

La médiation culturelle dans les hôpitaux ou Comment rétablir la communication entre les patients d'origine étrangère et le personnel soignant ¹

LATIFA ES-SAFI

Licenciée en Arts et Sciences de la communication

Licenciée en Histoire et Philologie orientales,

Directrice du Centre d'Actions Sociales d'Angleur.

«Il n'y a pas deux personnes qui ne s'entendent pas, il y a seulement deux personnes qui n'ont pas discuté». Proverbe wolof, Sénégal.

Latifa ES-SAFI dirige le Centre d'actions sociales d'Angleur. Elle a également participé à diverses recherches sur la médiation culturelle, en particulier dans le domaine de la santé. Elle examine les compétences que requiert la pratique de la médiation culturelle. Dans le contexte particulier de l'hôpital, elle montre en quoi la médiation contribue à améliorer la communication entre soignant et soigné et se penche sur la position institutionnelle du médiateur.

Depuis quelques années, la médiation interculturelle fait partie intégrante du paysage belge. De nombreuses institutions font appel aux services de ces médiateurs dont l'utilité n'est plus à démontrer. Toutefois la position du médiateur interculturel au sein de l'hôpital n'est pas simple : par son existence même, la médiation remet en cause l'hôpital, son système de valeur, ses pratiques.

I. Rétroactes

En 1990, le rapport du Commissariat à la Politique de l'immigration traduisait un intérêt nouveau pour une approche en terme de santé publique de la population issue de l'immigration. Une des recommandations de ce rapport visait l'amélioration de la communication entre soignants et soignés étrangers ou d'origine étrangère. Il est proposé à cet effet de former des «assistants interculturels» qui auraient pour mission, outre l'interprétariat l'information du personnel

¹ Article réalisé sur base de deux recherches sur la médiation interculturelle auxquelles l'auteur a participé. Pour plus de détails cf. : - Es Safi L, *La médiation interculturelle en matière de santé : une réponse aux problèmes de communication entre patients migrants et personnel soignant ?* Rapport de recherche, Liège, Résonances, 1996. -Cellule de coordination de la médiation interculturelle, *Médiation interculturelle dans les hôpitaux*, Bruxelles, Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'environnement, Août 2000.

soignant concernant les habitudes culturelles des patients, l'information des patients concernant le fonctionnement des institutions sanitaires belges etc.

La première expérience d'interprétariat médical eut lieu à l'initiative du CPAS d'Anvers, dans les années 70. 1991 voit la création du Fonds d'Impulsion à la politique de l'Immigration (FIPI). Ce fonds permettra de financer nombre d'initiatives disparates et peu organisées en Wallonie et en Flandre. Toutes ces initiatives qui prennent leurs sources dans le désarroi des services médicaux face à l'impossibilité de communiquer avec des patients non francophones, peuvent in fine se révéler préjudiciables et nuire tant au fonctionnement normal des services médico-sociaux qu'aux relations entre patients et soignants (entorses au respect du secret professionnel, mauvaises traductions...)

En 1997, la première tentative d'institutionnalisation de la médiation interculturelle dans les hôpitaux belges voit le jour. Le Ministère des Affaires sociales crée une cellule de coordination de la médiation interculturelle et finance la fonction de médiation interculturelle dans une vingtaine d'hôpitaux du pays. C'est sur cet aspect que s'attardera cette contribution.

II. Qu'est-ce que la médiation interculturelle ?

Imaginons le cas suivant : une dame d'origine turque ne parlant pas le français se présente dans un hôpital public pour une consultation gynécologique. Elle franchit les portes de l'institution et se dirige vers le guichet central. En face d'elle la personne à l'accueil ne connaît pas la langue de l'usager et connaît encore moins les références culturelles de celui-ci. Face à une telle situation de blocage, la médiation interculturelle peut s'inscrire comme une étape constructive dans une relation d'aide entre une institution et un migrant. Il s'agit donc d'établir des liens entre individus appartenant à des cultures diverses.

