



HAL
open science

La médiation interculturelle en milieu hospitalier en Belgique : une recherche de reconnaissance

Annie Cornet, Christine Tomat, Aysel Uzun, Paul Matamba

► To cite this version:

Annie Cornet, Christine Tomat, Aysel Uzun, Paul Matamba. La médiation interculturelle en milieu hospitalier en Belgique : une recherche de reconnaissance. *Management & sciences sociales*, 2017, La diversité : regards croisés. Aujourd'hui et demain, 23, pp.4-14. hal-01856602

HAL Id: hal-01856602

<https://hal.science/hal-01856602>

Submitted on 13 Aug 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Copyright

La médiation interculturelle en milieu hospitalier en Belgique : une recherche de reconnaissance

Annie Cornet

Professeure, Hec-Liège (ULiège)
annie.cornet@uliege.be

Christine Tomat

Directrice de service de médiation interculturelle, CHR, Liège
christiane.tomat@chrcitadelle.be

Aysel Uzun

Médiatrice interculturelle, CHR, Liège
aysel.uzun@chrcitadelle.be

Paul Matamba

Médecin, assistant volontaire, Université de Liège
matambamuaba@gmail.com

Notre communication¹ porte sur l'articulation entre la diversité du personnel et la diversité des usagers dans le milieu hospitalier. Nous allons montrer l'atout de la diversité du personnel pour les clients et bénéficiaires, à partir de l'expérience d'un hôpital public en Belgique, confrontés à la diversité culturelle de son public. La diversité des patients, notamment dans les langues parlées et maîtrisées, pose d'importants problèmes pour assurer les diagnostics et accompagner les patients tout au long de la maladie et du processus de soins. Y répondre, en proposant des médiateurs et médiatrices interculturels, s'inscrit dans la recherche de plus d'efficacité (mieux satisfaire la clientèle et les usagers) et d'efficience (mieux utiliser les ressources disponibles) mais aussi dans des préoccupations d'égalité et d'inclusion sociale. Cet article vise à décrire les différentes composantes de ce métier, à mieux cerner les compétences demandées au personnel, à montrer tout le processus de reconnaissance interne et à identifier les difficultés et débats autour de la fonction. Il s'est construit dans un processus de recherche-action construit avec des professionnels impliqués dans la médiation, avec lesquels nous avons réalisé un travail d'écriture commun à partir de leurs expériences de terrain et d'un processus d'accompagnement du service de médiation depuis plus de 15 ans.

Mots clés : Diversité, médiation interculturelle, santé, migrants et diversité culturelle.

Our communication focuses on the relationship between the diversity of staff and the diversity of users in the hospital environment. We will show the strength of the diversity of staff for customers and beneficiaries, from the experience of a public hospital in Belgium, confronted with the cultural diversity of its audience. The diversity of patients, in languages but also in culture, poses significant problems in providing diagnoses and accompanying patients throughout the illness and the care process. Proposing intercultural mediators is part of the quest for greater efficiency (better satisfying the clientele and users) and efficiency (making better use of available resources), but also in the interests of equality and social inclusion. This article aims to describe the different components of this job, to better understand the skills required of staff, to show the entire process of internal recognition and to identify the difficulties and debates around the function. It was built in a process of research-action built with professionals involved in mediation, with whom we realized a joint writing work from their field experiences and a process of support of the service of mediated for more than 15 years.

Keywords : diversity, intercultural mediation, health, migrants and cultural diversity.

