

**Articles rédigés par les élèves de l'EHESP**

# Projet d'article sur le stage au Maroc

## du 1 au 26 octobre 2007

Je pourrai vous conter les péripéties de mon séjour marocain, mais il me semble bien plus intéressant de vous faire découvrir l'admirable association où j'ai effectué la majorité de mon stage extérieur (du 3 au 23 octobre 2007) dans le cadre de la formation d'Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale (I.A.S.S.) français.

Situé au cœur d'un quartier très populaire de Casablanca dans un immeuble récent construit pour lui par un donateur anonyme, l'Institution Nationale de Solidarité Avec les Femmes en détresse (I.N.S.A.F.) s'est donné pour mission de prendre en charge et de réinsérer les mères célibataires afin de lutter contre les nombreux abandons.



Depuis 5 ans, s'ajoute à cette mission, une action pour la scolarisation des « petites bonnes » (fillettes de moins de 12 ans qui travaillent depuis leur plus jeune âge dans des familles et fournissent ainsi un revenu à leurs parents).

INSAF est une association créée en 1999, qui s'est vue récompensée par une reconnaissance d'utilité publique en 2002, un prix de la République française en 2003 et qui est organe consultant des Nations Unies depuis 2005. Elle compte aujourd'hui 19 salariés (dont 5 anciennes bénéficiaires) et de nombreux bénévoles. L'institution héberge 20 femmes enceintes de 8 mois au moins ou avec un nourrisson. L'association assure un accueil, une orientation et / ou un suivi pour l'ensemble des femmes en détresse qui appellent ou se présentent.

La prise en charge de ces femmes est un sujet encore délicat au Maroc, pays où les relations sexuelles hors mariage sont illégales, l'avortement interdit, et les mères célibataires passibles de prison. C'est pourquoi l'association souhaite, tout en oeuvrant pour faire évoluer les lois et les coutumes, aider les jeunes femmes pour éviter l'abandon des nouveaux nés. La femme célibataire avec enfant étant généralement rejetée par sa famille et la société, la solution « de facilité » est l'abandon de l'enfant, ce contre quoi l'association a décidé de lutter.

Les activités de INSAF pour le programme « lutte contre l'abandon » (prise en charge des mères célibataires) s'organisent à travers plusieurs étapes :

1°) L'accueil et l'orientation

2°) L'hébergement et la prise en charge complète (frais médicaux, hébergement, vêtue, trousseaux d'hygiène maman et bébé, alimentation, formation, recherche d'emploi, installation dans un logement autonome, ...) pour les femmes qui rentrent dans les critères et en fonction des capacités d'hébergement.

3°) Le suivi administratif et juridique des femmes hébergées ou « externes » (établissement des papiers d'identité, extraits de naissance, reconnaissances en paternité, ...).

4°) L'accompagnement psychologique et l'aide à la prise de contact avec le père de l'enfant ou la famille de la mère pour tenter une réconciliation familiale, un mariage, ou une reconnaissance de l'enfant par son père.

5°) Le suivi avec une aide vestimentaire et alimentaire pour les « extérieures ».

Si nous comparons I.N.S.A.F. aux structures françaises, elle fait à la fois un travail de Service d'Accueil d'Urgence et d'Orientation (S.A.U.O.), de Protection Maternelle et Infantile (P.M.I.), de Centre Médico-psychologique (C.M.P.), de Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (C.H.R.S.), et de Centre d'Accompagnement à la Vie Active (C.A.V.A.) sans oublier le travail de formation et de placement type Agence Nationale Pour l'Emploi (A.N.P.E.).

Il est important de signaler que l'association fonctionne exclusivement avec des dons ou des conventions signées avec des entreprises qui participent au financement et que, contrairement à la France, le Maroc n'a pas de loi en faveur du droit des usagers (Loi 2002-2 du 2 janvier 2002). Les résidentes n'ont donc pas de moyens « officiels » de s'exprimer que ce soit pour faire part de leurs satisfactions ou de leurs insatisfactions. Toutefois, l'association a mis en place des groupes de paroles mensuels dans l'objectif de permettre aux femmes de s'exprimer. Ces groupes étaient animés par la directrice en la seule présence des bénéficiaires et aujourd'hui ils sont animés par une assistante sociale dans les mêmes conditions.

Le Royaume participe peu au financement et à la gestion des centres d'hébergement. En effet, il participe à travers des budgets d'investissement alloués à travers l'I.N.D.H. (Initiative Nationale de Développement Humain) et à travers les quelques contributions des collectivités locales. Ces sources de financement ne représentent par conséquent qu'une petite partie des ressources de l'association. Cependant, bien qu'il n'ait pas une grande part dans le financement et la gestion des associations, le Royaume, exige, que d'ici 2009, tous les centres répondent à un certain nombre de normes et notamment une pérennité financière sur au moins 5 ans. Ces nouvelles obligations sont issues de la première loi marocaine concernant les centres d'hébergement. Loi publiée en août 2007 qui prévoit, à terme, la création d'un comité d'inspecteurs. Toutefois, le corps d'inspecteurs du secteur social n'existant pas à ce jour, nous pouvons nous interroger sur l'application d'une telle loi.

