

# Healthcare organisations facing Diversity

- Theoretical background:
  - History
  - Problematic of Diversity
  - New challenges
- First observations from an international field study
- Research question
- Institutional perspective
- User perspective
- Conclusion
- Discussion: Possible answers to diversity

# Healthcare organisations facing Diversity I

- Confrontation with highly differentiated, pluralistic societies
- Demand for differentiated healthcare measures ( Domenig, 2007)
- Difference-sensitivity has not always been a priority:
  - Uniformism: „access to services for all”, Difference-blindness
  - Focus on specific target groups :
    - Women (e.g. Women health clinics, [www.womenshealthclinic.org](http://www.womenshealthclinic.org) )
    - Migrant population (e.g. Migrant friendly hospital (MFH), [www.mfh-eu.net](http://www.mfh-eu.net))
    - Disabled people (e.g. empowering, independent living concept, see for example *Shakespeare, 2006*)

# Healthcare organisations facing Diversity II

- Today, this adaptation of health services to one specific target groups is not sufficient anymore
- Risk to create multiple discrimination and inequalities:
  - static, stereotyped perception of social categories (e.g. gender, origin, age, disability, sexual orientation, religion)
  - ignoring people's individual needs, social realities and practices
  - Neglect of complex, *mutual interdependency* of social divisions (see debate about intersectionality, for instance Anthias 2012; Hancock 2007; Knapp 2005; Walby, Armstrong and Strid 2012; Verloo 2006).

# Healthcare organisations facing diversity: New challenges

- People's needs = overlapping of many differences, group memberships and the uniqueness of the individual (Johnson and Munch 2009)
- Multiple identities, mobility
- Translocational approach (Anthias): time, space, sociability
- Diversity = the key to innovation

# First observations - some examples

- First results of an international field study comparing low threshold health and social care institutions in 5 European neighbourhoods (Paris, Malmö, London, Geneva, Barcelona)
- **Aim:** Understand how health and social care organisations and are facing diversity.
- **Method:** qualitative interviews with professionals and users of health and social care services
- Content analysis, software base
- For this presentation: some examples from low threshold health centres in Paris and Geneva

# Research questions

- **Institutional perspective: Professionals and their practices**
  - What is the discourse (reflexivity) of the interviewed professionals regarding their own practice (and the one of their institution) to handle diversity ?
- **Users perspective: Experiences and expectations**
  - How do users perceive the contact with the health institutions and what do they expect from their services?

# Institutional perspective: Specific services for specific populations

« Je pense que vous pouvez voir dans la structure du département qu'il y a un certain nombre de **consultations spécialisées**, euh, pour répondre aux **besoins spécifiques de différents sous-groupes de population**:

- Donc on a le **CAMSCO**, qui prend en charge les **patients sans assurance...**
- il y a le programme « **santé-migrants** », qui prend en charge les patients dans le **processus d'asile...**
- on a mis en place la **consultation transculturelle...**
- le service **d'interprétariat**, qui était mis à disposition depuis 1999 [...]
- Bon, il y a des **formations pour apprendre aux médecins** à travailler avec les interprètes ou à prendre en compte **le contexte socioculturel des patients.** » *(C27, medical anthropologist, University hospital of Geneva)*

# Institutional perspective: Culturalisation of healthcare

« On a des **formations** dans la communication médecin-patient et dans ce cadre général on aborde à la fois les **spécificités culturelles** de la santé et de la maladie **compte-tenu des origines des différentes personnes**, des aspects sociaux linguistiques. » *(Clinical Director, Head of the CAMSCO)*

« La stratégie est de leur poser des questions, de les faire parler et de savoir ce qu'ils ont dedans, parce **l'Africain** par exemple il peut dire une chose mais en réalité c'est pas ça. **Il cache...** Elle veut d'autre chose mais elle ne peut pas dire, **elle a honte** de dire. **L'Asiatique** est ...beaucoup **plus respectueux**, il vient...mais... il pose beaucoup de questions. **L'Asiatique veut creuser...** même quand il ne comprend rien... » *(General practitioner, Centre médical Cosem Atlas, Paris)*.

