et la stratification, l'éventuelle rémunération offerte, les rappels, etc. sont des facteurs pouvant influencer les taux de réponse. De plus, les taux de réponse publiés ne contiennent souvent pas les détails concernant les variations en fonction de l'appartenance ethnique. Les études ne recensent souvent pas non plus les raisons de la non-réponse (refus, n'a pu être joint, problème de connaissances linguistiques, etc.), ni les données générales concernant les personnes non-répondantes. On sait cependant, à partir de l'expérience suisse, que les taux de réponse à des enquêtes de santé sont généralement plus faibles pour les collectivités migrantes que pour les collectivités natives (cf. par exemple l'estimation des taux théoriques de participation à l'enquête sur la santé 1992 effectué par Raymond et al., 1995). Le problème de représentativité peut être expliqué par l'absence de compétences linguistiques, qui est un critère d'exclusion explicite ou implicite.

En conséquence de cette non-réponse plus fréquente, les informations relevées dans les études consultées montrent que les groupes minoritaires, surtout les Hispaniques, les Asiatiques et les « autres » sont souvent nettement sous-représentés par rapport au groupe majoritaire (Blancs) ; ce fait rend plus difficile encore l'analyse de leur situation spécifique.

Zaslavsky et al. (2002) ont étudié les facteurs influençant le taux de non-réponse aux enquêtes de satisfaction. Les deux enquêtes analysées dans cette

étude combinaient un questionnaire écrit et un questionnaire téléphonique. Ces enquêtes ont été menées en anglais et en espagnol, en utilisant les deux versions linguistiques du questionnaire ainsi que des intervieweurs bilingues. Le taux de retour obtenu pour ces deux enquêtes était relativement élevé, puisqu'il était respectivement de 75% et de 80%. Par contre les questionnaires et entretiens menés en espagnol représentaient moins de 0,5% du total des retours pour les deux enquêtes. Aucune remarque, ni explication n'est cependant fournie pour ce résultat.

Les auteurs ont tenté, à travers cette étude, de déterminer entre autres 1) quels sont les facteurs influençant la probabilité qu'un individu réponde à l'enquête, 2) dans quelle mesure le suivi par téléphone (administration du questionnaire par téléphone) améliore la représentativité de l'échantillon ainsi que le taux de retour, 3) dans quelle mesure la satisfaction influence le taux de retour.

Les résultats de l'étude démontrent que les minorités ethniques ne sont pas les seules à présenter un taux de réponse inférieur à la moyenne en ce qui concerne la partie écrite du questionnaire : outre les Noirs et les Hispaniques, les personnes âgées (plus de 80 ans), les handicapés et les femmes, présentent de faibles taux de réponse. A ces caractéristiques s'ajoutent d'autres caractéristiques liées au lieu de résidence. Ainsi, sont susceptibles de répondre moins fréquemment que la moyenne les personnes résidant dans des régions urbaines, dans des régions caractérisées par une population de faible niveau de formation, dans celles où plus de 11% de la population est tributaire de l'assistance publique et dans celles caractérisées par une proportion élevée de résidents hispaniques et Noirs.

Pour ce qui est de l'entretien par téléphone, les groupes présentant un taux de retour inférieur à la moyenne ne sont pas systématiquement les mêmes que pour le questionnaire écrit: les caractéristiques liées à l'âge et aux lieux de résidence s'observent, cependant les disparités en fonction du handicap et de l'appartenance ethnique ne se retrouvent pas. Ce fait démontre que la mesure de la satisfaction par une interview téléphonique améliore la représentativité de l'échantillon, excepté pour un nombre limité de groupes de patients.

Ainsi, concernant les caractéristiques sociales et ethniques, les résultats varient en fonction du mode de collecte, avec en particulier une meilleure performance des enquêtes par téléphone. Zaslavsky et al. démontre ainsi que le suivi téléphonique améliore non seulement le taux de retour mais aussi la représentativité de l'échantillon. Par contre, les auteurs ne fournissent pas d'information sur l'impact éventuel du mode de collecte sur la qualité de la déclaration de la satisfaction – en d'autres termes sur la dimension que l'on cherche à mesurer –, impact qui ne doit pas être sous-estimé (Scherpenzeel et Saris, 1995).

Pour ce qui est du lien entre le niveau de satisfaction et le taux de retour, Zaslavsky et al. (2002) n'ont pas pu explorer cette piste vu qu'ils ne disposaient pas de données concernant les mesures de la qualité des fournisseurs de soins. Mais si cette hypothèse s'avérait exacte, elle influencerait les résultats mesurant la qualité globale des fournisseurs de soins.

Les auteurs révèlent aussi que le taux de retour est en partie influencé par le fait que certaines catégories de personnes peuvent difficilement être contactées, soit par manque d'informations concernant leurs coordonnées exactes, soit en raison de leur mobilité résidentielle, soit par le fait que certains ne possèdent pas le téléphone. CPEHN (2001) indique par exemple que les gens de couleur aux Etats-Unis sont difficiles à contacter, ne serait-ce en raison de leur plus faible couverture téléphonique.

La solution pour améliorer le taux de retour et la représentativité de l'échantillon réside finalement, pour les auteurs, dans le fait de recueillir de meilleures informations sur le moyen de contacter les patients et de leur proposer différents modes de réponse possible : poste, téléphone, e-mail ou autres. Il serait intéressant de faire une étude similaire en Suisse afin de sonder quels seraient les meilleurs moyens de contacter les patients hospitalisés et en particulier les migrants et comment les motiver à participer aux enquêtes de satisfaction.

3.3.3 Le « response-style » et l'utilisation d'échelles appréciatives

Ainsi qu'il a été mentionné précédemment, plusieurs études reportent un niveau de satisfaction généralement plus bas chez les migrants Asiatiques aux Etats-Unis. Saha et Hickam (2003), s'intéressant à ce résultat, ont tenté d'expliquer les différences observées avec la population des natifs. Ce plus faible niveau de satisfaction ne peut pas être entièrement attribué à des variables sociodémographiques ou reliées à l'état de santé et à la qualité des soins prodigués ; des différences culturelles dans la manière de répondre aux questionnaires peuvent dès lors être mentionnées, après mise à l'écart de différences provoquées par l'expérience vécue à l'hôpital ou à des attentes particulières envers les soins. Cette hypothèse est renforcée par le fait que les Asiatiques sont aussi moins satisfaits lorsqu'on les questionne sur la vie en général. La suggestion des auteurs, afin de pallier ce biais de réponses, est de stratifier les mesures de satisfaction selon l'appartenance nationale, ce qui d'une part permet de mieux détecter les problèmes potentiels pouvant affecter certains groupes, mais aussi de nuancer les interprétations des résultats en tenant compte des biais de réponses culturelles.

Les mêmes chercheurs ont par ailleurs montré que la précision et la validité des échelles utilisées (appréciatives) semblaient être plus faible pour les Asiatiques mais aussi pour les groupes de personnes étant moins acculturées, celles plus âgées, celles dont la langue maternelle n'est pas l'anglais, et les immigrants, en particulier ceux arrivés récemment.

Hayes et Baker (1998) abondent dans ce sens. Dans leur étude visant à identifier les problèmes méthodologiques liés à la comparaison de deux versions, anglaise et espagnole, d'un questionnaire de satisfaction portant sur les aspects des soins concernant le relation patient - médecin, les auteurs ont étudié la validité et le caractère sérieux des deux versions, ainsi que le « response-style ». Les résultats reportent une tendance générale des Hispaniques à répondre plutôt positivement aux questions. Partant de ce constat, les chercheurs ont remis en question l'utilisation de certaines échelles appréciatives dans les réponses ainsi que la manière de les dichotomiser pour en extraire des résultats utilisables. Ils recommandent l'utilisation de tests non-paramétriques de manière à déterminer l'éventuel glissement dans la distribution des réponses ou, au contraire, des répartitions présentant des formes différentes avec cependant des tendances centrales similaires.

Perneger et al. (2003), découlant de l'étude comparative de quatre questionnaires de satisfaction disponibles en Suisse, encouragent pour leur part les développeurs d'enquêtes à combiner les échelles de réponses appréciatives (pour les indicateurs de résultats) et factuelles (pour l'évaluation des processus). Cette combinaison permettrait de pallier aux problèmes de « response-style » et d'interprétations des données. Il va de soi que les échelles de réponses vont de pair avec la formulation des questions qui doivent, elles aussi, être factuelles.

3.3.4 Mesure des compétences transculturelles

Il convient en outre de noter que les questionnaires classiquement utilisés ne permettent pas de désigner les compétences culturelles de la part du personnel de santé (CPEHN, 2001). Or ces compétences, qui ne sont par ailleurs pas toujours observables pour le consommateur de soins, sont absolument indispensables pour une bonne compréhension des problèmes de santé. L'absence de questions permettant de prendre en considération l'adéquation du personnel soignant avec l'appartenance culturelle du migrant est dès lors regrettable.

3.3.5 L'apport des études qualitatives

Les études qualitatives à savoir l'entretien face-à-face ou le *focus group*, peuvent être utilisées comme méthode de sondage de la satisfaction du patient. R. Fitzpatrick, cité dans les travaux de B. Burnand et F. Paccaud

(1997) considère en particulier six avantages de l'approche qualitative par entretiens :

- une plus grande sensibilité aux points affectant vraiment le patient ;
- une plus grande flexibilité pour recenser ces points sensibles ;
- plus de précision dans les réponses;
- la possibilité de clarifier certaines ambiguïtés ;
- une participation plus concrète de l'interviewé à l'évaluation, celui-ci n'étant pas limité par les modalités proposées dans les questionnaires qualitatifs, et pouvant dès lors s'exprimer selon une approche plus large ;
- une plus grande facilité de suivre les refus.

Néanmoins cette méthode présente des limites quant à la taille maximale de la population pouvant être étudiée, dans la mesure où l'analyse qualitative des données recueillies entraîne des coûts qui peuvent être un obstacle dans la réalisation de telles enquêtes. C'est pourquoi cette méthode est généralement conseillée dans le but d'explorer des pistes méthodologiques visant à améliorer les outils existants ou d'améliorer la connaissance concernant des thématiques spécifiques, pour lesquels les questionnaires quantitatifs ne fournissent pas d'information. Néanmoins, cette méthode présente un atout majeur lorsqu'il s'agit d'atteindre de petits groupes de personnes, en particulier ceux qui pour des raisons que nous allons évoquer dans le chapitre 4, échappent aux enquêtes de satisfaction quantitatives classiques.

Le Tableau 3 résume les points forts et points faibles des approches qualitatives ou quantitatives. Bien qu'elles présentent différents points faibles, liés en particulier à la représentativité des personnes interrogées et à un certain manque d'objectivité possible de la part des personnes interrogées, les enquêtes qualitatives demeurent une méthode considérée par de nombreux auteurs comme intéressante pour disposer d'informations sur la satisfaction des populations migrantes.

*Tableau 3 : Résumé des points forts et faibles des enquêtes de satisfaction selon les méthodologies utilisées**

Etudes quantitatives	**Etudes qualitatives**
Points faibles : recueil des données	
• Taux de retour généralement plus bas chez les migrants par rapport aux natifs ; • Manque d'information sur les personnes qui refusent de participer ainsi que sur leurs motifs ; • Approche inadéquate pour les personnes illettrées, dont font partie certains migrants ; • Exclusion des personnes ne parlant pas ou pas assez bien la langue du questionnaire.	• Nombre limité de participants aux enquêtes (pas spécifique aux migrants) ; • Demande des ressources financières et en personnel relativement importantes ;
Points faibles : qualité des données	
• Manque de variables fiables et uniformes dans les questionnaires concernant l'origine et la langue parlée des patients ; • L'utilisation d'échelles de réponses appréciatives ainsi que de la manière de les dichotomiser (lié au response-style) est problématique si l'on veut comparer les résultats entre les différents groupes; • La validité et la qualité des réponses, après vérification psychométrique, semble être plus basse chez les groupes qui sont moins acculturés mais aussi auprès des personnes plus âgées, des personnes dont la langue principale n'est pas celle du questionnaire et des immigrants arrivés récemment.	• La relation intervieweur – interviewé influence potentiellement les réponses de la personne interrogée (pas spécifique aux migrants); • Difficulté de contrôler la qualité des enquêtes.
Points faibles : interprétation des données	
• Peu de données concernant les populations migrantes minoritaires (problème de représentativité problématique pour comparaisons entre groupes) ; • La problématique du response-style rend difficile l'interprétation des données comparées ; • Possibilité limitée de généraliser les résultats obtenus à d'autres groupes linguistiques ; • Difficulté de faire une comparaison entre les différents groupes (linguistiques) ; • Les résultats permettent d'identifier si le patient est moins satisfait mais pas l'origine de l'insatisfaction (pas spécifique aux migrants).	• Problème de comparaison et de standardisation des résultats (impossibilité d'appliquer des échelles approuvées) ; • Possibilité limitée de généraliser les résultats obtenus ; • Difficulté de faire des comparaisons représentatives entre groupes.
Points forts (en général et par rapport aux populations migrantes ou minoritaires)	
• Permet d'analyser des grands échantillons de patients et de mettre à jour des problèmes généraux ; • Possibilité de faire des comparaisons entre groupes pour autant qu'ils puissent être identifiés ; • Possibilité de faire des comparaisons entre établissements (benchmarking) ; • Possibilité d'établir des corrélations entre différents facteurs intervenant.	• Plus à même de circonscrire les besoins ethnoculturels et de vérifier si ceux-ci sont satisfaits auprès des populations migrantes ; • Une plus grande sensibilité aux points affectant vraiment le patient et les migrants en particulier ; • Une plus grande flexibilité pour recenser ces points sensibles (pas spécifique aux migrants) ; • Possibilité de clarifier certaines ambiguïtés (pas spécifique aux migrants); • Plus grande facilité de suivre les refus (pas spécifique aux migrants); • Particulièrement recommandé pour des personnes ayant des problèmes d'illettrisme ou des problèmes de langue (pas spécifique aux migrants) ; • Méthode adéquate pour sonder l'opinion de petits groupes n'atteignant pas la taille critique, permettant de faire une analyse quantitative.

* auprès des patients migrants et de manière plus générale.

4 Contexte démographique et institutionnel

Le tour d'horizon de la littérature internationale, effectuée dans le chapitre précédent, fournit le contexte général de la problématique étudiée. Les études publiées dans le domaine de la satisfaction ne fournissent que des réponses très partielles à la question essentiellement étudiée, celle de la mesure objective de la satisfaction parmi les populations migrantes. Les pratiques adaptées à la spécificité des migrants font le plus souvent défaut ou ne sont pas transférables au contexte particulier de la Suisse, dont les caractéristiques principales sont décrites dans ce chapitre.

Il se fonde à la fois sur des données statistiques issues du dernier recensement de la population (2000) concernant la population potentiellement concernée, sur divers documents régissant la gestion de la qualité dans les hôpitaux et sur des interviews avec des experts ou praticiens en milieu hospitalier. Ces entretiens fournissent des informations particulièrement précieuses pour comprendre les difficultés spécifiques à la mesure de la satisfaction auprès des migrants en Suisse.

Ce chapitre présente d'abord le contexte démographique suisse (section 4.1) et le cadre institutionnel régissant les systèmes de qualité, dans lesquels s'inscrit la mesure de la satisfaction dans les hôpitaux (4.2). Dans une deuxième étape, on évoquera les dimensions ressorties dans des entretiens avec les professionnels, ce qui représente une base indispensable pour comprendre comment devraient être orientés les enquêtes et les instruments de mesure dans le but de mieux prendre en compte la satisfaction des migrants (4.3).

4.1 Les personnes issues de la migrations ou de minorités

La problématique de la mesure de la satisfaction parmi les migrants doit être envisagée en tenant compte des spécificités de la population étrangère vivant en Suisse et susceptible de vivre, un jour ou l'autre, une hospitalisation. En particulier, alors que la population étrangère en Suisse atteint l'effectif de 1,5 millions d'individus, tous ne sont pas l'objet de problèmes liés à la mesure de leur satisfaction. Ce sont en particulier les primo-migrants nés et ayant grandi à l'étranger qui doivent focaliser l'attention des évaluateurs, plus encore ceux arrivés récemment et ne parlant pas une langue de la Suisse, ou provenant d'un milieu socioculturel différent de celui des Suisses. Cette population est très hétérogène et peut très difficilement être décrite avec précision. La mesure de la satisfaction doit désormais tenir compte des spécificités des 188 collectivités nationales formant la communauté étrangère en Suisse parmi

lesquelles les groupes principaux sont les Italiens (323 000 personnes au recensement 2000), les ressortissants de l'ancienne Yougoslavie (pour la plupart des Serbes-et-Monténégriens, 214 000 personnes), les Portugais (142 000 personnes), les Espagnoles (85 000 personnes), les Turcs (83 000 personnes) et les Français (63 000 personnes).

Bien que certains schémas caractérisent ces populations – en particulier, les Français et Allemands, ainsi que les Italiens arrivés récemment se caractérisent par un niveau de formation en règle générale élevé, au contraire des ressortissants d'ex-Yougoslavie, de Turquie voire du Portugal – chaque collectivité définie par la nationalité présente en son sein des groupes socioprofessionnels fort différents. Pour donner un exemple, les ressortissants de la Serbie-et-Monténégro représentent un groupe hétérogène en terme socioéconomiques, avec des Albanais du Kosovo relativement peu qualifiés et peu intégrés, et des Serbes présentant un niveau de qualification plus élevé, et une intégration plus importante du fait d'une présence plus ancienne sur le territoire.

- En ce qui concerne la maîtrise de la langue du lieu de résidence par les migrants, peu d'information n'est disponible, alors même que cette maîtrise constitue un vecteur essentiel de l'intégration dans le nouveau cadre de vie, mais aussi un facteur de la réponse aux questionnaires de satisfaction. Les données du recensement, les seules à fournir des informations sur les langues parlées en Suisse, ne permettent pas une analyse détaillée du niveau de compréhension des langues régionales. Elles n'apportent pas non plus d'information sur les langues maîtrisées, mais sur celle dans laquelle on pense et que l'on maîtrise le mieux (concept de la « langue principale ») et celles pratiquées dans le cadre professionnel ou familial. Les données plutôt générales donnent néanmoins une image intéressante du paysage linguistique de la Suisse. Ainsi, la communauté espagnole, issue d'un flux migratoire plutôt ancien, présente une proportion de 69% de primo-migrants déclarant l'espagnol comme langue principale. Les populations de République Yougoslave et du Portugal, dont le flux migratoire est plus jeune, se situent à 58%, respectivement 59% d'individus parlant principalement leur langue d'origine. En revanche, la deuxième génération déclare comme langue principale la langue d'origine dans 20% des cas pour les Espagnols, 31% pour les Portugais, 35% pour les Turcs et 42% pour les Yougoslaves. Parmi les ressortissants primo-migrants de pays ou continents ne partageant pas les langues parlées en Suisse, entre 58% et 88% déclarent une langue étrangère comme langue principale.

Un autre aspect important, dans la problématique étudiée, est relatif à la localisation géographique des étrangers en Suisse. En règle générale, la présence étrangère est plus forte dans les cantons urbains que dans les

cantons ruraux, avec quelques proportions d'étrangers maximales dans des communes touristiques (telles Leysin, 54% d'étrangers) ou en périphérie des villes (Renens, 52%). Les population vivant dans chacune de ces deux types de communes ne sont pas les mêmes, en termes socioéconomiques et d'intégration. Dans les communes touristiques on retrouve plutôt des étrangers appartenant aux catégories aisées, épousant une approche « ouest-européenne » de la santé et prêts probablement à répondre aux questionnaires de satisfaction, pour autant que leur maîtrise de la langue le permet. Dans les grandes villes figurent les principales collectivités étrangères, en particulier celles susceptibles d'être faiblement intégrées, et de ne pas maîtriser correctement les langues de la Suisse : les Portugais et Espagnols sont localisés essentiellement dans la région lémanique (50% des Portugais et 41% des Espagnols résidant en Suisse vivent dans cette région), les Turcs et anciens Yougoslaves se retrouvent à proximité des grandes villes alémaniques. De ces tendances très générales il convient d'ajouter le fait que la population la plus à risque de précarité – donc la plus probablement concernée par des problèmes de santé et par une mobilité résidentielle peu de temps après la sortie de l'hôpital – réside dans les grandes villes. Il ressort dès lors que les problèmes potentiels dans la mesure de la satisfaction risquent d'être accrus dans les hôpitaux urbains, par rapport aux hôpitaux ruraux, et que les problèmes de mesure, quant à la population concernée, ne sont pas forcément identiques en fonction de la localisation sur le territoire de la Suisse.

4.2 Cadre institutionnel

Avant d'aborder les aspects touchant plus directement les patients issus de la migration, il paraît utile de cerner brièvement le contexte institutionnel qui régit, de manière plus générale, la mesure de la satisfaction des patients et le système de promotion de la qualité, dans lequel elle s'inscrit dans les hôpitaux suisses. C'est nécessairement dans ce cadre plus large, caractérisées par des contraintes et opportunités particulières, que doit être située une approche permettant de mieux prendre en compte la satisfaction des patients issus de minorités.

4.2.1 Cadre législatif et partenaires impliqués

La loi sur l'assurance-maladie exige que les institutions hospitalières mettent en œuvre des mesures d'assurance et de promotion de la qualité[3], mais ne précise pas les dimensions (types d'indicateurs) à prendre en compte. En revanche, l'ordonnance d'application de cette loi stipule que

> « Les modalités d'exécution (contrôle de l'observation, conséquences de l'inobservation, financement) sont réglées dans les conventions tarifaires ou dans des conventions particulières relatives à la garantie de la qualité conclues avec les assureurs ou leurs organisations (...) » (art. 77 OAMal).

Dans le concept de qualité tel que préconisé par la convention-cadre (de 1997), qui réunit H+[4] et santésuisse, l'orientation sur la clientèle figure parmi les principes essentiels d'une *approche globale* axée à la fois sur les structures, procédures et les résultats (cf. Tableau 4). Ces trois catégories font partie intégrante d'une gestion globale de la qualité, qui vise une amélioration continue de la qualité et implique l'ensemble des acteurs concernés (personnel, fournisseurs et clients)[5].

Tableau 4 : Catégories de qualité et quelques indicateurs dans les hôpitaux

Qualité des structures	Qualité des processus	Qualité des résultats
Infrastructure, appareils	diagnostique et thérapies	taux de mortalité
médicaments	délais d'attentes	taux de ré-hospitalisation
qualification du personnel	préparation de la sortie	plaintes déposées
règlements, documentation	flux d'information	**satisfaction des patients**
	satisfaction des patients	

[3] Art. 58 Garantie de la qualité (LAMal)

1 Après avoir consulté les organisations intéressées, le Conseil fédéral peut prévoir des contrôles scientifiques et systématiques pour garantir la qualité ou l'adéquation des prestations que l'assurance obligatoire des soins prend en charge.

2 Il peut en confier l'exécution aux associations professionnelles ou à d'autres institutions. (…)

[4] La quasi-totalité des fournisseurs de soins institutionnels sont rattachés à la convention-cadre à travers H+.

[5] Les professionnels parlent de TQM pour Total Quality Management, dont le EFQM constitue le modèle d'implémentation européen (European Foundation for Quality Management).

L'objectif de la nouvelle convention-cadre, qui est toujours en négociation actuellement, sera d'introduire progressivement des mesures des résultats coordonnés au niveau national selon les domaines. Pour ce faire, il est indispensable de coordonner, voire même uniformiser, les enquêtes de satisfactions des patients. Afin de faciliter ce travail, H+ et santésuisse ont créé en 2000 le Service national de coordination et d'information pour la promotion de la qualité H+/santésuisse (CIQ ou KIQ), qui est en quelque sorte l'organe exécutif ayant précisément pour mission de coordonner la mesure de la qualité et de la satisfaction des patients. Ce service réunit, en-dehors de H+ et santésuisse, les assureurs-accidents, l'assurance-invalidité et l'assurance militaire, représentés par la Commission des tarifs médicaux (CTM). Siègent dans les organes de la société à titre d'observateurs l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS ; cf. Tableau 5).

Tableau 5 Partenaires du KIQ

H+	***santésuisse***	***CTM***	***OFSP***	***CDS***
hôpitaux suisses	assureurs maladie	SUVA, AI, AM	Confédération	cantons
			statut d'observateur	

Avec ses partenaires, le KIQ a défini des exigences minimales pour les instruments destinés à mesurer la satisfaction des patients (dans les domaines de la médicine somatique aigue, de la réadaptation, de la psychiatrie et de la gériatrie) et exigé des membres de la convention-cadre, à partir de 2002, qu'ils mesurent la satisfaction des patients avec l'un des instruments évalués et reconnus (voir page 47). Toutefois, il n'impose aucun rythme particulier et recommande simplement d'effectuer des enquêtes au moins tous les trois ans (www.kiq.ch et Rapport de qualité 2001 sur ce même site).

4.2.2 La promotion de la qualité dans les établissements hospitaliers

Pour simplifier, on peut constater que le système de qualité se réalise par deux approches complémentaires :

a) l'une se focalise sur l'entité de l'hôpital à travers différentes perspectives internes et externes : celle de la satisfaction des patients, employés, médecins traitants, des comparaisons entre services, entre indicateurs médicaux etc. Elle n'engage, du moins dans un premier temps, que l'institution en question et son autorité cantonale, responsable du financement hospitalier.

b) l'autre passe par le positionnement en comparaison avec d'autres institutions (benchmarking). Pour réaliser un benchmarking sur des bases pertinentes, il est indispensable de disposer d'instruments de mesure coordonnés et de comparer des situations réellement comparables. Cette deuxième approche suppose une coordination méthodologique entre hôpitaux concernés voire au niveau national[6].

La première approche (a) semble de plus en plus faire l'objet d'une bonne acceptation des parties impliquées, qui reconnaissent désormais la nécessité d'un système de qualité efficace, parfois malgré des réticences initiales[7]. Dans tous les cas, une importante évolution semble avoir eu lieu au cours des cinq à sept dernières années, comme en témoigne le constat suivant d'un responsable d'un hôpital universitaire.

> « Au début on a constaté beaucoup de réticence dans le milieu médical à considérer les résultats des enquêtes. Pour les médecins, les patients n'étaient pas à même d'évaluer leurs prestations. Mais la situation a évolué et il y a une multiplication d'enquêtes autonomes ce qui peut devenir un problème car on risque de bombarder le patient avec beaucoup de questionnaires surtout s'il a eu un séjour complexe. » (spécialiste qualité)

Si les grands hôpitaux universitaires disposent actuellement de ressources spécialisées, ce n'est pas toujours le cas des plus petits établissements.

> « On demande aux hôpitaux de faire de la qualité mais on ne leur donne pas les moyens financiers nécessaires, ou alors il faut insister auprès des communes ou des cantons mais souvent on reçoit une enveloppe globale et on enlève quelque part pour mettre un peu d'argent pour la qualité.» (spécialiste qualité)

La deuxième approche (b) permettant un positionnement par rapport à la « concurrence » suscite encore de nombreuses craintes et réticences quant à une utilisation inadéquate des résultats. Dans un contexte financier et politique tendu, ces dernières se traduisent notamment par des différends d'ordre financier et méthodologique, car il apparaît difficile de mettre d'accord tous les acteurs sur des priorités communes et notamment sur une coordination en termes de méthodes et d'instruments, susceptibles d'entraîner des conséquences financières directes (p.ex. adaptation des enquêtes au sein de l'hôpital) et indirectes (fermeture d'hôpitaux jugés moins performants). S'il existe des coopérations régionales permettant des comparaisons inter-hospitalières à titre plus ou moins confidentiel, un benchmarking large et

[6] Un benchmarking peut également intervenir au sein de l'hôpital, en comparant différentes unités.

[7] Etienne (2005) distingue à ce sujet deux types d'hôpitaux : les « Wollenden », qui s'engagent de façon proactive et durable dans une approche globale de la qualité et les « Müssenden », qui prennent des mesures de manière plus réticente sous diverses pressions (extérieures). L'attitude des hôpitaux est alors susceptible d'affecter l'impact du système adopté.

transparent, basé sur la satisfaction des patients, ne sera probablement pas à l'ordre du jour dans un avenir proche.

S'ajoutent deux difficultés majeures tout à fait réelles :

- D'abord celle qui consiste à placer la satisfaction des patients au cœur d'un système de qualité ayant pour but une mesure adéquate des résultats liés à la prise en charge hospitalière. En tant qu'élément subjectif, elle est souvent opposée à une évaluation objective de la qualité des soins, qui se base sur des indicateurs médicaux « durs » (taux de mortalité, de rechute, etc.). Si la satisfaction est sans doute un élément d'appréciation précieux, elle n'est pas le reflet pur et simple de la qualité des soins, comme de nombreuses études le démontrent (cf. chapitre 3).
- Une deuxième difficulté, également mentionnée, est liée à la question d'une définition adéquate des groupes issus de la migration potentiellement concernés par des mesures d'adaptation ou d'améliorations des instruments en place.

Dans ce contexte, il est peu surprenant que la mesure de la satisfaction des patients migrants, synonyme de défis supplémentaires, suscite nombre de réserves (en termes de coûts, faisabilité et opportunité) et ne figure pas nécessairement parmi les soucis prioritaires des interlocuteurs interviewés.

Face à ce constat, on peut être tenté de reléguer la mesure de la satisfaction des patients migrants au second plan pour régler des questions paraissant prioritaires ou, au contraire, la considérer comme un révélateur idéal, d'une problématique qui la dépasse et qu'il s'agit d'intégrer à la base même du système de qualité.

4.3 La mesure de la satisfaction dans les hôpitaux suisses

Les hôpitaux suisses utilisent généralement deux types de sondages pour la mesure de la satisfaction: des petits questionnaires internes pouvant être appliqués en tout temps aux clients et de plus grandes enquêtes quantitatives, effectuées de manière ponctuelle.

Les petits questionnaires, constitués de trois à quatre questions générales et souvent ouvertes, figurent dans tous les services des hôpitaux et/ou sont envoyés aux patients en mêmes temps que la documentation concernant l'hôpital avant l'admission. Dans ce texte, les aspects concernant ces sondages ne sont pas développés, étant donné qu'aucune analyse statistique de leurs résultats. Les observations recueillies dans ces questionnaires sont simplement redirigées vers les services concernés. De plus, ces questionnaires ne contiennent aucune information sociodémographique sur le patient.

Les grandes enquêtes s'effectuent grâce à des questionnaires élaborés de manière scientifique, le plus souvent par des entreprises privées. Elles se déroulent généralement environ tous les deux ans, sur une période de plus ou moins quatre mois. Certaines cliniques effectuent cependant ces sondages systématiquement tout au long de l'année.

Les hôpitaux possédant une structure propre en matière de mesure de la qualité, notamment certains grands hôpitaux universitaires, procèdent également à des enquêtes qualitatives pour approfondir certains thèmes.

> « Le questionnaire à réponses multiples permet d'avoir des données quantitatives, mais il limite la possibilité d'expression du répondant. C'est pourquoi nous réservons toujours aussi un espace avec une question ouverte. Nous plaidons pour une complémentarité des approches quantitatives et qualitatives. Le quantitatif permet de cibler un domaine très vaste où il y a un problème, le qualitatif éclaire la nature du problème. C'est pourquoi nous faisons aussi parfois, ça dépend du projet, un complément d'enquête grâce aux entretiens individuels et aux *focus group*s. » (spécialiste en qualité)

Le principal défi, en ce qui concerne l'étude de la mesure de la satisfaction des patients en Suisse, est lié au fait que cette mesure n'est pas réalisée à partir de questionnaires uniformisés. Chaque hôpital et clinique choisit entre les différents instruments de mesure existants sur le marché, instruments qui sont appliqués selon une fréquence et une périodicité spécifique, ceci en fonction des moyens financiers à disposition.

4.3.1 Les instruments validés sur le marché suisse

Une grande quantité de questionnaires de satisfaction des patients en milieu hospitalier figurent sur le marché suisse. Le KIQ recommande vingt questionnaires validés, pour quatre services qui sont les soins aigus, la psychiatrie, la réadaptation et la gériatrie (cf. Tableau 6).

Tableau 6 : Instruments d'enquête reconnus par le KIQ

En soins aigus, les neuf questionnaires validés sont les suivants :

- Questionnaire bâlois (allemand)
- NPO PLUS (allemand, français, italien, romanche, anglais)
- MeCon (allemand, français, italien)
- Picker Institut (allemand, français, italien, romanche, anglais)
- PZ-BENCHMARKING (allemand, français, italien)
- SEQUS (allemand, français, anglais)
- DemoSCOPE (allemand, français)
- Questionnaire Berit (Clinique privée Berit Niederteufen AR) (allemand)
- Questionnaire de la Clinique Beaulieu (français).