1. La communication s'inspire du travail d'une étudiante en master en sciences de gestion à Hec_Liège, Camille Coulé. Le texte a été proposé au RID La Rochelle 2016

Introduction

Cet article porte sur l'articulation entre la diversité du personnel et la diversité des usagers dans le milieu hospitalier. La diversité du personnel est fréquemment présentée dans la littérature managériale comme un moyen pour améliorer la relation avec les usagers et les clients (business case de la diversité) (Thomas et Ely, 1996). Il existe toutefois peu d'études qui documentent ce lien. Nous allons montrer l'atout de la diversité du personnel pour les clients et bénéficiaires, à partir d'une étude réalisée dans un hôpital public belge, confronté à une grande diversité culturelle de son public. Cette diversité pose d'importants problèmes pour accompagner les patients tout au long de la maladie et du processus de soins, à cause des problèmes de communication liés à l'usage de différentes langues mais aussi des pratiques liées à la santé dans différents contextes culturels. L'hôpital a été un des pionniers sur la mise en place d'un service de médiateurs et médiatrices interculturels, pour faciliter la relation avec les patients et améliorer la qualité des services. Notre recherche est basée sur des entretiens qualitatifs de médiatrices et de la gestionnaire de ce service mais aussi sur un long processus d'accompagnement du service, avec lequel nous collaborons depuis sa création, soit presque vingt ans. Nous allons décrire les différentes composantes de ce métier, cerner les compétences demandées au personnel, montrer tout le processus de reconnaissance interne et identifier les difficultés et débats en cours autour de la fonction.

Contexte : la médiation interculturelle en milieu hospitalier en Belgique

La Belgique a été précurseur pour lancer ce métier de médiateur interculturel dans les hôpitaux. Le tournant décisif qui « créa » véritablement le métier de médiateur/trice interculturel en milieu hospitalier se situe en 1996. Le Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme (Unia) chargea un groupe de travail de se pencher sur ce sujet dans le cadre des travaux de la Conférence interministérielle pour la Politique de l'Immigration.

Le groupe de travail proposa la mise sur pied de projets pilotes pour évaluer les problèmes rencontrés par les personnes d'origine étrangère dans les processus de soins dans les hôpitaux et les pistes de solution. Dès 1997, on vit apparaître les premières cellules de médiation, notamment dans l'hôpital public concerné par cet article. Dans cet hôpital, une association avait déjà entamé un travail de réflexion avec le service du personnel et d'accueil des patients et lancé l'initiative avec des objectifs d'intégration sociale des migrants et personnes d'origine étrangère, essentiellement turques, marocaines et issues d'Afrique subsaharienne. Un an plus tard, en décembre 1998, le gouvernement décida de proposer un financement structurel pour mettre en place des services de médiation dans les différents hôpitaux (AR 03/12/1999). La fonction fut créée deux ans plus tard (A80, AR 25/4/2002). Il s'agissait de prendre en compte les problèmes spécifiques des langues et les caractéristiques culturelles des patients hospitalisés avec une attention particulière aux groupes allochtones (personnes d'origine étrangère), plus particulièrement ceux de statuts socio-économiques peu élevés. Les sourds et les malentendants, qui s'expriment en langue des signes, ont été inclus ensuite dans les groupes cibles. Il y avait en 2016, 106 médiateurs en Belgique, dans 50 hôpitaux, 119 700 interventions dont 4 036 interventions par vidéoconférence².

Diversité du personnel, santé et multiculturalité

La gestion de la santé est fortement ancrée à l'intérieur d'un système culturel qui définit les valeurs, les normes, les attitudes et comportements perçus comme adéquats pour comprendre la maladie mais aussi les traitements. On observe des prévalences différentes des maladies en fonction de certains groupes culturels et nationalités (Ingleby, 2009). Chaque culture, chaque pays, chaque langue a des façons distinctes de nommer et de traiter les maladies, d'accepter ou non certains types de traitement (Cohen-Emerique et Fayman, 2005) (Cohen-Emerique, 2006)

2. <https://www.health.belgium.be/fr/guide-pour-la-mediation-interculturelle-dans-les-soins-de-sante>.

et de vivre le deuil et la maladie. De plus, l'approche du système de santé est fortement différente d'un pays à l'autre (Vissandjee *et al.*, 2005). L'hôpital est un lieu de confrontation de pratiques et référents culturels différents (Beaufils, 2012) avec toute la difficulté de pouvoir, dans ce contexte, répondre à sa mission (Hanson *et al.*, 2008). Tout ceci pose d'importants défis aux hôpitaux qui tentent d'améliorer leur relation avec leur clientèle et leurs usagers.