« C'est tout un **vocabulaire**, toute **une façon d'exprimer le symptôme qui est différente...** par exemple, au **Mali** pour dire **la diarrhée**, on dit, on dit en bambara, on dit "**le ventre qui court**", "**coloboli**", ça veut dire le ventre court... c'est à dire que les symptômes sont liés à ce qu'ils montrent à ce qu'ils donnent. » *(General practitioner and gynecologist, Centre médical Cosem Atlas, Paris)*



# Institutional perspective: Reflexivity about culturalisation

“Moi j’aime pas ce terme, **migrant friendly hospitals**, on pourrait dire gay friendly, ou toxicomane friendly, ou woman friendly, enfin, normalement, on devrait être **patient friendly, ça suffit**. Et puis patient, c’est tout le monde hein. Donc je n’aime pas trop ce nom.” *(Doctor at University hospital Geneva, responsible for « Programme santé migrant » and migrant friendly hospital)*

«[...]...**et souvent, l’aspect culturel est tout petit**, en fait. Parfois, on nous appelle parce que bon, c’est un patient migrant. C’est un patient d’une autre culture donc, forcément ça doit être culturel. Mais en fait, si on creuse un petit peu, bien souvent, c’est des **situations sociales très compliquées**, ou peut-être la piste **n’est pas dans une compréhension interculturelle** mais plus de prise en charge sociale.» *(Medical anthropologist, University hospital of Geneva)*

# Institutional perspective: Person-centred approach

"Oui, c'est plutôt ça... prendre chaque **individu dans sa complexité**, sa singularité et son **individualité**. [...] je pense que la médecine de premier recours a développé pas mal de concepts notamment anglo-saxons autour de la médecine **centrée sur le patient**, donc le patient dans sa complexité [...] . Donc, on travaille toujours comme ça **quelque soit la culture de la personne** et on doit travailler comme ça avec une personne qu'elle soit Genevois, Valaisanne, vaudoise ou alors latino-américaine et sans-papier...

(Head of CAMSCO, Genève)

«C'est important de consacrer un moment à **l'histoire personnelle** du patient  
« Moi, j'exprime ce besoin et je sens aussi que ce besoin existe chez les patients que je reçois.. [...] Je pense que une **des valeurs basiques**...c'est de **rester humain** et de rester très accessible **en tant que professionnel**...La **relation** doit être **d'égal à égal**... (General practitioner, Centre médical Cosem Atlas, Paris)

# Users perspectives: Listen to me and my story

« Alors, un suivi sérieux, c'est quand **on vous écoute** [...] en humanité qu'ils **vraiment vous demandent comment vous allez** etc. alors.. Et puis qui est un petit **peu le côté privée aussi**, quoi. Il y a pas que le côté de la santé, il y a **le côté d'un ensemble**. Parce que **la santé c'est pas que la maladie, c'est tout le reste...** » (Patiente, 47 ans, Centre médical Atlas, Paris)

« Il m'a bien cerné...il a bien vu quels était mes problèmes que...il sentait... ben il m'a bien cerné je pense. Et puis je crois qu'il est **compréhensible**, il parle ..il parle plus..il **parle, il parle, il parle**, hein? **On échange, on échange..** » (Patiente, 47 ans, Centre médical Atlas, Paris)

# Users perspectives: Lack of time and personal long term medical attendance

« Regardez la porte, regardez bien, **tous les quinze minutes**, ça fait longtemps que j'ai calculé [...] **c'est le business**, bien sûr!...Evidemment **comment voulez vous soigner les gens dans quinze minutes** en les gardant? [...] Ben non, **dix minutes, ça me bloque...Il faut que je dise toute suite ce que j'ai** [...] moi le plus important c'est que les médecins comprennent ce que je leur dis. Est- ce qu'il a compris où il est mon mal, où il est mon problème... » (Patiente, 47 ans, Centre médical Atlas, Paris)

« On est comme **un troupeau des vaches**, une par une [...] bon! on doit être que ça pour eux, c'est pas possible...**ils peuvent pas se souvenir de tout le monde** non plus je pense. C'est pas comme si vous avez un médecin généraliste que vous avez depuis je sais pas dix ans ou vingt ans et il vous connaît par coeur quoi. » (Patiente 50 ans, centre médical Atlas, Paris)

# Users perspectives: More explanations and transparency

« Qu'ils **renseignent mieux par exemple...c'est quoi comme maladie.** [...] c'est mon fils, la dernière fois [...] il était vraiment rouge [...] moi je lui demandé c'était quoi. Elle m'a dit facilement le nom de la maladie mais après elle m'a rien dit. Quand je l'ai regardée comme ça j'ai dit, j'ai besoin quand même d'un petit peu plus d'explications. Elle m'a dit: « c'est une infection » ...Mais nous, on a besoin quand même d'avoir **un peu plus d'informations...** » (Patiente, 43 ans, Centre médical Atlas, Paris)

« Des fois je sors et je suis **pas rassurée**, hein? Parce qu'il **n'a pas répondu à mes questions, à mon angoisse** ou à mon anxiété, hein!? [...] C'est un problème, c'est dans la tête des fois, hein?!? » (Patiente, 47 ans, Centre médical Atlas, Paris)