En psychiatrie, les six questionnaires validés sont :

- Questionnaire de Münsterlingen (allemand, français)

- Perception of Care PoC -18 (McLean) (allemand, français, anglais, italien)
- Questionnaire zurichois d'évaluation de la satisfaction des patients (allemand)
- Questionnaire du Link Institut pour des études de marché et des études sociales (Institut für Markt- und Sozialforschung (allemand, français, italien)
- Domaine de la dépendance QuaTheDA-KzuF-51 (allemand)
- Domaine de la dépendance KLIZU-62 (allemand).

En <u>réadaptation</u>, les quatre questionnaires validés sont:

- MeCon (allemand, français, italien)
- Picker Institut (allemand, français, anglais)
- SEQUS (allemand, français, anglais)
- PZ-Benchmark REHA (allemand, français, italien).

En <u>gériatrie</u>, le questionnaire validé est :

- MeCon (allemand, français, italien)

D'autres questionnaires pour la gynécologie obstétrique et les soins ambulatoires existent également. Cependant, tous les questionnaires utilisés en Suisse pour les services mentionnés ci-dessus ne figurent pas sur le site du KIQ. La plupart des questionnaires contiennent des parties comparables pour tous les services et d'autres qui sont particulières. En revanche, aucun questionnaire spécifique ou contenant des modules spécifiques pour les patients migrants ou issus des minorités n'est (régulièrement) appliqué en Suisse, à notre connaissance.

Dans l'impossibilité d'analyser chaque questionnaire et chaque procédure individuellement, nous avons choisi de nous référer principalement aux deux questionnaires les plus couramment utilisés dans les hôpitaux suisses à savoir le questionnaire MeCon et le questionnaire Picker.

Le questionnaire MeCon

Le questionnaire MeCon a été élaboré en Suisse, en allemand, en partant d'une revue de la littérature et avec le concours des hôpitaux et des patients. Il a ensuite été traduit en français et en italien. MeCon propose à ces clients les questionnaires de satisfaction suivants : stationnaire (adultes et enfants), ambulatoire, réhabilitation, psychiatrie et gériatrie. Les questionnaires sont en grande partie standardisés : les deux premières pages sont identiques quel que soit l'hôpital, la quatrième page est libre. Entre 10% et 15 % des hôpitaux formulent leurs propres questions, les autres prennent celles proposées, en général des questions en rapport avec l'image de l'hôpital. Certains hôpitaux choisissent les questions en fonction de ce qui les préoccupent à un moment donné et font donc évoluer le questionnaire. Celui-ci inclut en outre une rubrique qui traite des réclamations

Les résultats pour les questions fermées sont calculés une fois le sondage terminé ; en revanche, pour les questions ouvertes, l'hôpital reçoit les commentaires toutes les deux semaines, ce qui lui permet de réagir pendant la durée du sondage. MeCon introduit en ce moment un nouveau questionnaire de six pages dans les hôpitaux, questionnaire qui approfondit certains aspects liés aux processus, aux structures. Ce questionnaire est actuellement en test dans trois hôpitaux.

MeCon travaille principalement dans la région alémanique, et détient de ce fait une part de marché assez importante ; il travaille également avec des hôpitaux bilingues ce qui est particulièrement intéressant lorsque l'on s'intéresse aux sondages de satisfaction des patients issus de minorités.

Le questionnaire Picker

Le questionnaire Picker a été pour sa part développé aux Etats-Unis sur une période de deux ans, et repose sur une revue de la littérature, des entretiens individuels et des *focus groups* avec des patients, des membres de famille de patients et le personnel de l'hôpital. Les instruments proposés actuellement en Suisse (il y en a d'autres à l'étranger) sont liés aux catégories suivantes : adultes et enfants stationnaires, obstétrique, réhabilitation et soins ambulatoires. Certaines questions se recoupent, d'autres sont adaptées à la situation particulière de chaque catégorie. A noter que ce questionnaire mise principalement sur des questions factuelles, permettant des réponses par « oui » et « non ».

L'instrument initial est le questionnaire américain, qui a été adapté au contexte suisse. Il existe en quatre langues nationales et est appliqué en plusieurs langues dans certains hôpitaux. La version romanche a été traduite par des associations intéressées, à leur propres frais. Il existe deux versions françaises du questionnaire. L'une a été traduite à Paris par le professeur Leplège, l'autre a été traduite après par l'institut Picker Suisse. Selon la Cellule ESOPE[8], les deux versions sont légèrement différentes.

Le questionnaire Picker a été adopté par les grands hôpitaux universitaires, romands et alémaniques, dans le but d'avoir un instrument commun permettant de faire une analyse comparative.

Les deux questionnaires MeCon et Picker posent trois problèmes principaux en ce qui concerne la problématique de la mesure de la satisfaction des patients migrants :

[8] Département qualité au CHUV.

- des problèmes liés au manque de saisie dans les questionnaires de variables sociodémographiques permettant d'identifier les patients migrants et par la même d'analyser les données recueillies ;
- des problèmes liés à l'utilisation des différentes versions linguistiques déjà existantes ;
- un léger déficit en ce qui concerne les thématiques permettant de sonder la satisfaction des patients migrants dans les domaines qui sont apparus comme important pour eux.

Il s'agit ici d'un constat général qui n'est vraisemblablement pas spécifique aux instruments examinés dans le cadre de cette étude et concerne donc également les autres questionnaires.

4.3.2 Les différentes versions linguistiques des questionnaires

Les questionnaires disponibles sur le marché suisse, tels les questionnaire MeCon et Picker mais également d'autres instruments validés par le KIQ, existent en plusieurs langues (nationales plus l'anglais). Ces différentes versions linguistiques pourraient en théorie permettre de sonder l'opinion de certaines minorités linguistiques (ou personnes maîtrisant l'anglais). Cependant l'utilisation simultanée de plusieurs versions linguistiques d'un questionnaire n'est pas une pratique courante sauf dans les régions bilingues qui utilisent simultanément deux versions linguistiques du questionnaire pour lequel ils ont opté. En pratique, l'utilisation des différentes versions linguistiques pose en effet deux problèmes majeurs : le manque d'information dans les hôpitaux sur la langue parlée par leurs patients et une qualité douteuse de certaines des traductions proposées.

La qualité des traductions

Au manque de variables fiables concernant les patients dans les dossiers administratifs des hôpitaux, vient s'ajouter une autre barrière importante, celle de la validité des différentes versions. Selon nos interlocuteurs, la qualité peut parfois limiter la pertinence de leur utilisation et ne permet pas toujours de comparer les résultats des enquêtes entre les populations parlant différentes langues. Certains spécialistes que nous avons rencontrés sont de l'avis que les traductions des questionnaires existant sur le marché suisse présentent de graves lacunes, non seulement en ce qui concerne la traduction sémantique, mais également du point de vue de la sensibilité culturelle qui, comme nous l'avons vu dans le chapitre traitant de la littérature, entraînent certains biais de réponse.

> « Les questionnaires, même s'ils viennent du même fournisseur sont difficilement comparables car il est difficile de comparer entre les différentes versions linguistiques tout comme il est difficile d'avoir de bonnes versions dont la traduction est non seulement littéralement mais aussi culturellement valide, et les différences culturelles reste une question non résolue. Donc en l'état actuel il n'existe pas en Suisse de questionnaire pour la mesure des patients hospitalisés qui satisfasse aux exigences de rigueur de traduction et validité. » (spécialiste qualité)

> « Nous en tant que KIQ n'avons pas évalué les différentes versions linguistiques des questionnaires, nous avons seulement évalué la version allemande des questionnaires… Je sais qu'un hôpital a utilisé un questionnaire traduit en italien pour ses enquêtes mais il n'était pas satisfait avec la traduction et les questions n'étaient pas assez sensibles aux patients italiens. Il a reproché à son fournisseur de ne pas avoir validé son instrument en italien. » (spécialiste qualité)

Mettre à disposition des hôpitaux différentes versions linguistiques du même questionnaire représente donc un investissement considérable en temps et en ressources, en raison du nombre de questionnaires existants et de la sensibilité des questions.

> « Une procédure de traduction rigoureuse demande des ressources conséquentes car il y des méthodes pour traduire des questionnaires validés mais cela demande du temps et des compétences, et une fois les versions traduites il faut encore les valider du point de vue psychométrique avec les populations locales en Suisse. Donc s'il y a quelque chose à développer, notre fantasme serait de mettre en place un projet multicentrique, européen, qui permettrait de développer un bon questionnaire dans plusieurs langues européennes et à le valider pour obtenir un instrument de droit public donc utilisable et pas mis sous copy right… Ceci aiderait aussi les populations migrantes qui ne maîtrisent pas la langue locale, car pour l'instant nous n'avons pas de versions disponibles dans d'autres langues. » (spécialiste qualité)

Nous reviendrons encore sur cette question dans la section consacrée aux modes d'administration des questionnaires (page 54).

Manque d'information sur la langue parlée des patients

L'un des problèmes qui empêche les hôpitaux d'utiliser les différentes versions linguistiques des questionnaires est lié au fait qu'au niveau administratif, la majorité des hôpitaux ne saisissent pas la langue parlée par leurs patients, exception faite dans les hôpitaux bilingues, français - allemand, où l'on demande au patient quelle est sa préférence linguistique, ceci dans le but de lui transmettre des informations dans sa langue.

Les informations sur la langue figurent en revanche dans le dossier médical du patient. Mais celui-ci n'est pas encore informatisé dans tous les hôpitaux, ce qui complique l'accès aux informations. De plus, ce dossier est protégé par la loi sur la protection des données, ce qui encore une fois complique l'extraction de ces données.

Il est donc difficile d'identifier la langue des migrants dans les dossiers administratifs et médicaux de certains hôpitaux. Techniquement, l'ajout d'une ou de plusieurs variables, liées à l'origine, à la langue ou au statut dans le dossier administratif du patient, permettant ainsi l'identification du patient lors de l'envoi des questionnaires, n'est pas une modification compliquée ;

elle suppose entre autre un investissement en temps de la part du personnel d'admission, et une formation de celui-ci quant au recueil de ces données, recueil qui peut s'avérer compliqué, surtout auprès de personnes bénéficiant d'un statut précaire et ayant peur de se faire dénoncer par l'hôpital.

4.3.3 Les variables sociodémographiques présentes dans les questionnaires

Si certaines informations sont parfois disponibles au niveau administratif (ou médical), nous avons en revanche relevé un manque de saisie systématique de variables permettant d'identifier l'origine du patient dans les questionnaires de satisfaction. Outre la langue, les variables utilisées dans les questionnaires analysés font l'impasse sur l'origine du patient et son statut de séjour.

En particulier, il importerait de disposer à la fois d'une information sur la langue parlée et éventuellement la maîtrise ou non d'une langue du pays d'origine – dimension qui fait référence à des questions de communication avec le personnel soignant, mais aussi à des questions d'intégration – et d'une information sur la nationalité (ou l'origine) et le statut de séjour – qui déterminent d'une part les pratiques sanitaires de référence et d'autre part l'intégration juridique dans la société.

Le questionnaire MeCon recense les informations sociodémographiques suivantes : sexe, âge, langue maternelle (avec le choix allemand, français, italien et autre), type d'assurance, mode d'admission, durée du séjour à l'hôpital et état de santé actuel du patient. Il n'y a aucune mention de la provenance du patient. Le seul moyen d'évaluer le statut migratoire des patients est la mention « autre » dans la rubrique langue. Ce type d'informations n'est pas fiable si l'on veut identifier l'origine du patient pour comparer par exemple les niveaux de satisfaction entre les différents groupes de patients. En effet, un migrant identifiant l'une des trois langues proposées ne sera pas identifié comme migrant en tant que tel. Ceci pourrait être évité en incluant dans ce questionnaire la variable « origine ».

La version Picker du questionnaire, traduite en Suisse, recense les informations suivantes : âge, sexe, niveau de scolarité, état de santé, niveau de satisfaction avec la qualité de vie en général et statut de la personne qui a rempli le questionnaire (le patient lui-même, les parents d'un patient, des proches non apparentés, etc.). Dans cette version, il n'y avait aucune variable concernant la langue ou l'origine. Par contre, dans la version Leplège du Picker, l'origine des patients est recensée sous une forme très résumée et discutable: « suisse », « européen » et « extra-européen » ; par contre, la langue n'y est pas recensée.

Les hôpitaux décident en ultime ressort des variables qu'ils veulent inclure dans le questionnaire. Apparemment ces variables ne semblent pas être considérées comme très pertinentes ou prioritaires par les hôpitaux :

> « On ne demande pas la nationalité ni l'origine du patient à cause du politiquement correcte car en principe ça n'a rien à voir avec la satisfaction des patients. On ne distingue pas les migrants des Suisses car ça n'intéresse pas les hôpitaux, c'est une question plutôt scientifique, techniquement ça ne serait pas un problème. On n'a jamais non plus proposé cette démarche.» (spécialiste qualité)

Le manque de variables d'identification restreint pourtant la possibilité d'analyse des données recueillies en ce qui concerne aussi bien la satisfaction des patients issus de minorités internes et externes, que le taux de retour des questionnaires de la part des migrants. Nous reviendrons sur ce dernier point dans la partie traitant de la procédure. Le recensement de la langue et de l'origine des patients se pratique de plus en plus dans les pays anglo-saxons. Il conviendrait dès lors de s'inspirer de leur manière de faire, tout en tenant compte des particularités de la population migrante résidant en Suisse.

4.3.4 Contenu thématique des questionnaires

En soi, les questionnaires analysés abordent différentes thématiques entrant dans la problématique étudiée. Ainsi, parmi les 27 questions figurant sur les quatre pages du questionnaire MeCon, on relèvera certaines concernant la cohabitation avec les autres patients, les heures de visite, domaines qui sont ressortis comme prioritaires dans les *focus groups* organisés avec des migrants hospitalisés (voir 5.3). En outre, d'autres questions liées au respect et à l'écoute de la part des médecins, la confiance envers le médecin, l'amabilité et la serviabilité du personnel soignant, ou la prise en compte des besoins par le personnel soignant rejoignent clairement des dimensions pour lesquels les migrants se différentient des patients natifs de la Suisse. Parmi les autres questions, l'une concerne la compréhension mutuelle entre soignants et patients.

Le même constat peut être établi concernant le questionnaire Picker traduit par Leplège (comprenant initialement 50 questions sur 5 pages, développé par la cellule ESOPE en fonction de ses besoins interne en un questionnaire de 9 pages et 97 questions) permettant une combinaison d'échelles de réponses appréciatives et factuelles. Différentes questions concernant la confiance, l'amabilité, le fait de se sentir écouté ou ignoré, ou encore le délai avant la reprise du travail entrent clairement dans les domaines relevés au cours des *focus groups* comme intéressant également les populations migrantes.

La liste de ces questions montre que le contenu des questionnaires est relativement riche, et couvre en partie différentes thématiques relevées par les populations migrantes et abordées dans le chapitre 5. Font cependant

défaut des questions plus spécifiques, par exemple relatives à l'interprétariat et aux médiateurs culturels. Ceci est probablement aussi lié au fait que de tels services sont relativement récents. La question du diagnostic et de sa confirmation, ainsi que de la concordance ou discordance entre différents diagnostics établis par des praticiens divers (médecins de famille, médecins stagiaires, médecins chefs) – qui ressort également des *focus groups* mais qui n'est probablement pas reliée spécifiquement aux problèmes rencontrés par les migrants bien que certains d'entre eux l'associe à leur statut – n'est pas non plus couverte par les questionnaires.

Globalement, les questionnaires actuels sont certainement aptes à vérifier l'existence de spécificités propres à l'appartenance à une collectivité étrangère, pour les dimensions relevées ci-dessus. Certes, la formulation de certaines questions pourrait être adaptée de manière à mieux cerner les relations entre la satisfaction et le statut migratoire mais, dans l'ensemble, les questionnaires actuels sont potentiellement intéressants pour l'appréhension de la satisfaction des migrants en tenant compte de la spécificité de cette population.

4.3.5 Mode d'administration et taux de retour

Le recueil des données des différents questionnaires hospitaliers s'effectue exclusivement pas écrit, contrairement à ce qui se fait aux Etats-Unis où une partie des enquêtes se font par téléphone. En Suisse, l'hôpital se charge de l'envoi des questionnaires aux patients, entre dix jours et trois semaines après leur sortie. Les enveloppes expédiées contiennent un questionnaire de satisfaction, une lettre d'accompagnement signée par le directeur de l'hôpital expliquant les but de l'enquête et le caractère facultatif de celle-ci, ainsi qu'une enveloppe affranchie, libellée aux coordonnées de l'entreprise chargée d'analyser les résultats de l'enquête. Cette procédure peut poser différents problèmes, aussi bien aux patients issus de minorités qu'aux Suisses.

Premièrement, la communication écrite des informations concernant l'enquête et l'auto-administration écrite du questionnaire pose problème aux patients illettrés. Or, si ceux-ci représentent une minorité, ce sont justement ces personnes issues de couches défavorisées qui, en de nombreux aspects, sont susceptibles de présenter différents problèmes liés à la communication, à l'accès aux soins et donc présenter des spécificités en terme de satisfaction.

La procédure écrite exclut de fait environ 20% de la population de la Suisse, qui, d'après le dernier rapport du Comité suisse pour la lutte contre l'illettrisme (UNESCO, 2005) a de la peine à écrire et comprendre un texte simple. S'ajoute notamment pour des migrants de milieu modeste souvent une difficulté supplémentaire, s'ils parlent une autre langue ou utilisent un alphabet non latin (arabe, cyrillique, tamoul, turc, etc.).

> « Il ne faut pas oublier qu'il y a parmi les requérants des illettrés, certains Africains, Iraniens, certaines femmes kosovares etc. Je ne vois pas comment ils pourraient remplir ce questionnaire, en plus si c'est seulement en français ou en allemand. Pour que ce soit possible il faut que quelqu'un prenne le temps de le faire avec. » (spécialiste en migration et santé)

Deuxièmement, l'envoi des questionnaires par poste n'atteint pas les personnes qui ont changé de domicile juste après la sortie de l'hôpital donné une fausse adresse. En particulier, les migrants bénéficiant d'un statut précaire s'avèrent à la fois très mobiles et parfois peu précis dans l'adresse fournie. Comme dans toute enquête auprès de la population, l'information sur les buts de l'enquête n'atteindra pas les personnes généralement « allergiques » et réfractaires aux sondages et celles, notamment parmi les migrants, qui ne se préoccupent pas de ce genre de courriers. L'envoi par l'hôpital, considéré de l'avis collectif comme une « institution officielle », est probablement un facteur renforçant ce problème de tri du courier.

> « Moi j'ai reçu un questionnaire, mais je ne l'ai pas signé et je l'ai mis à la poubelle. Car si je donne ou pas mon avis, ça ne sert à rien. (…) Car si on rempli le questionnaire on ne sait même pas si ça ira à la personne ou pas. Ils peuvent aussi le déchirer et le mettre à la poubelle. » (migrant)

De plus, dans certains cas, l'envoi du questionnaire se faisant par l'hôpital, une confusion peut subsister quant à l'instance qui aura accès aux réponses (l'institut) ce qui peut introduire également un biais de réponse.

> « Si un requérant d'asile n'a eu aucune explication à l'hôpital sur ce qu'il va recevoir, à mon avis le questionnaire va passer à la poubelle ou alors il le mettra dans un coin et ça va s'entasser. Peut-être que certains auront l'idée de demander à leur assistante sociale de les aider ou à un collaborateur de foyer. » (spécialiste en migration et santé)

Cependant, dans de nombreux cas, la communication orale serait parfois plus facile à établir.

Dans certains hôpitaux universitaires, la procédure d'enquête est soumise à un contrat Outcome. Le processus exige que chaque patient sorti de l'hôpital au moment de l'enquête reçoive une enveloppe avec exactement le même contenu que dans les autres hôpitaux liés par ce contrat. Le but étant de respecter exactement le même processus afin de réunir les conditions nécessaires à une analyse comparative. Cette réglementation stricte constitue un petit défi supplémentaire dans le cas où il s'agirait de modifier le questionnaire de satisfaction pour l'adapter aux migrants ou d'y ajouter des informations supplémentaires qui leur seraient destinées, à moins d'impliquer tous les hôpitaux concernés.

> « Ce n'est pas possible de joindre une lettre avec le questionnaire ! Si on ajoute quelque chose dans l'enveloppe avec le questionnaire ça perturbe le déroulement de l'enquête. Pour ce faire il faudrait demander à Outcome car on a un contrat avec quatre cantons (Berne, Argovie, Soleure et Zurich) et SantéSuisse (et Outcome) et

on a des règles qui nous empêchent par exemple d'écrire une autre lettre aux patients que celle qui figure dans le contrat et qui est la même partout. » (spécialiste qualité)

Une tentative d'approche de patients ne parlant pas la langue locale a été entreprise dans certains hôpitaux par l'envoi d'une feuille complémentaire au questionnaire. Celle-ci, en plusieurs langues, demande aux migrants de s'adresser à leurs proches, parlant la langue du questionnaire, pour les aider à le remplir. Pour être entreprise dans les hôpitaux liés par le contrat Outcome, une telle démarche devrait être négociée à plusieurs niveaux de décision.

Certains hôpitaux saisissent la langue, la nationalité, le lieu de naissance et même la religion des patients dans le dossier administratif (Stammdaten). Ces données peuvent être utilisées pour trier l'envoi du questionnaire, quand il s'agit de choisir la langue préférée du patient, mais elles servent également à exclure de l'enquête des personnes qui n'indiquent pas la langue utilisée : en effet, certains hôpitaux renoncent à l'envoi du questionnaire s'ils ne possèdent aucune information sur la langue du patient

« Le problème quand on envoie les questionnaires est que si la langue du patient est « autre », on ne sait pas s'il faut envoyer un questionnaire français ou allemand. Si on n'a pas du tout d'information à ce sujet, alors on n'envoie rien. Car dans les test qu'on a fait si on envoi à quelqu'un qui ne parle pas la langue on n'a presque pas de retour (0,1%), ceux qui répondent quand même sont ceux qui ont des gens qui parlent la langue autour d'eux. » (spécialiste qualité)

En principe, tous les patients sortant de l'hôpital durant la période de l'enquête sont censés recevoir le questionnaire, mais pour certains hôpitaux le fait de ne pas parler la langue du questionnaire est un facteur d'exclusion de la participation à l'enquête.

Rappels et taux de retour

L'envoi de rappel aux patients n'ayant pas répondu aux questionnaires de satisfaction suscite une discussion parmi les spécialistes que nous avons rencontrés. Certains hôpitaux effectuent un ou deux rappels auprès de leurs patients. Cela permet d'améliorer passablement le taux de retour qui, lors du premier envoi, se situe entre 20% et 60%, et qui s'élève à environ 70% grâce au rappel. D'autres hôpitaux n'effectuent pas de rappels, craignant que cette démarche n'apparaisse comme une entrave à l'anonymat et protection des données. Ils jugent le taux de retour obtenu, de l'ordre de 50%, suffisant.

Dans les établissements procédant à des rappels, l'anonymat est en réalité garanti, étant donné que l'hôpital ne livre que le numéro de patient au fournisseur d'enquête qui lui indique en retour les numéros des patients n'ayant pas répondu. Cependant, pour des personnes méfiantes, les rappels peuvent effectivement provoquer un certain doute quant à l'anonymat et la protection de données.

Le taux de retour, peut aussi être affecté, selon différents spécialistes de la mesure de la qualité, par la sur-sollicitation des patients. Ainsi, certains professionnels se chargeant des « grandes enquêtes » jugent néfastes les mini-questionnaires mis à disposition en tout temps dans les hôpitaux. Durant la période de l'enquête quantitative, d'autres questionnaires appliqués aux patients peuvent les rendre moins réceptifs aux grandes enquêtes. Ceci se traduit par un plus faible taux de retour.

« Les hôpitaux font des petits questionnaires de satisfaction générale, seulement une page. Donc il y a double sondage et nous ça ne nous plait pas car ça baisse le taux de retour des questionnaires. On recommande aux hôpitaux de ne pas le faire pendant la période de sondage. » (fournisseur d'enquêtes)

« On envoie déjà beaucoup de choses à nos patients, il y a encore cinq autres questionnaires, fractures, etc. à part la mesure de la satisfaction avec Outcome. Après les patients ne veulent plus répondre donc on doit faire attention. » (spécialiste qualité)

Les remarques qui précèdent concernent la population interrogée dans son ensemble. Il n'existe aucune étude scientifique en Suisse concernant spécifiquement le taux de retour des questionnaires de satisfaction par les migrants. Certaines évaluations montrent que celui-ci est plus bas, d'autres ne trouvent pas de différence significative de taux de retour entre migrants et non-migrants.

« Dans les résultats, la comparaison Suisses - étrangers ne se fait pas d'office, on l'a fait une ou deux fois comme ça pour regarder mais rien de sérieux car on n'est pas payé pour et la recherche n'est qu'une petite partie de nos prestations. L'hôpital n'a jamais demandé à avoir ces comparaisons. Nous n'avons donc pas de résultats par nationalité mais de par mes explorations, les étrangers répondent légèrement moins bien que les Suisses. C'est sûrement beaucoup à cause de la langue. » (fournisseur d'enquêtes)

« Il y a quelques années, un test a été fait dans un hôpital de Zürich, car on était persuadé que les migrants avaient des problèmes particuliers. La nationalité a donc été fournie. Le résultat a été surprenant pour tout le monde : le retour n'était pas significativement inférieur pour aucune des nationalités mesurées. Ensuite on s'est désintéressé de la question. On en a conclu que certains étrangers étaient très bien intégrés, soit comprenaient la langue, soit se faisaient aider pour remplir le questionnaire. » (fournisseur d'enquêtes)

Pour mieux appréhender la question il faudrait, comme nous l'avons déjà signalé, ajouter systématiquement des variables fiables concernant l'origine des migrants sur le questionnaire, ce qui permettrait d'évaluer le taux de retour des patients migrants d'une manière systématique.

Ceci a été fait par l'institut Picker en Grande-Bretagne, qui a introduit une variable concernant l'origine des patients dans son questionnaire, selon cinq grandes catégories : Blanc, Métisse, Asiatique, Noir, Chinois et autre, en mettant à disposition également un espace blanc pour un complément d'information. Ces données permettent de tirer les conclusions suivantes :

alors que le taux de retour en général est de 60-70%, il représente la moitié de ce chiffre pour les migrants. Bien que le fournisseur d'enquête en question adopte une stratégie particulière pour permettre aux patients ne parlant pas la langue locale de répondre, le taux de retour reste faible pour plusieurs raisons.

> «Le questionnaire pour les migrants est exactement le même que pour les autres patients, il existe uniquement en anglais, mais une feuille en 20 langues l'accompagne proposant aux personnes ne parlant pas la langue d'appeler un numéro gratuit pour demander de l'aide. La personne au bout du fil identifie la langue du patient et le redirige vers un interprète parlant sa langue. Ce système ne marche pas vraiment, il y a très peu d'appel. Il n'y a pas vraiment d'explication à ce phénomène, peut-être que c'est dû à manque de motivation, peut-être que c'est trop long de compléter par téléphone (20-30 min). Le bas taux de retour des questionnaires de la part des migrants pourrait s'expliquer également par le fait qu'ils soient plus mobiles donc pas facilement joignables par poste, qu'ils n'aient pas confiance ou peur de participer à ce genre d'enquête, par leur lieu d'habitation car il est apparu que dans certaines régions, les patients sont moins satisfaits, il est encore possible que leur sexe, âge, ou autre variable interviennent sur ce point. » (fournisseur d'enquêtes)

L'expérience britannique démontre que l'enquête de satisfaction auprès des patients migrants ou minoritaires pose un certains nombre de problèmes liés vraisemblablement d'une part à la forme et au contenu des instruments utilisés, d'autre part à la procédure mise en place pour ce genre d'enquête. Si des démarches ciblées sur la population migrante restent peu nombreuses en Suisse, certaines initiatives ponctuelles ont été entreprises récemment pour améliorer la récolte des données.

4.3.6 Les tentatives pour améliorer la récolte des données auprès des migrants

En Suisse, les tentatives entreprises pour améliorer le recueil de données auprès des migrants se focalisent en particulier sur la question des difficultés linguistiques. Ces mesures consistent soit par la mise à disposition d'une hotline comme cela se fait en Grande-Bretagne, soit, comme mentionné dans la section précédente (page 54), par une information écrite dans plusieurs langues, demandant aux patients de chercher de l'aide auprès de leurs connaissances pour remplir les questionnaires de satisfaction.

> « Chaque fois que nous avons une enquête nous mettons en place une hotline, permanence téléphonique d'information aux patients, et là on joue avec les compétences linguistiques que nous avons à disposition : je parle italien, espagnol et je comprend le portugais, mon collègue parle le suisse allemand. Si mes collègues ne comprennent pas une langue et que je la parle c'est moi qui réponds. Il m'est même arrivé une fois de traduire par téléphone en espagnol à une dame âgé, j'ai noté ces réponses mais c'est un cas exceptionnel. » (fournisseur d'enquêtes)

> « On a introduit une feuille, que l'on envoie avec le questionnaire, traduite dans sept langues en Suisse allemande et quatre langues en Suisse romande, demandant au patient ne parlant pas la langue locale de demander de l'aide à une personne de confiance pour remplir le questionnaire de satisfaction. » (fournisseur d'enquête)

La barrière linguistique n'est cependant pas la seule entrave à la récolte de données. Nous avons pris connaissance de deux expériences de sondages de patients migrants au moyen de questionnaires traduits, mais le taux de réponses s'est avéré également très bas.

> « J'ai tenté de sonder la satisfaction des patients sans-papiers soignés dans mon service dans le cadre de mon travail de diplôme. L'administration du questionnaire, en français et en espagnol, a été faite par le service de facturation où passent tous les sans-papiers et où le personnel parle espagnol. Le choix de passer par le service de facturation s'est basé sur le fait que nous avons remarqué que les sans-papiers avait une très bonne relation de confiance avec les personnes du service de facturation, au point de venir en personne s'excuser du fait qu'ils n'arrivaient pas à payer ce mois mais qu'ils payeraient le mois prochain. Le personnel de la facturation donnait le questionnaire au patient sans-papiers en leur expliquant le but de cette démarche. Les personnes pouvaient le remplir sur place ou chez eux et le renvoyer grâce à une enveloppe timbrée jointe. L'enquête a durée deux – trois mois. Je n'ai reçu que cinq réponses alors que le nombre de patients sollicité est estimé à 80. Je pense que le manque de succès de mon enquête est lié au fait que les sans-papiers n'ont pas l'habitude de répondre aux questionnaires, qu'ils ont une certaine méfiance, et ont peur des représailles liées à leur statut précaire et/ou contexte du pays d'origine ». (spécialiste migration et santé)

> « Il y a des facteurs interculturels qui influencent le sondage. On a constaté qu'il ne suffisait pas seulement de traduire pour savoir si les migrants sont satisfaits ou non. Même si on traduit un questionnaire en serbo-croate ça ne garantit pas un meilleur taux de retour. On a fait cette expérience ici à Zurich, les gens ne sont pas tous habitués à donner leur opinion ou à critiquer parce que ça ne se fait pas. On ne sait pas comment résoudre ce problème. »

Ceci démontre qu'il existe également d'autres barrières, celles liées au statut des personnes interrogées mais également des barrières culturelles, que les traductions ne peuvent à elles seules résoudre. En conclusion, nous pouvons encore citer l'un des spécialistes interrogé :

> « La question est aussi si les institutions se sont rendues compte qu'ils ont des migrants et que ces patients doivent être traités et questionnés d'une autre façon. Finalement c'est la même chose que pour les patients en gériatrie, ou pour les patients qui ont des compétences cognitives limitées, on doit aussi les traiter et les questionner différemment. La question est stratégique car la diversité dans un hôpital est telle qu'on ne peut pas faire un instrument qui convienne à chaque patient ou à chaque groupe, on doit plutôt définir ce qui intéresse la société est ça c'est un niveau plus général. Je pense que c'est une question qui doit être soulevée soit par les hôpitaux soit par les cantons qui veulent savoir combien de migrants sont traités dans nos hôpitaux. » (spécialiste qualité)

Cette spécialiste souligne que la recherche d'autres solutions doit être poursuivie dans un pays où la proportion des migrants est significative, malgré une prise de conscience encore insuffisante et en dépit des difficultés qu'elle soulève. Cette recherche doit prendre en considération le contexte

migratoire de chaque région, voire de chaque hôpital concerné. Dans cet ordre d'idées, nous avons tenté, dans le chapitre suivant, de cerner le niveau de satisfaction et les difficultés spécifiques rencontrées par des migrants hospitalisés en Suisse, à partir d'entretiens avec des personnes directement concernées et des professionnels du domaine de la santé ou de la mesure de qualité.