Divers aspects caractérisent la médiation interculturelle. Le plus immédiat étant l'interprétariat. En effet, les différences culturelles sont très souvent (non exclusivement) au premier abord des différences linguistiques. Mais l'interprétariat ne se limite pas à la traduction linguistique. Il s'agit aussi de l'interprétation des univers culturels de chaque individu. «Il s'agit de saisir le sens hors langue d'un discours et de le réexprimer dans une autre langue²» Les lapsus, les regards, les sous-entendus, les métaphores, les allégories, les attitudes, les mouvements du corps, les codes culturels propres à chaque classe sociale sortent du contexte purement linguistique. Pour une personne étrangère qui comprend bien le français, les différences ne se situent plus au niveau linguistique, mais culturel. De plus, faire de l'interprétariat dans un hôpital n'est pas simple dans un contexte où la pression du temps pèse fortement sur les relations. Quant à l'aspect médiation dans les services de santé, elle trouve sa source, nous y reviendrons infra, dans des violences symboliques entre les patients et le personnel soignant. Le médiateur interculturel est un passeur de culture, un interface entre ces différents acteurs.

La pratique de la médiation interculturelle réclame de la part des média-

² *Médiation interculturelle*, Actes de la formation 92-93, revue ENFAS, n°5, Cefisem, 1993.

teurs des compétences spécifiques :

- des connaissances linguistiques accomplies : La maîtrise de la langue du pays d'accueil ainsi que celle d'origine des patients.
- des connaissances socio-linguistiques approfondies : Un même mot peut avoir une signification différente selon le milieu duquel est issue la personne³.
- des connaissances culturelles : les rites, les habitudes, le savoir-faire, la connaissance des institutions belges et les us et coutumes du pays d'origine et du pays d'accueil...
- des aptitudes permettant de dispenser des informations : indiquer les droits sociaux ainsi que les obligations, explication des maladies et des traitements, explication du sens et de la portée des examens et des soins, contribution à l'éducation à la santé. Le médiateur interculturel peut aussi se voir amené à dispenser des informations sur les pratiques culturelles des patients au personnel soignant.
- des attitudes préconisées par la médiation : (neutralité, empathie, déontologie...)

Le médiateur interculturel, en vrai professionnel, se doit d'être neutre. Tâche difficile lorsqu'il se retrouve en face d'un individu de sa communauté en demande d'aide et qui l'investit d'un pouvoir, d'une «toute puissance». Être neutre, c'est non seulement s'interroger constamment sur les glissements éventuels en dehors des frontières de la neutralité, mais aussi s'interroger sur soi-même. Professionnel, il doit faire preuve de recul et contrôler ses propres affects. Pour l'aider dans le cadre des lourdes tâches assumées, il est donc indispensable de prévoir des lieux de supervision et d'échanges sur les pratiques.

On le constate clairement, la fonction de médiation interculturelle dans les soins de santé est une fonction spécifique qui laisse peu de place à l'improvisation et au bricolage d'autant plus qu'elle touche le domaine de la santé.

III. La médiation interculturelle : améliorer la communication entre soignant et soigné

Plus que tout autre domaine du champ social, la santé des migrants réclame toute notre attention. De nombreux préjugés tenaces⁴ affirment que ces populations sont elles-mêmes responsables de leur mauvaise santé, qu'elles ne sont pas adaptées à notre climat, qu'elles n'ont pas d'hygiène, qu'elles ont une alimentation peu adaptée, qu'elles dégradent leur habitat ou encore qu'elles négligent la santé de leurs enfants. Enfin, ces populations sont présentées comme

³ Ex : en dialectal marocain de Fès intina veut dire «toi» à une personne de sexe féminin, dans un dialecte du Sud, le même vocable désigne le pubis.