La médiation interculturelle est une pratique mise en place pour gérer les relations entre des cultures différentes (Bonafe-Schmitt, 1997) (Tapia, 2010). Tourrilhes (2008, p.109) exprime bien le rôle de la médiation : « *Les conflits et les tensions qui en résultent dans certaines situations d'interaction sont dus aux différences de points de vue, de représentations, de significations qui sont le résultat de socialisations dans des univers sociaux et culturels différents avec des modes d'être, d'agir, de penser le monde de façons différenciées. La médiation se situe dans un entre-deux, dans un espace tiers où il y a va-et-vient entre reconnaissance et interdépendance, distance et proximité, différenciation et égalité, identité et altérité* ». La médiation fait débat. Certains pensent qu'elle ne fait que renforcer les différences et le particularisme, pour d'autres, par contre, qu'il s'agit d'une manière innovante de repenser et de gérer le vivre ensemble (Younes et Le Roy, 2002) (Bonafe-Schmitt, 1997).

La médiation interculturelle s'est développée dans les lieux d'interaction avec les familles : les tribunaux et la justice (Younes et Le Roy, 2002) mais aussi à l'école et dans les services sociaux (Cohen-Emerique, 2011) et enfin, à l'hôpital (Chbaral et Verrept, 2004) (Nobre et Mac Gabahn, 2011). Dans l'hôpital, on pourrait associer ces pratiques aux objectifs des politiques de gestion de la diversité car il s'agit d'améliorer la relation avec les clients et les usagers en intégrant dans le personnel des personnes ayant les mêmes caractéristiques culturelles et les mêmes langues que les patients (Cornet et Warland, 2008). Le pari est que la prise en compte de ces différences culturelles impacte positivement le système de santé en permettant de réduire le risque d'erreurs de diagnostic et d'améliorer la participation des patients, l'adéquation des traitements médicamenteux ainsi que le dépistage

et le suivi régulier des patients (Chbaral et Verrept, 2004) (Tabouri, 2009).

Les médiateurs et médiatrices ont une position particulière car ils interviennent dans une relation duelle qui implique le patient et le personnel soignant (Tilmans-Cabiaux *et al.*, 2013). Leur rôle est relationnel, il s'agit d'établir, voire de rétablir, le dialogue entre les parties. Les médiateurs sont identifiés par Cohen-Emerique et Fayman (2005) comme des « passerelles d'identité » car ils aident les acteurs du milieu hospitalier (personnel médical et infirmier, personnel paramédical, administratif et de support) à mieux comprendre et respecter les migrants et personnes d'origine étrangère, à mieux comprendre leurs cultures et à mieux dialoguer dans un souci d'améliorer le diagnostic et la prise en charge. On retrouve aussi dans les objectifs annoncés l'idée de redonner du pouvoir aux patients, fragilisés dans la relation d'aide et de besoin de secours médical (Pelletier, 2016) (Cherbonnier, 2002).

Certains s'interrogent sur les chances de réussite de la médiation dans une bureaucratie professionnelle, comme l'hôpital. Ainsi, Hensgens exprime que certains médecins ne souhaitent pas avoir recours à la médiation interculturelle car le médiateur risque d'observer certains dysfonctionnements, qui ne sont d'habitude pas décelés (Hensgens, 2003). Il permet aussi au patient d'exprimer des plaintes qui n'auraient pas été possibles sans l'intervention d'un médiateur. Durant longtemps un rapport de force existait entre patient et praticien, en faveur de ce dernier. Le médecin était un savant, tandis que le patient s'avérait être ignorant. La dissymétrie était d'autant plus grande avec le patient allochtone (Es-Safi, 2001) (Tilmans-Cabiaux *et al.*, 2013).