5 Situation hospitalière des migrants en Suisse

Une mesure adéquate de la satisfaction des personnes issues de minorités passe non seulement par la prise en compte des contraintes et particularités caractérisant le contexte hospitalier, mais suppose également que l'on connaisse les besoins et difficultés spécifiques des patients hospitalisés, ce qui constitue un défi en l'absence d'enquêtes sur ce sujet en Suisse. Pour répondre, ne serait-ce que très partiellement, à ces questions il était indispensable de s'adresser aux principaux intéressés, ce qui a été fait dans le cadre des *focus groups* organisés dans plusieurs villes en Suisse romande. Pour le recrutement des interlocuteurs et le déroulement des discussions, les lecteurs sont priés de se référer au chapitre 2.2.

Conformément aux résultats de l'analyse de la littérature, les problèmes ressortis lors des entretiens menés avec les migrants – comme d'ailleurs avec les praticiens – concernent principalement l'interaction entre patient et médecin ou personnel soignant. Ces problèmes sont parfois spécifiques aux migrants, mais ils concernent aussi des aspects généraux liés au contexte hospitalier et au système de soins.

Dans les entretiens menés avec des spécialistes, les migrants sont principalement définis en termes de connaissances linguistiques (parlant ou ne parlant pas les langues officielles) et en termes de statuts, notamment pour les situations posant problèmes, comme c'est le cas des sans-papiers, requérants d'asile et parfois des personnes issues de la première génération de migration. Les migrants s'identifient plutôt par leur appartenance nationale, mais se réfèrent également à leur statut, en particulier pour les personnes au bénéfice d'un statut précaire.

Avant d'aborder les difficultés et les ressources spécifiques des patients issus de la migration, s'impose la difficile question de leur niveau général de satisfaction par rapport à l'hospitalisation.

5.1 Niveau de satisfaction des migrants

Il n'existe aucune étude suisse abordant la question du niveau de la satisfaction général des patients migrants et ceux issus des minorités. Les experts consultés parlent cependant d'un niveau de satisfaction relativement élevé pour ces personnes : c'est ce qui ressort aussi de l'étude menée par Caritas (Bauer, 2005) sur la perception des soins par les migrants. En effet, à moins qu'il y ait eu des événements particuliers, beaucoup migrants voient dans les hôpitaux suisses une qualité et une structure excellente.

Cette perception est en quelque sorte biaisée par le fait que les patients migrants comparent les conditions d'hospitalisation suisses à celles qu'ils ont

connues dans leur pays et en raison du fait que l'idée de porter un jugement ne leur paraît pas toujours légitime.

> « Les migrants que j'ai rencontré (principalement africains) ne se sentent pas concernés quand ils reçoivent un questionnaire de satisfaction car ils ne remettent pas en question le système de soins suisse, à moins qu'il y a eu des événements particuliers. Ils ne comprennent pas à la limite pourquoi on leur demanderait ça. Il y a une telle différence entre ici et là-bas, ils se sentiraient mal de porter un jugement sur notre médecine de luxe. » (spécialiste en migration et santé)

Les seules données empiriques disponibles, mises à disposition par un fournisseur d'enquête de satisfaction en Suisse (MeCon) et basées sur un large échantillon de patients, reposent sur la distinction, dans le questionnaire, de la variable « langue parlée ». Cette variable comprend les modalités « langue allemande » et « langue autre »[9]. Ces résultats doivent ainsi être utilisée avec toute la prudence qui s'impose étant donné le manque d'informations précises sur l'origine des personnes déclarant parler une langue autre que l'allemand, et plus encore d'informations sur la répartition des migrants entre les deux modalités (certains migrants pouvant fort bien déclarer la langue allemande, même si ils ne la maîtrisent pas aussi bien que la langue du pays d'origine).

Elles indiquent que les patients non germanophones sont en général moins satisfaits que les patients parlant allemand, sauf en ce qui concerne l'aménagement des locaux et l'atmosphère qui y à l'hôpital, dimensions pour lesquelles ils sont même plus satisfaits. Les points les plus critiques se situent au niveau de la communication avec les médecins (alors que pour la communication avec le personnel soignant les résultats sont sensiblement identiques à ceux exprimés par les patients parlant allemand). A noter aussi que les patients dont la langue est « autre » semblent moins faire confiance aux médecins et au personnel soignant. Ils ont également plus de problèmes en ce qui concerne l'admission, le déroulement de la journée, l'orientation à l'hôpital, la cohabitation fumeurs - non-fumeurs et la nourriture.

Ces résultats confirment certaines tendances internationales. Ils mériteraient d'être étayés par des études spécifiques prenant en compte une variable définissant plus précisément l'origine comme la nationalité à la naissance ou le lieu de naissance.

Les résultats que nous avons obtenus lors des entretiens avec les migrants montrent que ceux-ci sont plutôt satisfaits, voire très satisfaits, de leur séjour hospitalier, mais ils donnent également volontiers des indications sur les problèmes qu'ils ont rencontré durant l'hospitalisation, ainsi que sur les

[9] Qui ne comprend pas le français.

dimensions de l'hospitalisation auxquelles ils attachent de l'importance. Ce constat souligne que la satisfaction est un concept complexe qui regroupe différentes dimensions, pouvant parfois susciter des réactions divergentes auprès d'un seul patient ou d'une seule patiente. Un point souvent évoqué dans ce contexte concerne la relation avec le personnel soignant et les médecins.

5.2 Problèmes liés à l'interaction avec le personnel hospitalier

Autant la littérature analysée que les entretiens menés en Suisse indiquent que les problèmes les plus souvent rencontrés par les migrants se situent au niveau de l'interaction avec le personnel hospitalier (Weiss, 2003). Il s'agit là d'une dimension véritablement cruciale pour tout patient, qu'il soit migrant ou non, mais qui prend une signification particulière dans le contexte migratoire par l'effet potentiellement cumulatif de différents facteurs susceptibles d'intervenir dans la relation avec le personnel médical. On pense immédiatement aux compétences linguistiques et à certains styles communicationnels ou comportements liés à des rôles culturellement marqués, en oubliant parfois des dimensions moins manifestes telles que les représentations du corps et de la maladie, les attentes non exprimées et un manque de connaissances du système de santé qui peut entraîner des malentendus. Quelques dimensions importantes liées à l'interaction personnel médical – patients sont représentés dans la colonne du milieu de la Figure 1 ci-dessous.

Plus les patients et les professionnels se distinguent en termes d'origine sociale ou culturelle, de vécu ou d'expérience personnelle, ainsi qu'au niveau du savoir médical, plus l'interaction est susceptible d'être perturbée, particulièrement en situation de grand stress. Des difficultés de communication, fréquemment constatées dans l'interaction avec les médecins – et dans une moindre mesure avec le personnel soignant – sont donc facilement amplifiées dans la prise en charge des migrants, ce qui affecte la qualité de l'échange et la satisfaction des patients (et éventuellement aussi celle des praticiens). Ceci s'avère d'autant plus vrai que, selon les témoignages récoltés, beaucoup de protagonistes, qu'il s'agisse des professionnels de la santé ou des migrants eux-mêmes, ne sont pas conscients des enjeux de la relation et ne disposent pas des compétences transculturelles nécessaires pour y faire face.

Figure 1 : Dimensions déterminant la satisfaction des patients migrants liées notamment à l'interaction avec le personnel

[10] La particularité est évidemment toute relative, c'est-à-dire dépend du contexte majoritaire/dominant.

5.2.1 Les problèmes linguistiques

Si l'interaction constitue une donnée cruciale de la satisfaction des patients, la langue en est généralement une dimension centrale. On ne sera donc pas étonné de constater que tous les interlocuteurs convergent pour insister sur l'importance du facteur linguistique. Les migrants autant que les experts évoquent des problèmes de langues et la nécessité d'y faire face de manière adéquate.

> « Certains requérants d'asile ont eu de mauvaises expériences à l'hôpital à cause des problèmes de langue, ils ne peuvent pas s'exprimer ou ne comprennent pas ce qu'on leur dit. » (spécialiste migration et santé)
>
> « J'ai eu un peu de problèmes avec la langue. Parfois je ne savais pas comment expliquer alors j'essayais de montrer ce que je voulais. » (migrante)

Si certains patients arrivent à pallier à ces problèmes en ayant recours aux dictionnaires ou aux gestes, des situations subsistent où les problèmes de langue posent de graves problèmes aux patients.

> « Une fois les médecins ont essayé d'expliquer à un patient qu'il avait un virus ou des microbes alors ils lui ont montré qu'il avait des petites bêtes à l'intérieur de lui. La manière d'expliquer était tellement ridicule que le patient était très stressé. On a dû rappeler l'hôpital pour savoir de quoi il s'agissait. C'est donc important que le patient soit au courant de la maladie qu'il a et quel traitement il doit faire et quelles sont les étapes à suivre. » (interprète interculturel)

Le recours à des interprètes limite de tels problèmes, mais les entretiens que nous avons effectués et les études abordant le problème de l'interprétariat montrent que les solutions proposées par les hôpitaux ne sont pas satisfaisantes (Bischoff, 2003 ; Chimienti & Dahinden, 2002). Les hôpitaux font encore trop souvent appel à la famille et aux proches pour les traductions, le cas échéant, ils ont recours au personnel soignant migrant. Les hôpitaux ne sollicitent les traducteurs formés que très rarement et à des moments précis.

> « Si vous demandez à l'hôpital X, officiellement ils disent qu'ils ont des traducteurs, mais ils les gardent que pour certaines choses, la première consultation par exemple, mais ils sont plus négligents quand les gens doivent sortir. Je pense que le patient n'est pas toujours apte à comprendre certains termes scientifiques et là les médecins laissent tomber l'explication. Dans certaines situations c'est frappant ». (interprète interculturel)
>
> « Vous savez bien que des fois les enfants servent pour faire des traductions et là ça pose beaucoup de problèmes, on devrait l'interdire le plus vite possible, surtout quand il s'agit de faire une traduction pour ses parents ». (migrant)

Le non-recours aux interprètes formés, externes aux services de l'hôpital, est plus souvent expliqué par la lenteur d'intervention que par des questions de coûts. Cependant ces pratiques sont problématiques quant à la qualité ainsi

qu'au respect de l'anonymat et de la confidentialité souhaitée dans le contexte des soins.

> « La Croix-Rouge fournit leurs propres traducteurs aux requérants d'asile mais ceux-ci ne sont pas formés comme les interprètes de Caritas donc ça introduit aussi un biais ». (spécialiste migration et santé)
>
> « Souvent les gens préfèrent se confier à nous (professionnels de la santé) qu'à des gens de leur communauté donc on doit pouvoir faire confiance à l'interprète ». (spécialiste migration et santé)

Les entretiens montrent aussi la tendance à confondre manque de compétences linguistiques et manque d'intelligence.

> « C'est pas parce que je ne parlais pas bien la langue que j'étais ignorant ». (migrant)

Les obstacles linguistiques surgissent également auprès des migrants internes et des patients habitant des régions bilingues.

> « Les problèmes de langues concernent aussi les Suisses, dans notre contexte bilingue, le personnel n'est pas toujours bilingue et la langue utilisée ne correspond pas toujours à la langue du patient. » (chef de service d'un hôpital)
>
> « J'ai rencontré un Suisse allemand qui n'aime pas aller à l'hôpital X car il s'y sent comme à l'étranger. Il était dans un service ou personne ne parlait le suisse-allemand. Il n'y a pas besoin de venir d'Afrique pour se sentir parfois à l'écart. » (spécialiste migration et santé)

Dans ce dernier cas de figure il paraît farfelu de vouloir faire appel à un interprète étant donné que dans un contexte bilingue, il devrait être possible d'adapter les compétences linguistiques des employés de l'hôpital à celles du patient. Cet état de fait montre néanmoins l'importance de trouver des solutions aux problèmes de langues aussi bien pour les migrants externes que pour les Suisses et, dans le domaine de la mesure de la satisfaction, de poser des questions permettant de vérifier la prise en compte efficace de ce problème au sein de l'hôpital.

5.2.2 Communication interculturelle et *health literacy*

La langue n'est pas le seul facteur pouvant entraver la communication, les barrières culturelles peuvent aussi poser problème, car elles recoupent un vaste champ de facteurs intervenant dans l'échange verbal et non-verbal, qui ne sont pas toujours identifiés. Si la communication transculturelle est de plus en plus évoquée dans la formation des professionnels de la santé, elle ne fait en général pas partie du cursus obligatoire.

> « Il y a des problèmes dans les hôpitaux, il y a des problèmes de racisme mais aussi ceux liés à la mésentente et à la culture. Souvent c'est plus des problèmes culturels que linguistiques. » (spécialiste migration et santé)

L'experte en migration et santé qui a soulève ce problème de communication interculturelle, pour lequel elle a dû intervenir à plusieurs reprises à l'hôpital,

recommande le recours non seulement à des interprètes formés au contexte hospitalier et au contexte multiculturel, mais aussi le recours à des médiateurs culturels pour des personnes qui apparemment n'ont pas de problème de langue, mais qui ont tout de même des difficultés de communication. Il est intéressant de constater que la plupart des experts interrogés abondent dans le même sens, regrettant souvent qu'il ne puissent souvent pas faire appel aux services d'interprétariat professionnels pour des raisons évoquées dans la section précédente.

Certaines croyances et représentations du corps sont parfois liées à des cultures d'origine ou des pratiques religieuses (apparemment) incompatibles avec l'approche dominante de la médecine pratiquée en Suisse, ce qui soulève également la question de la *health literacy*[11]. Notons que le manque de compétences en santé ne concerne pas spécifiquement les migrants, puisqu'elle est déterminée à la fois par le niveau de formation, la situation sociale et des facteurs culturels. Mais des spécialistes en santé et migration constatent que certains (primo)-migrants connaissent mal la médecine occidentale et ont parfois tendance – face à un contexte nouveau et mal connu – à se délier de leur connaissance en matière de santé après la migration.

> « Une dame à qui on a administré un médicament contre les maux de ventre est revenue quelques jours plus tard, se plaignant toujours de ses maux de ventre. En fait, personne ne lui avait dit qu'il fallait avaler le comprimé alors elle l'a placé sur le nombril. » (spécialiste en migration et santé)
>
> « Il y a aussi l'aspect des causes de la maladie et ça c'est très culturel. Pour certains migrants il y a des causes autres que physiques qui expliquent la maladie et là on rejoint le domaine des croyances, et notre système ne tient pas compte de ces croyances. Les causes sont souvent psycho-spirituo-familiales et il faut soigner la cause, qui peut être une transgression, pour que le malade soit guéri. Quand on écoute les gens à ce sujet ils se sentent reconnus. Ce qui manque au personnel à l'hôpital c'est le temps. » (spécialiste en migration et santé)

De nombreux travaux et recommandations insistent sur le fait que les médecins et le personnel soignant doivent être particulièrement vigilants sur ce point, au risque que le traitement ne soit pas bien suivi, d'une part car certains patients ne savent pas comment le suivre, d'autre part car les patients ne se rendent pas toujours compte du problème. Tout ceci pose des problèmes d'efficacité en terme de résultat mais également en terme de satisfaction. Les croyances et le *health literacy* influencent les attentes des patients, lesquelles ne pourront être satisfaites que si on prend le temps de les

[11] Prière de se référer à la dénifition en note de bas de page à la page 27.

déceler et de les entendre, ce qui n'est pas évident dans un contexte où les ressources en personnel sont (de plus en plus) limitées.

5.2.3 Disponibilité, écoute et de prise en considération des patients

Plusieurs patients se sont plaints du manque de disponibilité, d'écoute et de prise en considération de la part des médecins travaillant aussi bien en milieu hospitalier qu'en cabinet privé.

Une infirmière interrogée à ce sujet soulève le fait que les migrants souffrent souvent de troubles psychosomatiques et que les enjeux liés à la perte de statut en cas de bonne santé ressortent assez vite ; pour cette raison, certaines infirmières et certains médecins ne prennent pas toujours les migrants au sérieux. Dans le jargon utilisé dans le service où elle travaille, les infirmières parlent de « totalgie » (pathologie totale) lorsqu'elles évoquent les troubles de certains migrants.

> « Le parcours jusqu'à l'hôpital c'est ce qui m'a le plus touché parce que le médecin qui me traitait ne me croyait pas, il ne prenait pas en compte ce que je lui disais. » (migrant)
>
> « Je n'ai pas essayé de dire au personnel que les problèmes de l'autre femme m'affectaient. Je voyais que les infirmières avaient beaucoup de personnes à s'occuper, en plus j'ai accouché l'été je pense qu'il y avait du personnel en vacances. » (migrante)
>
> « Après mes deux accouchements je ne me sentais pas bien et j'avais des hémorragies. J'ai demandé à faire des contrôles, au début on m'a dit que c'était rien jusqu'au jour où c'est le chef qui m'a ausculté et a décidé de m'hospitaliser. » (migrante)

Ce manque d'écoute et de prise en considération est parfois aussi exprimé par les patients comme erreur de diagnostic.

> « L'autre mauvaise expérience c'est ici à l'hôpital où ils pensaient que j'avais une grippe mais en fait c'était une broncho-pneumonie. Je suis allé trois fois aux urgences et ils m'ont dit que c'était rien. C'est mon médecin de famille qui a vu que ça n'allait pas. » (migrante)
>
> « Bon maintenant le problème que j'ai eu avec mon apnée de sommeil, je l'oublie. Mais là j'ai d'autres problèmes et c'est clair que je veux avoir plusieurs avis car j'ai peur. » (migrant)

Ces mauvaises expériences se soldent par une perte de confiance des patients envers les médecins, qui touche probablement davantage des personnes issues de la migration.

5.2.4 Discrimination et racisme

Les résultats concernant les thèmes de la discrimination et du racisme sont très partagés. Une moitié des migrants interrogés disent avoir souffert de discrimination ou de racisme, ou alors avoir entendu leurs compatriotes se plaindre à ce sujet, alors que l'autre moitié affirme ne pas avoir subi quelconque discrimination.

> « Juste au début de mon hospitalisation, il y avait une dame qui m'a un peu méprisé, elle a su que j'étais du Congo, elle avait eu une mauvaise expérience avec un monsieur qui venait aussi du Congo mais de Kinshasa. Mais je ne me suis jamais énervé avec elle, j'ai discuté et après deux jours elle m'a avoué qu'elle m'avait mal jugée. » (migrant)
>
> « J'ai l'impression d'être pris pour un cobaye. Je pense que c'est un peu dû au fait de ne pas être suisse. Ils rigolent un peu plus avec nous comme nous on comprend pas bien. » (migrant)
>
> « Moi je n'ai pas été victime de discrimination mais certains racontent comme quoi ils ont été mal admis, mal reçus, et ils l'ont lié à la couleur de leur peau. Des fois c'est des expressions, des gens qui te regardent comme si tu étais tombé de mars, tu sens qu'il n'a pas envie de te voir longtemps, ni de t'écouter. Ceux qui m'ont raconté ça ils ont eu des problèmes non avec les Suisses, mais curieusement avec le personnel soignant étranger qui casse les pieds aux étrangers. Je me dis mais il est aussi étranger. » (migrante)
>
> « Je ne crois pas que les problèmes que j'ai eu sont dus au fait que je sois étranger, car tout le monde s'est toujours bien conduit avec moi: médecin, personnel de l'hôpital, je ne peux donc pas parler de racisme. Ca dépend aussi des docteurs et des caractères différents. » (migrant)

Plusieurs experts interrogés témoignent également des problèmes de racisme et de discrimination dans les hôpitaux.

> « J'ai accompagné une fois un requérant d'asile aux urgences, il était vraiment pas bien, il avait beaucoup de fièvre, il avait le sida. J'ai dû insister plusieurs fois pour qu'on lui donne un lit pour qu'il puisse se coucher. Mais ce qui m'a choqué le plus, en plus du fait qu'il a dû attendre longtemps, c'est quand j'ai entendu une infirmière demander à une autre s'il restait quelqu'un et que j'ai entendu la réponse. Il reste encore ce machin de la Croix Rouge. » (spécialiste en migration et santé)

La question de discrimination semble être une question de personnes et non pas une pratique généralisée. L'attitude envers les migrants, évoquée dans les entretiens, oscille entre l'indifférence (« les problème des migrants ne nous concernent pas »), l'approche universaliste (« ce sont des gens comme les autres avec qui on doit se comporter comme avec les autres ») et une certaine hostilité (« ils faut que ces étrangers apprennent à se comporter correctement », « ce n'est pas la satisfaction des migrants qui nous préoccupe, mais le fait qu'ils payent leurs factures »).

Dans ce sens, l'hôpital représente toute la palette des attitudes présentes au sein de la société. Etant donné que les professionnels de la santé sont et seront de plus en plus souvent confrontés à des migrants d'origines diverses et qu'une communication inadéquate peut entraîner des coûts non négligeables, il semble important d'utiliser les résultats des enquêtes de

satisfaction pour déceler des problèmes plus généraux. Pour ce faire, il est évidemment indispensable d'identifier les migrants et une attention particulière doit être portée aux questions (classiques) qui concernent le respect du patient.

5.2.5 La question de l'information

Alors que la littérature insiste sur le problème de l'information médicale et la *compliance* de la part des patients, les entretiens effectués montrent qu'une majorité de personnes interrogées sont satisfaites des informations reçues de la part des médecins. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que la plupart de nos interlocuteurs ne présentaient pas de pathologies particulièrement compliquées et parlaient relativement bien la langue. Deux commentaires seulement font état de problèmes dans ce domaine. Dans ces cas particuliers, le manque d'information se traduisait par un manque de preuve concernant l'état précaire de santé du requérant d'asile et par conséquent représentait un risque potentiel pour ce patient de se faire expulser.

> « Je n'étais pas très content car l'historique de ce qui s'est passé à l'hôpital, que le médecin m'a donné, était très court, juste quelques lignes sans détail. Je n'ai pas été informé de ce qui c'est passé. J'ai demandé à parler au médecin, mais il n'est pas venu. C'est pas juste, nous on vit toujours dans une peur ici, on est menacé d'expulsion, si on a pas une diagnostic valable qu'on peut montrer à quelqu'un, ça peut poser des problème de séjour. » (migrant)

Cet exemple illustre combien est importante, pour l'analyse de la satisfaction, la connaissance du contexte de vie du patient. Les soins ne sont directement pas en cause dans cet exemple, mais plutôt l'absence d'un diagnostic écrit indispensable pour le migrant.

5.3 Autres dimensions spécifiques aux migrants

D'autres dimensions spécifiques aux migrants ressortent des différents entretiens menés, et devraient nécessairement être prises en compte dans toute tentative d'apprécier la satisfaction des patients.

5.3.1 Les barrières liées à l'accès aux soins

Le statut du migrant peut présenter une barrière en ce qui concerne l'accès aux soins. En particulier, les personnes au statut précaire ne sont pas systématiquement assurées et ne connaissent pas bien le système de santé. Les barrières sont dès lors d'ordre financier, mais aussi liées au manque d'information générale sur les structures existantes en matières de soins, ainsi qu'à la crainte de se faire soigner et d'être de ce fait dénoncé. Cette situation pose problème aussi bien aux malades, qui n'accèdent pas aux soins dont ils pourraient avoir besoin, et aux hôpitaux publics, qui se plaignent du fait que

les migrants ne payent pas ou qu'ils utilisent des faux noms et des fausses cartes d'assurances.

> « Ici on a peu de patients qui doivent se faire hospitaliser, donc il m'est difficile de dire s'ils sont satisfaits ou pas, mais souvent ces gens ont des problèmes administratifs avec l'hôpital. On essaie de faire un suivi en annonçant ces patients à l'hôpital et en négociant le mode de paiement s'ils n'ont pas d'assurance, pour qu'ils puissent bénéficier du tarif cantonal et non du tarif touristique mais souvent ça ne marche pas bien. » (spécialiste en migration et santé)

Dans ce domaine, l'hôpital est confronté à des difficultés qui relèvent de la politique migratoire et sociale plus générale, mais qui affectent parfois la perception des migrants pouvant être perçus comme des patients à problèmes, alors que ces cas ne concernent qu'un infime minorité des patients migrants en Suisse.

5.3.2 Les urgences

Les problèmes les plus fréquemment évoqués par les patients interviewés sont ceux auxquels ils ont dû faire face au service des urgences. Ces interlocuteurs se sont plaints généralement du temps d'attente et du mauvais accueil.

> « A l'hôpital, le service, tout est au niveau d'un pays développé comme dans les autres pays développés, mais le temps d'attente aux urgences est terrible, tu peux mourir cinq ou six fois jusqu'à ce qu'ils viennent te voir ». (migrant)

> « Même en Afrique, tu arrives en urgence, ils te prennent en urgence, mais ici c'est honteux comme tu peux attendre. » (migrante)

> « Les deux fois que je suis allé à l'hôpital le week-end car mon médecin ne travaillait pas, les deux fois ils m'ont oublié. » (migrant)

Ce problème n'est probablement pas spécifique aux migrants et rien n'indique que le temps d'attente varie en fonction du statut de séjour. Les urgences étant un des accès à l'hôpital le plus fréquemment utilisé par les migrants, la surcharge de travail des urgences et susceptible d'influencer plus fréquemment leur satisfaction que dans le cas des patients Suisses, plus souvent pris en charge par leur médecin et admis par d'autres biais.

5.3.3 Etat de santé et travail

La question de l'activité professionnelle a été évoquée aussi bien par les migrants que par les spécialistes en santé et migration. L'approche de cette question diffère selon le statut de séjour des migrants. Ceux en situation précaire et sans contrat de travail, ou avec un contrat précaire, veulent être rétablis le plus vite possible pour aller travailler. Ils auront aussi tendance à ne pas se déclarer malades, par peur de perdre leur travail et parfois leur permis.

« La santé c'est aussi souvent un outil de travail. Les gens veulent être remis en état le plus vite possible. » (spécialiste en migration et santé)

« J'ai eu un accident dans mon travail, j'y ai un peu perdu la vie dans mon travail mais mon copain ne voulait pas que je dise que j'étais blessé car il avait peur qu'on perde le travail. » (migrant)

Les migrants au bénéfice de statuts moins précaires et de contrats de travail plus stables se plaignent quant à eux du fait de ne pas recevoir de certificat d'arrêt de travail suffisant pour qu'ils puissent récupérer, mais aussi du fait que les médecins soignent les symptômes et non les causes de leur souffrance pour qu'ils retournent travailler au plus vite.

« Je suis retournée à l'hôpital pour demander un certificat et la dame m'a dit vous n'êtes pas la première dame enceinte à travailler en Suisse. Je lui ai expliqué que je travaillais à la chaîne et que ça perturbait le travail si je devais me lever pour aller vomir mais elle m'a dit qu'elle ne pouvait pas me donner un certificat et j'ai perdu mon travail. » (migrante)

« Mon médecin, celui que j'ai vu avant de sortir, m'a dit que je pouvais aller travailler trois semaines après, mais je pense que c'est très dur de retourner sur un chantier après un si court laps de temps et après une opération assez grave (ablation d'un rein). Je suis allé au travail mais ça n'allait pas. Je suis donc allé chez mon médecin de famille et il a pensé qu'ils ont été fous de m'envoyer travailler comme ça vite. J'ai recommencé à travailler neuf mois après l'opération. » (migrant)

« Ici en Suisse les médecins ne comprennent pas comment les gens travaillent, quand c'est un ouvrier. » (migrant)

« Moi aussi, les médecins m'ont injecté de la cortisone plusieurs fois dans l'épaule, mais c'est aussi comme ça que je me fous en l'air mes ligaments. Pourquoi ils m'injectent ça : le patron m'envoie chez le médecin. À 10h il m'injecte la cortisone et à 12h je peux de nouveau aller travailler, c'est vrai que j'étais bien mais c'est aussi comme ça qu'on s'use parce qu'on ne sent plus les douleurs. » (migrant)

Ces témoignages illustrent bien le fait que des travaux particulièrement pénibles sont souvent effectués par des migrants, au vécu souvent assez éloigné de celui que connaissent les médecins, plutôt issus de milieux favorisés. Dans ce sens, on assiste à une superposition de vulnérabilités sociales et parfois culturelles ou administratives (risque de perte d'un permis), dans la mesure ou le migrant dépend de décisions qu'il ne maîtrise pas, ce qui peut affecter sa relation avec le personnel médical. Mais les attentes sur ce point divergent selon la situation des migrants ; les résultats en terme de satisfaction avec les soins reçus seront par conséquent aussi différents. Pour en savoir plus, il semble important d'intégrer la situation de travail dans les questionnaires de satisfaction.

5.3.4 Les visites et la cohabitation dans les chambres

Le problème des visites, tel qu'il a été soulevé dans nos entretiens, semble être une question typiquement africaine, même s'il se présente sans doute à

des degrés divers dans d'autres minorités et, plus généralement, pour des personnes issues de grandes familles ou ayant de nombreux contacts.

« Un Africain a besoin d'être accompagné par sa famille à l'hôpital, dans la culture africaine c'est impensable de laisser un malade seul à l'hôpital, la famille se relaie jour et nuit et en Suisse c'est pas possible. Les patients le vivent mal et la famille aussi. Il y a un sentiment de culpabilité de la part de la famille à laisser quelqu'un seul à l'hôpital. Si le patient n'as pas de famille c'est la communauté qui prend le relais. » (spécialiste en migration et santé)

Le thème de la difficile cohabitation dans les chambres n'a été abordé que par les patientes en obstétrique, qui présentent par ailleurs un niveau de satisfaction élevée, comme le révèlent les entretiens et les résultats analysés par les fournisseurs d'enquête. Les patientes rencontrées se sont plaintes du manque d'espace dans les chambres et des difficultés de cohabitation dans un espace aussi restreint. En effet l'état des femmes varie passablement en fonction du déroulement de l'accouchement et de l'état de santé du bébé, et le fait de regrouper dans la même chambre une mère qui présente certaines difficultés à récupérer de la grossesse et une mère en bonne santé peut s'avérer difficile à gérer, à la fois pour la mère en bon état que pour celle présentant ces difficultés.

« Moi aussi j'étais dans une chambre à trois et une dame est restée pendant 14 jours car elle a eu un problème à l'accouchement. Elle a eu une hémorragie. Elle n'était pas bien, son bébé sentait qu'elle n'était pas bien et il pleurait tout le temps. L'infirmière lui donnait un coup de main pour s'occuper de son bébé. Mais pour nous c'était pas facile car son bébé pleurait tout le temps, la maman pleurait aussi beaucoup alors nous on était pas bien non plus. » (migrante)

Le deuxième point abordé par les patientes en obstétrique, lié également à l'étroitesse des lieux, mais aussi au fait que les mamans ne sont pas toujours dans un état psychique et physique similaire, est celui des visites.

« Je trouve que trois dans la même chambre c'est trop, il faudrait être deux au maximum. Surtout en ce qui concerne les visites. Surtout nous les étrangers à l'heure des visites ont a beaucoup de personnes qui viennent nous voir, avec les petits enfants, il n'y a pas de place. » (migrante)

Le service d'obstétrique est très particulier en ce qui concerne la cohabitation et les visites étant donné qu'il est de coutume que les amis et connaissances rendent visite en nombre aux femmes ayant accouché, en particulier dans certaines collectivités migrantes. Les conditions d'intimité nécessaires à la récupération des mamans et à l'apprentissage de l'allaitement peuvent s'en trouver amoindries, ce qui peut provoquer non seulement un mécontentement, mais aussi un stress néfaste aux mamans et aux enfants. Compte tenu qu'environ un tiers des naissances vivantes survenues en Suisse concernent des mères étrangères – et davantage encore dans les divisions communes des grands hôpitaux – la question de la cohabitation concerne souvent les femmes migrantes. Elle est encore accrue pour les femmes dont

l'appartenance culturelle ou religieuse recommande de ne pas s'exposer (le visage par exemple) au regard d'étrangers, ce qui n'est pas toujours possible en chambre commune.

5.3.5 L'alimentation

L'alimentation n'est pas ressortie comme un problème majeur pour les migrants que nous avons interrogés. En général, les patients sont consultés par l'hôpital au sujet de leurs préférences et de leurs interdits alimentaires. La quantité et le type de nourriture ne conviennent pas toujours aux patients, mais ceux-ci s'adaptent souvent. Quelques patients migrants ont souligné le fait de ne pas comprendre le menu, mais ceci est donc lié au problème de langue.