La prise en charge de la femme hébergée (c'est-à-dire répondant aux critères : pas prostituée, pas récidiviste, sans revenus suffisants, ...) consiste dans un premier temps à l'installer dans la structure et à lui fournir un trousseau pour la maman et un pour le bébé. Trousseaux composés de vêtements, chaussures, et produits d'hygiène ainsi que de

couvertures et de linge de toilette (les sous-vêtements, linge de toilette et couvertures sont systématiquement neufs).

Afin de responsabiliser la femme bénéficiant de l'hébergement, elle participera à l'entretien de l'établissement et aux tâches de cuisine car lorsqu'elle vivra seule, elle devra gérer son foyer.

Elle suivra, au sein de l'institution une formation au choix : cuisine, couture, coiffure ou encore formation pour exercer la profession de nurse. Cette formation est une formation accélérée qui permet aux femmes de trouver un emploi stable et correctement rémunéré.

La formation couture est constituée de modules sur une période de formation d'environ 8 semaines. Cette formation est faite en alternance avec la formation « cuisine ». La formation coiffure quand à elle est actuellement organisée sur 6 mois dont 2 mois de stage.

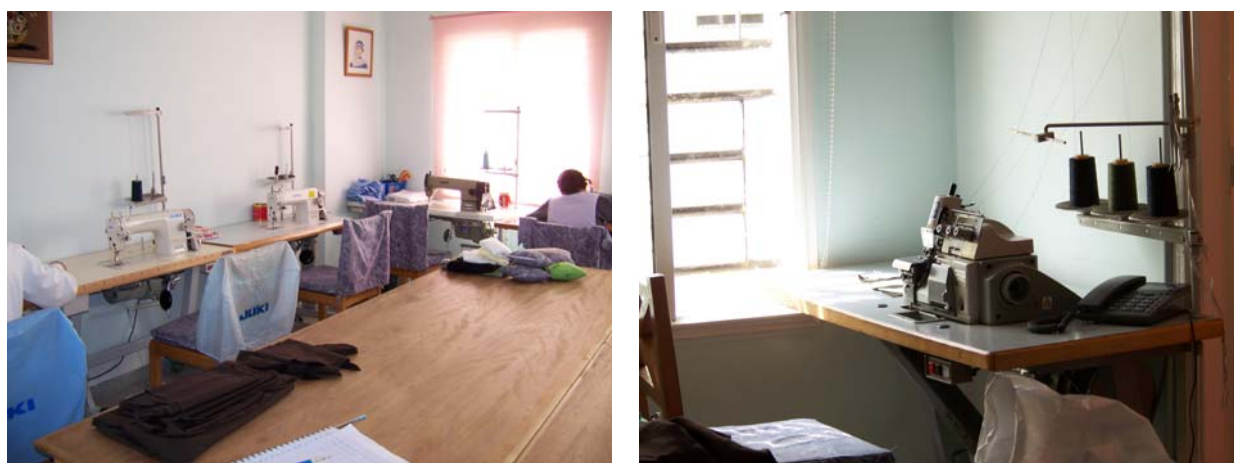
Les formations devraient bientôt donner lieu à l'obtention d'un certificat étatique de formation (pour l'instant la monitrice établit, avec le CV, une attestation de formation dans laquelle elle donne un avis objectif sur les compétences de son élève). L'atelier couture est bien équipé avec des machines professionnelles issues de dons.



Tri d'un don de tissus



Couture du linge des bébés



Le matériel

Les formations ne sont pas toujours suivies dans leur intégralité car certaines femmes arrivent à se marier avec le père de l'enfant ou à se réconcilier avec leur famille avant la fin de leur formation.

La prise en charge proposée est sans doute adaptée à certaines femmes mais elle ne l'est pas pour toutes. En effet, il existe une grande disparité dans les niveaux scolaires et dans les ambitions des jeunes femmes hébergées. Par conséquent, les formations proposées ne sont peut-être pas intéressantes pour l'ensemble des bénéficiaires. En revanche, des stages extérieurs peuvent être proposés dans les domaines choisis par les bénéficiaires.

Pendant que les jeunes mères suivent leurs formations professionnelles, qui sont souvent accompagnées par des cours (alphabétisation, français, civisme, puériculture, ...) dispensés par des bénévoles ou des membres du personnel, les bébés sont gardés à la crèche de l'établissement.