Si l'intention est louable, plusieurs auteurs pointent que la mise en œuvre est complexe et suscite des débats éthiques : jusqu'où faut-il accepter et intégrer les différences ? Que faire quand celles-ci s'opposent à nos valeurs et normes ? (Tilmans-Cabiaux *et al.*, 2013). Quelle est la frontière avec le droit et la morale, quel projet de société et de vivre ensemble (Younes et Le Roy, 2002) ? Nous allons tenter d'alimenter ce débat à partir des retours d'une étude de cas menée en centre hospitalier en Belgique.

Méthodologie

Cet article s'appuie sur une étude de cas (Yin, 2014) à savoir l'expérience du service de médiation interculturelle d'un hôpital public belge, enrichi d'interviews menées auprès de 5 autres hôpitaux francophones ayant des expériences similaires. L'étude de cas a été choisie car elle constitue une référence en matière de médiation interculturelle. C'est le premier hôpital en Belgique qui a lancé un service de médiation et cela il y a 20 ans. Il a été créé en 1997. Nous travaillons avec cette équipe depuis la création de ce service, donc nous connaissons très bien le contexte et l'évolution.

L'hôpital a 935 lits, 69 431 hospitalisations, 51 1235 consultations, 2 430 accouchements, plus de 420 médecins spécialistes et 3 463 membres du personnel (2 740,72 ETP). Le service de médiation interculturelle compte en 2017 6 médiateurs/trices qui parlent l'albanais, le serbo-croate, l'arabe berbère, l'arabe maghrébin, l'arabe dialectal, l'arabe classique, le turc et la langue des signes. Une des originalités du service est d'avoir développé, il y a plus de 15 ans, un répertoire interne des traducteurs dans l'optique d'utiliser au mieux les compétences internes. Dans ce répertoire, réalisé à partir d'une déclaration volontaire des agents, on retrouve les langues et dialectes parlés de centaines d'agents.

Les données accumulées autour de cette étude de cas comprennent des interviews, des réunions communes, des mémoires d'étudiant-e-s, des publications communes, l'analyse de contenu des rapports d'activité annuels. Nous nous appuyons aussi sur plusieurs travaux de fin d'étude réalisés par des étudiants d'Hec-Liège. C. Coulée, une étudiante de 2015-2016, a notamment réalisé une trentaine d'entretiens semi-directifs avec des médiateurs (Coulée, 2015).

Nous avons réalisé une analyse de contenu qualitative des entretiens, en partant d'une part d'un certain nombre de thèmes préalablement identifiés, mais aussi en faisant émerger des dimensions non perçues a priori comme importantes. Nous sommes repartis de ce travail pour discuter des résultats et pistes d'analyse lors de plusieurs réunions de travail avec plusieurs médiatrices, la responsable du service et un médecin, spécialisé

en santé publique, associé aux travaux de la cellule de médiation. L'analyse présentée ici ne couvre pas l'ensemble des résultats. Nous avons privilégié certains points qui nous apparaissaient comme spécialement intéressants à mettre en exergue.

Des missions multiples, en perpétuelle évolution

Plusieurs missions sont identifiées pour les médiateurs interculturels en milieu hospitalier (Coune & Verrept, 2016) :

- La première mission est l'interprétariat. Il s'agit ici essentiellement de traduire les propos des personnes qui ne comprennent pas la langue utilisée par les prestataires de soins, en l'occurrence ici, le français et inversement, de traduire les propos du personnel soignant vers les bénéficiaires des soins.
- La deuxième mission est celle de « culture brokerage ou de décodage culturel ». Le médiateur utilise sa connaissance de la culture du migrant afin de l'aider dans sa demande de soins.
- La troisième mission est l'accompagnement des patients. Il est du ressort du médiateur interculturel d'apporter une aide concrète au patient et à sa famille pour les tâches administratives, d'expliquer au patient le cadre légal belge et les règles de sécurité sociale pour sa prise en charge.
- La quatrième mission est celle de l'écoute et du soutien. Il n'est pas rare que les patients demandent son avis au médiateur, forment leurs craintes et questions. On peut aussi avoir des demandes venant du personnel soignant.
- Le médiateur peut aussi agir comme médiateur en situation de conflits, liés notamment à la confrontation de systèmes de valeurs ou représentations différents.
- Le médiateur peut, enfin, jouer un rôle de défense des droits et des intérêts du patient. Cela découle de la loi du 20 juillet 2002, où il est du devoir du médiateur d'informer les patients de leurs droits, mais également de les rappeler aux prestataires de soins. Si elles/ils constatent que les droits du patient sont vraiment bafoués, elles/ils ont le devoir de le signaler, comme n'importe quel membre de l'hôpital. Il y a une tâche d'*advocacy* donc de défense du patient, mais dans l'information.