⁴ Sur la question, cf. : Es Safi L. et Manço Altay, «Santé et immigration musulmane en Belgique francophone : évolution des recherches et actions», dans Agenda Interculturel, Bruxelles, CBAI, n°139, déc. 1995, pp. 33-Ainsi que Évolution des recherches et des interventions en santé publique : approche de l'immigration musulmane en communauté française de Belgique, 17p. à paraître.

profitant du système de sécurité sociale en Belgique. Pourtant, rien n'est moins vrai, de nombreuses études attestent le contraire. Ainsi celle réalisée par Albert Bastenier qui conclut en ces termes : «Parmi l'ensemble de la population, les immigrés consomment les soins les moins coûteux. En outre, ils en consomment globalement moins souvent que les Belges. Au total, ils coûtent donc moins cher à l'assurance maladie que les autochtones, contrairement à ce que certains préjugés tenaces insinuent.⁵»

Gardons toutefois à l'esprit que les patients allochtones, lorsqu'ils séjournent à l'hôpital y restent plus longtemps que les autochtones. Nombre d'études empiriques démontrent que les difficultés de communication que rencontrent ces patients avec le personnel soignant ne sont pas étrangères à cette situation. «En effet, dans un contexte relationnel qui ne favorise pas un bon niveau de communication, les médecins ne prennent pas le risque de laisser sortir le patient, même si leur état le leur permettait. En outre, les hôpitaux réalisent plus d'analyses, d'actes techniques et de tests auprès des allochtones qu'auprès des nationaux. Pourtant, un nombre de tests pourraient être évités si on était capable d'établir une anamnèse exacte. Les allochtones sont plus souvent soumis à des analyses complémentaires. (...) On constate aussi des problèmes en médecine ambulatoire suite à un mauvais usage des médicaments et des prescriptions médicales notamment. Ainsi des patients rentrés à la maison doivent souvent être réadmis suite à des complications qui auraient pu être évitées. Enfin, des difficultés surviennent dans le suivi de patient par manque de respect des rendez-vous⁶». Poser un diagnostic devient plus difficile dans une relation interculturelle et que la probabilité d'erreur de diagnostic est nettement plus importante.

La prise en charge des patients migrants n'est pas aisée pour celui qui se base uniquement sur le modèle occidental. En effet, la médecine occidentale s'inscrit dans la culture qui l'organise, elle se veut scientifique, centrée sur l'individu singulier, si ce n'est sur le seul organe malade, cause du mal sur lequel elle veut poser son regard. Nul ne peut contester son efficacité mais «il existe de par le monde une infinité de systèmes thérapeutiques efficaces»⁷ qui se basent sur une manière différente d'appréhender le corps, la santé et à l'heure actuelle, ni les facultés de médecine, ni la majorité des écoles d'infirmières ou de professionnelles paramédicales ne préparent les futurs médecins et infirmières à admettre l'efficacité de systèmes thérapeutiques différents.

En outre, la dissymétrie entre le patient migrant et le professionnel est encore accentuée par le fait que l'institution qu'est l'hôpital fonctionne selon des rites bien définis qui sont profondément étrangers aux références culturelles des migrants. La différence de statut entre le médecin et le patient, entre l'institution

⁵ Bastenier Albert, *Les immigrés au tiers payant*, Bruxelles, Santé Immigrés, 1982, p. 5. Sur la question voir aussi, du même auteur : *La santé des migrants coûte-t-elle cher à la sécurité sociale ?*, Bruxelles, Santé immigrés, 1979, pp. 27-31. - *Que coûtent les soins de santé des immigrés ?* Bruxelles, Santé Immigrés, 1979.

⁶ Note relative ..., op. cit., p. 4.

⁷ Nathan Tobie, *Manifeste pour une psychopathologie scientifique, dans Médecins et sorciers*, Paris, les empêcheurs de penser en rond, 1995.

et l'usager, est une entrave de plus à la communication. Le médecin occupe déjà dans la société une position sociale élevée notamment par son diplôme, son revenu et la reconnaissance de son rôle spécifique. Mais bien plus que tout cela, il détient un savoir qui lui donne quoi qu'il le veuille ou non un pouvoir sur les patients.

IV. La position des médiateurs interculturels dans l'hôpital

On l'aura compris, la pratique de la médiation interculturelle dans le domaine des soins de santé réclame de la part des médiateurs une solide formation ainsi que de nombreuses compétences. La tâche du médiateur interculturel est donc nécessaire, même si le recours aux médiateurs peut se révéler embarrassant pour les pouvoirs publics puisqu'elle dénote des lacunes parfois dues au manque d'intérêt dont ces populations font l'objet.