> « Les migrants ont parfois des problème d'alimentation, différents rythmes et aliments, mais en général ils s'adaptent. Durant le ramadan il peut y avoir aussi des difficultés, par exemple un patient musulman diabétique à qui on impose un régime avec des heures de repas régulières. C'est difficile pour un musulman de ne pas faire le ramadan mais pour des problèmes de santé il doit s'y plier. » (spécialiste en migration et santé)

> « Il faut comprendre que la nourriture à l'hôpital n'est pas la même qu'à la maison. Moi je l'ai compris alors je me suis adapté, je suis devenu malin et j'ai trouvé quelqu'un pour m'amener la nourriture à l'hôpital. » (migrant)

Tous les migrants interrogés comprennent que l'hôpital ne peut pas prendre en considération les habitudes diverses des patients, issus de la migration ou non, mais il convient de noter que la plupart des interlocuteurs ont été hospitalisés pour des durées relativement limitées. Il est vraisemblable que cet aspect est plus important pour des malades chroniques séjournant pendant de longues périodes à l'hôpital.

5.3.6 Les pratiques religieuses

Nous avons demandé aux migrants si leurs pratiques religieuses, s'ils en avaient, leur ont posé un problème durant leur séjour à l'hôpital. Tous sans exception ont répondu négativement à cette question. L'élément principal ressorti des entretiens est le fait est que la religion est une question intime, relevant de la sphère privée, et que pour cette raison les patients sont respectés et respectueux dans leurs pratiques.

> « Je pense que la religion n'a rien à voir avec le milieu hospitalier, tu as ta religion tu la pratiques en toi. Moi je suis musulmane, j'ai prié, mais les patients qui étaient avec moi ne savaient pas que je priais, je laisse les gens s'endormir et je fais mes ablutions tranquillement, j'ai pas besoin de crier pour les réveiller pour dire que je prie. » (migrante)

A la questions si ça les dérangerait si on intégrait la religion dans le questionnaire et s'ils pensaient que ça faisait sens de le faire, les réponses ont été quasiment unanimes, la religion en tant que telle n'apporte rien en termes

d'indications ni quant aux pratiques, ni quant aux besoins ou aux attentes des patients. Cette variable aurait au contraire un effet stigmatisant, surtout pour les musulmans qui se sentent déjà parfois victimes de la diabolisation actuelle de l'Islam.

> « Moi je pense que s'ils te posent la question de la religion, je pense qu'il faut poser la question autrement : est-ce que vous mangez ça ou pas, et pas est-ce que vous êtes ça ou ça, pour pas qu'on nous mette un signe devant tu viens de cette religion. Je connais des musulmans qui mangent du porc, qui boivent de l'alcool et je le respecte. » (migrant)

> « En général, pas seulement en ce qui concerne l'hôpital, je pense que c'est pas bien de poser la question de la religion. Parce que je vois qu'aujourd'hui, dans le monde, il s'est fait une séparation comme ça et je trouve que ce n'est pas une bonne manière de se comporter. » (migrant)

S'il semble donc parfaitement judicieux de tenir compte des pratiques alimentaires ou religieuses dans un questionnaire de satisfaction, il n'est pas nécessairement recommandé de relier ces particularités à des communautés religieuses ou culturelles.

5.4 Synthèse et pistes pour les recommandations

Nous avons pu constater par les entretiens d'experts et les discussions avec les migrants, que les difficultés auxquelles font fréquemment face des personnes issues de la migration en milieu hospitalier concernent non seulement l'aspect migratoire en tant que tel, représenté par l'origine, la langue et le statut administratif, mais également la situation sociale et notamment le niveau de formation et la situation professionnelle. Elles peuvent donc toucher à degrés divers des migrants internes comme le souligne le témoignage suivant.

> « Un Singinois qui vient de sa campagne peut se sentir plus dépaysé en venant aux urgences qu'un étranger citadin d'un niveau socioculturel assez bon. Le niveau socioculturel peut faire la différence dans la manière de se sentir à l'aise ou non dans un hôpital. » (employée d'un hôpital)

Les experts en santé et migration et les migrants sont généralement d'accord sur le fait qu'il faut tenir compte de ces différences dans une approche centrée sur le patient plutôt que sur des communautés dont les contours sont difficiles à cerner.

> « Mon point de vue c'est que chaque être humain est un monde à part et nous, en tant que professionnels, on devrait pouvoir s'adapter à chacun. Même les Suisses ne rentrent pas toujours dans un modèle standard. Il faut essayer de dépasser le standard et traiter chacun selon les spécificités qui le caractérisent. » (employée d'un hôpital)

Simultanément l'institution hospitalière ne peut pas s'adapter à tous les besoins et se voit obligé de faire des choix, ce que la plupart des migrants

comprennent, quand ils soutiennent que c'est aussi aux patients de s'adapter dans la mesure de leurs possibilités.

> « Mais l'hôpital, je crois que c'est une entité et si on commence à diviser les choses, il faut avoir une centaine de branches: par maladie, par religion etc., moi comme patient je pense que les patients doivent s'adapter. Chez nous par exemple toutes les femmes se font contrôler par une femme. » (migrant)

Finalement les migrants tiennent avant tout à être traités comme des patients et non comme des migrants. En insistant trop sur les différences, en voulant bien faire, on risque d'obtenir l'effet contraire, car les migrants peuvent se sentir stigmatisés.

> « Il ne faut pas stigmatiser les migrants car ils n'ont pas envie de se sentir différents des autres. » (spécialiste en santé et migration)

A l'exception des dimensions touchant aux problèmes de langues, celles liées à la communication interculturelle ou à la discrimination basée sur l'origine, les sujets ressortis dans notre étude ne sont pas spécifiques aux migrants et concernent tous les patients, sans distinction de langue ou de culture. Cependant pour en savoir plus, c'est-à-dire pour déceler la prévalence des difficultés en fonction des dimensions abordées dans les entretiens, il faudra se donner les moyens de les sonder plus systématiquement dans les enquêtes de satisfaction, en ajoutant dans la mesure du possible les questions suivantes concernant :

- le niveau de compréhension linguistique ou la langue préférée (à noter que cette question figure déjà dans le questionnaire MeCon destiné aux hôpitaux bilingues mais qu'elle manque dans les hôpitaux qui ne le sont pas ; cette variable est également présente dans certains dossiers administratifs) ;
- le besoin des patients d'un service d'un interprète ainsi que sur l'offre proposée et l'accès aux interprètes ou aux médiateurs transculturels ;
- l'origine (nationalité à la naissance, lieu de naissances, nationalité) et la situation de travail ou éventuellement la formation (qui est recensée par le questionnaire élaboré par la cellule ESOPE) ;
- éventuellement aborder les compétences transculturelles du personnel hospitalier, la discrimination ou le racisme, mais il est à déterminer si ces thèmes doivent être approchés par des indicateurs indirects (respect du patient, confiance, etc.) ou de façon plus directe, ce qui soulève la question de l'interprétation de ces termes controversés ;
- la compréhension du fonctionnement de l'hôpital et de la *health literacy* ;
- l'adéquation des certificats maladie et de l'état de santé du patient à sa position socioprofessionnelle, et en particulier à la pénibilité de son travail ;

- finalement il faudrait prévoir des enquêtes de satisfaction dans les services des urgences, qui semblent souvent faire problème.

Il s'agirait de décider si ces questions sont ajoutées de façon continue aux enquêtes ou de manière plus ponctuelle, comme cela se fait déjà avec des variables choisies par l'hôpital et qui s'ajoutent au module de base proposé par les fournisseurs d'enquêtes. Il est important de noter que la plupart des questions pourraient parfaitement être formulées de manière générale et convenir à l'ensemble des patients, ce qui permettrait des comparaisons en fonction de l'origine (ou de la nationalité) ; en outre, comme nous l'avons relevé précédemment, les patients migrants veulent être considérés de la même manière que tous les autres patients, et trop de questions spécifiques aux migrants ne seraient pas forcément bien ressenties.

Tous ces points seront repris dans le chapitre suivant, qui est consacré aux recommandations envisageables pour améliorer la mesure de la satisfaction auprès des migrants.

6 Conclusions et recommandations

Comme on pouvait s'y attendre, la littérature spécialisée, d'ailleurs largement anglo-saxonne, n'est pas en mesure de fournir *une* best practice « prête à être appliquée » visant à l'amélioration de la mesure de la satisfaction des patients issus de la migration dans les hôpitaux suisses. Si les articles analysés livrent une multitude d'indications à prendre en compte et explorent sous différents angles le niveau de satisfaction de personnes minoritaires, ils ont finalement porté peu d'attention au développement de procédures permettant une mesure correcte de la satisfaction des populations migrantes. Ceci nous incite à nous appuyer davantage sur les avis de divers professionnels et de migrants directement concernés pour formuler des pistes permettrant une amélioration les enquêtes existantes en Suisse.

L'exercice entrepris semble d'autant plus nécessaire que les personnes issues de la migration représentent une part significative, et susceptible de croître, de la population hospitalisée, en particulier dans certains hôpitaux universitaires et dans certains services (urgences, obstétrique, psychiatrie). De plus ces personnes sont, comme en témoignent les entretiens, confrontées à des difficultés parfois importantes, qui peuvent affecter les soins reçus et entraîner des coûts pour le système de santé.

Dans ce chapitre, les barrières empêchant de sonder l'opinion des migrants sont synthétisées, de manière à émettre une série de propositions visant à améliorer la situation. Une difficulté, dans ce contexte, consiste à distinguer ce qui relève de la spécificité migrante, faisant l'objet de cette étude du cadre plus général régissant la mesure de l'opinion des patients dans la gestion hospitalière. En effet, les résultats des entretiens et le matériel récolté nous incitent à plaider pour une approche intégrée plutôt que particulariste, même si des initiatives ciblées sur les seuls migrants ne doivent pas être purement et simplement écartées.

Enfin, une remarque préliminaire concernant les recommandations s'impose : la prise en compte de la faisabilité des mesures proposées non seulement au niveau de la méthode, mais aussi en termes « politico-financiers » n'a pas toujours été possible en raison des objectifs et avis parfois antagonistes des spécialistes consultés : les priorités en termes de gestion de la qualité font encore l'objet d'âpres controverses – au sein des hôpitaux ou au-delà – et divergent selon l'horizon temporel adopté ; un investissement relativement coûteux à court terme peut se révéler intéressant sur le moyen ou long terme. Enfin, les recommandations se réfèrent à des niveaux de décision et de mise en œuvre différents et ce qui peut paraître évident pour certains spécialistes impliqués ne l'est pas nécessairement pour d'autres acteurs.

Les recommandations destinées aux établissements hospitaliers ont été regroupées en trois blocs : partant du cadre institutionnel au niveau de l'hôpital pour ce qui est de la gestion de la qualité (6.1), en passant par les procédures d'enquête (6.2.), pour finalement aborder la question des instruments utilisés (6.3). La section suivante (6.4) est consacrée aux recommandations qui dépassent le cadre hospitalier et impliquent d'autres partenaires du domaine de la santé. Enfin quelques pistes de recherches futures seront esquissées en même temps que les limites de l'étude accomplie.

6.1 Gestion de la qualité au sein des hôpitaux

6.1.1 La question migratoire dans la gestion de la qualité

Cette étude a permis de constater que la mesure de la satisfaction des patients issus de la migration ou de minorités suscite des réactions qui vont d'une indifférence bienveillante au désintérêt, plus ou moins franchement affiché, parmi la majorité des professionnels du système de santé. Il est vrai que pour certains fournisseurs de soins, les migrants ne représentent pas une population particulièrement prisée (proportion relativement faible avec des assurances privées) ou significative du point de vue numérique (notamment dans des petits hôpitaux ou au sein des régions rurales). L'attitude s'explique également par un contexte institutionnel, politique et financier difficile, qui favorise d'autres priorités plutôt que la satisfaction des patients en général et, à plus forte raison, celle des patients migrants.

Si certains hôpitaux semblent mener les enquêtes de satisfaction par obligation, d'autres affichent une attitude plus ouverte et considèrent la démarche comme indispensable à une gestion hospitalière efficace. En même temps, certains acteurs du domaine de la santé sont principalement intéressés par un benchmarking permettant un positionnement des différents établissements, ce qui suscite des craintes et freine l'élan en faveur d'un système de qualité global dans certains hôpitaux. De plus, les désaccords concernant les modalités de financements des systèmes de qualité ne favorisent pas une attitude proactive, notamment dans les établissements qui ne disposent pas de personnel spécialisé dans ce domaine.

Il est évidemment difficile de faire abstraction de ces enjeux lorsque la question de la satisfaction des patients migrants est abordée. La quasi-absence de démarches favorisant leur prise en compte est généralement expliquée par des raisons financières, mais également par le nombre relativement limité de patients migrants, alors que des statistiques font la plupart du temps défaut. Cette absence de données n'est pas favorable à une prise de conscience de la problématique, qui constitue pourtant une condition indispensable (mais insuffisante) pour introduire des changements dans les

questionnaires. Il serait souhaitable de briser ce cercle vicieux par des impulsions permettant de cerner l'ampleur du défi, afin de légitimer d'autres mesures.

Quatre arguments principaux sont avancés pour justifier un certain immobilisme :

- Dans les établissement où des statistiques administratives sont disponibles ou ont été mises ponctuellement à disposition, l'objection qu'aucune minorité linguistique issue de la migration ne constitue un groupe suffisamment important (p.ex. proportion minimale de 10%) pour permettre des comparaisons significatives avec la population majoritaire est fréquemment avancée. Ce raisonnement fait abstraction du fait que l'identification des migrants ne sert pas uniquement à une comparaison entre groupes nationaux ou linguistiques, mais pourrait également donner lieu à des agrégations, par exemple une comparaison entre Suisses et migrants de diverses origines pris ensemble. De plus, une traduction du questionnaire vers les langues les plus fréquentes, ou des démarches complémentaires en direction de ces groupes, permettrait probablement d'améliorer le taux de retour auprès des migrants et d'éviter des biais systématiques susceptibles d'entraîner des distorsions dans les résultats globaux.
- Un autre argument concerne le fait que la plupart des migrants sont assurés en division commune, moins rémunératrice pour les hôpitaux (à noter que le type d'assurance figure effectivement sur plusieurs questionnaires). Il s'agit d'un argument commercial, qui ne devrait pas faire oublier qu'une prise en charge inadéquate de certains patients peut être coûteuse en termes de santé publique, notamment dans un hôpital public, qui n'est pas en mesure de refuser ses patients[12]. C'est pourquoi les sondages d'opinion doivent éviter l'exclusion d'une partie des patients.
- Une meilleure prise en compte de la satisfaction des migrants demande d'importantes ressources supplémentaires et sera susceptibles d'entraîner d'autres démarches particularistes.
- Plusieurs interlocuteurs évoquent également la faisabilité technique ou méthodologique comme principal obstacle. Nous reviendrons sur ce point dans la section 6.2.

[12] Ceci sera d'autant plus vrai dans un système où des forfaits par cas (Fallpauschalen) deviendront la règle dans le remboursement des hôpitaux.

Recommandation : ⇨ renforcer l'approche orientée sur les patients au sein du système de qualité

En rebondissant sur l'avant-dernier argument, on est amené de plaider en faveur d'une amélioration des enquêtes de satisfaction, afin d'intégrer les dimensions liées à la problématique migratoire à la mesure générale de la satisfaction auprès de l'ensemble de la population. S'il faut bien prévoir, dans une première étape, l'introduction de quelques modifications entraînant des coûts, cette mesure peut s'avérer fructueuse pour l'ensemble du système de qualité. En d'autres termes, il s'agit de valoriser les enquêtes d'opinion de manière générale et de démontrer que la mesure de la satisfaction des migrants s'inscrit pleinement dans une démarche orientée sur les patients (patientenorientiertes Vorgehen), qui devrait caractériser tout système de qualité global.

A ce propos, les résultats de cette étude démontrent clairement que les points qui peuvent poser problème dans la prise en charge hospitalière des minorités ne se limitent pas à la situation migratoire, mais rejoignent d'autres dimensions caractérisant les patients :

- la langue qui peut être synonyme de difficultés pour des « migrants » internes (c'est-à-dire d'origine suisse)
- le niveau de formation et l'illettrisme, qui n'est pas complètement marginal en Suisse
- les situations de travail particulièrement pénibles ou contraignantes, plus fréquentes parmi les migrants, mais qui concernent aussi un certain nombre de patients suisses
- des pratiques religieuses ou alimentaires ne correspondant pas à la norme dominante, qui ne sont également pas spécifiques aux migrants

Peuvent s'ajouter dans le cas des migrants des pratiques culturelles mal connues ou un statut légal précaire qui limite l'accès aux soins, mais ceci n'est de loin pas la règle.

Par conséquent, plutôt que de constituer une simple charge supplémentaire, une approche attentive aux besoins des migrants représente une réelle opportunité pour un bon système de qualité d'élargir et de prendre en compte son public cible. Dans ce sens, elle permet d'orienter les enquêtes de satisfaction dans le sens d'un mainstreaming, c'est-à-dire de l'aligner sur les besoins de tous les patients, dans la mesure où elle devrait permettre d'augmenter l'intérêt – et par là, le taux de retour ou de réponse – de différents types de patients particulièrement vulnérables, qui restent exclus des enquêtes, ciblées plutôt sur des couches moyennes ou supérieures appartenant à des groupes linguistiques ou culturels dominants.

Il est à notre avis primordial de faire passer le message, auprès des acteurs du domaine de la santé, qu'un tel système de qualité global[13] est susceptible de contribuer à améliorer la prise en charge de tous les patients, de même que la satisfaction des professionnels impliqués. En d'autres termes, l'inclusion des migrants ne se situe pas en marge, mais au cœur même d'une bonne mesure satisfaction. Une telle prise de conscience, qui n'est pas acquise, permettrait de surmonter certaines réticences institutionnelles bien réelles afin de promouvoir les initiatives qui s'imposent.

⇨ Flexibilité des approches qui tienne compte de chaque contexte hospitalier

Les entretiens menés dans le cadre de cette étude soulignent que la sensibilité au problème sous étude est très diversement développée dans les hôpitaux, ce qui s'explique à la fois par l'environnement démographique, le contexte institutionnel et par des sensibilités personnelles. Rappelons qu'Etienne (2005) distingue parmi les hôpitaux les *Müssenden* des *Wollenden*, quand il s'agit de gestion de la qualité en général. Face à cette réalité, il est peu judicieux de préconiser une démarche unique, contraignante et trop ambitieuse dans le domaine qui nous intéresse. Il s'agit au contraire de tenir compte du contexte particulier et des intérêts existants pour soutenir des démarches multiples et progressives, qui peuvent partir d'un seul service pour être ensuite étendues.

Dans un premier temps, on peut imaginer à la fois des enquêtes à petite échelle pour mieux cerner la présence et les profils des patients migrants dans un contexte donné et des projets pilotes pour améliorer ou étendre la méthodologie des enquêtes de satisfaction existantes. Des modalités concrètes seront proposées dans les sections suivantes. Comme dans toute initiative relative à la gestion de la qualité, une information active sur les objectifs et méthodes, auprès de tous les acteurs directement ou indirectement concernés, est indispensable pour assurer le succès de telles initiatives.

Parallèlement il faudrait veiller à assurer un échange actif d'informations et une coordination des initiatives entreprises, pour éviter des doublons inutiles et stimuler les collaborations dans les domaines où des coûts conséquents sont en jeu, comme par exemple pour la traduction d'un questionnaire écrit. En d'autres termes il faudrait prévoir un échange d'informations, des impulsions, une coordination et un monitoring. Nous reviendrons sur ce point dans la dernière section du chapitre.

[13] Il est entendu que les enquêtes d'opinions auprès des patients ne sont qu'un élément parmi d'autres du système de qualité.

⇨ Initiatives à envisager en dehors de la mesure de la satisfaction

Au-delà des sondages auprès des patients, on pourrait favoriser l'évaluation et la promotion des compétences ou qualités transculturelles des professionnels de la santé et des institutions (qualité des structures et processus). De telles mesures peuvent concerner à la fois les enquêtes auprès des employés ou médecins affiliés (Belegärzte), que la formation, la politique d'engagement, etc.

Un point qui a souvent été souligné concerne la mise en place ou l'utilisation plus fréquente de services professionnalisés dans le domaine de l'interprétariat et la médiation transculturelle. Il serait même envisageable d'associer des interprètes transculturels, de différentes manières, aux enquêtes de satisfaction (information, interviews, relances), en utilisant des échanges de savoir et de synergies précieux à la fois pour les services d'interprétariat et les enquêtes de satisfaction.

6.2 Procédures d'enquêtes hospitalières

6.2.1 Absence d'identification des populations cibles

En l'état actuel, il est difficile de définir le statut migratoire ou la langue des personnes hospitalisées et il n'est pas courant de disposer de données fiables sur le nombre de patients issus de la migration (ou simplement étrangers) dans les hôpitaux, même si ceux-ci recensent en général la nationalité parmi les données administratives. Plusieurs interlocuteurs laissent ainsi sous-entendre que la proportion des migrants serait finalement assez marginale, ce qui est démenti par les statistiques disponibles, mais il existe certainement des différences régionales importantes.

⇨ Identifier les migrants au sein des hôpitaux

Pour justifier des initiatives en faveur des migrants, ou au contraire y renoncer, une première étape consiste donc à identifier leur présence dans les établissements hospitaliers, que ce soit à partir des données administratives ou ultérieurement dans les instruments d'enquêtes[14]. Si, dans les pays anglo-saxons, des identificateurs de l'origine ethnique sont fréquents, les pays germanophones dont la Suisse utilisent la nationalité comme indicateur de l'appartenance dans le système statistique. Au vu des développements

[14] L'avantage d'avoir l'information en amont, c'est-à-dire avant d'envoyer un questionnaire, réside dans le fait qu'il sera potentiellement possible de contrôler le taux de retour pour une catégorie de personnes donnée, à condition de relier l'information administrative au questionnaire, de façon anonymisée.

observés durant les années 1990 dans la législation sur la naturalisation, il serait plus judicieux de se fonder sur le lieu de naissance ou éventuellement la nationalité à la naissance, comme le font désormais nombre de pays européens (par exemple les Pays-Bas). Idéalement, il serait préférable de retenir plusieurs variables pour identifier des groupes nationaux. Cela risque cependant d'être institutionnellement difficile à réaliser. A noter que certains hôpitaux recensent déjà le lieu de naissance, en plus de la nationalité.

Au sein de l'hôpital, l'identification des migrants pourrait également permettre de sélectionner les unités ou services concernés par cette population, dans le but de tester de nouveaux instruments d'enquête ou mener des enquêtes qualitatives complémentaires.

⇨ Identifier la langue du patient en amont des enquêtes

Les interlocuteurs rencontrés conviennent de l'importance des compétences linguistiques dans le milieu hospitalier et des difficultés qui peuvent résulter d'une incompatibilité linguistique entre personnel soignant et patients. Les patients issus de minorités se trouvent par conséquent au cœur de cette problématique. C'est pourquoi il est regrettable que ceux-ci soient de facto exclus de certaines enquêtes, dans la mesure où certains hôpitaux renoncent à envoyer des questionnaires aux patients identifiés comme ne parlant pas la langue du questionnaire. D'autres établissements ignorent purement et simplement la langue des patients, du moins pour ce qui est des enquêtes de satisfaction.

Par conséquent, il est primordial d'identifier la « langue préférée » ou « bien maîtrisée » des patients, que ce soit lors de la procédure de sortie de l'hôpital ou éventuellement lors de l'entrée. On peut également imaginer que l'information en question soit dégagée du dossier médical et déliée du secret médical. Peu importe la modalité exacte, pour autant qu'elle soit clairement inscrite dans les procédures hospitalières. L'information concernant la langue permettra ensuite de choisir, le cas échéant, un questionnaire adapté ou tout autre mode d'enquête prévu. Selon le cas de figure, la variable pourrait ensuite être reliée aux instruments d'enquête ou recueillie à nouveau par le questionnaire, par exemple, pour être intégrée à l'analyse.

⇨ Intégrer les minorités linguistiques dans les enquêtes

Les grands hôpitaux, qui accueillent une part significative de minorités (linguistiques), pourraient envisager de mettre à disposition des questionnaires dans ces langues, comme le font déjà certains établissements proposant des questionnaires en allemand et en français. Si on se base sur l'origine des migrants en Suisse (cf. p. 40), les langues potentiellement concernées sont les suivantes : albanais, espagnol, portugais, serbo-croate et turc, mais des effets régionaux peuvent exister : il est ainsi imaginable que, dans un hôpital zurichois, l'albanais et le turc s'imposent, tandis que le

portugais et l'espagnol l'emportent à Genève. Il est important de comprendre que l'objectif d'une telle démarche consiste avant tout à améliorer le taux de retour et à éliminer les biais systématiques au niveau de l'ensemble des réponses, malgré l'intérêt évident d'une comparaison entre groupes linguistiques, qui exige pourtant un nombre critique de répondants.

On ne saurait ignorer qu'une bonne traduction élaborée et testée dans les règles de l'art suppose un investissement financier et en temps non négligeable. C'est pour cette raison qu'il est souhaitable que des hôpitaux partagent des instruments standardisés, comme le font déjà les institutions réunies par Outcome, plutôt que d'utiliser des questionnaires « fait maison », d'ailleurs de plus en plus rare. Le recours à un questionnaire commun permettrait également d'atteindre la taille critique de répondants autorisant des comparaisons par langue.

6.2.2 Questionnaire auto-administré ou combinaison de méthodes ?

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 patients aussi bien issus de minorités qu'appartenant au groupe majoritaire. Sont touchées 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 les deux difficultés se combinent (maîtrise de la langue en question et du langage utilisé). Dans ces cas, la conséquence est généralement un faible taux de retour des questionnaires ou des réponses fournies au hasard.

Pour faire face aux difficultés de langage, plusieurs pistes peuvent être explorées, sans même évoquer les qualités fondamentales d'un bon questionnaire – simplicité, clarté, illustrations, etc. – qui sont en général respectées par les instruments professionnels, dûment testés. Une solution simple, et déjà adoptée par certains fournisseurs d'enquêtes, consiste à demander au patient de se faire aider par son entourage pour remplir le questionnaire, ce qui risque cependant de favoriser les personnes déjà bien intégrées et d'exclure celles qui ont peu de ressources sociales.

⇨ Combinaison de méthodes et d'approches

Une autre possibilité consiste à proposer, par oral et avant la sortie de l'hôpital, le service d'un/e interprète et d'offrir des explications par téléphone. Les expériences acquises au cours d'enquêtes dans la population montrent qu'en règle générale, une aide directe – par entretien en face à face – est plus efficace qu'une aide téléphonique. Cependant, des critères de coûts

entrent en considération. Les expériences relatées dans la littérature indiquent que le taux de retour peut notablement être augmenté si l'on complète les enquêtes écrites par des enquêtes téléphoniques, qui permettent également de répondre aux personnes ayant des difficultés linguistiques. Les enquêtes de satisfaction américaines se servent d'ailleurs fréquemment d'une combinaison de méthodes (écrites et téléphoniques) pour améliorer la représentativité de l'échantillon.

Ce type de recommandations ne permettra en aucun cas d'atteindre les groupes les plus précaires. En revanche, il est envisageable d'organiser, durant la période de l'enquête, des entretiens individuels ou des *focus groups* (méthode qualitative standardisée), auprès d'un ou de plusieurs échantillons de patients à définir. Afin de faciliter la communication les entretiens peuvent être menés dans des groupes linguistiquement homogènes, pour des patients particulièrement difficiles à mobiliser dans le cadre d'enquêtes par questionnaire écrit (personnes au bénéfice d'un statut précaire, personnes parlant une langue étrangère, etc.). Pour motiver les personnes en question à participer aux discussions, on peut faire appel à des intermédiaires de confiance et de référence issus d'associations de migrants, d'œuvres d'entraide, etc. Les *focus groups* devraient en outre être dirigés par des enquêteurs formés, parlant de préférence la langue d'origine, qui peuvent être liés à des associations ou des *pools* d'interprètes ou d'intervenants transculturels.

⇨ Complémentarité des méthodes qualitatives

Le recours à des méthodes qualitatives plus souples, par entretiens en face à face, individuellement ou en groupe, permet non seulement d'atteindre des patients qui ne répondent pas habituellement aux questionnaires standardisés, mais ouvre également des possibilités d'explorer plus en profondeur les motivations à répondre. Ce type d'approches est aussi plus sensible à des dimensions nouvelles, insoupçonnées ou ambiguës, que des instruments standardisés ne sont pas en mesure de capter. Si elles sont, en revanche, relativement coûteuses et leurs résultats plus difficiles à généraliser, elles peuvent compléter et enrichir les enquêtes plus larges et permettent d'explorer, ne serait-ce que de façon ponctuelle, l'opinion de certains groupes définis ou thématiques émergeantes. Les méthodes qualitatives permettent également de suivre plus facilement les motifs de refus de participer à une enquête et par conséquent d'adapter la stratégie d'approche des patients en fonction de ces résultats.

6.2.3 Intérêt des enquêtes de satisfaction aux yeux des migrants

Certains migrants – et plus généralement l'ensemble des patients – ne captent pas forcément l'importance des questionnaires qu'ils reçoivent, ni leur objectif. Ceci est le cas même si une lettre explicative est jointe à l'envoi. Ils se demandent qui va obtenir les informations, à quoi elles servent, si elles sont anonymes, ce qui constitue un frein important à la participation.

De plus, les entretiens ont révélé que des migrants aux statuts précaires ont peur des conséquences d'une participation, craignent de perdre leur statut ou de subir des représailles en cas d'opinion critique, ce qui révèle des doutes par rapport au respect de l'anonymat. Au premier abord, ces inquiétudes peuvent paraître naïves, mais doivent être mises en relation avec la situation précaire et le vécu antérieur des personnes, ayant, par exemple, fui des régimes autoritaires. Certains migrants redoutent également de ne pas répondre correctement ou pensent que leur avis de migrants ne compte pas. D'autres encore – et ce n'est certainement pas une spécificité migrante – s'interrogent simplement sur l'intérêt de ces questionnaires, dont ils ne voient jamais les résultats.

⇨ Informer au préalable et ultérieurement

Pour faire face aux réticences évoquées, une première démarche s'impose : informer les patients, par oral et au moment de la sortie, du faite qu'ils vont recevoir un questionnaire, en leur expliquant très clairement les buts (améliorer la qualité des soins), la procédure (respect de la confidentialité et traitement par une entreprise externe[15]) tout en les mettant en confiance. Comme la question au sujet de la préférence linguistique, cette dispense d'informations devrait être intégrée aux procédures de sortie. Elle pourrait également contribuer à obtenir une adresse exacte de la part de migrants clandestins ne l'ayant pas donné préalablement par crainte, et étant plus tard rassurés.

Certains objecteront qu'une telle démarche suppose des ressources humaines supplémentaires durant l'enquête, car il faut prévoir du temps pour que les employés puissent mieux informer les patients, mais il en va, dans une certaine mesure, du professionnalisme et de la crédibilité de l'enquête.

[15] Sur ce point, certains participants aux *focus groups* ont suggéré de mettre plus en valeur le logo du fournisseur d'enquête et d'atténuer celui de l'hôpital afin qu'il soit plus clair pour le patient que c'est le fournisseur qui traite les réponses et non l'hôpital, ce qui, pour ces patients, est connoté avec une plus grande impartialité.

Pour susciter la motivation des patients à participer à l'enquête et à illustrer son utilité, il serait judicieux de leur communiquer les résultats des enquêtes précédentes sous une forme ou une autre (abrégée). Entre autres, il serait particulièrement encourageant d'attirer l'attention sur des mesures qui ont été prises pour l'amélioration des prestations, suite à une enquête de satisfaction.

Enfin, on peut également relever que le terme de « satisfaction » ne convient pas à des patients qui n'osent exprimer leur éventuelle insatisfaction : le terme revêt une connotation positive[16]. Reconnaissons que la plupart des personnes sont mal à l'aise à l'idée d'émettre un jugement de valeur global (« qui suis-je pour juger ? »), particulièrement lorsqu'un bien aussi précieux que la santé est en jeu, et compte tenu du fait que certains migrants comparent les hôpitaux suisses avec ceux, parfois moins « développés » dans leur pays d'origine. En effet, le terme suggère une réponse globalement positive ou négative, plutôt que de renvoyer à une série de feedbacks pouvant être relativement nuancés, voire neutres. A notre avis, il serait plus approprié de parler, par exemple, « d'évaluation » auprès des patients ou de perception des soins par les patients (Patientenbefragung, Patientenrückmeldungen), notions moins connotées.