C'est au patient à décider s'il porte plainte.

Ce n'est pas un métier qui est facile, parce qu'il y a beaucoup de facettes différentes. Une médiatrice nous dit : « Nos missions ? Il y a en a beaucoup. Chaque jour est un autre jour. Il y a des moments où ce sera juste la traduction et donc la compétence linguistique, un autre ce sera la négociation, un autre ce sera plus psychologique, parfois on aura besoin d'une médiatrice pour calmer la situation et gérer des tensions. Chaque situation demande une autre compétence ». Une autre nous parle de son travail : « La traduction, la prise de RDV, expliquer aussi la culture, on me demande de faire passer des messages d'une culture à une autre, pas spécialement de la culture du patient vers la culture belge, ça peut être aussi de l'autre côté. On est là aussi pour expliquer le fonctionnement et les règles de l'hôpital. Quand il y a des conflits, il faut pouvoir calmer et apaiser les tensions. On ne doit pas vraiment gérer les conflits, mais plutôt de les prévenir ». Certaines parlent de la mission d'autonomie du patient : « Il y a un rôle d'autonomiser le patient. Le rôle du médiateur n'est pas de lui tenir toujours la main. Il faut expliquer qu'il y a le service de la Croix-Rouge qui peut les aider dans leurs déplacements, que les inscriptions sont là. C'est expliquer le cheminement jusqu'à la consultation, puis, par la suite, le patient doit pouvoir le faire lui-même ». Une autre médiatrice nous parle du rôle de « passeur de culture » et d'information sur les cultures en présence : « c'est informer le personnel soignant des différences culturelles. (...) On répond aux demandes et aux questions. Par exemple, un service nous demandait comme est-ce qu'on peut toucher le corps ? Comment peut-on présenter nos condoléances ? ». Une autre nous parle du rôle de soutien et d'écoute du patient : « Il y a l'écoute. J'avais un patient qui venait me dire bonjour chaque jour. Il vient me dire son taux de glycémie, je lui réponds en arabe, cela lui fait plaisir. Il vit tout seul. Parfois tu dois accepter d'être tout simplement un lieu d'écoute ». Elles nous parlent aussi du travail administratif : « Pour l'accompagnement, on commence au niveau administratif. On les accompagne à l'inscription, prendre les RDV. Pour les demandeurs d'asile, il y a les réquisitoires pour les papiers. S'il y a un souci avec la facture, on les accom-

pagne à la facturation, on négocie parfois un paiement échelonné ». Il y a aussi le reporting pour le Ministère : « Chaque année, on doit rentrer un rapport au Ministère, en expliquant le nombre de patients et leur provenance, les langues les plus sollicitées, le nombre d'interventions réalisées sur l'année. En plus de ce rapport, il y a un mois durant lequel on doit enregistrer toute l'activité ». Les médiatrices sont en permanence munies d'un calepin, car « on a des fiches à remplir pour chaque patient. On note, on prend les étiquettes auprès des médecins pour identifier précisément les patients pour être sûr de n'oublier personne ». Un des défis est de définir son domaine d'interventions en regard de la profession des autres : « C'est très diversifié mais en même temps très cadré. On travaille toujours en binôme, en relais avec les services et unités de soins. On sait où sont nos limites professionnelles, on essaie de ne pas empiéter sur la profession des autres ».