En ce qui concerne la position des médiateurs au sein de l'hôpital, la place qu'ils occupent est une position de faiblesse qui ne facilite pas leur insertion comme professionnel au sein de l'institution. Cette position de faiblesse est due non seulement au fait que les médiateurs interculturels sont souvent des femmes, d'origine étrangère, issues de milieux populaires, à faible niveau de qualification⁸. Mais de plus, si le recours à la fonction d'interprète est bien acceptée dans l'hôpital lorsqu'elle est ponctuelle, il n'en va pas de même lorsqu'elle tend à se systématiser. En effet, certains jugent que la présence permanente d'un médiateur interculturel serait un frein à l'intégration de populations étrangères qui ne feraient plus l'effort d'apprendre la langue du pays d'accueil. Mais où les critiques se précisent c'est lorsqu'on évoque clairement la fonction de médiation. La polysémie du terme est source de nombreux malentendus. Par son existence même la médiation remet en cause l'hôpital, elle remet en cause ses propres pratiques. C'est d'autant plus difficile pour l'institution qu'elle est remise en cause par un intervenant extérieur, à faible niveau de qualification. Enfin, cette fonction de médiation amène les médiateurs à prendre en charge des situations dépassant l'interprétariat. Il s'agira alors de dispenser des informations sur le bon usage des médicaments, de contribuer à l'éducation à la santé, autant d'interventions mal ressenties par les infirmiers(ères) et les assistant(e)s social(e)s qui déclarent se voir déposséder de la part la plus «valorisante» de leur travail. Ainsi M. Bagur qui souligne : «Les travailleurs sociaux, quant à eux, redoutent un empiètement sur leurs fonctions, alors même qu'ils tendent à se décharger de plus en plus fréquemment du traitement des cas urgents⁹»

En effet, dans un contexte économique défavorable, dans lequel les travailleurs se voient contraints de multiplier les prestations au détriment d'une prise en charge sociale adéquate, les médiateurs interculturels font office de concu-

⁸ Sur le profil des médiateurs Voir entre-autre : Es-Safil., *La médiation interculturelle en matière de santé : une réponse aux problèmes de communication entre patients migrants et personnel soignant ?* Rapport de recherche, Liège, Résonances, 1996

⁹ ISM-FIA, op. cit., p. 12.

rents qui risquent d'enfermer les infirmiers(ères) et les assistant(e)s social(e)s dans des fonctions techniques. Bien que certains responsables d' institutions hospitalières reconnaissent l'utilité des médiateurs, ils ne sont pas pour autant prêts, dans le contexte actuel de restructuration, à investir directement dans la création de nouvelles fonctions.

Cette réaction défensive des professionnels est nourrie par l'absence d'une formation reconnue et sanctionnée par un diplôme. Les quelques formations existantes (principalement dans le Nord du pays) sont disparates et ne s'appuient sur aucun cursus de formation commun et reconnu, elles se voient dès lors dévaluées. D'autant plus que leur action se concentre vers des publics « marginaux» .

ré les nombreuses difficultés qui jalonnent le parcours des médiateurs, ils se révèlent indispensables ainsi en attestent de nombreux médecins faisant appel à leurs services de tel le Dr De Blauwe¹⁰ : «Sur le plan médical, il s'agit d'une aide précieuse : le patient a une meilleure compréhension de la maladie et du traitement, le suivi est mieux assuré, les consultations plus régulières et la compliance au traitement mieux observée. (...) Alors que ces patients avaient l'habitude de consulter de nombreux médecins, ils se fixent et s'attachent à leur médecin traitant. L'intervention de l'interprète permet à la relation de se dégager du ghetto ethnique et contribue à la prise en charge de la personne par elle-même, à son accession à une autonomie nouvelle.»

Du côté des patients, on ne tarit pas d'éloges. Le médiateur interculturel leur permet une meilleure gestion de leur capital santé, mais a aussi une répercussion importante sur divers aspects de leur vie sociale (meilleure connaissance des us et coutumes du pays d'accueil, du fonctionnement des institutions...), mais sa présence est aussi perçue par les patients comme une reconnaissance de la part des autorités à leur égard : «Pour une fois que le Gouvernement, il pense à nous (...)», notait ce patient marocain.