⇨ Relances pour augmenter le taux de retour

Pour améliorer le taux de retour, il est envisageable d'assurer un suivi en téléphonant aux patients, ou à certaines catégories de patients, quelques jours après l'envoi des questionnaires pour leur demander s'ils l'ont bien reçu, les encourager à répondre et vérifier s'ils ont trouvé l'aide adéquate pour le faire (pour les personnes ne parlant pas la langue couramment utilisée, éventuellement faire recours aux interprètes du réseau de l'hôpital).

Plusieurs interlocuteurs recommandent également de supprimer les mini-enquêtes « maison » durant la période de grandes enquêtes, car la multiplication des sollicitations peut créer de la confusion auprès des patients.

6.3 Les instruments d'enquête

Si l'on fait abstraction des limites présentées par une maîtrise insuffisante de la langue du lieu (allochtones) ou du niveau de langage (illettrisme), auxquels se heurtent aussi bien certains migrants que d'autres patients, si les buts de l'enquête ont été suffisamment bien été expliqués et si d'autres réticences ont été écartées, rien n'empêcherait en principe les personnes issues de la migration de répondre aux questionnaires de satisfaction. Les migrants d'horizons très divers, à qui nous avons montré un exemplaire des instruments utilisés en Suisse, ont jugé les questions globalement pertinentes et susceptibles de capter leur expérience hospitalière. Leurs réactions attestent que les questions abordées dans un bon instrument de mesure permettent d'évaluer la satisfaction des migrants autant que celle de tout autre patient. De plus, aucun interlocuteur n'a souhaité recevoir un questionnaire spécifique (adapté à son statut de migrant), ce qui rejoint le désir d'être traité au même titre que tous les autres patients.

⇨ Utiliser des questionnaires centrés sur les patients

Au vu des entretiens menés à la fois avec les migrants et les spécialistes, il n'est pas a priori nécessaire de développer des instruments à utilisation régulière spécifiques pour les migrants, même si des initiatives ciblées sur leurs besoins – de manière complémentaire ou ponctuelle – ne devraient pas être écartées. Si les patients issus de minorité ont parfois tendance à cumuler des difficultés diverses – d'ordre linguistique, social, culturel ou professionnel – les problèmes qu'ils rencontrent à l'hôpital sont, à des degrés divers, les mêmes que ceux de la population générale. Par conséquent, il semble préférable d'aborder des thèmes sensibles dans une perspective individuelle plutôt que communautaire. Les migrants préfèrent, par exemple, être interrogés sur leurs choix alimentaires plutôt que sur leur appartenance religieuse, potentiellement stigmatisante, même si cette dernière pourrait dans certains cas renseigner le personnel par rapport à des pratiques alimentaires des patients. De manière analogue, des attitudes discriminatoires ou racistes peuvent être abordées par le biais de questions concernant le respect du patient ou la confiance envers le personnel et non nécessairement par des interrogations directes (du type : avez-vous été confronté à des attitudes racistes ?). Dans tous les cas, l'attention portée à l'interaction entre le personnel hospitalier et les patients est primordiale.

Le seul thème qui devrait néanmoins être abordé de front concerne l'interprétariat et la médiation culturelle à l'hôpital, bien que cette dernière puisse aussi toucher les Suisses en contact avec le personnel soignant étranger. Plusieurs répondants – experts ou migrants – estiment qu'il serait utile d'intégrer des questions concernant la disponibilité de ces services, leur accès et les expériences faites dans ce domaine. On peut imaginer une rubrique de questions spécifiques introduite par un filtre (convenant ou non au répondant) ou éventuellement un module à rajouter au questionnaire « standard ». Cette recommandation vaut tout particulièrement pour les unités psychiatriques, où la langue est parfois un outil de travail ou de soin en tant que tel. Il faudra d'autant plus en tenir compte dans les questionnaires adaptés à ce service.

[16] De manière un peu provocatrice, on pourrait aussi bien parler d'enquête d'insatisfaction.

Il est aussi recommandé de prévoir des questions ouvertes ou des possibilités d'apporter des remarques dans les instruments (semi-)standardisés, ce qui offre la possibilité d'introduire des considérations ou souhaits sortant de l'ordinaire. Bref, plutôt que d'introduire de nouveaux questionnaires, il s'agirait d'affiner ou d'adapter les instruments existants, ce qui rejoint l'idée évoquée de placer les questions liées à la migration au cœur de la gestion de qualité.

Dans le cadre de cette étude, il n'a pas été possible d'examiner en détail les instruments utilisés en Suisse et d'apprécier de manière approfondie leur *migrant friendliness*, c'est-à-dire leur sensibilité à la diversité. Néanmoins, il va de soi que lors du développement ou de l'introduction d'un instrument, il faudrait le tester auprès d'une palette de patients la plus large possible, pour éviter tout biais socio- ou ethnocentrique.

Dans ce même ordre d'idées et en vue de l'analyse des réponses, il convient de privilégier des questions factuelles par rapport à des interrogations plus spéculatives ou appréciatives, qui induisent davantage de biais dus à des sensibilités culturelles (par exemple, propension plus ou moins développée à utiliser le superlatif).

6.4 Pistes à explorer pour l'avenir

6.4.1 Coordination, impulsions et monitoring

Les nombreuses questions soulevées par une mesure adéquate de la satisfaction des patients issus de la migration ont encore peu été investiguées aussi bien dans la pratique hospitalière que dans la littérature spécialisée (cf. analyse de la littérature p. 26). Comme nous avons pu le constater au cours des entretiens et lectures effectuées dans le cadre de cette étude, la thématique est à la fois banale et complexe de part les multiples champs de réalité et d'expertise qu'elle recouvre : santé, migration/interculturalité, gestion (de qualité) et méthodologie d'enquête, voire de recherche. Par conséquent, une collaboration transdisciplinaire et un dialogue soutenu avec des praticiens et fournisseurs d'enquête s'impose si l'on veut trouver des solutions non seulement judicieuses, mais encore suffisamment pragmatiques pour être soutenues dans un contexte institutionnel et financier tendu. Des pratiques optimales faisant encore largement défaut, il faudra viser une approche par *try and error*, explorant de multiples pistes pour compléter ou améliorer les enquêtes existantes.

Pour éviter les doublons, une telle manière de procéder suppose un échange d'idées et d'expériences continu et ponctuel (par exemple, par des conférences), qui permettrait de miser sur des complémentarités d'expertises et de réaliser des collaborations entre établissements hospitaliers. Plusieurs

spécialistes consultés ont regretté de ne pas avoir été tenu au courant des initiatives entreprises dans d'autres sites et ont souhaité être mieux informés. A notre avis, ceci ne pourra se faire de manière efficace qu'à condition de prévoir un leadership, c'est-à-dire une coordination centrale, qui pourrait être confiée à un projet – comme, par exemple MFH – ou à un organisme national, à la fois crédible et relativement neutre par rapport aux enjeux et acteurs impliqués. L'OFSP, H+, les cantons et les assureurs, ou éventuellement d'autres offices fédéraux, pourraient soutenir (financièrement) cette initiative en tant que partenaires du domaine de la santé [17] ; susceptible de freiner les coûts de la santé, une gestion professionnelle et efficiente de la qualité est aussi dans l'intérêt général.

Si le financement des enquêtes régulières revient aux hôpitaux, la promotion de la qualité fait partie intégrante de la gestion hospitalière, il est souhaitable de disposer d'un fond pour financer sous forme d'impulsions, ou au moins à titre de participation, des initiatives prometteuses ou innovatrices, qui pourraient ensuite profiter à l'ensemble des fournisseurs de soins stationnaires. Il peut s'agir à la fois d'enquêtes destinées à explorer des méthodes complémentaires (interviews téléphoniques) ou ciblées sur des catégories de patients particulières (selon statut, origine etc.) et du développement de nouveaux instruments comme, par exemple, de la traduction d'un questionnaire vers une langue répandue parmi les migrants (pour les aspects recherche voir également section suivante).

Ces expériences devraient, à notre avis, être accompagnées par un monitoring et des évaluations, du moins pour ce qui est des initiatives de plus grande ampleur, déjà prises ou encore à prendre. L'OFSP dispose des compétences à la fois méthodologiques et thématiques nécessaires, mais pourrait également faire appel des spécialistes de différentes disciplines.

En outre, il serait intéressant de songer à la mise en place d'un service neutre offrant des conseils spécialisés aux hôpitaux désireux d'améliorer ou d'étendre les enquêtes ou procédures en direction des personnes issues de la migration. Cette prestation, éventuellement à lier d'une façon ou d'une autre au KIQ, pourrait apporter une aide précieuse aux établissements hospitaliers et en particulier à ceux qui ne disposent pas de personnel spécialisé dans ce domaine pointu.

[17] A noter que nous avons contacté des associations de patients, mais malheureusement elles ne semblent pas impliquées dans les questions qui touchent la mesure de la satisfaction.

6.4.2 Pistes de recherche à explorer

Dans les sous-chapitres qui précèdent, nous avons indiqué une série de recommandations pour améliorer l'intégration de la question migratoire dans les enquêtes de satisfaction. Une partie des mesures préconisées peuvent être directement mises en œuvre, d'autres mériteraient que des études thématiques ou méthodologiques, qui dépassent largement le cadre du présent projet, les accompagnent. Ceci serait d'autant plus indiqué qu'il est difficile d'extrapoler à la situation suisse les résultats obtenus dans d'autres contextes (autres types de minorités, différences politiques, etc.).

Compte tenu de l'absence quasi totale en Suisse de données empiriques concernant le niveau de satisfaction des patients migrants, les procédures d'enquête et même celles concernant simplement les proportions de patients issues de la migration dans les hôpitaux, plusieurs pistes de recherches s'imposent. Ceci d'autant plus s'il y a un souci de baser des décisions, susceptibles d'entraîner des investissements conséquents, sur des bases scientifiques.

Nous avons constaté qu'un des problèmes majeurs des enquêtes de satisfaction est lié aux modalités d'administration du questionnaire écrit et à l'accès à certains groupes de patients, notamment à ceux ne parlant pas la langue locale ou connaissant des problèmes d'illettrisme ainsi qu'à ceux particulièrement mobiles ou méfiants. Il serait dès lors intéressant d'explorer l'efficacité d'autres modes d'enquête tels qu'une administration téléphonique du questionnaire, par un intervieweur formé, parlant la langue du patient, et de comparer le taux de retour et la représentativité de l'échantillon ainsi réalisés avec ceux obtenus au moyen de questionnaires auto-administrés actuellement.

Une autre piste consisterait éventuellement à étudier une administration du questionnaire à l'hôpital même, avant la sortie du patient, par un interviewer externe parlant là aussi la langue du patient (il pourrait être fait appel aux interprètes communautaires). Les experts soulignent que ce mode d'administration entraîne certains biais de réponse liés d'une part au fait que le patient n'a pas eu le temps de « digérer » son expérience hospitalière ou qu'il pourrait être influencé par le personnel hospitalier et, d'autre part, à l'interaction entre l'intervieweur et le patient interrogé et le fait qu'il soit encore « captif » de l'hôpital. Il serait dès lors intéressant de comparer les résultats, en termes de satisfaction et d'appréciation des procédures, entre le mode actuel d'administration du questionnaire et le mode d'administration à l'hôpital. Ceci permettrait de mesurer un éventuel écart et choisir, en connaissance de cause, entre l'option actuelle minimisant le biais de réponse mais écartant toute une catégorie de patients et une option qui permet d'assurer un total accès aux patients, assurant un taux élevé de retour – le cas échéant, permettant de recenser le profil et les motifs des patients qui refusent de prendre part à l'enquête.

Par ailleurs il n'existe que très peu de données systématiques quant à l'état de satisfaction des patients issus de minorités en Suisse, à part un rapport interne d'un fournisseur d'enquêtes se basant sur des variables qui se réfèrent uniquement à la langue (cf. Mecon, 2003). Il serait dès lors intéressant d'effectuer une recherche introduisant les variables nécessaires pour identifier les migrants dans le questionnaire – et en amont dans le dossier administratif si on veut comparer les taux de retour – afin de mesurer les différences de satisfaction entre groupes de patients. Ceci pourrait éventuellement se faire dans le cadre d'une enquête régulière dans un ou plusieurs hôpitaux, présentant un taux élevé de patients issus de la migration. On peut également songer à une surreprésentation systématique des migrants durant une période donnée pour permettre des comparaisons significatives.

Plusieurs spécialistes sont de l'avis qu'il serait ensuite plus facile d'obtenir le soutien (institutionnel) nécessaire pour mettre en place des mesures en vue d'une meilleure intégration des migrants dans les enquêtes, si la preuve scientifique d'un écart de satisfaction entre autochtones et migrants était fournie. Se basant sur un raisonnement analogue, on devrait également examiner les différences dans le taux de retour. La littérature montre qu'elles sont très significatives en Grande-Bretagne, mais aucune base scientifique n'existe à ce jour en Suisse.

7 Fazit und Empfehlungen[18]

Die Erfassung der Patientenzufriedenheit gehört zu den wichtigsten Qualitätssicherungsmassnahmen in Schweizer Spitälern; sie wird in einem Rahmenvertrag zwischen H+ und Santésuisse reglementiert, der u.a. minimale Anforderungen für Instrumente zur Zufriedenheitsmessung in den Fachbereichen Akutsomatik, Rehabilitation, Psychiatrie und Geriatrie definiert. Obwohl Personen mit Migrationshintergrund einen massgeblichen Anteil der Spital-PatientInnen stellen und vielfach mit spezifischen Integrationshürden konfrontiert sind, nehmen die regelmässig durchgeführten Befragungen bisher keine besondere Rücksicht auf die Bedürfnisse von Minderheitsangehörigen. Ausserdem fehlen in der Schweiz, anders als im angelsächsischen Raum, wissenschaftliche Grundlagen zu diesem Thema praktisch ganz.

Ziel der vorliegenden Studie war es deshalb, Schwachstellen bei der Befragung von MigrantInnen oder Minderheitsangehörigen aufzuzeigen und Empfehlungen für entsprechende Verbesserungsmassnahmen zu formulieren. Ausgehend von einem systematischen Überblick über die internationale Literatur wurden einerseits Interviews mit Fachleuten aus dem Spital- bzw. Qualitätsmanagement sowie dem Bereich Gesundheit/Migration und andererseits mehrere Fokusgruppengespräche mit MigrantInnen durchgeführt. Dieses Vorgehen erlaubte, die Perspektiven von Betroffenen sowohl bei Leistungserbringern als auch bei LeistungsbezügerInnen mit einander zu vergleichen. Unter Einbezug der Erfahrungen aus anderen Ländern (Literatur) liessen sich aus den Erkenntnissen eine Reihe von Schlüssen ziehen und Empfehlungen ableiten, welche im folgenden Kapitel zusammen gestellt sind.

Was den Aufbau des vorangehenden französisch verfassten Berichts angeht, so werden nach einer kurzen Einführung der Fragestellung (Kapitel 1) die Methoden der vorliegenden Studie vorgestellt (Kapitel 2). Kapitel 3 ist den Ergebnissen der Literaturübersicht gewidmet, während sich das vierte Kapitel mit dem Kontext in der Schweiz – ausgehend von der demographischen Zusammensetzung der Patientenschaft und dem gesetzlich-institutionellen Rahmen – befasst. In Kapitel 5 kommen dann insbesondere auch die Rückmeldungen von MigrantInnen über ihre Erfahrungen während der Hospitalisierung zur Sprache. Die wichtigsten Dimensionen, welche die Zufriedenheit der PatientInnen, und somit auch ihre Messung, massgeblich

[18] Dieses Kapitel ist die deutsche Übersetzung von Kapitel 6.

prägen, sind in Darstellung 1 (auf Seite 64) zusammengefasst; sie betreffen hauptsächlich, wenn auch nicht ausschliesslich, die Beziehungen zwischen Ärzteschaft oder Pflegenden und den PatientInnen mit Migrationshintergrund.

***

Wie zu erwarten war, ist die – weitgehend angelsächsische – Fachliteratur nicht in der Lage, *eine* best practice zu liefern, „die sofort angewendet werden kann“ und darauf abzielt, die Messung der Zufriedenheit der PatientInnen mit Migrationshintergrund in den Schweizer Spitälern zu verbessern. Auch wenn die analysierten Artikel eine Vielzahl von zu berücksichtigenden Hinweisen bieten und aus verschiedenen Blickwinkeln die Zufriedenheit von Minderheiten untersuchen, beachten sie die Entwicklung von Verfahren, die eine korrekte Messung der Zufriedenheit der MigrantInnengruppen ermöglichen, letztendlich kaum. Wir stützen uns deshalb mehr auf die Meinungen verschiedener Fachpersonen und direkt betroffener MigrantInnen, um Lösungsansätze vorzuschlagen, wie die bestehenden Patientenbefragungen in der Schweiz verbessert werden können.

Die vorliegende Untersuchung scheint insbesondere deshalb notwendig, weil MigrantInnen einen bedeutenden und wachsenden Teil der SpitalpatientInnen, insbesondere in bestimmten Universitätskliniken und auf bestimmten Stationen (Notfallstation, Geburtsabteilung, Psychiatrie), ausmachen. Den Gesprächen zufolge sind diese Personen oft mit zum Teil grossen Schwierigkeiten konfrontiert, die die Behandlungen beeinflussen und Kosten für das Gesundheitswesen verursachen können.

In diesem Kapitel werden einerseits die Hindernisse zusammengefasst, die eine Erhebung der Meinung von MigrantInnen erschweren, und andererseits eine Reihe von Verbesserungsvorschlägen abgeleitet. Dabei liegt eine Schwierigkeit darin, migrationsspezifische Aspekte, die Gegenstand dieser Untersuchung sind, von allgemeineren Fragen der Patientenzufriedenheits-messung im Rahmen des Spitalmanagements abzugrenzen. Die Ergebnisse der Gespräche und das gesammelte Material sprechen eher für eine integrierte als für eine partikularistische Vorgehen, auch wenn Initiativen, die einzig auf MigrantInnen abzielen, nicht ausgeschlossen werden sollten.

Vorab eine Bemerkung zu den Empfehlungen: Aufgrund der Ziele und der manchmal widersprüchlichen Meinungen der befragten Fachpersonen war es nicht immer möglich, die Machbarkeit der vorgeschlagenen Massnahmen – sowohl in methodischer wie auch „finanzpolitischer“ Hinsicht – zu berücksichtigen: Die Prioritäten im Bereich des Qualitätsmanagements sind nach wie vor Gegenstand heftiger Auseinandersetzungen – innerhalb oder ausserhalb der Spitäler – und weichen je nach zeitlicher Perspektive voneinander ab; so kann sich eine verhältnismässig kostspielige, kurzfristige

Investition mittel- oder langfristig als kostensparend herausstellen. Die Empfehlungen beziehen sich schliesslich auf unterschiedliche Entscheidungs- und Umsetzungsebenen, und was für einige involvierte Fachpersonen offensichtlich ist, muss nicht unbedingt für andere Akteure gelten.

Die Empfehlungen an die Spitäler wurden in drei Blöcke zusammengefasst: Ausgehend vom institutionellen Rahmen auf der Spitalebene geht es um Qualitätsmanagement (7.1), die Erhebungsverfahren (7.2) und die eingesetzten Instrumente (7.3). Der anschliessende Abschnitt (7.4) widmet sich Empfehlungen, die den Spitalrahmen übersteigen und weitere Partner im Gesundheitsbereich mit einschliessen. Schliesslich werden einige Ideen für künftige Forschungen sowie die Grenzen der vorliegenden Studie umrissen.

7.1 Qualitätsmanagement in den Spitälern

7.1.1 Die Migrationsfrage im Qualitätsmanagement

Wir stellten in dieser Studie fest, dass die Messung der Zufriedenheit der PatientInnen mit Migrationshintergrund und der PatientInnen, die Minderheiten angehören, bei der Mehrzahl der Fachpersonen im Gesundheitswesen Reaktionen hervorruft, die von einer wohlwollenden Gleichgültigkeit bis hin zu Desinteresse gehen und mehr oder weniger offen gezeigt werden. MigrantInnen sind für gewisse Fachpersonen des Gesundheitswesens keine besonders umworbene (relativ geringer Anteil privat versichert) oder hinsichtlich der Anzahl bedeutende (insbesondere in den kleinen Spitälern oder in ländlichen Regionen) Bevölkerungsgruppe. Diese Einstellung lässt sich auch mit dem institutionell, politisch und finanziell schwierigen Kontext erklären, der eher andere Prioritäten begünstigt als die Zufriedenheit der PatientInnen allgemein und, erst recht, jene der PatientInnen mit Migrationshintergrund.

Während einige Spitäler Zufriedenheitsumfragen eher gezwungenermassen vornehmen, zeigen sich andere offener und betrachten die Massnahme als unerlässlich für ein effektives Spitalmanagement. Gleichzeitig sind einige Akteure des Gesundheitswesens vorwiegend an einem Benchmarking interessiert, das eine Positionierung der verschiedenen Einrichtungen ermöglicht. Dies ruft Befürchtungen hervor und erschwert in gewissen Spitälern die Einführung eines umfassenden Qualitätssystems. Ausserdem behindern die Unstimmigkeiten bezüglich der Finanzierungsmodalitäten der Qualitätssysteme eine proaktive Einstellung. Dies gilt insbesondere für jene Einrichtungen, die über kein entsprechendes Fachpersonal verfügen.

Solche Zusammenhänge können auch bei der Frage der Zufriedenheit der PatientInnen mit Migrationshintergrund nicht unberücksichtigt bleiben. Dass es dennoch praktisch keine Massnahmen gibt, um diesen zu begegnen, wird

im Allgemeinen auf finanzielle Gründe zurückgeführt, aber auch auf die relativ begrenzte Anzahl von PatientInnen mit Migrationshintergrund. Statistiken hierzu fehlen aber meist. Der Mangel an Daten behindert das Problembewusstsein, das eine unerlässliche (wenn auch unzureichende) Voraussetzung für die Anpassung der Fragebogen für die PatientInnenbefragung ist. Es wäre wünschenswert, diesen Teufelskreis zu durchbrechen, um das Ausmass dieser Herausforderung klar erkennen und somit weitere Massnahmen begründen zu können.

Vier Hauptargumente werden vorgebracht, um eine gewisse Blockade zu rechtfertigen:

- In den Einrichtungen, in denen administrative Statistiken verfügbar sind oder zeitweise zur Verfügung gestellt wurden, wird häufig eingewandt, dass keine der MigrantInnengruppen eine ausreichend grosse Gruppe darstelle (z. B. einen Mindestanteil von 10%), um nennenswerte Vergleiche mit der Bevölkerungsmehrheit vornehmen zu können. Dabei bleibt unberücksichtigt, dass die Identifizierung der MigrantInnen nicht nur dazu dient, nationale oder sprachliche Gruppen miteinander zu vergleichen, sondern dass dadurch auch breitere Vergleiche, z. B. zwischen SchweizerInnen und der Gruppe aller MigrantInnen unterschiedlicher Herkunft, ermöglicht werden. Ausserdem würde die Übersetzung des Fragebogens in die gängigsten Sprachen oder zusätzliche Schritte für diese Gruppen wahrscheinlich dazu beitragen, die Rücklaufquote bei den MigrantInnen zu erhöhen und systematische Verzerrungen in den gesamten Ergebnissen zu vermeiden.
- Ein weiteres Argument betrifft die Tatsache, dass die meisten MigrantInnen nur über eine Allgemeinversicherung verfügen, die für die Spitäler weniger gewinnbringend ist. Es handelt sich hier um ein wirtschaftliches Argument, das nicht vergessen lassen darf, dass eine verfehlte Versorgung bestimmter PatientInnen kostspielig für das Gesundheitswesen werden kann, insbesondere in einem öffentlichen Spital, das keine PatientInnen ablehnen kann[19]. Deshalb muss bei Meinungsumfragen der Ausschluss eines Teils der PatientInnen vermieden werden.
- Eine bessere Berücksichtigung der Zufriedenheit der MigrantInnen verlangt mehr zusätzliche Ressourcen und wird zu weiteren aufwendigen partikularistischen Entwicklungen führen.

[19] Dies trifft umso mehr bei einem System zu, in dem Fallpauschalen bei der Rückerstattung der Spitäler zur Regel werden.

- Mehrere GesprächspartnerInnen nennen auch die technische oder methodische Machbarkeit als Haupthindernis. Auf diesen Punkt werden wir im Abschnitt 7.2 zurückkommen.

Empfehlung: ⇨ Patientenorientiertes Vorgehen im Qualitätssystem verstärken

Auf das vorletzte Argument antwortend plädieren wir dafür, die Zufriedenheitsumfragen zu verbessern, um die migrationsspezifischen Aspekte in die allgemeine Messung der Zufriedenheit der ganzen Bevölkerung gezielter mit einzubeziehen zu können. Auch wenn in einem ersten Schritt einige Veränderungen eingeführt werden müssen, die mit Kosten verbunden sind, kann sich diese Massnahme doch für das gesamte Qualitätssystem als gewinnbringend erweisen. In anderen Worten geht es darum, die Meinungsumfragen im Allgemeinen aufzuwerten und zu zeigen, dass die Messung der Zufriedenheit der MigrantInnen Teil eines patientenorientierten Vorgehens ist, das jedes umfassende Qualitätssystem auszeichnen sollte.

Diesbezüglich zeigen die Ergebnisse dieser Studie deutlich, dass bei der Spitalversorgung der Minderheiten nicht nur im Zusammenhang mit der Migrationssituation Probleme auftauchen können, sondern dass diese zu weiteren Merkmalen der PatientInnen hinzukommt:

- die Sprache, die für interne „MigrantInnen“ (d. h. gebürtige SchweizerInnen) eine Schwierigkeit sein kann
- das Bildungsniveau und der Illetrismus, der in der Schweiz keine Randerscheinung ist
- die besonders mühsamen und belastenden Arbeitssituationen, die bei MigrantInnen häufiger anzutreffen sind, aber auch gewisse Schweizer PatientInnen betreffen
- Religions- oder Ernährungsgewohnheiten, die nicht der allgemeinen Norm entsprechen, aber auch nicht spezifisch für MigrantInnen sind

Bei den MigrantInnen können zudem wenig bekannte kulturelle Gewohnheiten oder ein prekärer Aufenthaltstatus hinzukommen, die den Zugang zur Gesundheitsvorsorge einschränken. Dies ist allerdings bei weitem nicht die Regel.

Eine Vorgehensweise, die offen ist für die Bedürfnisse der MigrantInnen, ist deshalb nicht einfach eine zusätzliche Belastung, sondern stellt für ein gutes Qualitätssystem vielmehr eine Gelegenheit dar, seine Zielgruppe zu erweitern und zu berücksichtigen. Dadurch können die Zufriedenheitsumfragen im Sinne eines Mainstreaming gestaltet, d. h. auf die Bedürfnisse aller PatientInnen ausgerichtet werden. Dies geschieht insofern, als dass ein solcher Zugang das Interesse – und dadurch die Rücklauf- oder Beantwortungsquote – von verschiedenen, besonders vulnerablen

PatientInnengruppen steigern dürfte, die von diesen Umfragen oftmals ausgeschlossen sind, da diese besser auf Mittel- oder Oberschichten zugemünzt sind, die der sprachlichen oder kulturellen Mehrheit angehören.

Es ist unseres Erachtens besonders wichtig, den Akteuren des Gesundheitswesens deutlich zu machen, dass ein solches umfassendes Qualitätssystem[20] dazu beitragen kann, die Versorgung aller PatientInnen ebenso wie die Zufriedenheit der betroffenen Fachkräfte zu verbessern. Mit anderen Worten steht der Einbezug der MigrantInnen nicht am Rande, sondern ist ein integraler Bestandteil einer richtigen Messung der Zufriedenheit. Diese Erkenntnis, die bisher noch wenig verbreitet ist, würde es ermöglichen, die vorhandene institutionelle Zurückhaltung zu überwinden, um die zwingend gebotenen Initiativen zu fördern.

⇨ Flexibilität des Vorgehens, das den jeweiligen Spitalkontext berücksichtigen

Die im Rahmen dieser Studie geführten Gespräche heben hervor, dass die Offenheit für den Studiengegenstand in den Spitälern sehr unterschiedlich ist, was sich sowohl durch die demographische Situation, den institutionellen Kontext als auch durch die persönlichen Sensibilitäten der Verantwortlichen erklären lässt. Erinnern wir uns daran, dass Etienne (2005) zwischen den *müssenden* und den *wollenden* Spitälern unterscheidet, wenn es um Qualitätsmanagement im Allgemeinen geht. Angesichts dieser Tatsache ist es nicht sehr klug, im hier interessierenden Bereich eine einzige und zu ambitionierte Methode zu empfehlen. Es geht im Gegenteil darum, den besonderen Kontext und die bestehenden Interessen zu berücksichtigen, um vielfältige und innovative Methoden zu unterstützen, die vorerst bei einer einzelnen Dienstleistung ansetzen und anschliessend erweitert werden können.

In einem ersten Schritt könnte man sich einerseits Patientenbefragungen von kleinerem Umfang vorstellen, um die Präsenz und die Profile der PatientInnen mit Migrationshintergrund im gegebenen Kontext besser zu erfassen. Weiter sind Pilotprojekte vorstellbar, um die Methodik der bestehenden Zufriedenheitsbefragungen zu verbessern oder auszuweiten. Konkrete Modalitäten werden in den folgenden Abschnitten vorgeschlagen. Wie bei jeder Initiative im Bereich des Qualitätsmanagements hängt ihr Erfolg davon ab, dass alle direkt oder indirekt betroffenen Beteiligten aktiv über deren Ziele und Methoden informiert werden.

[20] Natürlich sind die Meinungsumfragen bei den PatientInnen nur einer von vielen Bestandteilen des Qualitätssystems.

Parallel dazu sollte dafür gesorgt werden, dass ein aktiver Informationsaustausch und eine Koordinierung der diversen Initiativen gewährleistet ist, um unnötige Doppelspurigkeiten zu vermeiden und die Zusammenarbeit in den Bereichen zu fördern, wo Kosten eingespart werden können, wie z. B. bei der Übersetzung eines schriftlichen Fragebogens. Mit anderen Worten sollten ein Informationsaustausch, Anreize, eine Koordination und ein Monitoring vorgesehen werden. Wir werden auf diesen Punkt im letzten Abschnitt des Kapitels zurückkommen.

⇨ Initiativen, die neben der Messung der Zufriedenheit in Betracht zu ziehen sind

Über die Patientenbefragungen hinaus könnte man die Evaluation und die Förderung der transkulturellen Kompetenzen oder Fähigkeiten der Fachkräfte des Gesundheitswesens und der Institutionen (Qualität der Strukturen und Abläufe) fördern. Solche Massnahmen können Umfragen bei Angestellten oder Belegärzten, Weiterbildungen, die Anstellungspolitik u. ä. betreffen.

Ein Punkt, der oft betont wurde, betrifft die Einrichtung oder häufigere Inanspruchnahme von professionellen Dienstleistungen im Bereich des Dolmetschens und der interkulturellen Vermittlung. Es wäre denkbar, interkulturelle ÜbersetzerInnen auf unterschiedliche Art in die Zufriedenheitsbefragungwn (Information, Interviews, Aufforderung zum Ausfüllen der Fragebogen) einzubeziehen, um damit einen wertvollen Wissensaustausch und Synergien sowohl für die interkulturellen Übersetzungsdienste als auch die Zufriedenheitsumfragen zu nutzen.

7.2 Vorgehensweisen bei Spitalumfragen

7.2.1 Fehlende Bestimmung der Zielgruppen

Zum heutigen Zeitpunkt ist es schwierig, den Migrationsstatus oder die Sprache der in das Spital eingelieferten Personen zu bestimmen. Zudem sind zuverlässige Angaben über die Zahl der PatientInnen mit Migrationshintergrund (oder einfach der ausländischen PatientInnen) in den Spitälern kaum vorhanden, auch wenn in den administrativen Daten im Allgemeinen die Staatsangehörigkeit erfasst wird. So nehmen einige GesprächspartnerInnen an, dass der Anteil der MigrantInnen letztendlich ziemlich gering sei, was allerdings durch die wenigen verfügbaren Statistiken widerlegt wird. Es ist dabei jedoch von erheblichen regionalen Unterschieden auszugehen.

⇨ Die MigrantInnen in den Spitälern identifizieren

Um Initiativen zugunsten der MigrantInnen zu rechtfertigen, oder im Gegenteil darauf zu verzichten, muss in einem ersten Schritt ihre Präsenz in den Spitälern belegt werden. Dies kann entweder über die administrativen Daten oder später über die Umfrageinstrumente[21] erfolgen.