Parmi les cinq hôpitaux rencontrés, deux seulement ont une description de fonction. Plusieurs regrettent ce manque de clarification : « Les limites tiennent en ce que c'est pas clair pour tout le monde. Pour le moment, j'ai l'impression que chacun fait un peu comme il l'entend, et va jusqu'où il veut aller. Parfois ça amène des situations confuses. Personnellement, je fais ce que je pense raisonnable, mais c'est vrai que si c'était plus clair pour tout le monde, ça nous aiderait ».

Une fonction en quête de légitimité

Plusieurs travaux pointent, de fait, le manque de visibilité et de clarté du périmètre d'action et les tensions qui peuvent surgir entre les différents corps de métier (Pinis-Dulinski, 2009) (Tabouri, 2009). Nos interviews rejoignent ces constats. Le service de médiation interculturelle de cet hôpital a été le premier service de ce genre à se mettre en place dans un hôpital francophone. La reconnaissance a été lente et progressive. Il a été intégré dans l'hôpital assez rapidement mais était, au départ, un projet pilote, lancé en 1997, par une association qui travaillait sur l'interculturel. Le projet était porté par une personne convaincue, maintenant décédée, qui a su gagner le soutien du DRH de l'époque, maintenant retraité : « C'est elle qui s'est battue pour mettre

le projet en place. C'est elle qui a convaincu le comité d'administration de l'hôpital et le DRH ». Certains se rappellent les difficultés du début : « *Quand on a commencé, on a ramé, mais quand je te dis qu'on a ramé, on a ramé, on en pleurait ! On en pleurait parce qu'on nous regardait de haut. Qui êtes-vous, quelle formation avez-vous ? Qu'est-ce que vous venez faire là. On n'en a pas besoin. On s'en est toujours bien sorti jusqu'à présent. Pourquoi est-ce que, maintenant, il y aurait des médiateurs. D'où sort cette terminologie ?* ». Une autre médiatrice nous dira : « *Psychologiquement ça a été terrible. On ne nous regardait pas !* ».

La reconnaissance est aussi symbolique au travers du fait d'avoir un espace pour regrouper les médiateurs et médiatrices. La responsable fait l'analogie avec des « SDF » qui symbolise, au début, le manque de reconnaissance : « *Quand on est arrivé ici, on était attaché à l'accueil du patient. On n'avait pas de bureau, on était un peu SDF, on se mettait à l'accueil et on attendait. Puis, au fur et à mesure, on a eu un local, des bureaux, etc.* ». Grâce au soutien du DRH de l'époque, le service de médiation a eu un bureau dans le service « accueil des patients ». Certaines pointent qu'il reste un certain flou sur la description de leur fonction : « *On n'a pas encore de profil de fonction bien défini. C'est pas toujours clair pour nous, jusqu'où va notre mission et jusqu'où on peut aller (...)* ».

Parmi les facteurs de réussite, on retient l'importance du soutien de la direction et l'introduction auprès des chefs de service : « *On avait le soutien de la direction, du médecin directeur général, des RH, enfin tout ceux du 6ème et du service social, ça a facilité notre intégration (...)* Ce qui était chouette, c'est qu'on nous a introduits auprès des directeurs, puis des directeurs aux infirmières en chef et aux médecins chefs. C'est passé par la hiérarchie. Une fois que la hiérarchie nous acceptait, le reste a suivi d'office ». Le service a aussi bénéficié d'un soutien inconditionnel du gestionnaire des ressources humaines.

L'insertion dans le milieu fait partie du processus de reconnaissance : « *Quand je suis arrivée ici, mes collègues m'ont baladé dans l'hôpital pour me présenter à tout le monde, pour me familiariser un peu avec la manière de fonctionner, pour dire à tout le monde que j'étais là et qu'on pouvait faire appel à moi*

pour ces langues-là ».

À la question de savoir si les patients choisissent leur hôpital en raison du service de médiation, les réponses sont unanimes : « *Oui, j'en suis convaincue* ». Une coordinatrice déclare « *Je pense que les patients sont satisfaits parce qu'ils reviennent, et on voit une certaine fidélisation de la patientèle qu'on avait pas avant* ».