La médiation interculturelle dans le domaine des soins de santé n'en est plus au stade expérimental. L'hypothèse selon laquelle des problèmes de communication entraînent une mauvaise gestion du capital santé est vérifiée et la présence des médiateurs interculturels est reconnue comme un bénéfice.

Il y a lieu d'encourager et de valoriser le travail des médiatrices, en identifiant clairement la médiation interculturelle dans les soins de santé comme étant une action spécifique faisant partie de tout un ensemble d'actions cohérentes visant à promouvoir l'éducation à la santé des patients migrants. En effet, la santé des migrants est étroitement liée à leur situation sociale. Une bonne santé est en premier lieu garantie par des droits et des chances identiques. Les efforts menés dans le cadre de la santé des migrants ne peuvent dès lors être séparés d'une politique générale d'émancipation et de reconnaissance sociale de ces populations.

En ce sens, la médiation n'est pas une fin en soi mais un moyen de tendre vers l'autonomisation des patients. Il s'agira donc de mettre en place toute une

¹⁰ Médecin généraliste à la maison médicale des Riches-Clares à Bruxelles.

série d'actions (formation spécifique dispensée au personnel médical et paramédical qui travaille en milieu immigré, entre autres) dont le médiateur inter-culturel serait le moteur principal.

Bibliographie sommaire.

1. A MONTREUIL, *des femmes-relais, passeurs vers l'intégration*, dans Hommes & Migrations, n° 1162, Paris, Fév-Mars 1993, pp. 96-101.
2. Actes du colloque régional organisé par Agir ensemble pour notre santé le 5 décembre 1992 à Belfort, dans Migrations, n° 75-76, Paris, 2ème et 3ème trimestre 1993.
3. BELLENGER LIONEL, *La négociation*, Que Sais-je ? n°2, 187, P.U.F., 1984.
4. BLANCHART MARIE-NOËLLE, *La médiation culturelle, comme résolution de conflits de valeurs au sein des familles*, Laval, s.d., document de travail inédit.
5. BOSSAVIT JEAN-LUC, *Médiation dans la ville : question de méthode*, dans Migrants-formation, Juin 1993, pp. 78-91.
6. BOURGUIGNON ANNIE, *Améliorer la qualité des soins de santé des immigrés*, dans Nouvelle Tribune, n°8, Bruxelles, septembre 1995, pp. 45-46.
7. CAMILLIERI CARMEL, *La communication dans la perspective interculturelle*, dans Chocs de cultures, Paris, s.d.
8. Centre des minorités ethniques et de santé publique, Centre Flamand pour l'intégration des migrants, *Projet médiatrices interculturelles dans le domaine de la santé*, Bruxelles, 1993.
9. CHIKHA ELISABETH, A MONTREUIL, *des femmes-relais, passeur vers l'intégration*, dans Hommes et Migrations, n°1162-1163, Février-Mars 1993.
10. ES-SAFI LATIFA, *Malades içç, venus d'ailleurs. Peut-on les comprendre ?* préface de Nathan Tobie, Liège, Résonances édition, mars 1996.
11. ES-SAFI LATIFA, MANÇO ALTAY, *Santé et immigration musulmane en Belgique francophone : évolution des recherches et actions*, dans Agenda Interculturel, Bruxelles, CBAI, n°139, déc. 1995, pp. 33-36.
12. FABRE THIERRY, *Les intermédiaires culturels, vers un dialogue franco-algérien*, dans Hommes et Migrations, n°1144, Paris, juin 1991, pp. 27-34.
13. FISCHER R. et URY W., *Comment réussir une négociation ?*, Paris, Seuil, 1992.
14. FLAMENT MARIANNE, *Les spécificités de l'interprétariat en milieu social*, dans Agenda Interculturel, Bruxelles, pp. 18-23.
15. FREYNET MARIE-FRANCE, *Les Médiations du Travail Social, Contre l'exclusion, reconstruire des liens*, Lyon, Chronique Sociale, 1995.
16. Glasman D., et COLLONGES G., *Travailleurs sociaux et enseignants, partenariat et identités professionnelles*, dans Migrants-Formation, n° 80, Paris, mars 1995.
17. GUILBERT LUCILLE, *Intermédiaires culturels et médiateurs de cultures*, Laval, mars 1994 (document de travail inédit).
18. HEILBRUNN SOPHIE, *Babel ? Médiatrices !*, dans La Cité, 5 Janvier 1995, p. 20.
19. ISM, *Compte-rendu de la journée d'études du 25 novembre 1994*, Bruxelles, ISM, s.d.
20. ISM, *Rapport d'activité 1993*, Bruxelles, ISM, 1994.
21. ISM, *Rapport d'activité 1994*, Bruxelles, ISM, 1995.
22. ISM, *Rapport d'activité 1995*, Bruxelles, ISM, Mars 1996.
23. SIX JEAN-FRANÇOIS, *Dynamique de La Médiation*, Paris, Desclée de Brouwer, 1995.
24. SIX JEAN-FRANÇOIS, *Le Temps des Médiateurs*, Paris, Seuil, 1990.
25. *L'interprète en milieu social, Interpreting in the community*, rencontre européenne, Strasbourg, 5-6-7 octobre 1995.
26. *La Médiation*, dans Non-Violence Actualité, Montargis, 1993.
27. *La médiation*, dans Migrations & Société, n°16-17, Paris, 1991.
28. LAHY SYLVIE, *Les médiateurs refusent d'être les «Arabes de service»*, dans Le Soir,