Während in den angelsächsischen Ländern Angaben der ethnischen Herkunft verbreitet sind, verwenden die deutschsprachigen Länder, darunter die Schweiz, in ihren Statistiksystemen die Staatsangehörigkeit als Indikator für die Zugehörigkeit. Angesichts der Veränderungen der Einbürgerungsgesetzgebung in den 1990er Jahren scheint es sinnvoller, sich auf den Geburtsort oder eventuell die Staatsangehörigkeit bei der Geburt zu stützen, wie es bereits zahlreiche europäische Länder (z. B. die Niederlande) tun. Idealer wäre noch, mehrere Variablen für die Bestimmung der nationalen Gruppen zu erfassen. Dies wird sich in institutioneller Hinsicht allerdings nur schwer durchführen lassen. Gewisse Spitäler erfassen allerdings neben der Staatsangehörigkeit den Geburtsort bereits.

Innerhalb des Spitals könnte die Identifizierung der MigrantInnen es auch ermöglichen, diejenigen Abteilungen und Stationen auszuwählen, die mit dieser Bevölkerungsgruppe zu tun haben, um neue Umfragemethoden zu testen oder zusätzliche qualitative Patientenbefragungen durchzuführen.

⇨ Die Sprache des Patienten/der Patientin schon vor der Umfrage bestimmen

Unsere GesprächspartnerInnen sind sich einig über die Bedeutung der sprachlichen Kompetenzen im Spitalbereich und die Schwierigkeiten, die entstehen können, wenn das Pflegepersonal und die PatientInnen keine gemeinsame Sprache sprechen. PatientInnen mit Migrationshintergrund befinden sich inmitten dieser Problematik. Deshalb ist es bedauernswert, dass diese de facto von bestimmten Umfragen ausgeschlossen werden, weil gewisse Spitäler darauf verzichten, Fragebogen an PatientInnen weiterzuleiten, bei denen festgestellt wurde, dass sie die Sprache des Fragebogens nicht sprechen. Andere Einrichtungen ignorieren die Sprache der PatientInnen schlechthin, zumindest hinsichtlich der Zufriedenheitsumfragen.

Daher ist es äusserst wichtig, die „bevorzugte“ oder „gut beherrschte“ Sprache der PatientInnen beim Spitalaustritt oder eventuell schon beim Eintritt zu bestimmen. Man kann sich auch vorstellen, dass die jeweilige Information aus der Krankenakte entnommen und damit vom Arztgeheimnis

[21] Vorzeitig, d. h. bevor ein Fragebogen verschickt wird, über diese Informationen zu verfügen hat den Vorteil, dass es potentiell möglich sein wird, die Rücklaufquote für eine bestimmte Gruppe von Personen zu kontrollieren, indem die administrative Information mit dem Fragebogen auf anonymisierte Weise verbunden wird.

entbunden wird. Unabhängig von der genauen Modalität ist es wichtig, dass diese klar in die spitalinternen Abläufe integriert wird. Die Informationen über die Sprache ermöglichen es anschliessend, gegebenenfalls einen passenden Fragebogen oder eine andere Umfrageart zu wählen. Je nach Möglichkeit könnte die Sprachvariable anschliessend mit den Untersuchungsinstrumenten verbunden oder erneut durch den Fragebogen erhoben werden, um beispielsweise in die Analyse mit einbezogen zu werden.

⇨ Sprachminderheiten in die Umfragen mit einbeziehen

Die grossen Spitäler, die einen wesentlichen Teil der (Sprach-)Minderheiten aufnehmen, könnten ins Auge fassen, Fragebogen in den entsprechenden Sprachen zur Verfügung zu stellen, so wie es bereits einige Einrichtungen tun, die Fragebogen auf Deutsch und Französisch anbieten. Ausgehend von der Herkunft der MigrantInnen in der Schweiz (s. S. 40) kann es sich um die folgenden Sprachen handeln: Albanisch, Spanisch, Portugiesisch, Serbokroatisch und Türkisch. Diesbezüglich können regionale Unterschiede bestehen: So ist vorstellbar, dass sich in einem Züricher Spital Albanisch und Türkisch aufdrängen, während in Genf Portugiesisch und Spanisch vorrangig sind. Das Ziel einer solchen Methode ist es, vor allem die Zahl der retournierten Fragebogen zu erhöhen und systematische Verzerrungen aller Antworten auszuschliessen, auch wenn gleichzeitig Interesse an einem Vergleich zwischen Sprachgruppen besteht. Dies erfordert allerdings eine bedeutende Anzahl von Antwortenden.

Eine gute Übersetzung, die nach allen Regeln der Kunst erstellt und getestet wurde, stellt eine finanzielle Investition dar und setzt einen nicht unbedeutenden Zeitaufwand voraus. Deshalb ist es wünschenswert, dass die Spitäler standardisierte Erhebungsinstrumente teilen, wie es bereits die durch Outcome zusammengefassten Einrichtungen tun, anstatt „hausgemachte" Fragebogen anzuwenden, die allerdings immer seltener werden. Die Verwendung eines gemeinsamen Fragebogens könnte ausserdem dazu beitragen, die kritische Zahl von Antworten zu erreichen, die Vergleiche zwischen den Sprachen erlauben würde.

7.2.2 Fragebogen für schriftliche Befragungen oder Kombination von Methoden?

Die Sprache des Fragebogens kann eine bedeutende Barriere für diejenigen sein, die diese nicht beherrschen. Weiter ist auch das Sprachniveau ein zu berücksichtigender Faktor, da dieses nicht immer an das Verständnis der PatientInnen, sei es von Minderheiten- oder Mehrheitsgruppen, angepasst ist. Davon sind insbesondere Personen betroffen, die Probleme mit dem Lesen und Schreiben haben (Illetrismus), Personen mit niedrigem Bildungsniveau

und Personen, deren Gesundheitszustand die Auffassungsgabe beeinträchtigt. Besonders kritisch wird es, wenn beide Schwierigkeiten zusammenfallen (Beherrschung der jeweiligen Sprache und die verwendete Ausdrucksweise). Dies hat im Allgemeinen eine niedrige Rücklaufquote oder zufällige Antworten zur Folge.

Um Sprachschwierigkeiten zu überwinden, können neben den Grundeigenschaften eines guten Fragebogens – Einfachheit, Deutlichkeit, Illustrationen usw. – mehrere Möglichkeiten ausfindig gemacht werden, die im Allgemeinen von professionellen, gründlich getesteten Instrumenten beachtet werden. Eine einfache und bereits von einigen Umfrageinstituten übernommene Lösung besteht darin, die PatientInnen zu bitten, sich von ihrem Umfeld beim Ausfüllen des Fragebogens helfen zu lassen. Dabei besteht allerdings die Gefahr, dass bereits integrierte Personen begünstigt und jene mit geringen sozialen Ressourcen ausgeschlossen werden.

⇨ Verbindung von verschiedenen Methoden

Eine andere Möglichkeit besteht darin, mündlich und vor dem Spitalaustritt Dolmetsch- bzw. interkulturelle Übersetzungsdienste sowie telefonische Erklärungen anzubieten. Die Erfahrungen aus Umfragen bei der Zielgruppe zeigen, dass eine direkte Hilfe – durch ein persönliches Gespräch – in der Regel effektiver ist als eine telefonische Unterstützung. Allerdings müssen hier Kostenkriterien beachtet werden. In der Literatur wird darauf hingewiesen, dass die Rücklaufquote bedeutend gesteigert werden kann, wenn man die schriftlichen Umfragen durch telefonische Befragungen ergänzt, die es auch Personen mit Sprachschwierigkeiten ermöglichen zu antworten. Amerikanische Zufriedenheitsumfragen verbinden häufig die verschiedenen Methoden (schriftlich und telefonisch), um die Repräsentativität der Stichprobe zu erhöhen.

Mit diesen Empfehlungen können allerdings die prekärsten Gruppen nicht erreicht werden. Es ist jedoch denkbar, während des Umfragezeitraums individuelle Gespräche oder *focus groups* (standardisierte qualitative Methode) mit einer oder mehreren zu bestimmenden Gruppen von PatientInnen zu organisieren. Um die Kommunikation zu erleichtern, können die Gespräche auch in sprachlich homogenen Gruppen von PatientInnen geführt werden, die im Rahmen der Umfragen mit schriftlichen Fragebogen besonders schwierig zu mobilisieren sind (Personen mit prekärem Status, fremdsprachige Personen usw.). Um die betreffenden Personen zu motivieren, an den Diskussionen teilzunehmen, kann man sich an Vertrauens- und Bezugspersonen von MigrantInnenvereinen, Hilfswerken u. a. wenden. Die *focus groups* sollten darüber hinaus von ausgebildeten Interviewern geführt werden, die vorzugsweise die Herkunftssprache sprechen und die bei Vereinen oder *pools* von

DolmetscherInnen/interkulturellen ÜbersetzerInnen oder Fachpersonen rekrutiert werden können.

⇨ Komplementarität der qualitativen Methoden

Mittels flexibleren qualitativen Methoden mit persönlichen, individuellen oder Gruppengesprächen können einerseits PatientInnen erreicht werden, die für gewöhnlich nicht auf standardisierte Fragebogen antworten, andererseits ermöglichen sie, die Teilnahmemotivationen tiefergehend zu erforschen. Dieses Vorgehen ist zudem offener für neue, unvermutete oder zweideutige Aspekte, die standardisierte Methoden nicht erfassen können. Auch wenn diese Methoden relativ kostspielig und die Ergebnisse schwieriger zu verallgemeinern sind, können sie die umfassenderen Umfragen ergänzen und bereichern und – sei es auch nur punktuell – die Meinung bestimmter Gruppen oder sich herausbildende Thematiken erforschen. Die qualitativen Methoden ermöglichen ausserdem, den Verweigerungsgründen für die Teilnahme an einer Umfrage nachzugehen und dadurch die Zugangsstrategien zu den PatientInnen entsprechend anzupassen.

7.2.3 Sinn der Zufriedenheitsumfragen aus Sicht der MigrantInnen

Einige MigrantInnen – und allgemeiner alle PatientInnen – können die Bedeutung oder die Absicht der Fragebogen, die sie erhalten, nicht unbedingt nachvollziehen. Dies gilt auch dann, wenn ein Erklärungsschreiben mitgeschickt wird. Sie fragen sich, wer diese Informationen erhalten wird, für was sie nützlich sind, ob sie anonym sind. Dies kann die Teilnahmebereitschaft erheblich beeinträchtigen.

Weiter geht aus den Gesprächen hervor, dass MigrantInnen in prekären Situationen Angst vor den Folgen einer Teilnahme haben. Sie fürchten, ihren Status zu verlieren oder Repressalien bei kritischen Antworten hinnehmen zu müssen, was auf Zweifel an der Wahrung der Anonymität hindeutet. Diese Sorgen mögen naiv erscheinen, müssen jedoch im Kontext der prekären Situation und der Vorgeschichte der Personen gesehen werden, die z. B. vor autoritären Regimes geflüchtet sind. Einige befürchten auch, dass sie nicht richtig antworten, oder glauben, dass ihre Meinung als MigrantInnen nicht zählt. Wiederum andere – und das ist sicherlich keine Eigentümlichkeit von MigrantInnen – stellen einfach den Sinn dieser Fragebogen in Frage, deren Ergebnisse sie nie sehen.

⇨ Vorab und nachträglich informieren

Um den oben erwähnten Vorbehalten zu begegnen, ist als erster Schritt Folgendes geboten: Die PatientInnen beim Spitalaustritt mündlich darüber informieren, dass sie einen Fragebogen erhalten werden. Dabei müssen ihnen sehr klar die Ziele (Verbesserung der Qualität der medizinischen Leistungen), das Vorgehen (Wahrung der Vertraulichkeit und Bearbeitung durch ein externes Unternehmen[22]) erklärt und damit ihr Vertrauen gewonnen werden. Wie die Frage bezüglich der Sprachpräferenz sollten diese Informationen Bestandteil der Austrittsformalitäten sein. Sie könnten auch dazu beitragen, eine genaue Adresse von illegal anwesenden MigrantInnen zu erhalten, die diese zunächst aus Furcht nicht angegeben haben, später aber beruhigt wurden.

Dagegen wenden einige ein, dass ein solches Vorgehen zusätzliches Personal für die Umfrage verlangt, da Zeit eingerechnet werden muss, damit die Angestellten die PatientInnen besser informieren können. Doch in gewissem Masse ist dies für die Professionalität und Glaubwürdigkeit der Umfrage wichtig.

Um die PatientInnen für die Teilnahme an der Umfrage zu motivieren und um deren Nutzen zu verdeutlichen, wäre es sinnvoll, ihnen die Ergebnisse der vorherigen Umfragen bzw. deren Nutzen in der einen oder anderen Form (gekürzt) mitzuteilen. Ausserdem wäre es besonders förderlich, die Aufmerksamkeit auf diejenigen Massnahmen zu lenken, die infolge einer bereits durchgeführten Zufriedenheitsumfrage zur Verbesserung der Leistungen getroffen wurden.

Schliesslich ist festzustellen, dass der Begriff „Zufriedenheit“ für jene PatientInnen unpassend ist, die es nicht wagen, ihre eventuelle Unzufriedenheit auszudrücken: Der Begriff ruft eine positive Konnotation hervor[23]. Offensichtlich ist vielen Personen unwohl bei der Vorstellung, ein Urteil von allgemeiner Bedeutung zu fällen („wer bin ich schon, dass ich urteilen könnte?“), insbesondere, wenn ein so kostbares Gut wie die Gesundheit auf dem Spiel steht und wenn man beachtet, dass einige MigrantInnen die Schweizer Spitäler mit den manchmal weniger „entwickelten“ Spitälern in ihren Herkunftsländern vergleichen. Der Begriff suggeriert eine umfassend positive oder negative Antwort und verweist kaum auf Rückmeldungen, die relativ nuanciert oder sogar neutral sein können. Unserer Meinung nach wäre es angebrachter, z. B. von „Bewertung“ durch PatientInnen oder von Patientenrückmeldungen zu sprechen, d. h. von weniger konnotierten Begriffen.

[22] Diesbezüglich haben einige TeilnehmerInnen der *focus groups* vorgeschlagen, das Logo des Umfrageanbieters deutlicher hervorzuheben und jenes des Spitals abzuschwächen, damit für die PatientInnen klarer wird, dass der Anbieter die Antworten bearbeitet und nicht das Spital, was für diese PatientInnen eine grössere Unabhängigkeit symbolisiert.

[23] Man könnte, in etwas provokanter Weise, genauso gut von einer Unzufriedenheitsumfrage sprechen.

⇨ Erinnerungen, um die Rücklaufquote zu erhöhen

Um die Rücklaufquote zu verbessern, ist es vorstellbar, die PatientInnen, oder bestimmte Patientenkategorien, einige Tage nach Versand der Fragebogen anzurufen und nachzufragen, ob sie diese auch bekommen haben, sie zur Beantwortung zu ermuntern und zu überprüfen, ob sie eine geeignete Hilfe für die Beantwortung der Fragen gefunden haben (für Personen, die die verwendete Sprache nicht fliessend sprechen, eventuell DolmetscherInnen/interukulturelle ÜbersetzerInnen aus dem Netzwerk des Spitals hinzuziehen).

Einige GesprächspartnerInnen empfehlen auch, während der Durchführung der grossen Umfragen auf die Miniumfragen einzelner Spitäler zu verzichten, da mehrfache Anfragen bei den PatientInnen Verwirrung stiften können.

7.3 Die Umfrageinstrumente

Abgesehen von den erwähnten Einschränkungen infolge unzureichender Kenntnisse der lokalen Sprache (nicht Einheimische) oder des Sprachniveaus (Illetrismus), die sowohl MigrantInnen als auch andere PatientInnen betreffen, und vorausgesetzt, die Ziele der Umfrage wurden gut genug erklärt und weitere Vorbehalte beseitigt, hindert die MigrantInnen grundsätzlich nichts daran, die Zufriedenheitsfragebogen auszufüllen. Die MigrantInnen sehr unterschiedlicher Hintergründe, denen wir ein Exemplar der in der Schweiz verwendeten Instrumente gezeigt haben, haben die Fragen im Grossen und Ganzen als durchdacht und für die Erfassung ihrer Spitalerfahrung als geeignet beurteilt. Ihre Reaktionen bestätigen, dass mit diesen Fragen die Zufriedenheit der MigrantInnen genauso gut wie die aller anderen PatientInnen eingeschätzt werden kann, sofern sie mit einem guten Fragebogen erhoben wird. Ausserdem wünschte keiner der Gesprächspartner einen speziellen Fragebogen (angepasst an den Status als MigrantIn). Dies zeigt den Wunsch, gleich wie alle anderen PatientInnen behandelt zu werden.

⇨ Patientenorientierte Fragebogen benutzen

Sowohl gemäss der Gespräche mit den MigrantInnen als auch jener mit den Fachpersonen ist es grundsätzlich nicht notwendig, spezielle Instrumente für die regelmässige Befragung von MigrantInnen zu entwickeln. Auf – zusätzliche oder punktuelle – Initiativen, die an ihren Bedürfnissen ausgerichtet sind, sollte allerdings nicht verzichtet werden. Auch wenn sich bei PatientInnen, die aus Minderheitengruppen stammen, manchmal verschiedene Schwierigkeiten – sprachlicher, sozialer, kultureller oder beruflicher Art – kumulieren, sind die Probleme, auf die sie im Spital stossen, in unterschiedlichem Ausmass vergleichbar mit jenen der allgemeinen Bevölkerung. Daher scheint es besser, heikle Themen von einem individuellen statt einem gemeinschaftlichen Standpunkt aus anzugehen. Die

MigrantInnen sprechen beispielsweise lieber über ihre Nahrungsvorlieben als über ihre möglicherweise stigmatisierende Religionszugehörigkeit, selbst wenn diese dem Pflegepersonal in einigen Fällen Hinweise auf spezifische Ernährungsgewohnheiten von PatientInnen geben könnte. In ähnlicher Weise kann diskriminierendes oder rassistisches Verhalten mittels Fragen zum Respekt vor den PatientInnen oder dem Vertrauen gegenüber dem Personal angesprochen werden statt über direkte Fragen (in der Art: Wurden Sie mit rassistischem Verhalten konfrontiert?). In jedem Fall ist dabei die Interaktion zwischen dem Spitalpersonal und den PatientInnen zu berücksichtigen.

Das einzige Thema, das dennoch direkt angesprochen werden sollte, betrifft das Dolmetschen und die interkulturelle Vermittlung im Spital, obwohl letztere auch SchweizerInnen betreffen kann, die mit ausländischem Pflegepersonal in Kontakt sind. Mehrere Auskunftspersonen – Fachkräfte oder Angehörige der Migrationsbevölkerung – fänden es nützlich, Fragen über die Verfügbarkeit dieser Dienstleistungen, ihren Zugang und ihre diesbezüglichen Erfahrungen einzubeziehen. Man könnte sich eine spezielle Fragenrubrik vorstellen, die durch einen Filter eingeleitet wird (auf die antwortende Person zutreffend oder nicht) oder möglicherweise auch ein spezielles Modul, das dem „Standard"-Fragebogen angefügt wird. Diese Empfehlung gilt insbesondere für die psychiatrischen Abteilungen, in denen die Sprache manchmal ein eigentliches Arbeits- oder Pflegeinstrument ist. Umso mehr sollte dies in den für diese Abteilung erstellten Fragebogen berücksichtigt werden.

Ausserdem wird empfohlen, offene Fragen oder Möglichkeiten vorzusehen, um Bemerkungen bei den (halb-)standardisierten Instrumenten anbringen zu können, wodurch spezielle Überlegungen oder Wünsche angeführt werden können. Kurz gesagt, es geht letztlich darum, die bereits bestehenden Mittel zu verfeinern oder anzupassen, was sich an den erwähnten Gedanken anschliesst, migrationsspezifische Aspekte im Qualitätsmanagement (im Sinne eines patientenorientierten Vorgehens) zu verankern.

Es war im Rahmen dieser Studie nicht möglich, die in der Schweiz verwendeten Instrumente detailliert zu untersuchen und ihre *migrant friendliness*, also ihre Sensibilität für Verschiedenheit, vertieft zu bewerten. Es versteht sich jedoch von selbst, dass ein Instrument bei seiner Entwicklung oder Einführung bei möglichst unterschiedlichen Patientengruppen getestet werden sollte, um sozio- oder ethnozentrische Verzerrungen zu vermeiden.

In diesem Zusammenhang und im Hinblick auf die Auswertung der Antworten sollten gezielte Sachfragen spekulativeren und stark begriffsabhängigen Fragen vorgezogen werden, da diese zu mehr

Verzerrungen aufgrund von sprachlich-kulturellen Präferenzen verleiten (z. B. die mehr oder weniger ausgeprägte Neigung, Superlative zu verwenden).

7.4 Weiterer Handlungsbedarf

7.4.1 Koordination, Anreize und Monitoring

Die zahlreichen Fragen, die durch eine angepasste Messung der Zufriedenheit der PatientInnen mit Migrationshintergrund aufgeworfen werden, wurden bis jetzt sowohl in der Spitalpraxis als auch in der Fachliteratur (vgl. Literaturanalyse S. 26) kaum untersucht. Wie wir im Laufe der Gespräche und der Lektüre im Rahmen dieser Studie feststellen konnten, ist die Thematik zugleich banal und komplex, da sie zahlreiche lebensweltliche und Untersuchungsbereiche abdeckt: Gesundheit, Migration/Interkulturalität, (Qualitäts-)Management und Umfrage- oder sogar Forschungsmethodik. Deshalb ist eine transdisziplinäre Zusammenarbeit und ein Dialog mit den Personen geboten, die die Umfragen durchführen und anbieten, um Lösungen zu finden, die nicht nur sinnvoll, sondern auch ausreichend pragmatisch sind, um in einem institutionellen und finanziell angespannten Rahmen Unterstützung findenen. Da optimale Methoden noch bei weitem fehlen, sollte eine Annäherung über *try and error* ins Auge gefasst werden, indem verschiedene Möglichkeiten erprobt werden, um die bestehenden Umfragen zu ergänzen oder verbessern

Um Doppelspurigkeiten zu vermeiden, setzt eine solche Vorgehensweise einen stetigen und punktuellen Ideen- und Erfahrungsaustausch voraus (z. B. durch Konferenzen). Dadurch könnte davon ausgegangen werden, dass sich das vorhandene Expertenwissen gegenseitig ergänzt und die Zusammenarbeit zwischen den Spitälern verstärkt wird. Mehrere befragte Fachpersonen bedauerten, dass sie über Initiativen in anderen Spitälern nicht auf dem Laufenden gehalten wurden, und wünschten, besser informiert zu werden. Unserer Meinung nach kann dies nur dann auf effiziente Weise erreicht werden, wenn ein *leadership* vorgesehen wird, d. h. eine Koordinationsstelle, der ein Projekt anvertraut werden könnte – wie z. B. MFH – oder eine nationale Organisation, die glaubwürdig und gleichzeitig relativ neutral gegenüber den involvierten Fragen und Beteiligten ist. Das BAG, H+, die Kantone und die Versicherungsgesellschaften oder eventuell weitere Bundesämter könnten diese Initiative als Partner des Gesundheitswesens[24] (finanziell) unterstützen; ein professionelles und effizientes

[24] Hier ist anzumerken, dass wir Patientenverbände kontaktiert haben, diese aber leider nichts mit Fragen zu tun zu haben scheinen, die die Messung der Zufriedenheit betreffen.

Qualitätsmanagement, das die Gesundheitskosten senken könnte, ist auch von allgemeinem Interesse.

Während die Finanzierung der regelmässigen Umfragen bei den Spitälern liegt und die Qualitätsförderung ein wesentlicher Bestandteil des Spitalmanagements darstellt, ist es wünschenswert, dass ein Fonds existiert für die Anschubfinanzierungen für erfolgversprechende oder innovative Initiativen, die anschliessend für alle Anbieter stationärer Pflege nützlich sein könnten. Es kann sich zum einen um Umfragen handeln, die für die Erforschung von ergänzenden Methoden (Telefoninterviews) gedacht sind oder auf besondere Patientengruppen abzielen (nach Status, Herkunft usw.), und zum anderen um die Entwicklung neuer Instrumente, wie z. B. die Übersetzung eines Fragebogens in eine bei MigrantInnen verbreitete Sprache (für Forschungsaspekte siehe auch den folgenden Abschnitt).

Diese Erfahrungen sollten unserer Meinung nach von einem Monitoring und Evaluationen begleitet sein, zumindest was Initiativen von grösserem Umfang betrifft, die bereits im Gang sind oder noch ergriffen werden. Das BAG verfügt über die notwendigen methodischen und thematischen Kompetenzen, könnte aber auch externe Fachpersonen bestimmter Fachrichtungen hinzuziehen.

Ausserdem wäre es interessant, über die Einrichtung eines neutralen Dienstes nachzudenken, der spezielle Beratung für Spitäler anbietet, die ihre Umfragen oder Verfahren bezüglich Personen mit Migrationshintergrund verbessern oder erweitern möchten. Diese Dienstleistung, die eventuell auf die eine oder andere Weise mit der KIQ verbunden werden sollte, könnte eine wertvolle Hilfe für die Spitäler sein, insbesondere für diejenigen, die in diesem spezifischen Bereich über kein Fachpersonal verfügen.

7.4.2 Weiterer Forschungsbedarf

In den vorhergehenden Unterkapiteln haben wir eine Reihe von Empfehlungen für einen verbesserten Einbezug der Migrationsfrage in die Zufriedenheitsbefragungen abgegeben. Ein Teil der empfohlenen Massnahmen kann direkt umgesetzt werden, andere müssten durch thematische oder methodologische Studien ergänzt werden, die den Rahmen des vorliegenden Projekts übersteigen. Dies wäre umso sinnvoller, als es schwierig ist, die Ergebnisse aus anderen Ländern auf die Situation in der Schweiz zu übertragen (andere Minderheitengruppen, politische Unterschiede usw.).

Da in der Schweiz empirische Daten zum Ausmass der Zufriedenheit der PatientInnen mit Migrationshintergrund, den Untersuchungsverfahren und sogar bezüglich der Zahl der PatientInnen mit Migrationshintergrund in den Spitälern fast vollständig fehlen, drängen sich weitere Forschungen auf. Dies

gilt umso mehr, wenn es ein Anliegen ist, Entscheidungen, die hohe Kosten nach sich ziehen können, vorher wissenschaftlich abzuklären.

Wir haben festgestellt, dass eines der Hauptprobleme der Zufriedenheitsumfragen mit den Verwaltungsmodalitäten des schriftlichen Fragebogens und mit dem Zugang zu bestimmten Patientengruppen verbunden ist. Letzteres betrifft insbesondere diejenigen Gruppen, die die lokale Sprache nicht sprechen oder von Illetrismus betroffen sind sowie besonders mobile oder misstrauische Personen. Infolgedessen wäre es interessant, die Wirksamkeit anderer Umfragearten zu erforschen. So könnten ausgebildete InterviewerInnen, die die Sprache des Patienten oder der Patientin sprechen, telefonisch den Fragebogen ausfüllen. Dabei wäre es interessant, die Rücklaufquote und die Repräsentativität der so erreichten befragten PatientInnen mit jenen zu vergleichen, die über die momentan schriftlichen Fragebogen erreicht werden.

Eine andere Möglichkeit bestünde darin, die Fragebogen vor dem Austritt des Patienten oder der Patientin im Spital selbst und unter Beizug von externen InterviewerInnen ausfüllen zu lassen, die die Sprache des Patienten oder der Patientin sprechen (man könnte dazu interkulturelle ÜbersetzerInnen einsetzen). Die Fachpersonen betonen, dass dies zu gewissen Verzerrungen der Antworten führen kann, die zum einen damit verbunden sind, dass der Patient keine Zeit hatte, seine Spitalerfahrung „zu verdauen“, oder dass er durch das Spitalpersonal beeinflusst werden könnte. Zum anderen können sie mit der Interaktion zwischen dem Interviewer und dem befragten Patienten und damit zusammenhängen, dass die PatientInnen in gewisser Weise noch im Spital „gefangen“ sind. Daher wäre es interessant, die Ergebnisse hinsichtlich der Zufriedenheit und der Bewertung der Verfahren zwischen dem aktuellen Einsatz des Fragebogens und einem Einsatz im Spital zu vergleichen. Dadurch könnten mögliche Abweichungen gemessen und anschliessend, in Kenntnis der Gründe, gewählt werden zwischen der momentanen Option, die Beantwortungsverzerrungen minimiert, aber eine ganze Gruppe von PatientInnen ausschliesst, und einer Variante, die den umfassenden Zugang zu den PatientInnen und damit eine erhöhte Rücklaufquote ermöglicht. Die zweite Variante erlaubt zudem, gegebenenfalls das Profil und die Gründe derjenigen PatientInnen zu erfassen, die sich weigern, an der Umfrage teilzunehmen.

Abgesehen von einem internen Bericht eines Umfrageanbieters, der auf Variablen basiert, die sich ausschliesslich auf die Sprache beziehen (vgl. Mecon, 2003), gibt es nur sehr wenige systematische Daten bezüglich der Zufriedenheit von PatientInnen, die Minderheitengruppen in der Schweiz angehören. Es wäre daher interessant, eine Untersuchung durchzuführen, die in den Fragebogen die Variablen einführt, die notwendig sind, um die MigrantInnen zu identifizieren – und vorgehend in den Patientenakten, wenn

man die Rücklaufquoten vergleichen will –, um so die Zufriedenheitsunterschiede zwischen den Patientengruppen messen zu können. Dies könnte auch im Rahmen einer regelmässigen Umfrage in einem oder mehreren Spitälern durchgeführt werden, die einen hohen Anteil an PatientInnen mit Migrationshintergrund aufweisen. Man könnte sogar eine systematische überdurchschnittliche Vertretung von MigrantInnen während eines bestimmten Zeitraums in Betracht ziehen, um signifikante Vergleiche anstellen zu können.

Mehrere Fachpersonen sind der Meinung, dass es einfacher wäre, die notwendige (institutionelle) Unterstützung zu erhalten, um die MigrantInnen in den Umfragen besser berücksichtigen wäre, wenn die abweichende Zufriedenheit zwischen Einheimischen und MigrantInnen wissenschaftlich nachgewiesen werden könnte. Ausgehend von dieser Überlegung müsste man auch die unterschiedlichen Rücklaufquoten untersuchen. Die Literatur zeigt, dass diese Unterschiede in Grossbritannien sehr ausgeprägt sind, in der Schweiz gibt es hierzu bis heute jedoch keine wissenschaftliche Grundlage.

8 Conclusioni e raccomandazioni[25]

La presa in considerazione della soddisfazione dei pazienti è parte integrante del dispositivo di garanzia della qualità negli ospedali svizzeri; è regolata nell'ambito di un accordo quadro concluso tra H+ et Santésuisse che fissa le esigenze minime per gli strumenti di misura della soddisfazione in fatto di medicina somatica acuta, reabilitazione, psichiatria e geriatria. Le persone di origine immigrata costituiscono un gruppo consistente tra i pazienti degli ospedali, e sono confrontati a ostacoli specifici per quel che riguarda la loro integrazione; eppure le inchieste di soddisfazione che si svolgono regolarmente non tengono assolutamente conto dei bisogni delle persone appartenenti a gruppi minoritari. Inoltre, contrariamente a quanto avviene nei paesi anglosassoni, mancano in Svizzera basi scientifiche in questo campo.

Per questa ragione, la nostra ricerca mira a identificare lacune e carenze nelle inchieste per quanto riguarda la presa in considerazione delle persone di origine immigrata e appartenenti a gruppi minoritari, onde giungere a formulare raccomandazioni per migliorare la situazione. Dopo un'analisi della letteratura internazionale in materia, sono state realizzate interviste con esperti nel campo della gestione della qualità e della gestione ospedaliera in generale, della migrazione e salute, nonché diversi focus groups con persone di origine immigrata. Ciò ha reso possibile il confronto tra la prospettiva dei diretti interessati da una parte e il punto di vista non solo degli istituti che conducono inchieste di soddisfazione ma anche delle strutture ospedaliere, loro clienti, dall'altra. Mettendo i risultati delle nostre interviste in parallelo con le conoscenze acquisite tramite lo studio della letterature internazionale, è stato possibile giungere a conclusioni e formulare raccomandazioni, riassunte nel capitolo seguente.