La crèche



Les ateliers de formation ne sont que peu ouverts sur l'extérieur (quelques commandes, participation à certaines manifestations et expositions, ...), les ateliers couture et cuisine (la cuisine servant à l'atelier a été financée par l'ambassade de Finlande) pourvoient essentiellement aux besoins de la structure (confection du linge de maison et des repas).



## La cuisine

Le salon de coiffure, intégralement équipé par L'Oréal n'est ouvert qu'aux membres de l'association, visiteurs et personnel car la population du quartier n'est pas à même de constituer une clientèle.



Le salon de coiffure

De plus l'association tient à rappeler que son objectif n'est pas de faire travailler les femmes mais de les former.

Ainsi, à l'exception des élèves du salon de coiffure, les femmes ne reçoivent pas d'argent pour le travail effectué mais I.N.S.A.F. pourvoit à tous leurs besoins.

La structure m'a hébergée durant deux semaines, me permettant ainsi d'être en immersion totale dans l'organisation. J'ai ainsi pu partager la chambre des éducatrices au sein du foyer.



## La chambre des éducatrices

Les journées sont bien organisées : repas, tâches ménagères, cours, visites médicales, démarches administratives et juridiques, ponctuent les journées. Les nuits sont quant à elles rythmées par les pleurs des nouveaux-nés et les accouchements.

Deux éducatrices et deux gardiens, assurent, à tour de rôle, une permanence 24h sur 24 ce qui représente une grande amplitude dans les horaires de travail.

Le confort n'est pas le même que dans certaines de nos structures puisque le foyer en lui-même est constitué de 5 chambres de 2 à 6 lits, de sanitaires, d'une petite cuisine et d'un salon marocain où les repas sont pris et les moments conviviaux partagés.



Un dortoir



La cuisine d'appoint



Le salon marocain

Si l'État n'impose, à ce jour, aucun contrôle, l'association et son personnel s'en imposent de nombreux. Tout d'abord, pour l'hygiène des locaux avec une « supervision »

hebdomadaire réalisée par les éducatrices et l'assistante sociale responsable de l'hébergement et une inspection mensuelle effectuée par les membres de l'association.

Il en est de même pour les stocks qui sont enregistrés et suivis avec une rigueur dont certaines de nos structures pourraient s'inspirer notamment pour la gestion des périmés qui est, ici, extrêmement suivie.

D'ailleurs, l'association n'hésite pas à partager les dons qu'elle reçoit avec d'autres associations. C'est ainsi pour les « surstock » alimentaires, les vêtements, produits d'entretien et tissus.

Concernant la répartition des tâches au sein du personnel, chacun a une fiche de poste individuelle et très détaillée ce qui permet de savoir clairement qui fait quoi et qui est responsable en cas d'incident.

Si certaines femmes sont heureuses des formations qu'elles reçoivent, il en est de même du personnel qui bénéficie régulièrement de formation : langues (français, anglais), informatique, rédaction de rapport, indicateurs, ...

L'établissement devant trouver lui-même ses fonds, un plan stratégique sur 5 ans a été élaboré pour la signature d'une convention avec une société suisse. Celle-ci s'engage à financer en partie la structure si elle tient les engagements pris dans le plan. Engagements qui impliquent un suivi mensuel et trimestriel des actions menées et des explications argumentées en cas d'écart avec les objectifs. Il y a donc actuellement un développement du suivi et des statistiques au sein de l'association.

En conclusion, nous ne pouvons que féliciter, encourager et aider l'association à poursuivre son action et inviter nos directeurs de C.H.R.S., foyer maternel et autres à s'inspirer de son fonctionnement et de sa rigueur et pourquoi pas à aller y faire un petit stage...

Si vous souhaitez aider l'association, vous pouvez faire des dons sur le compte bancaire 021 780 0000 155 015 06549 709 – Crédit du Maroc – Agence 155- CASA HAY HASSANI, ou envoyer des vêtements femmes, de la layette, du lait, de la documentation pour les ateliers...à :

INSAF, Opération Khalid  
Groupe d'Habitation n°10, Sidi El Khadir  
Casablanca

Aviva MAX  
Elève Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale  
à l'Ecole Nationale de la Santé Publique de Rennes

**Antoine Burnier**

ELEVE-DIRECTEUR D'ETABLISSEMENT SANITAIRE ET SOCIAL  
PROMOTION 2007-2009

# L'initiative 125 en Suisse

ou quand le citoyen se fait  
législateur de santé

Le 11 mars 2007, les citoyens du canton de Genève acceptent, avec près de 60 % de oui, l'initiative populaire intitulée : « Pour une meilleure prise en charge des personnes âgées en EMS ». Ce vote, ou votation comme on le dit en Suisse, semblait être l'épilogue d'un véritable maelström qui tourmentait les acteurs de la filière gérontologique genevoise depuis près de trois ans.