Bruxelles, 19 et 20 avril 1992.

29. LE BRETON DAVID, *Soins à l'hôpital et différences culturelles*, dans Migrants-Formation, n° 80, Paris, mars 1995.

30. GUILBERT LUCILLE, *Intermédiaires Culturels et médiateurs de cultures*, Université de Laval, Mars 1994.

30. MANÇO ALTAY, *Travailleurs sociaux issus de l'immigration : profil et potentialités. Le cas de la communauté turque en Belgique*, dans Bâg, Réseau de travailleurs sociaux originaires de Turquie, n° 19/20 mars 1996.

32. *Médiation Interculturelle : Actes de la formation 92-93*, dans EN FAS, n°5, Lyon, CEFISEM, 1993.

33. N.G., *Entre éthique et pratique, la médiation se cherche*, dans *Libération*, 8 mai 1995.

34. NIEL MARIE-CLAIRE, *Formation et médiation en PMI et maternité*, dans Migrants-Formation, n°88, Paris, mars 1992, pp. 94-103.

35. NUGENT PATRICK, *Les impacts des différences culturelles sur le conflit et sur la gestion des conflits*, dans *Intercultures*, 24 avril 1994, pp. 57-80.

36. PAQUETTE DIDIER, *La Médiation, évolution historique d'un concept*, dans *Migrations et Sociétés*, n°16-17, s.l., 1991.

37. *Projet de médiatrices interculturelles dans le domaine des soins de santé*, brochure du projet, CMESP et CFIM.

38. *Rôle de l'interprète sociale et médicale interculturelle*, compte-rendu de la journée d'études du 25 novembre 1994, Bruxelles, ISM.

39. SALHAB MOHAMAD, *Pratiques de la médiation interculturelle*, dans *Orientations Méthodologique*.

40. SALHAB MOHAMAD, *Aspects sociaux des médiations interculturelles*, dans *Hommes et Migrations*, n°1164, avril 1993, pp. 15-18.

41. SOLÉ ROBERT, *Le juge, l'arbitre et le passeur*, dans *Le Monde*, Paris, 8 décembre 1995.

42. *The critical link: Interpreting in the community, international conference*, Toronto, June 1-4, 1995.

43. VISONNEAU GENEVIÈVE, *Psychologie sociale et conflit interethnique*, Migrants-Formation, mars 1990, p. 25.

44. VOLPONI ANNE-FRANÇOISE, *Le médiateur, ultime maillon de la chaîne d'intégration?*, dans *Hommes et Migrations* n°1169, Paris, octobre 1993.

45. WITTEK FRITZ, *Médiation : doutes et interrogations*, dans *Agenda Interculturel*, Bruxelles, novembre 1994.