Il presente rapporto di ricerca è articolato nel seguente modo: dopo una breve introduzione alla problematica (cap. 1), viene presentato il metodo di lavoro adottato per la nostra ricerca (cap. 2). Il cap. 3 è consacrato ai risultati dell'analisi della letteratura mentre il cap. 4 presenta la situazione in Svizzera: demografia dei pazienti delle strutture ospedaliere svizzere e quadro istituzionale e legale. Nel cap. 5 si discutono le informazioni raccolte presso le persone di origine immigrata sulle loro esperienze durante la degenza. Le principali dimensioni della soddisfazione dei pazienti e quindi della misura della soddisfazione sono illustrate nella figura 1 (pag. 64):

[25] Questo capitolo è la versione italiana del capitolo 6.

vengono messi in evidenza soprattutto anche se non esclusivamente i rapporti tra i medici e il personale ospedaliero e i pazienti di origine immigrata.

***

Come era prevedibile, la letteratura specializzata, in larga misura anglo-sassone, non è in grado di fornire *una* indicazione operativa ottimale (best practice), "che possa essere applicata immediatamente", in grado di migliorare il rilevamento della soddisfazione dei pazienti di origine immigrata negli ospedali elvetici. Benché gli articoli analizzati propongano una pluralità di indicazioni da osservare e scandaglino da varie prospettive il livello di soddisfazione delle minoranze, non accordano sufficiente attenzione allo sviluppo dei procedimenti atti a misurare la soddisfazione della popolazione migrante. Per questo preferiamo basarci sull'opinione di vari esperti e di alcuni migranti, i diretti interessati, per presentare percorsi che consentono di migliorare le inchieste di soddisfazione dei pazienti /clienti in Svizzera.

L'esame condotto sembra ancor più necessario, visto che la popolazione migrante costituisce una quota consistente e crescente di degenti, soprattutto in particolari cliniche universitarie e in alcuni reparti specifici (traumatologia, ostetricia, psichiatria). Dalle testimonianze raccolte spesso queste persone affrontano notevoli difficoltà che incidono sulle cure ricevute e generano costi per il sistema sanitario.

Questo capitolo riassume gli ostacoli che impediscono una corretta analisi dell'opinione dei migranti allo scopo di giungere ad una serie di proposte per migliorare la situazione. In questo contesto è difficile dissociare le particolarità riconducibili alla migrazione, oggetto appunto del nostro studio, da quello che più in generale è la misura della soddisfazione dei pazienti in relazione alla gestione ospedaliera. In effetti, i risultati delle conversazioni e del materiale raccolto ci inducono a preferire un approccio integrale piuttosto che specifico, anche se non vanno dimenticate le iniziative che mirano esclusivamente ai migranti.

Infine è necessario premettere che, nel formulare le raccomandazioni, non è stato sempre possibile tener conto della realizzabilità dei provvedimenti, non solo a livello di metodo, ma anche dal profilo "politico/finanziario", poiché gli esperti interpellati non concordano necessariamente su obiettivi e opinioni. Le priorità nel settore della gestione della qualità sono sempre al centro di accese dispute – all'interno e al di fuori degli ospedali – e divergono fra loro a seconda dell'orizzonte temporale adottato: un investimento che appare relativamente costoso a breve termine può rivelarsi invece interessante a medio e lungo termine. Infine le raccomandazioni si riferiscono

a differenti livelli decisionali e di realizzazione, e ciò che per alcuni esperti può apparire evidente, non lo sarà necessariamente per altri attori coinvolti.

Le raccomandazioni destinate agli ospedali sono state raggruppate secondo tre assi di intervento: il quadro istituzionale a livello ospedaliero, che rientra nella gestione della qualità (8.1), le modalità di svolgimento dell'inchieste (8.2) la questione degli strumenti utilizzati (8.3). Il paragrafo successivo (8.4) è dedicato alle raccomandazioni che vanno al di là del settore ospedaliero e coinvolgono altri partner della sanità. Lo studio termina con una discussione dei limiti del lavoro svolto e indica alcune piste di ricerca ulteriori.

8.1 Gestione della qualità negli ospedali

8.1.1 La questione della migrazione nella gestione della qualità

Questo studio ha permesso di constatare che il livello di soddisfazione dei pazienti della popolazione migrante, o pazienti rappresentanti una minoranza, suscita una vasta gamma di reazioni nella maggior parte del personale del sistema sanitario che varia dalla benevola indifferenza fino ad un disinteresse manifestato in modo più o meno aperto.

È vero che per alcuni fornitori di prestazioni i pazienti migranti non rappresentano un gruppo di popolazione particolarmente apprezzato sia perché è relativamente limitato il numero di coloro che hanno una copertura privata nella cassa malattia sia perché i migranti costituiscono un gruppo alquanto esiguo, particolarmente in piccoli ospedali o in regioni rurali. Questa atteggiamento si spiega anche con il difficile contesto istituzionale, politico e finanziario, che propulsa in avanti piuttosto altre priorità rispetto a quella della soddisfazione dei pazienti in generale e, a maggior ragione, quella dei pazienti provenienti di origine immigrata.

Mentre alcuni ospedali effettuano inchieste di soddisfazione dei pazienti perché obbligati a farlo, altri rivelano un'atteggiamento aperto in materia e le considerano indispensabili nell'ambito di una gestione ospedaliera efficace. Peraltro alcuni operatori sanitari sono interessati in primo luogo ad un benchmarking che consenta il posizionamento relativo dei vari ospedali; ciò ingenera timori e frena l'impegno a istituire un sistema di gestione di qualità in alcuni ospedali. Inoltre, nelle istituzioni ospedaliere che non dispongono di personale specializzato in questo settore, i contrasti di opinione sulle modalità di finanziamento dei sistemi di qualità non favoriscono un comportamento proattivo.

Ovviamente non è possibile ignorare questi problemi, quando si affronta la questione della soddisfazione dei pazienti di origine immigrata. Due i motivi invocati per giustificare l'assenza di misure in materia: problemi finanziari, e

numero limitato di pazienti di origine immigrata, anche se bisogna ammettere che spesso le statistiche al riguardo sono lacunose. Questa mancanza di dati non favorisce una presa di coscienza della questione della misura della soddisfazione dei migranti nelle strutture ospedaliere, che pure costituisce una premessa indispensabile (anche se insufficiente) per introdurre cambiamenti nei questionari. Bisognerebbe uscire da questo circolo vizioso con impulsi che permettano di riconoscere chiaramente i termini del problema giustificando un intervento adeguato.

Quattro sono gli argomenti principali avanzati per giustificare l'immobilismo:

- Nelle strutture dove si dispone di statistiche amministrative, o dove queste sono disponibili solo saltuariamente, spesso sorge l'obiezione che nessun gruppo linguistico di origine immigrato considerato separatamente costituisce un gruppo di dimensioni sufficientemente consistenti (p. es. una minoranza del 10 %) per poter eseguire comparazioni valide con la popolazione maggioritaria. Questo ragionamento non tiene conto del fatto che l'identificazione della popolazione migrante non serve solo a comparare i singoli gruppi nazionali e linguistici, ma offre l'opportunità di confrontare d'una parte gli svizzeri e dall'altra l'insieme dei migranti, indipendentemente dalle loro origini. Inoltre, il numero dei questionari compilati e restituiti dai migranti aumenterebbe se gli strumenti di indagine (questionari) venissero tradotti nelle lingue più frequentemente parlate dai migranti e se si adottassero altre misure per coinvolgere quesi gruppi; in questo modo si eviterebbero inoltre delle distorsioni sistematiche dei risultati.
- Si fa inoltre valere che la maggioranza della popolazione migrante ha solo una copertura assicurativa di base, che per gli ospedali è poco rimuneratrice (bisogna comunque aggiungere, che il tipo di assicurazione appare effettivamente sui vari questionari). In questo caso si tratta di un argomento commerciale, che non deve nascondere il fatto che la presa in carico inadeguata di un particolare gruppo di pazienti può essere finanziariamente onerosa per il sistema sanitario, e particolarmente per un ospedale pubblico che non può permettersi di rifiutare pazienti[26]. Per questa ragione nei sondaggi d'opinione si deve evitare l'esclusione di una parte dei pazienti.

[26] Ciò vale ancora di più per un sistema nel quale gli importi forfettari (Fallpauschalen) diventano la regola nei rimborsi degli ospedali.

- Una maggiore considerazione della soddisfazione della popolazione migrante richiede risorse supplementari e potrebbe dar luogo ad una proliferazione di misure di stampo particolaristico.
- Diversi interlocutori evocano anche la fattibilità tecnica e metodologica quale ostacolo principale. Su questo aspetto ritorneremo nel paragrafo 8.2.

Raccomandazione: ⇨ rafforzare l'approccio orientato ai pazienti nell'ambito del sistema di qualità

Il penultimo argomento ci induce a ritenere necessario il miglioramento delle inchieste di soddisfazione, per integrare gli aspetti connessi al problema della migrazione nell'analisi generale della soddisfazione di tutta la popolazione. Anche se in una prima fase si deve effettivamente prevedere l'introduzione di alcuni cambiamenti che implicano anche dei costi, questo provvedimento potrà rivelarsi fruttuoso per l'intero sistema di qualità. In altre parole, si tratta di valorizzare in generale le inchieste d'opinione e di mostrare che la soddisfazione dei migranti è strettamente legata a procedure orientate ai pazienti, che dovrebbero contraddistinguere ogni sistema di qualità.

I risultati di questo studio rivelano chiaramente che gli aspetti problematici della presa in carico delle minoranze in occasione delle degenze ospedaliere, non si limitano solo alla situazione tipica per la popolazione migrante, ma implicano altri aspetti che caratterizzano i pazienti in generale:

- la lingua che può essere sinonimo di difficoltà per "migranti" interni (ossia per pazienti d'origine svizzera)
- il livello di formazione e di analfabetismo, che non costituisce un fenomeno del tutto marginale in Svizzera
- le condizioni di lavoro disagiate o impegnative, più frequenti fra i migranti, ma che riguardano anche un certo numero di svizzeri
- abitudini religiose e alimentari che non corrispondono alla norma generale, che non sono specifiche ai soli migranti.

Per la popolazione migrante possono pure rivelarsi problematiche alcune abitudini culturali, delle quali non si sa molto, nonché lo status legale incerto che limita l'accesso all'assistenza sanitaria, anche se non si tratta della fattispecie più frequente.

Di conseguenza affrontare in maniera attenta le esigenze della popolazione migrante costituisce non tanto un peso supplementare ma una reale opportunità per ampliare il sistema di qualità rispetto al gruppo cui si vuole mirare. Perciò, bisogna orientare le inchieste relative alla soddisfazione nel senso di un *mainstreaming* ossia bisogna orientarle alle esigenze di tutti i pazienti. Così facendo i pazienti che presentano delle vulnerabilità e in

genere restano esclusi da queste inchieste dovrebbero manifestare maggiore interesse per le analisi di soddisfazione che in genere si rivolgono in primo luogo a ceti medi e superiori appartenenti ai gruppi linguistici e culturali dominanti.

A nostro avviso è particolarmente importante trasmettere agli operatori della sanità il messaggio che un simile vasto sistema di qualità[27] contribuisce al miglioramento del trattamento di tutti i pazienti come pure alla soddisfazione del personale professionale. In altre parole: il coinvolgimento della popolazione migrante in queste inchieste non è una questione marginale, ma si rivela centrale per una corretta rilevazione della soddisfazione. Una simile consapevolezza qualora fosse acquisita, consentirebbe di superare particolari resistenze istituzionali alla promozione delle iniziative necessarie.

⇨ Flessibilità dell'approccio che tiene conto di ogni contesto ospedaliero

I colloqui condotti nell'ambito di questo studio rivelano che la sensibilità al problema esaminato si sviluppa in maniera divergente negli ospedali, ciò è dovuto da un lato alla dimensione demografica, al contesto istituzionale e, dall'altro lato alle sensibilità personali. Etienne (2005) distingue tra gli ospedali che *devono* e quelli che *vogliono* adottare misure di gestione della qualità in generale. Di fronte a questa realtà è poco saggio promuovere un unico approccio, vincolante e forse troppo ambizioso. Al contrario, si tratta di tener conto del contesto particolare e degli interessi in presenza e sostenere metodi multipli e progressivi, che possono per esempio emergere in un servizio per essere successivamente estesi ad altri.

In un primo momento ci si potrebbe immaginare un'inchiesta su scala ridotta per rilevare meglio la presenza e il profilo dei pazienti appartenenti alla popolazione migrante, e varare progetti pilota atti a migliorare e ampliare i metodi delle attuali inchieste di soddisfazione. Nei paragrafi seguenti sono proposte alcune modalità concrete di intervento. Come per qualsiasi altra iniziativa nel settore della gestione della qualità anche in questa è indispensabile, al fine di garantire il successo dell'impresa, che tutti coloro che sono direttamente o indirettamente coinvolti vengano ampiamente informati degli obiettivi e dei metodi di intervento.

Parallelamente si dovrà provvedere a garantire lo scambio attivo di informazioni e il coordinamento delle iniziative avviate per evitare inutili duplicazioni e per promuovere la collaborazione nei settori nei quali possono insorgere ulteriori costi, come p. es. la traduzione di un questionario scritto.

[27] È ovvio che le inchieste d'opinione presso i pazienti costituiscono solo uno dei molti possibili elementi di un sistema di qualità.

In altre parole si dovrà prevedere uno scambio di informazioni e impulsi come pure il coordinamento e il monitoraggio. Nell'ultimo paragrafo del capitolo ritorneremo su questo aspetto.

⇨ Iniziative parallele al rilevamento della soddisfazione

Al di là delle inchieste condotte presso i pazienti, si potrebbe favorire lo sviluppo e la promozione delle competenze o delle qualità transculturali del personale specializzato nel settore sanitario e delle istituzioni (qualità delle strutture e procedure). Queste misure possono riguardare sia i dipendenti o i medici intramoenia, i corsi di perfezionamento professionale, la politica di assunzione del personale, ecc.

Nel corso del nostro studio si è fattto spesso riferimento all'istituzione o ad un più ampio ricorso ai servizi professionali di interpretariato e di mediazione interculturale. È addirittura immaginabile coinvolgere in vari modi degli interpreti transculturali nelle indagini di soddisfazione (informazioni, interviste, ricordi), approfittando della conoscenza e delle sinergie preziose non solo per il servizio d'interpretariato ma anche per le inchieste di soddisfazione.

8.2 Procedure di inchiesta negli ospedali

8.2.1 Mancanza d'identificazione dei gruppi di popolazioni target

Attualmente è difficile identificare lo status migratorio o la lingua della persona ricoverata; gli ospedali in genere non dispongono di dati affidabili sul numero dei pazienti migranti (o anche semplicemente di pazienti provenienti dall'estero), anche se essi in genere dichiarano la loro nazionalità al momento della rilevazione dei dati. Diversi interlocutori sembrano suggerire che la quota dei migranti è dopotutto estremamente marginale, benché ciò sia smentito dalle statistiche disponibili. Certamente esistono delle notevoli differenze regionali.

⇨ Identificare i migranti negli ospedali

Per giustificare le iniziative a favore dei migranti, oppure per rinunciarvi, è indispensabile in primo luogo identificare la loro presenza nelle strutture ospedaliera, o tramite dati amministrativi o tramite inchieste[28]. Nei paesi

[28] Il vantaggio di avere a monte queste informazioni, ossia prima che sia spedito il questionario, si basa sul fatto che potenzialmente è possibile controllare il tasso di risposta da parte di un determinato gruppo di persone, a condizione che le informazioni amministrative siano collegate in maniera anonima al questionario.

anglosassoni l'identificazione della provenienza etnica è più frequente; nei paesi germanofoni, fra i quali conta anche la Svizzera, si utilizza nelle statistiche la nazionalità per identificare l'appartenenza. In considerazione degli sviluppi registrati negli anni '90 nella legislazione riguardante la naturalizzazione, sarebbe meglio basarsi sul luogo di nascita oppure sulla nazionalità al momento della nascita, come è già prassi consolidata in molti paesi europei (p. es. Paesi Bassi). Meglio ancora sarebbe considerare diverse variabili per identificare i gruppi nazionali. Ma ciò sembra essere difficile da realizzare per ragioni istituzionali. Bisogna comunque menzionare, che singoli ospedali oggi rilevano non solo la nazionalità ma anche il luogo di nascita.

In seno all'ospedale, l'identificazione dei migranti consentirebbe anche di selezionare i reparti e le unità dove vi è presenza di questo gruppo di popolazione, con l'obiettivo di sperimentare nuovi metodi di indagine e condurre ulteriori inchieste qualitative.

⇨ Identificare la lingua del paziente già prima dell'inchiesta

Gli interlocutori che abbiamo incontrato sono consapevoli dell'importanza della competenza linguistica nel settore ospedaliero e si rendono conto delle difficoltà che possono insorgere per incomprensioni di ordine linguistico tra personale sanitario e pazienti. Di conseguenza i pazienti di origine immigrata si ritrovano in una situazione problematica. Perciò è increscioso che essi siano di fatto esclusi da alcune inchieste, solo perché alcuni ospedali rinunciano a inviare i questionari a quei pazienti che non parlano o non leggono la lingua del posto. Altri istituti semplicemente ignorano la lingua dei pazienti, almeno quando di tratta delle inchieste di soddisfazione.

Perciò è estremamente importante identificare la "lingua preferita" oppure la "lingua padroneggiata" dal paziente quando lascia l'ospedale o al momento del ricovero. Sarebbe possibile identificare la lingua nella cartella clinica sottraendo però questa informazione al segreto medico. Quale che sia il metodo adottato, la lingua dovrà essere registrata in maniera inconfondibile in tutto l'iter ospedaliero. L'informazione riguardante la lingua consentirà in seguito di scegliere il questionario adatto oppure di adottare un qualsiasi altro metodo di inchiesta opportuno. A seconda del caso, la variabile potrebbe in seguito essere inserita nello strumento d'inchiesta ed essere sfruttata anche nell'analisi.

⇨ Integrare nei sondaggi le minoranze linguistiche

I grandi ospedali che accolgono un notevole numero di minoranze (linguistiche), potrebbero valutare la possibilità di mettere a disposizione i questionari in queste lingue, come è già pratica corrente in alcuni istituti, dove sono disponibili questionari in tedesco e in francese. Se in Svizzera ci si basa sulla provenienza dei migranti (confr. p. 40), è possibile che le lingue in

questione siano le seguenti: albanese, portoghese, serbo-croato, spagnolo e turco. Possono esservi anche delle differenze regionali: è assolutamente immaginabile che in un ospedale zurighese prevalgano l'albanese e il turco, mentre in uno ginevrino prevalgano il portoghese e lo spagnolo. È comunque importante capire che l'obiettivo di un simile impegno è principalmente quello di migliorare il tasso di risposta e di escludere distorsioni sistematiche nelle risposte; rimane comunque interessante comparare tra loro i diversi gruppi linguistici, ma ciò richiede un numero elevatodi risposte.

Non si deve ignorare che una buona traduzione elaborata e testata a regola d'arte richiede un notevole investimento in tempo e risorse finanziarie. Per questa ragione è auspicabile che gli ospedali non utilizzino questionari "fatti in casa" – peraltro sempre meno frequenti – ma adottino metodi standardizzati, come fanno le istituzioni raggruppate da Outcome. L'uso di questionari comuni potrebbero inoltre rivelarsi utile per raggiungere un numero significativo di pazienti, consentendo una comparazione fra persone di diverso gruppo linguistico.

8.2.2 Questionari autogestiti o combinazione di metodi?

La lingua del questionario potrebbe costituire un significativo ostacolo per tutti coloro che non la padroneggiano; occore prendere in considerazione anche il registro linguistico perché non sempre è adeguato alle competenze raggiunte dal paziente, sia che appartenga ad un gruppo minoritario sia a quello gruppo maggioritario. Questo problema interessa gli analfabeti, le persone con un modesto livello di cultura nonché coloro che, per ragioni di salute, hanno una capacità di comprensione ridotta. Particolarmente critica è la situazione in cui, vengono a sommarsi due difficoltà (competenza linguistica e registro utilizzato); allora, il tasso di risposta è minimo o le informazioni fornite sono date a caso.

Vi sono vari modi per superare le difficoltà linguistiche, a cominciare con un buon questionario caratterizzato da semplicità, chiarezza, illustrazioni, criteri in genere rispettati dagli strumenti professionali dovutamente testati. Una soluzione semplice, già adottata da alcuni fornitori di inchieste, consiste nel chiedere ai pazienti di farsi aiutare nella compilazione del questionario dalle persone che gli sono vicine. Ciò non esclude però il rischio che in questo modo vengano privilegiate le persone già integrate mentre coloro che non dispongono di sufficienti risorse vengano emarginate.

⇨ Combinazione di metodi e procedimenti

Un'altra possibilità consiste nel proporre, oralmente e prima della dimissione dall'ospedale, i servizi di interpretariato e di offrire spiegazioni per telefono. Le esperienze raccolte nel corso dei sondaggi presso la popolazione rivelano che l'aiuto diretto – in una conversazione che coinvolge due persone faccia a faccia – spesso è più efficace di un aiuto per telefono. Si deve comunque considerare il criterio dei costi. Le esperienze riportate nella letteratura indicano che il tasso di risposta aumenta significativamente, se si completano le indagini scritte con inchieste telefoniche alle quali sono in grado di rispondere anche persone con difficoltà linguistiche. Le inchieste americane di soddisfazione d'altra parte utilizzano frequentemente una combinazione di metodi (per iscritto e per telefono) per migliorare la rappresentatività del campione.

Queste raccomandazioni tuttavia non consentono in alcun modo di raggiungere i gruppi più precari. Per contro è possibile organizzare con uno o più gruppi di pazienti colloqui individuali o *focus groups* (metodo qualitativo standardizzato) durante il periodo dell'indagine. Per facilitare la comunicazione i colloqui possono essere condotti anche in gruppi linguisticamente omogenei, per gruppi di pazienti difficili da coinvolgere nell'ambito dei sondaggi scritti (persone in stato precario, persone che parlano una lingua straniera, ecc.). Per motivare le persone a partecipare alle discussioni, ci si può rivolgere a intermediari di fiducia, a persone di riferimento delle associazioni dei migranti, a enti assistenziali, ecc. Inoltre i *focus groups* dovrebbero essere diretti da intervistatori con formazione adeguata, preferibilmente della stessa lingua di provenienza dei migranti, che sono siano in contatto con associazioni o *pool* di interpreti o persone specializzate sul piano interculturale.

⇨ Complementarietà dei metodi qualitativi

L'applicazione di metodi qualitativi piu flessibili in conversazioni personali, individuali o di gruppo, consentono non solo di raggiungere quei pazienti che solitamente non rispondono a questionari standardizzati, ma offrono anche la possibilità di esaminare più profondamente le motivazioni delle risposte. Questo tipo di approccio è in grado di cogliere aspetti nuovi, inaspettati e ambigui che i metodi standardizzati non riescono a rilevare. D'altro canto questi metodi sono relativamente costosi e i risultati sono più difficili da generalizzare; tuttavia possono affiancare e arricchire inchieste più ampie esplorando l'opinione di determinati gruppi, sebbene solo in modo puntuale. I metodi qualitativi inoltre consentono anche di comprendere più facilmente le ragioni del rifiuto di partecipare ad un'indagine e adattare di conseguenza la strategia di approccio ai pazienti .

8.2.3 Significato delle inchieste di soddisfazione dal punto di vista dei migranti

Alcuni pazienti – siano essi migranti o no – non riescono sempre a comprendere il significato o l'obiettivo di un questionario da compilare,

anche quando al questionario si acclude una lettera esplicativa. Si chiedono chi riceverà queste informazioni, a cosa serviranno, se è garantito l'anonimato – e ciò frena la partecipazione.

Inoltre dalle conversazioni emerge che i migranti che hanno un status giuridico precario, hanno paura delle conseguenze di una partecipazione ad un'inchiesta. Temono di perdere il loro status oppure temono rappresaglie in caso dovessero rispondere in maniera critica, poiché nutrono dubbi sul rispetto dell'anonimato. Di primo acchito queste preoccupazioni possono sembrare ingenue, ma devono essere messe in relazione al passato della persona, che p. es. potrebbe essere fuggita da un regime autoritario. Alcuni migranti temono di non rispondere correttamente, oppure pensano che la loro opinione di migranti conti poco o nulla. Altri ancora – e ciò di certo non è una caratteristica esclusiva dei migranti – mettono semplicemente in dubbio l'utilità di un simile questionario, del quale non vedranno mai il risultato.

⇨ Informazioni preliminari e supplementari

Per ovviare a queste esitazioni è importante compiere un primo passo: informare oralmente i pazienti, comunicando loro che al momento della dimissione dall'ospedale riceveranno un questionario, spiegando chiaramente quali sono gli obiettivi (miglioramento della qualità delle cure e dei trattamenti) e il procedimento (rispetto della riservatezza ed elaborazione tramite un'impresa esterna[29]), acquistando così la loro fiducia. Durante la procedura di dimissione dovrebbe essere accertata la preferenza linguistica nonché il recapito preciso dei migranti illegali; se essi lo tacciono per varie ragioni al momento del ricovero, più tardi sentendosi rassicurati lo declinano più facilmente.

Alcuni obietteranno che un simile procedimento richiede ulteriore personale durante l'indagine, perché bisogna calcolare il tempo necessario all'informazione approfondita dei pazienti; ma l'inchiesta guadagnerà professionalità e credibilità.

Per motivare i pazienti a partecipare all'inchiesta, e per convincerli dell'utilità sarebbe opportuno mostrare loro brevemente (in maniera sintetica) il risultato di precedenti indagini. Inoltre sarebbe particolarmente incoraggiante indirizzare l'attenzione sui provvedimenti che sono stati adottati per migliorare le prestazioni in seguito alle inchieste precedenti.

[29] A questo riguardo alcuni partecipanti dei focus groups *hanno proposto di evidenziare in maniera più chiara i logo di chi gestisce l'inchiesta e di ridimensionare quello dell'ospedale, affinché ai pazienti appaia più chiaro che, a garanzia di imparzialità, sarà il responsabile dell'inchiesta ad elaborare i dati e non l'ospedale stesso.*

Infine si può anche constatare che il termine "soddisfazione" non è adatto per pazienti che non osano esprimere la propria insoddisfazione: il termine ha una connotazione positiva[30]. Bisogna anche ammettere che la maggioranza delle persone si sentono a disagio quando debbono esprimere un giudizio di carattere generale ("chi sono io per giudicare?"), in particolare quando si tratta di un bene così prezioso come la salute. Inoltre si deve considerare anche il fatto che a volte i migranti paragonano gli ospedali svizzeri con gli ospedali dei loro paesi d'origine, meno "sviluppati". In effetti, il termine di soddisfazione induce a fornire una risposta o assolutamente positiva o completamente negativa, invece di invitare la persona interpellata a fornire una serie di riscontri differenziati o neutri. A nostro avviso, p. es. sarebbe più opportuno parlare di "valutazione" dei pazienti oppure di riscontro dei pazienti, usando dunque una terminologia meno connotata.

⇨ Riflessioni per aumentare il tasso di risposta

Per migliorare il tasso di risposta, sarebbe opportuno garantire il monitoraggio, telefonando al paziente oppure, nel caso di particolari categorie di pazienti, chiedendo qualche giorno dopo l'invio del questionario se lo hanno ricevuto, incoraggiandoli a compilarlo e controllando se hanno trovato un'assistenza adatta per rispondere alle domande (per persone, che non parlano correntemente la lingua del luogo, si potrebbe chiedere l'intervento di un interprete della rete dell'ospedale).

Alcuni interlocutori raccomandano anche di tralasciare le indagini interne quando si realizza un'inchiesta di maggiori proporzioni onde evitare di sopraffare di richieste il paziente.

8.3 Gli strumenti di rilevazione

Una volta affrontate le questioni relative ad un'insufficiente conoscenza della lingua locale (per alloctoni, o non indigeni) oppure al livello linguistico (analfabetismo funzionale), che si possono riscontrare sia presso la popolazione migrante sia autoctona, e una volta informati chiaramente degli obiettivi del sondaggio per eliminare tutte le esitazioni, non vi dovrebbero essere in linea di massima altri ostacoli a che i migranti compilino i questionari di soddisfazione. I migranti provenienti dai più svariati paesi, ai quali abbiamo mostrato una copia degli strumenti di indagine in uso in Svizzera, hanno considerato in genere le domande poste pertinenti e atte a

[30] Si potrebbe benissimo anche parlare provocativamente di inchieste di insoddisfazione.

rilevare la loro esperienza ospedaliera. Le loro reazioni attestano che le questioni affrontate sono un mezzo sufficiente per valutare la soddisfazione dei migranti, così come vale per qualsiasi altro paziente. Inoltre nessuna persona interpellata ha richiesto un questionario speciale (adattato allo status di migrante), confermando con ciò di voler essere trattati come tutti gli altri pazienti.

⇨ Utilizzare questionari finalizzati ai pazienti

In considerazione dei colloqui condotti sia con i migranti sia con gli esperti non sembra sia necessario sviluppare a priori metodi particolari da utilizzare di regola con i migranti, anche se le iniziative adattate alle loro esigenze – in complemento e in maniera puntualizzata – non devono essere scartate. I pazienti di origine immigrata tendono a cumulare una serie di difficoltà – di carattere linguistico, sociale, culturale o professionale –; tuttavia i problemi che incontrano negli ospedali non sono diversi da quelli vissuti dalla popolazione in generale sebbene magari con intensità diversa. Di conseguenza se vi sono temi sensibili, sembra meglio affrontarli a livello personale piuttosto che comunitario. Le persone di origine immigrata, per esempio, preferiscono parlare delle loro abitudini alimentari e non della loro appartenenza religiosa, che potrebbe dar luogo ad atteggiamenti stigmatizzanti mentre il personale tende talvolta a affrontare questa questione in modo indiretto, chiedendo informazioni sull'appartenenza religiosa da cui poi deducono eventuali pratiche alimentari specifiche. Analogamente questioni che riguardano il comportamento discriminatorio o razzista possono essere affrontate meglio con domande che riguardano il rispetto del paziente o la fiducia nel personale specializzato, e non necessariamente con domande dirette (del tipo: Ha incontrato comportamenti razzisti?) In ogni caso, l'attenzione rivolta all'interazione tra personale ospedaliero e paziente è fondamentale.

L'unico tema che dovrebbe essere affrontato in maniera diretta è l'interpretariato e la mediazione culturale nell'ospedale, benché quest'ultima riguardi anche persone svizzere che sono a contatto con personale sanitario straniero. Diverse persone interpellate – sia esperti sia migranti – sono dell'avviso che sarebbe utile, integrare domande riguardanti la disponibilità di questi servizi, le possibilità di accesso e le esperienze che hanno fatto in questo campo. Si potrebbe immaginare una particolare rubrica di domande introdotte da un filtro (che conviene o non alla persona interrogata) oppure accludere un modulo speciale a quello standard. Questa raccomandazione vale in particolare per i reparti di psichiatria, dove il linguaggio è uno strumento di lavoro e trattamento. Se ne dovrà tenere specificamente conto nei questionari redatti per queste unità.

Si raccomanda inoltre di prevedere domande aperte o possibilità di aggiungere delle osservazioni negli strumenti semi standardizzati, offrendo l'opportunità di inserire riflessioni e desideri insoliti e non previsti dai responsabili dell'indagine. In breve, si tratta per lo più di affinare o adattare strumenti esistenti, conformemente alla richiesta di inserire la questione della migrazione come una questione centrale per la gestione della qualità.

Nell'ambito di questo studio non è stato possibile esaminare dettagliatamente agli strumenti usati in Svizzera e la loro *migrant friendliness*, e dunque valutare in maniera approfondita la loro sensibilità per la diversità. Va da sé che in occasione dello sviluppo e dell'introduzione di un strumento, esso andrebbe testato possibilmente con uno gruppo di pazienti dalle più svariate origini, per evitare distorsioni sociocentriche o etnocentriche.

In questo contesto e in vista delle analisi delle risposte vanno preferite domande fattuali e circostanziate a quelle speculative o a giudizi poiché questi variano in funzione della sensibilità culturale (p. es. la propensione a utilizzare più o meno superlativi).

8.4 Nuove piste per il futuro

8.4.1 Coordinamento, impulsi e monitoraggio

Le numerose questioni relative alla misura della soddisfazione dei pazienti di origine immigrata fino ad ora sono state poco analizzate sia nella pratica ospedaliera sia nella letteratura specializzata (confr. analisi della letteratura p. 26). Dalle conversazioni condotte e dalle letture fatte nell'ambito di questo studio, la tematica è contemporaneamente banale e complessa a causa delle molteplici dimensioni che riveste e delle competenze che richiede: sanità, migrazione/interculturalità, gestione della qualità e metodologia delle inchieste e di ricerca. Ne consegue che sono indispensabili una collaborazione transdisciplinare e un dialogo tra gli operatori ospedalieri e le persone che approntano gli strumenti di rilevazione, se si vogliono trovare soluzioni non solo sensate ma anche pragmatiche e ragionevoli sul piano sia istituzionale che finanziario. Poiché mancano soluzioni ottimali, metodi adeguati potranno essere messi a punto attraverso un processo del tipo *try and error*, cioè cercando di completare e migliorare i sondaggi attualmente esistenti.