Spécificité suisse, cette initiative 125 émane de 10 000 électeurs genevois qui, au terme des articles 64 et 65B de la Constitution de la République et canton de Genève du 24 mai 1847, peuvent proposer au vote de l'ensemble des citoyens une initiative législative. Un patchwork d'associations de retraités, de familles et de professionnels, des partis politiques de gauche et de syndicats de travailleurs en est en réalité à l'origine. Symboliquement, l'initiative est lancée à l'occasion de la Journée internationale de la personne âgée du 1<sup>er</sup> octobre 2004.

## Le souhait d'un personnel plus nombreux et mieux qualifié

Cette initiative 125 tend à modifier l'article 9 de la loi sur les établissements médico-sociaux (LEMS)<sup>1</sup> de 1997 en conditionnant l'autorisation de leur exploitation à l'affectation aux personnes âgées de « la totalité de l'encadrement nécessaire ». Cette formulation n'est en rien le fruit du hasard et correspond, au contraire, à une réalité chiffrée : depuis 1998, l'outil canadien Plaisir (planification informatisée des soins infirmiers requis) détermine scientifiquement la quantité de soins dont chaque personne âgée résidant en EMS a quotidiennement besoin. Une personne notée en classe 6 de Plaisir nécessite par exemple de 134,51 à 204,5 minutes de soins par jour. À partir des postes de travail réellement occupés dans les EMS, il est simple de calculer le pourcentage de soins effectivement prodigués. Or, dans le canton de Genève, ce chiffre a régulièrement baissé pour atteindre 80 % en 2006. En définitive, 20 % des soins requis par les résidents ne sont pas assurés. Le constat est d'autant plus inquiétant que « les 100 % de soins selon Plaisir ne correspondent pas à des soins optimaux mais doivent toutefois assurer au pensionnaire un bien-être et une sécurité convenables<sup>2</sup> ». Concrètement, ils ne garantissent à la personne âgée « que » trois mobilisations par jour et une douche par semaine.

Au-delà de ces considérations techniques, c'est l'avenir de la prise en charge des personnes âgées en EMS qui préoccupe les défenseurs de l'initiative 125. « Il ne suffit pas qu'une personne soit lavée et nourrie pour qu'elle ait une vie digne<sup>3</sup> » déclarait ainsi ÉRIC BOEKHOLT, membre de l'Association genevoise d'animateurs socioculturels auprès des personnes âgées. De fait, le recours de plus en plus fréquent à l'aide à domicile a pour conséquence de retarder l'entrée en EMS (85,3 ans en moyenne) et de modifier la nature des soins prodigués aux résidents. Les troubles cognitifs, plus répandus qu'auparavant, provoquent des difficultés

<sup>1</sup> Équivalent des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) français.

<sup>2</sup> Rapport de la Commission de la santé chargée d'étudier l'initiative populaire 125 « Pour une meilleure prise en charge des personnes âgées en EMS », p. 5.

<sup>3</sup> *Tribune de Genève*, 2 octobre 2004.

relationnelles entre les personnels et les résidents. L'animation dans les EMS devient difficile, problème qui, entre autres, n'est pas pris en compte par l'outil Plaisir. Tous ces éléments inquiètent les professionnels de santé qui entendent anticiper le vieillissement massif de la population suisse.

### Une mesure au coût prohibitif et aux effets incertains

Si garantir un accompagnement de qualité aux personnes âgées accueillies en EMS peut paraître un objectif consensuel et mobilisateur, peu nombreux étaient pourtant ceux qui auraient parié sur l'aboutissement de cette initiative 125. Car l'électeur suisse est aussi pragmatique que rationnel et ne goûte guère aux coups de pieds donnés à l'équilibre des finances publiques. Or, c'est là que le bât blesse. Chargée d'étudier les répercussions de l'initiative 125, la Commission de la santé dénonce le coût trop onéreux de la prise en charge des personnes âgées dans les EMS genevois : une journée en EMS coûte en moyenne 352 CHF (224,4 €) à Genève, contre 215 CHF (136,06 €) en Valais, 227 CHF (144,72 €) dans le Jura, 255 CHF (162,57 €) à Neuchâtel, 259 CHF (165,12 €) dans le canton de Vaud, et 272 CHF (173,4 €) à Fribourg, avec, dans ces autres cantons, des taux de soins Plaisir parfois supérieurs à ceux de Genève. Dans ce contexte de rigueur économique, le Conseil d'État (l'exécutif cantonal) annonçait fin 2006 une subvention aux EMS amputée de 8 % et bloquée sur quatre ans (47 millions de francs suisses d'économie espérées, soit près de 30 millions d'euros).