# Conclusion: Institutional and users Perspective

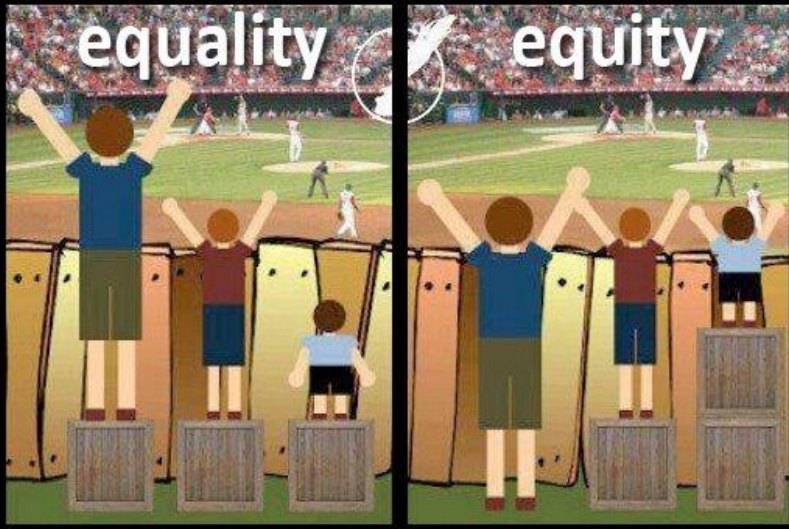
## Institutional aspects

- Co-existence of different approaches
- Delay in adaptation
- Category-centred services
- Stereotyped procedures to be efficient
- Institutions handles better bodies, than relationships
- Missing standards

## Users expectations:

- “Listen to my history!” From asymmetric relations to professional services
- “Give me a chance!” From deficiency to capability
- “Respect my rights!” From discrimination to equity

# Discussion: Possible responses to diversity



**equality** **equity**

**Equality = SAMENESS** **Equity = FAIRNESS**

Equality is about SAMENESS, it promotes fairness and justice by giving everyone the same thing. EQUITY is about FAIRNESS, it's about making sure people get access to the same opportunities.

BUT it can **only work IF everyone starts from the SAME place**, in this example equality only works if everyone is the same height. Sometimes our differences and/or history, can create barriers to participation, so we must **FIRST ensure EQUITY** before we can enjoy equality.

## Person-centred approach:

- individual situation and experiences
- individual attitudes and values
- Environment and social networks

(see for example Domenig 2007b)

## Equity standards:

- Equity in Policy
- Equity in Access
- Equity in Quality of Care
- Equity in Participation
- Promoting Equity

(Cattacin, Chiarenza & Domenig, 2013)

# Bibliography

- Anthias, Floya (2013). "Hierarchies of social location, class and intersectionality: Towards a translocational frame." *International sociology* 28(1): 121-138.
- Cattacin, Sandro, Antonio Chiarenza and Dagmar Domenig (Submitted, 2013). "Equity Standards for Health Care Organisations: a Theoretical Framework." *Diversity and Equality in Health Care*.
- Domenig, Dagmar (2007). "Transcultural competence in the Swiss health care system", in Domenig, Dagmar et al. (eds). *Overcoming Barriers – migration, marginalisation and access to health and social services*. Amsterdam: Foundation RegenboogAMOC Correlation Network, p. 7-12.
- Domenig, Dagmar (2007b). "Das Konzept der transkulturellen Kompetenz", in Domenig, Dagmar (ed.). *Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage*. Bern: Hans Huber, p. 165-189.
- Johnson, Yvonne M. and Shari Munch (2009). "Fundamental Contradictions in Cultural Competence." *Social Work* 54(3): 220-231.
- Hancock, Marie-Ange (2007). "When Multiplication Doesn't Equal Quick Addition: Examining Intersectionality as a Research Paradigm." *Perspectives on Politics* Vol. 5(No. 1): 63 - 79.
- Knapp, Gudrun-Axeli (2005). "Race, Class, Gender: Reclaiming Baggage in Fast Travelling Theories." *European Journal of Women's Studies* 12: 249-265.
- Shakespeare, Tom (2006). *Disability rights and wrongs*. London: Routledge
- Verloo, Mieke (2006). "Multiple Inequalities, Intersectionality and the European Union." *European Journal of Women's Studies* 13 (3): 211-228.
- Walby, Sylvia, Jo Armstrong and Sofia Strid (2012). "Intersectionality: Multiple Inequalities in Social Theory." *Sociology* 46(2): 224-240.