Per evitare doppio lavoro, un simile procedimento presuppone uno scambio di idee ed esperienze continuo e dettagliato (p. es. in occasione di conferenze), che consenta di mirare alle complementarità dei sondaggi e permetta di realizzare la cooperazione fra gli ospedali. Molti esperti interpellati lamentano di non essere stati informati delle iniziative avviate in altri istituti e auspicano una migliore informazione. A nostro avviso ciò non

potrà essere realizzato efficacemente se non si prevede che un'istituzione assuma un ruolo leader, centralizzato e di coordinamento: potrebbe essere p. es. MFH – o un'organizzazione nazionale, credibile e allo stesso tempo relativamente neutra rispetto alle poste in gioco istituzionali e agli attori in presenza. L'UFSP, H+, i Cantoni e le compagnie assicurative o eventualmente altri uffici federali potrebbero sostenere finanziariamente questa iniziativa quali partner nel sistema sanitario[31]; sarebbe inoltre di interesse generale una gestione della qualità professionale ed effettiva in grado di ridurre i costi della sanità.

Se il finanziamento dei regolari sondaggi è di competenza degli ospedali, e la promozione della qualità costituisce parte integrante della gestione ospedaliera, sarebbe auspicabile disporre di una base per il finanziamento sotto forma di impulsi o almeno avere delle partecipazioni, iniziative promettenti e innovative, che in seguito potrebbero essere utili a tutti i prestatori di cure ospedaliere. Può trattarsi sia di inchieste atte ad esplorare metodi complementari (interviste telefoniche) oppure rivolte a particolari gruppi di pazienti (a seconda del loro status giuridico o della provenienza, ecc.), sia di nuovi strumenti da sviluppare, come p. es. la traduzione di un questionario in una lingua conosciuta ai migranti (le questioni relative alla ricerca sono affrontate nel paragrafo 8.4.2).

A nostro avviso queste analisi dovrebbero essere accompagnate da un monitoraggio e una valutazione, almeno per quel che riguarda le iniziative più importanti, che sono già state avviate o quelle future. L'UFSP detiene le competenze metodologiche e tematiche indispensabili, ma potrebbe utilmente integrare anche esperti di varie specializzazioni.

Inoltre sarebbe interessante riflettere sull'istituzione di un servizio neutrale, in grado di offrire agli ospedali particolari suggerimenti atti a migliorare o ampliare le inchieste o i procedimenti rivolti alle persone di origine immigrata. Questa prestazione, che eventualmente in un modo o nell'altro dovrebbe essere collegata al Servizio nazionale di coordinamento e informazione per la promozione della qualità (meglio noto sotto la sigla KIQ), potrebbe rivelarsi un prezioso aiuto per le strutture ospedaliere e particolarmente per quelle che non dispongono del necessario personale specializzato in questo specifico settore.

[31] Bisogna notare che ci siamo messi in contatto con le associazioni dei pazienti, ma sembra che non siano coinvolti nelle questioni che riguardano l'analisi della soddisfazione.

8.4.2 Nuove piste di ricerca

Nei paragrafi precedenti abbiamo formulato raccomandazioni per migliorare l'implementazione delle questioni concernenti la migrazione nelle inchieste di soddisfazione. Alcuni dei provvedimenti raccomandati possono essere attuati immediatamente, altri invece dovrebbero essere valutati quanto alla loro l'utilità con ulteriori studi tematici o metodologici che vanno oltre il quadro stabilito per il presente progetto. Ciò sarebbe opportuno tanto più che è difficile trarre conclusioni per la situazione svizzera di risultati ottenuti in altri paesi e contesti (altri gruppi minoritari, diversità politiche, ecc.).

Nuovi studi sono necessari poiché in Svizzera mancano quasi del tutto dati empirici sul livello di soddisfazione dei pazienti migranti, dei procedimenti di indagine e addirittura dati sul numero dei pazienti migranti negli ospedali. Le ricerche fornirebbero la necessaria legittimazione scientifica a decisioni che potrebbero comportare investimenti considerevoli.

Abbiamo constatato che uno dei problemi maggiori delle inchieste di soddisfazione è connesso alle modalità di somministrazione dei questionari scritti e all'accesso ad alcuni gruppi di pazienti, in particolare a quei gruppi che non parlano la lingua locale o che hanno difficoltà a leggere e scrivere nonché ai gruppi che sono particolarmente mobili o diffidenti. Di conseguenza sarebbe interessante analizzare l'efficacia di un altro genere di indagine, come per esempio la somministrazione telefonica del questionario tramite un intervistatore che padroneggia la lingua del migrante, in modo da poter comparare il tasso di risposta e la rappresentatività del campione di pazienti intervistati con i risultati ottenuti attualmente con questionari compilati per iscritto.

Sarebbe anche interessante analizzare la somministrazione del questionario all'interno dell'ospedale stesso prima che il paziente venga dimesso, effettuata da un intervistatore esterno evidentemente padrone della lingua del paziente (magari con il ricorso ad un interprete comunitario). Gli esperti rilevano che questo metodo causerebbe delle distorsioni nelle risposte che sarebbero dovute al fatto che il paziente non ha avuto il tempo di elaborare la propria esperienzea in ospedale, oppure che egli potrebbe essere influenzato dal personale ospedaliero e dall'interazione con l'intervistatore. Sarebbe perciò interessante paragonare i risultati, concernenti la soddisfazione e la valutazione del procedimento, ottenuti con l'attuale modalità di somministrazione del questionario e quelli ottenuti con la modalità alternativa all'interno dell'ospedale. Ciò permetterebbe di misurare eventuali differenze tra le due modalità e operare una scelta consapevole tra il sistema attuale, che minimizza le distorsioni nelle risposte ma esclude un vasto gruppo di pazienti, e il sistema alternativo che permette di accedere all'insieme dei pazienti, garantisce un elevato tasso di risposta – e constente

eventualmente di rilevare il profilo e le motivazioni dei pazienti che rifiutano di partecipare all'indagine.

Inoltre sono scarsi i dati sistematici relativi alla soddisfazione dei pazienti appartenenti a gruppi minoritari in Svizzera, ad eccezione di un rapporto interno di un fornitore di sondaggi che si basa su variabili riferite esclusivamente alla lingua (si veda Mecon, 2003). Sarebbe perciò interessante realizzare uno studio, che introduce nel questionario alcune variabili necessarie all'identificazione dei migranti per misurare la differenza di soddisfazione fra i gruppi dei pazienti. Sarebbe inoltre possibile sfruttare i dati contenuti nel dossier ammistrativo, se si vogliono paragonare i tassi di ritorno. Ciò si potrebbe eventualmente realizzare nell'ambito di un'inchiesta regolare in uno o più ospedali che presentano una proporzione elevata di pazienti migranti. E' inoltre possibile sovrarappresentare i migranti nel campione nelle inchieste condotte in un periodo di tempo limitato per consentire una comparazione significativa.

Alcuni esperti ritengono che in seguito ad un simile studio che provasse in modo scientificamente valido una differenza di soddisfazione tra autoctoni e migranti risulterebbe più facile ricevere il necessario sostegno istituzionale per realizzare misure miranti a prendere meglio in considerazione i migranti nelle indagini. Per analogia, si dovrebbero analizzare anche le differenze nel tasso di risposta. La letteratura indica che queste differenze sono molto grandi in Inghilterra, ma al giorno d'oggi non si dispone di dati scientificamente validi per quanto riguarda la Svizzera.

Bibliographie

Barr D.A. (2004). Race/ethnicity and patient satisfaction. Using the appropriate method to test for perceived differences in care. J Gen Intern Med 19(9): 937-43.

Bauer Th. (2005). Das Vertrauen ist das Wichtigste - Erfahrungen von Migrantinnen und Migranten mit der Gesundheits-versorgung in der Schweiz. Caritas, St-Gallen.

Beroud C., Eggli Y., Perret A. (1998). Satisfaction des patients du CHUV en 1996-1997, Hospices cantonaux (raisons de santé, 30), Lausanne.

Bischoff A. (2003). Caring for migrant and minority patients in European hospitals. A review of effective interventions. SFM, Neuchâtel.

Bouknight R.R., Hogan A. (2000). Race and patient satisfaction. Health Aff (Millwood) 19(6): 307-8.

Burnand B., Paccaud F. (eds) (1997). Maîtrise de la qualité dans les hôpitaux universitaires : satisfaction des patients. Institut universitaire de la médecine sociale et préventive (raison de santé, 1), Lausanne.

Bushy A. (1995). Ethnocultural sensitivity and measurement of consumer satisfaction. J Nurs Care Qual 9(2): 16-25.

Callan A., Littlewood R. (1998). Patient satisfaction: ethnic origin or explanatory model? Int J Soc Psychiatry 44(1): 1-11.

CPEHN (2001). Diverse patients, disparate experience: the use of standardized patient satisfaction survey in assessing the cultural competence of Health Care Organizations. California Pan-Ethnic Health Network, California.

Dahinden J., Chimienti M. (2002). Professionelles Sprachmitteln und interkulturelles Vermitteln im Gesundheits-, Sozial- und Bildungsbereich : theoretische Perspektiven. SFM, Neuchâtel.

Etienne M. (2005). TQM-Leitfaden für Spitäler. Erfolgsfaktoren für die praktische Umsetzung. Haupt Verlag, Bern.

Garroutte E.M. et al. (2004). Patient satisfaction and ethnic identity among American Indian older adults. Soc Sci Med 59(11): 2233-44.

Gary T.L. et al. (2003). Racial/ethnic differences in the healthcare experience (coverage, utilization, and satisfaction) of US adults with diabetes. Ethn Dis 13(1): 47-54.

Greenberg, G. et al. (2003). Medicaid managed care and racial differences in satisfaction and access. J Health Care Poor Underserved 14(3): 351-71.

Hayes R.P., Baker D. W. (1998). Methodological problems in comparing English-speaking and Spanish-speaking patients' satisfaction with interpersonal aspects of care. Med Care 36(2): 230-6.

Kersnik J., Ropret T. (2002). An evaluation of patient satisfaction amongst family practice patients with diverse ethnic backgrounds. Swiss Med Wkly 132(9-10): 121-4.

KIQ (2003). Rapport de qualité 2001.

Mecon (2003). Patientenzufriedenheit Vergleich nach Srachgruppen. Mecon, Zurich.

Merrill R.M., Allen E.W. (2003). Racial and ethnic disparities in satisfaction with doctors and health providers in the United States. Ethn Dis 13(4): 492-8.

Morales L.S., Puyol J.A., Hays R.D. (2003). Improving patient satisfaction surveys to access cultural competence in Health Care. Los Angeles: University of California.

Perneger Th.V. et al. (2003). A randomized trial of four patient satisfaction questionnaires. Medical Care 41: 1343-1352.

Raymond L., Bouchardy C., Wanner P. (1995). Taux de participation à la mammographie de dépistage, d'après l'enquête suisse de santé 1992-94, in J.M. Haefliger, W. Weber (eds), Dépistage du cancer du sein en Suisse, Ligue Suisse contre le cancer, Berne.

Saha S., Hickam D.H.(2003). Explaining low ratings of patient satisfaction among Asian-Americans. Am J Med Qual 18(6): 256-64.

Scherpenzeel A.C. , Saris W.E. (1995). “Effects of data collection techniques on data quality: an evaluation of interviewer- or self-administered computer assisted data techniques”. In Scherpenzeel A.C. A Question of Quality. Dissertation, Royal PTT Netherlands, KPN research.

Schoch M. (2004). Prise en charge des patients "sans-papiers" à la Policlinique Médicale Universitaire de Lausanne. Policlinique Médicale Universitaire, Lausanne.

Simoes S. (2004). Accès aux soins des populations en marge du système de santé en Suisse: le projet pilote Fri-Santé. Médecins sans Frontières, Fribourg.

van Zanten M., Boulet J.R., McKinley D.W.(2004). The influence of ethnicity on patient satisfaction in a standardized patient assessment. Acad Med 79(10 Suppl): S15-7.

Weiss R., Stuker R. (1998). Interprétariat et médiation culturelle dans le système de soins : rapport de base. SFM, Neuchâtel.

Westaway M.S. et al. (2002). Development and testing of a 25-item patient satisfaction scale for black South African diabetic outpatients. Curationis 25(3): 68-75.

Woods S.E., Bivings R., Oteng K., Engel A. (2005).The influence of Ethnicity on Patient Satisfaction. Ethnicity and health 10(3):235-242.

Zaslavsky A.M., Zaborski L.B., Cleary P.D. (2002). Factors affecting response rates to the Consumer Assessment of Health Plans Study survey. Med Care 40(6): 485-99.

Annexe I

Analyse de la littérature

Les études quantitatives

Parmi les quatorze études quantitatives la majorité provient des Etats-Unis (onze), une d'Afrique du Sud, une de Slovénie et une de Suisse. Huit articles se penchent sur le rapport ethnicité - satisfaction, dont un traite de l'influence du système médical (comparaison de deux systèmes) sur l'accès aux soins et la satisfaction des patients issus de minorités et un qui explique le moins bon taux de satisfaction généralement constaté auprès des Asiatique. Un article s'interroge sur la pertinence de donner l'opportunité aux patients de choisir un médecin du même background culturel. Cinq articles sont consacrés aux aspects méthodologiques de l'enquête de satisfaction dont trois comparent les questionnaires de satisfaction (deux selon les version linguistiques anglaise - espagnole, et une comparant quatre enquêtes destinées à être utilisées en Suisse romande, sans mention de la mesure de la satisfaction des migrants), un retrace le développement et le test d'un questionnaire de satisfaction destiné aux patients diabétiques noirs sud-africains, et un qui examine les facteurs influençant une non-réponse aux enquêtes de satisfaction et propose des solutions pour l'améliorer.

Méthodologies utilisées

Les études quantitatives partent en général des constats reportés dans des études similaires, à savoir que les populations issues de minorités sont généralement moins satisfaites. Quatre études se basent sur des données existantes, obtenues à l'occasion de grands sondages nationaux américains (BRFSS et CAHPS) et récoltées le plus souvent par téléphone (computer assited), ou par écrit avec rappel téléphonique si nécessaire. Ces sondages utilisent deux versions linguistiques du même questionnaire, anglaise et espagnole. Pour les dix autres études, les chercheurs ont eux-mêmes récoltés les données : dans trois cas ils ont envoyé des questionnaires aux patients, dans six cas ils ont administré le questionnaire par oral soit durant des entretiens face-à-face, soit par téléphone soit en combinant les deux (lorsqu'il y a eu deux phases de récoltes de données), dans un cas le questionnaire a été transmis aux patients par le médecin traitant qui a d'ailleurs aussi été sollicité pour faire le tri des patients qui remplissaient les critères fixés pas les chercheurs. Tous les chercheurs ont analysé les données recueillies à l'aide de méthodes statistiques.

Echantillon et groupes étudiés

Le nombre de participants aux enquêtes varie selon les études. Trois recherches ont été menée auprès de moins de 300 patient, quatre auprès d'un

échantillon se situant entre 484 et 991 participants, pour cinq études le nombre de participant se chiffre en plusieurs milliers (2226 – 9443) et deux études analysent de très gros échantillons se chiffrant en centaines de milliers de participant soit 259'710 et 334'397. La plupart des échantillons comportent des faiblesses dont une proportion inégale des différents groupes étudiés, et une répartition inégale entre les différents sexes, âges et niveau socio-économiques.

Pour les études américaines, les comparaisons entre les groupes se font le plus souvent en se basant sur la race, plus rarement sur les différences ethniques ou nationales. Une seule étude se penche sur les différences linguistiques. Ainsi les groupes comparés se distribuent le plus souvent en quatre catégories : « Noirs – Blancs – Hispaniques – Asiatiques » (concerne deux études) ou, pour trois études, « non-Hispanic Whites – non-Hspanics Blacks – Hispanics – Others » (regroupant sous « Others » les Aiatiques, les populations des îles, les Indien américains et autres) ». Deux études comparent les Noirs et le Blancs, une compare les Indiens avec les autres populations, une comparent les Slovènes et les non-Slovènes (Serbes, Bosniaques, Croates et Albanais), et une compare les patients parlant anglais et les patients parlant espagnols. L'étude anglaise regrouppe les patients en cinq catégories ethniques et une catégorie religieuse (Anglais, Irlandais, autres européens, Asiatiques du Sud, Afro-Caraïbiens ou Africain et Juifs). L'étude sud africaine se concentrait que sur les Noirs sud-Africains et l'étude suisse ne s'adressait qu'aux suisses francophones. Deux études ont incluse dans leurs recherches l'origine ethnique des médecins qui ont été évalués par les patients.

Critères d'exclusion

La plupart des recherches ont exclues explicitement ou implicitement les patients ne parlant pas ou pas suffisamment bien la ou les langues des questionnaires et ceux n'ayant pas les facultés cognitives ou mentales requises pour répondre à un questionnaire. Seulement trois études mentionnent des efforts particuliers entrepris pour inclure un maximum de personnes dans les enquêtes par la mise à disposition d'intervieweurs parlant les langues les plus répandues dans les régions étudiées. Une étude a éliminé le problème d'exclusion par la langue en ne comparant que deux groupes linguistiques pour lesquels il existait des questionnaires linguistiquement adaptés.

Le second critère d'exclusion est l'âge (les enquêtes s'adressant aux adultes), une étude s'adressait particulièrement aux patients de plus de 50 ans. Deux études ont exclus de leurs recherches certains services hospitaliers comme l'obstétrique, la psychiatrie, les services dentaires, alors que trois études se sont focalisées sur des patients concernés par des problématiques

particulières , deux s'adressant aux diabétiques et une aux patients d'un service psychiatriques. Enfin, un autre critère d'exclusion explicite fut celui de ne pas avoir indiqué l'origine ethnique, ou faire parti d'un groupe qui n'a pas atteint le nombre critique de participant nécessaire à une analyse statistique.

Les personnes illettrées ont aussi été exclues de facto des études utilisant les questionnaires écrits, biais qui a pu être supprimé pour la plupart des études qui ont effectué la collecte de données par téléphone, ou par entretiens face-à-face.

Il va de soi que les personnes qui n'ont pu être contactée ni par téléphone ni par écrit ont-elles aussi étaient exclues des recherches.

Setting

Les enquêtes menées dans le cadre de ces études ont été effectuées aussi bien auprès de patients ayant été hospitalisés ou s'étant rendu à l'hôpital pour des consultations ambulatoires (5) qu'auprès de patients ayant consulté aurpès d'un cabinet de médecin (5). Dans quatre cas de figure les pourvoyeurs de soins étaient soit multiple soit n'étaient pas mentionnés.

Les études américaines se sont pour la plupart déroulée sur un territoire relativement petit, incluant cependant des régions urbaines et rurales. Trois d'entre elles ont été menées sur tout le territoire américain. L'étude sud africaine et l'étude suisse se sont concentrées sur deux régions urbaines, alors que l'étude slovène s'est déroulée dans des régions aussi bien urbaines que rurales.

Aspects de la satisfaction abordés

Les aspects de la satisfaction qui ont été étudiés dans ces recherches sont aussi larges que variés, néanmoins les deux aspects principaux qui ont été mesuré sont l'accès aux soins et la satisfaction des patients. La plupart des recherches se basent sur des questionnaires et des dimensions divers : les contacts interpersonnels avec les médecins, le personnel soignant, la qualité des services et des commodités. Certains auteurs se sont spécifiquement penchés sur les aspects interpersonnels des soins qui semblent poser le plus de problèmes aux patients migrants.

Les études qualitatives

Provenance

Parmi les quatre études qualitatives retenues, deux proviennent des Etats-Unis et deux sont suisses.

Buts

Chacune de ces quatre études poursuit des buts différents et complémentaires permettant d'appréhender la question de la mesure de la satisfaction et de la satisfaction des groupes ethniquement et culturellement divers.

La première étude américaine vise à montrer quels outils peuvent être apporté par l'anthropologie pour obtenir des informations ethnoculturelles. La seconde vise trois objectifs : 1) résumer les forces et les faiblesses méthodologiques des enquêtes de satisfaction auprès de consommateurs, concernant les mesures auprès des populations culturellement et linguistiquement diverses 2) donner un aperçu des recherches existantes et en cours concernant les différences ethniques et raciales dans le domaines des soins 3) développer des recommandations pour l'utilisation d'enquêtes standardisées visant à évaluer les soins auprès de populations ethniquement et linguistiquement diverses.

Les études suisses ont pour but pour l'une d'enquêter sur la perception du système de soins et les expériences d'une série de migrants et de traducteurs de pays très divers, et l'autre, de présenter le panorama d'interventions effectives concernant les groupes issus de minorité, décrites dans la littérature médicale et fournir des informations utiles pour permettre aux hôpitaux prenant part dans le programme MFH de choisir et d'implémenter des interventions adéquates.

Méthodologies utilisées

Parmi les études sélectionnées, toutes se basent sur une revue de la littérature. Une combine ces recherches par des entretiens avec des experts et la seconde par des *focus groups*.

Echantillon étudié

La question de l'échantillonnage et du choix des groupes ethniques ne se pose pas dans trois cas. L'étude qui s'est basée sur des *focus groupes* y a inclus des personnes d'origine très diverses provenant de l'Europe du Sud et de l'Est, des Balkans, du Proche et Moyen Orient, d'Afrique ainsi que d'Amérique latine.

Les études combinant les approches quantitatives et qualitative

Provenance

Les deux études combinant les approches quantitatives et qualitatives ont été menées l'une aux Etats-Unis et l'autre en Grande Bretagne.

Buts

Les buts fixés ont été pour l'une de comparer les différences de satisfaction entre personnes de différentes provenances ethniques et pour la seconde d'examiner les enquêtes standardisées de mesure de satisfaction et formuler

des recommandations pour mieux mesurer la qualité des compétences culturelles dans les organisations de santé.

Méthodologies utilisées

La première étude a procédé en organisant des entretiens individuels et en groupe, en effectuant une analyse de trois questionnaires de satisfaction et d'expériences des patients avec le milieu de la santé en Californie, et en analysant statistiquement les données recueillies grâce aux questionnaires évalués en mettant un accent particulier sur les variables races, ethnicité et langue. La recherche britannique s'appuie quant à elle sur l'analyse de la littérature, l'organisation d'entretiens face-à-face à l'hôpital, l'envoi d'un questionnaire écrit, et l'analyse qualitative et quantitative des données (production de données qualitatives, quantitatives et comparaison entre les deux).

Echantillon, population étudié

L'équipe de recherche britannique a interviewé 62 Noirs et personnes issues de minorités et 19 Blancs. Elle a proposé aux participants six catégorises dans lesquelles ils pouvaient se classer : Anglais, Irlandais, Européen, Afro-Caraïbien et Africain, Asiatique du Sud et Juifs, qu'elle dans la comparaison en deux groupes : « Noirs et personnes issues de minorité » et « Blancs ».

Critères d'exclusion

Aucun patient n'a été exclu pour des questions de langue. Les patients nés en Australie et aux USA ont été exclus, ainsi que ceux qui ne possédaient pas les facultés cognitives adéquates

Setting : Unité psychiatrique de l'hôpital central de Londres.

Annexe II

« Mesure de la satisfaction des patients migrants en milieu hospitalier » dans le cadre du projet MFH

Protocole de procédure pour les *focus groups*

L'équipe de recherche :

Les entretiens *focus group* seront conduits durant le mois d'août et début septembre par les deux chercheuses du SFM travaillant sur le projet « mesure de la satisfaction des patients migrants en milieu hospitalier » : Denise Efionayi, cheffe de projet, et Urszula Stotzer, collaboratrice scientifique (cf. coordonnées figurant sur la lettre d'accompagnement).

Critères de participation:

Est susceptible de participer au *focus group* toute personne migrante, adulte, ayant séjourné au moins une fois dans un hôpital en Suisse au cours des 12 derniers mois (durée de séjour : plus de 24 h.). Il est souhaitable, mais pas obligatoire, que la personne ait déjà pris part à une enquête de satisfaction (par questionnaire). L'origine ethnique n'a pas d'importance, mais pour des raisons pratiques, il est cependant souhaitable de former des groupes relativement homogènes d'un point de vue linguistique (p.ex. personnes francophones et/ou une seule langue allophone). Aucune connaissance particulière n'est demandée aux patients si ce n'est l'intérêt pour la thématique.

Identification des participants:

L'identification des personnes remplissant les critères de participation se fera à travers des établissements médico-sociaux ou professionnels indépendants travaillant avec des migrants ainsi qu'à travers des associations de migrants. Le lien de confiance établi entre ces institutions ou organisations et les migrants est un facteur primordial pour la réussite de notre recherche.

Recrutement des participants:

Le mode de recrutement est à définir entre l'équipe de recherche SFM et les partenaires à savoir les collaborateurs des établissements médico-sociaux et

RUE ST-HONORÉ 2 – CH-2000 NEUCHÂTEL
TÉL. +41 (0)32 718 39 25 / 20 – FAX +41 (0)32 718 39 21
E-MAIL URSZULA.STOTZER@UNINE.CH – WWW.MIGRATION-POPULATION.CH

les responsables d'associations de migrants. Deux alternatives sont possibles :

1) Les partenaires présentent brièvement le SFM et les buts de l'étude et demandent aux participants potentiels s'ils sont d'accord que leurs coordonnées soient transmises à l'équipe de recherche du SFM. Elle se chargera ensuite de convaincre les personnes de prendre part à l'étude et, le cas échéant, de leur fixer un rendez-vous.

2) Les partenaires présentent brièvement le SFM, les buts de l'étude ainsi que le déroulement de l'entretien *focus group* et demandent directement aux participants potentiels s'ils veulent participer à l'entretien. Le rendez-vous leur sera fixé soit par les partenaires soit par l'équipe de recherche du SFM. Cette deuxième alternative peut assurer plus d'anonymat aux participants si telle est leur crainte majeure.

Documents fournis au préalable aux participants:

Les participants à l'entretien *focus group* recevront au minimum une semaine au préalable un questionnaire de satisfaction couramment utilisé dans les hôpitaux ainsi que le guide d'entretien (traduit si nécessaire) afin qu'ils puissent réfléchir aux questions que l'équipe de recherche leur posera. Il sera demandé aux participants de remplir, dans la mesure du possible, le questionnaire de satisfaction, mais cela ne sera pas obligatoire pour participer à l'entretien *focus group*.

Déroulement de l'entretien *focus group*:

Au début de l'entretien *focus group*, qui réunira entre 4 et 6 participants, l'équipe de recherche présentera les buts de la recherche et expliquera clairement pour qui cette recherche est effectuée. Elle laissera le temps aux participants de poser des questions s'ils le souhaitent.

L'entretien se déroulera dans la langue la mieux parlée par les participants. Si ceux-ci ne parlent ni français ni allemand ou s'ils ont quelconque difficulté à s'exprimer dans une de ces deux langues, il sera fait appel à un interprète communautaire formé pour assurer la traduction.

La durée de l'entretien sera de 2h à environ 3h, selon les besoins en traduction.

Confidentialité et anonymat

L'équipe de recherche demandera aux participants s'ils sont d'accord que l'entretien soit enregistré à des fins de retranscriptions (il sera détruit par la suite), tout en leur garantissant l'anonymat et la confidentialité qui s'imposent dans ce genre de recherche.

Défraiement :

Chaque participant recevra un bon Migros d'une valeur de 30 Frs en guise de remerciement pour sa participation à notre étude.

RUE ST-HONORÉ 2 – CH-2000 NEUCHÂTEL
TÉL. +41 (0)32 718 39 25 / 20 – FAX +41 (0)32 718 39 21
E-MAIL URSZULA.STOTZER@UNINE.CH – WWW.MIGRATION-POPULATION.CH

RUE ST-HONORÉ 2 – CH-2000 NEUCHÂTEL
TÉL. +41 (0)32 718 39 25 / 20 – FAX +41 (0)32 718 39 21
E-MAIL URSZULA.STOTZER@UNINE.CH – WWW.MIGRATION-POPULATION.CH

Guide d'entretien - Projet MFH « Mesure de la satisfaction des patients migrants en milieu hospitalier »

A travers l'étude à laquelle vous avez accepté de participer, nous aimerions trouver la meilleure manière de sonder la satisfaction des patients migrants en ce qui concerne leur séjour à l'hôpital. C'est pourquoi nous voudrions discuter ensemble de vos expériences liées à l'hospitalisation, ainsi que de votre avis sur la manière de faire une enquête de satisfaction. Les résultats de notre discussion resteront strictement confidentiels. Ils devraient contribuer à adapter les enquêtes de satisfaction aux besoins des migrants et améliorer leurs conditions de soins dans les hôpitaux. Nous vous remercions d'avoir accepté de participer à notre recherche.

Denise Efionayi et Urszula Stotzer

Perception du système hospitalier et du système de santé

Quelle a été votre expérience à l'hôpital (accueil, repérage dans les locaux, soins, sortie, etc.)

Difficultés principales rencontrées durant le séjour

Avez-vous rencontré des difficultés durant votre séjour à l'hôpital qui selon vous sont liées à votre statut de migrant? Pensez-vous que votre statut n'a pas joué de rôle ou a même été un avantage ?

Langue et communication

Avez-vous eu des problèmes pour vous faire comprendre ? Avez-vous compris ce que le médecin et le personnel soignant vous ont dit (langue, langage et contenu) ? Avez-vous été aidé par un interprète ? Avez-vous pu dire tout ce qui vous tenait à cœur ?

Habitudes alimentaires

Pratique religieuse

Autres difficultés rencontrées

Atouts et qualités constatées durant le séjour

Dans le but d'améliorer l'accès et la qualité aux soins, nous avons discutés des difficultés. Pouvez-vous également évoquer des expériences particulièrement positives concernant votre séjour à l'hôpital.

RUE ST-HONORÉ 2 – CH-2000 NEUCHÂTEL
TÉL. +41 (0)32 718 39 25 / 20 – FAX +41 (0)32 718 39 21
E-MAIL URSZULA.STOTZER@UNINE.CH – WWW.MIGRATION-POPULATION.CH

Enquête de satisfaction

Avez-vous participé à une enquête de satisfaction concernant de votre séjour à l'hôpital? Comment s'est-elle déroulée ? Qu'en pensez-vous ? Avez-vous des remarques ou des conseils en ce qui concerne la manière de sonder la satisfaction des patients en général et en particulier des migrants (questionnaire écrit, entretien individuel ou en groupe, avec qui? langues/traduction) ?

Le questionnaire

Que pensez-vous du questionnaire de satisfaction que vous avez reçu (par l'hôpital ou par l'équipe de recherche)?

Quels sont les thèmes qui selon vous devraient être abordés dans un questionnaire de satisfaction ?

Remarques concernant l'étude

Avez-vous des remarques ou suggestions concernant notre étude ?

RUE ST-HONORÉ 2 – CH-2000 NEUCHÂTEL
TÉL. +41 (0)32 718 39 25 / 20 – FAX +41 (0)32 718 39 21
E-MAIL URSZULA.STOTZER@UNINE.CH – WWW.MIGRATION-POPULATION.CH

Publications de la collection « Cohésion sociale et pluralisme culturel »

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Dernieres études publiées par le SFM

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

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

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

40 : Rosita Fibbi (2005). Mesures de lutte contre les discriminations à l'embauche.

39 : Gianni D'Amato (Hg.) (2005). Die Bedeutung des Wissenstransfers bei migrationspolitischen Fragen. Erfahrungen aus Frankreich, Deutschland, Österreich und der Schweiz.

38B : Roger Besson, Etienne Piguet (2005). Trajectoires d'asile africaines. Répartition des demandes d'asile en Europe et effets des politiques.

38A : Denise Efionayi-Mäder avec la collaboration de Joëlle Moret et Marco Pecoraro (2005). Trajectoires d'asile africaines. Déterminants des migrations d'Afrique occidentale vers la Suisse.

37 : Gianni D'Amato, Brigitta Gerber, Martina Kamm (2005). Menschenschmuggel und irreguläre Migration in der Schweiz.

36 : Janine Dahinden, Chantal Delli, Walter Grisenti (2005). Nationale Machbarkeitsstudie Projektmodell „Migration und Sucht".

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

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