L'argument financier était au cœur de la campagne. Confiant, le Conseil d'État prévenait que « *la modification de la LEMS souhaitée par l'initiative 125 aurait comme conséquence principale une augmentation de 400 postes pour le personnel de soins et 220 postes pour le personnel socio-hôtelier [et que] cela représent[rait] une dépense supplémentaire de 60 millions de francs suisses [38 250 670 euros]*<sup>4</sup> ». Sûr de sa victoire, il se dispensait donc de tout contre-projet (possibilité que lui laisse pourtant la constitution genevoise), et refusait de

négoier avec les défenseurs de l'initiative 125. Consciente des faibles chances de voir aboutir celle-ci, la Fédération genevoise des EMS (Fegems) ne la soutenait qu'à demi-mot, en notant que « *la répartition des effectifs nécessaires, en nombre et par métier, tels que dûment prescrits par les initiants, engendrerait des surcoûts difficilement supportables dans le contexte financier actuel*<sup>5</sup> ».

Objectivement, le secteur genevois des EMS ne manque pas de bras : il dispose de 3 223 postes de travail pour 3 284 personnes accueillies, ratio qui ferait pâlir d'envie plus d'un directeur d'Ehpad français. Pourtant, l'initiative 125 doit pousser les EMS à engager des personnels dans tous les domaines : soins infirmiers, hôtellerie, service technique. S'y ajouteraient des ergothérapeutes, des physiothérapeutes, des diététiciens... De plus, Mme WYDEN, directrice adjointe de l'action sociale de Genève déclarait trouver « *simpliste d'établir une relation linéaire entre la qualité de vie des pensionnaires et la dotation en personnel*<sup>6</sup> ».

### Erreurs politiques majeures de l'exécutif cantonal

Mais, outre le fait que de nombreux genevois comptent un proche en EMS et sont par conséquent sensibles au sujet, les instigateurs de l'initiative 125 ont également bénéficié d'un contexte politique particulièrement favorable. En effet, proximité des élections oblige, les ténors des partis politiques opposés au projet s'abstinrent opportunément de faire campagne contre celui-ci.

Une fois l'initiative adoptée, la volonté populaire devait triompher et le gouvernement revoir son plan d'austérité. Gêné, il fait désormais savoir que les 60 millions de francs suisses et les 620 postes de travail à créer, chiffres qu'il avait lui-même avancés dans la brochure officielle du vote, n'étaient qu'un argument destiné à combattre le projet ! Fureur chez les partisans de l'initiative 125. « *En clair, pour ne pas avoir à appliquer les décisions prises par le peuple, le Conseil d'État déclare avoir menti à la population pendant la campagne électorale* », s'indigne Joël

<sup>4</sup> Brochure officielle de la votation du 11 mars 2007, p. 9.

<sup>5</sup> Communiqué de presse de la Fegems du 20 décembre 2006.

<sup>6</sup> *Le Courrier*, 29 janvier 2005.

Varone dans un communiqué du Syndicat des services publics<sup>7</sup>.

Dans un argumentaire encore flou, le ministère de tutelle des EMS entend désormais appliquer l'initiative 125 dans un contexte plus global de « réorganisation des soins à Genève. Les articulations entre soins à domicile, hôpital et EMS doivent être revues<sup>8</sup> ». Plus inattendu, les directeurs d'EMS risquent de payer au prix fort leur soutien discret à l'initiative. « Avec 49 EMS dans le canton, a-t-on besoin d'une direction par établissement ? », s'interroge publiquement le conseiller d'État en charge du département de l'économie et de la santé PIERRE-FRANÇOIS UNGER<sup>9</sup>. L'argument d'une réorientation des postes administratifs vers des postes de soins semble en tout cas assez peu crédible, voire démagogique.

### À la recherche de financements

Cependant, il apparaît inenvisageable aux autorités de santé de déboursier une somme aussi importante<sup>10</sup>. Aucune dépense nouvelle n'est d'ailleurs inscrite au budget 2008 du Canton de Genève, au grand dam des instigateurs de l'initiative 125, qui entendent manifester prochainement pour que soit respectée la volonté populaire.

Aujourd'hui, les 51 EMS genevois sont financés<sup>11</sup> à hauteur de 58 % par la pension des résidents (dont les deux tiers bénéficient de l'aide sociale cantonale), de 19 % par les assurances maladies et de 21 % par une subvention cantonale. Genève verse déjà 87,7 millions de francs suisses (52,32 millions d'euros) pour le fonctionnement des EMS et plus de 150 millions (95,63 millions d'euros) au titre de prestations complémentaires cantonales, et estime être suffisamment généreuse, notamment au vu de comparaisons intercantionales. Il importe cependant de trouver des financements de manière urgente.

Dans la mesure où, des prestations de soins supplémentaires devront être fournies (création de

400 postes de travail), les résidents ne peuvent voir leur prix de pension augmenter. Un récent arrêt du Tribunal fédéral suisse l'interdit formellement<sup>12</sup>. Accroître la couverture des soins pris en charge par les assureurs privés est une possibilité, mais elle ne se fera qu'après de rudes négociations et au prix de substantielles hausses de primes des assurés. Rien de très réjouissant lorsqu'on connaît le coût faramineux, en Suisse, de ces primes d'assurance maladie.

Quant à l'amélioration des prestations socio-hôtelières (création de 220 postes de travail), elles entraîneront vraisemblablement une hausse du prix des pensions des résidents. Cela inquiétait d'ailleurs ROBERT DUCRET, ancien conseiller d'État, qui redoutait qu'après l'adoption de l'initiative 125 « les EMS soient réservés à l'avenir à une petite minorité de gens fortunés et qu'une partie des gens qui en ont besoin n'y aient plus accès<sup>13</sup> ».

Si le canton de Genève se résout à prendre à sa charge les conséquences de l'initiative 125, cette nouvelle dépense devra être compensée par un plan d'austérité sur d'autres secteurs. « L'arbitrage n'est pas fait, mais il est vraisemblable que ce soit l'aide à domicile qui fasse les frais de ces économies<sup>14</sup> » prévient PIERRE-FRANÇOIS UNGER. Perspective que rejette catégoriquement YVES MUGNY, syndicaliste à Syna et cheville ouvrière de l'initiative 125, pour qui l'aide à domicile doit rester la philosophie de base d'un État moderne. Pour lui, la seule solution passe par l'impôt, et plus précisément par « une loi instaurant un centime additionnel pour financer les EMS, comme cela existe déjà pour les soins à domicile<sup>15</sup> ». En privé, la majorité parlementaire et l'exécutif cantonal, qui y sont par principe opposés, ne verraient pas d'autre solution que l'instauration de ce nouvel impôt<sup>16</sup>. De là à regretter d'avoir sous-estimé l'impact de l'initiative 125...

<sup>7</sup> *Le Courrier*, 14 mars 2007.

<sup>8</sup> *Le Temps*, 12 mars 2007.

<sup>9</sup> *Ibid.*

<sup>10</sup> *Le Courrier*, 12 mars 2007.

<sup>11</sup> Communiqué de presse de la Fegems du 05/10/06, p. 3.

<sup>12</sup> ATF 129 I 346 – Arrêt du Tribunal fédéral du 24 juin 2003, 1<sup>re</sup> cour de droit public.

<sup>13</sup> *Tout l'immobilier*, 26 février 2007.

<sup>14</sup> *Le Temps*, 27 février 2007.

<sup>15</sup> *Le Courrier*, 14 mars 2007.

<sup>16</sup> *Ibid.*

# French system's fairer



Irish hospitals compare well to their French counterparts, says trainee hospital manager **Guillaume Pradalié**

**M**uch is said about how good the French healthcare system is. However, it is far from being free. It is paid for by heavy taxes (10 per cent of GDP goes on health expenses, compared to 7 per cent in Ireland).

It may be a more equal system: taxpayers pay according to their income, and patients receive high quality care without regard to their personal economic situation.

But some things are not ideal. Trade unions, for example, have hindered many changes, and France is still striving to have major regional hospitals incorporate rural hospitals, whose low activity (especially in surgery) is a threat to quality of care.

Hospital managers in France and Ireland also have quite different backgrounds. In France, the Ministry hires postgraduate students or professionals for a base period of 10 years. It then gives them compulsory training in management, communication, law and accounts or business cases for 27 months before they start working at top management level.

In Ireland, however, the managers come from various backgrounds. While this provides for greater diversity, management training could be very beneficial for all health administrators. Most of the chief executives I met were good managers, but, as former accountants, it was only their personal interest in management that explained their commitment.

The lack of education in management for consultants and senior doctors is also a flaw in both our health systems.

However, Ireland sets a good example in a number of areas and is in a period of transition.

In Ireland, nursing has perhaps become more professionalised than in France. French trainee nurses still undergo a three-year apprenticeship while in Ireland the nursing curriculum was made 12 years ago into an undergraduate four-year university degree. Irish nursing has more of an academic career structure with opportunities for continuous advancement and personalised work plans. Nurses in Ireland also have a higher status among clinicians.

It would seem too that Irish management, doctors and nurses work more cohesively and with fewer demarcations. In both countries there has been a history of confrontation and distrust. Irish clinical staff, for example, would have more autonomy over a limited annual budget and would take more administrative decisions.

Neither France nor Ireland are as advanced as Britain, where for a long time each department has been led by a medical director and a manager who report to the chief executive.

Ireland already has a framework in which all three groups of stakeholders are expected to cooperate extensively and multidisciplinary workgroups are encouraged. France

is lagging behind but has very recently instituted a British-inspired governance system where every hospital is divided into a few units, each led by a medical manager, a general manager and a nurse manager, who all report to the chief executive.

The biggest, most obvious challenge, it seems, is for Irish hospitals to improve their physical environment. Irish hospitals of all types vary considerably. There are new high-technology hospitals but, unlike in France, there are still old buildings with warehouse-type wards.

Gloomy lighting, stained floors, old furniture and a lack of private space are often evident, mostly in hospitals for older people.

While in essence the quality of care is more important than buildings, considering the elevated standards of care in Irish hospitals, the physical environment is the most pertinent issue. There is only so much that can be achieved in a poorly designed building.

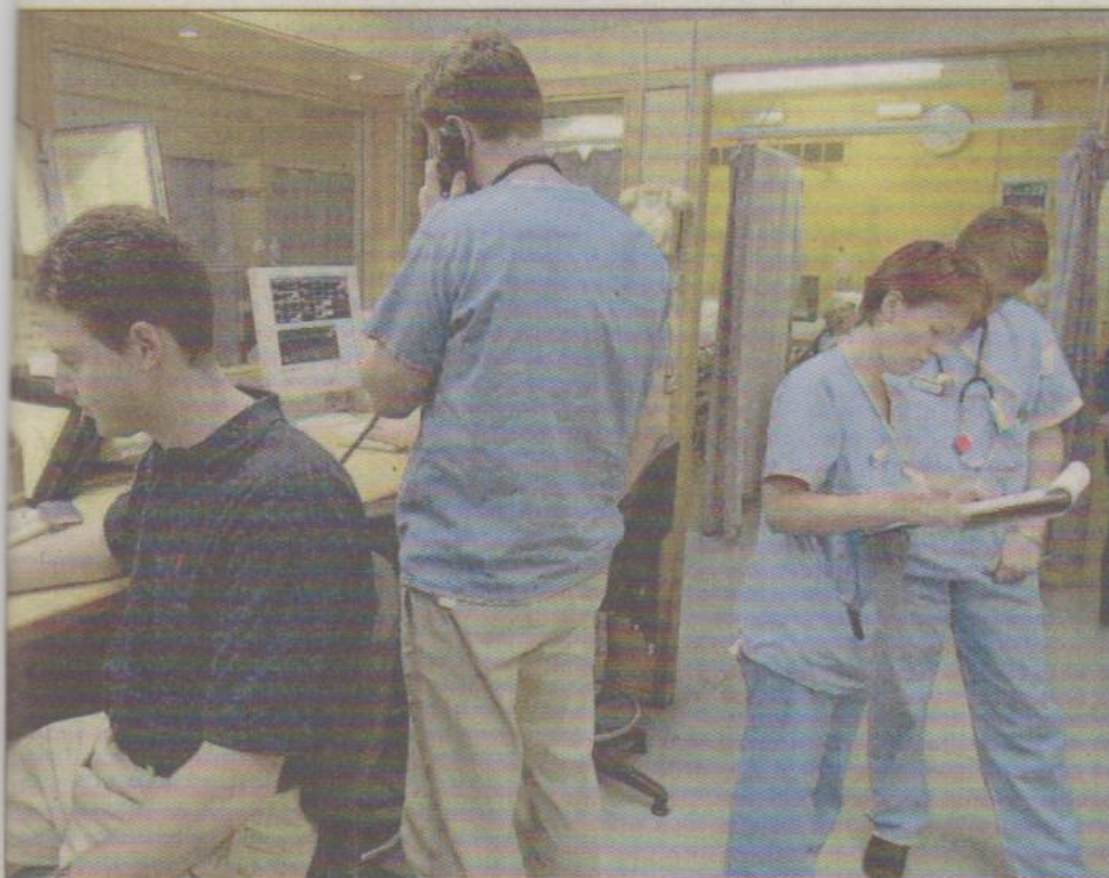
I visited a number of hospitals in the Republic and Northern Ireland, both acute and community. There are some good memories: the new medical tower in Crumlin Children's Hospital, a children's hospice in Belfast and the new building at St Vincent's Hospital in Dublin.

Much attention is given to children, but why should the elderly often have to endure substandard accommodation?

An abiding memory is the visit to Dublin of US professor Roger Ulrich, whose championing of single rooms for all patients seems to have many supporters. He said single rooms were preferred by most patients and they enhanced infection control. They were cost effective and did not require more staff if properly designed, according to the evidence.



# but it's far from free



**Irish nursing has more of an academic career structure compared with France, with opportunities for continuous advancement and personalised work plans.**

Photograph:  
David Sleator

Prof Ulrich said single-bed rooms should be built for good visual access and family presence. Properly designed ward layouts and nurse stations reduce staff walking and fatigue, increase care time, and support respite from stress.

Hospitals designed to be quiet reduce stress, and improve outcomes for patients and staff. Exposure to daylight, nature and gardens lessens stress and pain.

Irish healthcare personnel are also seriously examining the Teaghlach, or household, model, in the care of older people. The household model wants to recreate home conditions for residents in what is effectively their last home. It is manifested by small units and communal areas.

If you provide for the dying you provide for everyone. Dying, death and bereavement issues are crucial in the modern hospital, accounting for much staff stress and family complaints.

There is a huge need for end-of-life education and training to bring about the cultural changes necessary to enhance the experience of those dying in hospital and their families. Irish experience proves that huge changes can be achieved through education.

When many Irish hospitals were run by religious communities, the staff had clear guidance on how to deal with death. As time went by, the culture around death, dying and bereavement sometimes changed. Death began to be seen as a failure

by clinical staff. Increasingly this is changing.

In France a law obliges carers to involve the patient and the family and ensure that their wishes are implemented. However, while there may be a law, it is not always followed, indicating the difficulty in changing culture and practices. In recognition of this difficulty, and promoted by the Hospice friendly Hospitals programme of the Irish Hospice Foundation, 40 hospitals of all types have signed up to a major programme aiming to ensure that everyone has a caring, careful death.

◆ *Guillaume Pradalié is a trainee manager in psychiatric care. He has been on an internship with the Hospice friendly Hospitals programme*



# Camembert with Chopsticks:

## The Rocky Road to Cultural Understanding

*How three different cultures forge common goals*

**What did we expect** from this Erasmus Mundus programme? We certainly all had our own ideas. However, most of us got lots more than we bargained for. This article addresses both the expectations we had before starting the course and the experiences we lived and learned through. Both aspects have great relevance for both our personal and professional future in public health.

We all knew it was not going to be easy studying in a different language, but perhaps we did not expect that interacting with our classmates would be potentially more energy-consuming than reading Foucault or Berger. We spent the first year in Sheffield, England in a course of approximately 60 people and around 25 nationalities from Europe, Asia, Africa, the Americas and the Caribbean. Sharing a classroom with all these students turned out to be both a very fruitful and a fairly traumatic adventure. Trying to understand different accents, the way others formulate questions and perform debates about social and cultural aspects can be quite disconcerting at the beginning. Step by step, we learned that there is no ideal or unique answer to some issues; it might be possible in mathematics, where two plus two equals four in every corner of the world, but a child or woman's status in Nigeria might not necessarily be the same in Korea.

There are numerous anecdotes to illustrate this general point, but let's look at the question of punctuality. Classes

started on time, but different students arrived at different times. For some this was normal, for others it was disrespectful. We even had a debate about banning the entrance to class after 10 minutes. This however did not lead to any concrete result due to "cultural differences". The expression "cultural differences" highlights a very important lesson we learnt in the first year: how to adapt to a new culture. At the begin-



Elsa Dufay, César Eduardo Wong Alcázar, and Ying Wu experienced first-hand both the challenges and enrichments of intercultural collaboration.

ning we needed to "deal" with other students and with being surprised about their clothes, their way of speaking and pronunciation, the way they said hello and introduced themselves. After one year of obtaining "cultural skills", two groups of Europubhealth (Sheffield and Granada) came together and took part in an integrative module for one month in Krakow. Here we worked and lived together and managed to get along well with each other.

The three of us come from three completely different ethnic and cultural backgrounds: China, France and Peru. We got through our first year of adaptation and are now hopefully better equipped for making the second year a less shocking and more easy-going experience. But coping with a new environment, a new city, new people and new courses still remains a challenge. In our case it could be a help that we have already spent time together and learned to accept the fact that each of us is different, so the process of adapting in the second year has not been so tough. The fact that we are living in France and that one of us is French has helped the other two to better and more easily understand the culture, but on the other hand it has also been a process for the French student of readapting to her own culture after spending almost 18 months abroad. Sharing our differences and explaining them to each other has become a valuable way of learning from each other, which we do not look on negatively but rather enjoy. One activity we enjoy doing is cooking and eating together. This can lead to interesting novelties: using chopsticks to eat camembert (a typical French cheese) could become an interesting way of spending an evening! While we eat we learn and talk about our differences and home cultures. We learn something new every day. "Cultural differences" still exist, but we have been much better at taking them on board this time. The question is how we can take advantage of what we have lived through and