Toutefois une médiatrice déplore le manque d'informations au sein de l'hôpital : « *Les personnes qui viennent maintenant à l'hôpital pour se faire soigner, pour une consultation, ne sont pas toujours au courant !* ». Le manque d'informations est lié à la réalité de l'hôpital et au nombre d'agents : « *Cet hôpital, c'est à peu près 3 000 agents, donc même si on a aménagé dix minutes lors de la journée d'accueil des nouveaux pour essayer de les informer sur notre service, il y en a beaucoup qui passent à travers* ». Par ailleurs, plusieurs se plaignent que leur métier reste mal connu et mal compris : « *Il y a vraiment des médecins qui disent 'oh c'est Mme X qui traduit', c'est ça dans leur tête, mais ils ne comprennent pas que la médiation ce n'est pas seulement traduire. C'est vrai que c'est la tâche principale, mais il y a toute une procédure de communication, de casser toute barrière linguistique, ethnique* ». Toutefois, le bouche-à-oreille fonctionne et permet d'améliorer la connaissance du service. Une intervenante nous dira : « *Je me rends compte que le bouche-à-oreille fonctionne, que les services se parlent entre eux, et voilà on les contacte de plus en plus pour ça* ».

La médiation : un art subtil

Passer l'information et s'assurer que chacune des parties se comprend est le premier challenge : « *Quand l'information passe des deux côtés, le travail est fait* ».

Un premier arbitrage porte sur le contenu de la traduction. Une médiatrice nous dit : « *Je ne traduis pas toujours tout. À la formation, on nous a dit 'il faut tout traduire'. Mais si le patient insulte le médecin, je traduis ? Non. Je suis là pour tempérer, pour mettre de la communication et pas pour la casser. On est des médiateurs pas des traducteurs, le but est justement de construire une relation de confiance. Celui qui dit qu'il traduit tout, je ne*

le croirai pas ».

Elles mentionnent l'importance de bien choisir sa place : « *On nous a appris tout ça au Ministère, on doit se mettre entre les deux. Pour bien distinguer qu'on est ni d'un côté ni de l'autre, on travaille en triade. (...) Le but, c'est qu'on avait appris en formation, c'est de faire comme si on n'était pas là* » ... « *Il faut que le patient ne nous regarde pas mais qu'il regarde plutôt le professionnel de santé. Pour être le meilleur médiateur/trice, il faut être le plus transparent possible. Finalement, d'être comme une voix. C'est pas toujours évident. Il nous faut aussi un contact visuel, car il y a le non-verbal, qui rentre énormément en ligne de compte* ». Les médiatrices recourent à certains stratagèmes : « *Maintenant, j'ai l'habitude. J'essaie avec les gestes, de faire qu'ils se regardent eux* ».

L'appel à une traductrice permet plus de discrétion pour le patient et de respecter le secret professionnel : « *Je vais parler de la communauté arabe. Ici, tout le monde se connaît. Si on a besoin de traduction et qu'on vient avec un voisin, il y a l'info qui va se diffuser très vite au sein de la communauté. Ce qui n'est pas le cas avec nous. Ici il y a énormément d'informations d'ordre privé, y a l'aspect financier, des informations très délicates (...)* ». Elles nous parlent aussi de l'importance de la neutralité et des difficultés rencontrées quand le traducteur est quelqu'un de la famille : « *Il faut quelqu'un de neutre, car quand c'est la famille qui traduit, c'est pas toujours évident. Ils font le tri, ils ne traduisent pas ce qui les dérange* » ... « *C'est vraiment très, très important de pouvoir rester neutre. Je pense que c'est vraiment une des qualités, il faut vraiment ne pas prendre position. C'est peut-être le plus difficile (...)* ; *ce qui permet d'être le plus neutre possible et de faire circuler l'information* ».

Si la neutralité est perçue comme importante, on retrouve aussi dans les extraits le rôle de défense du patient, moment où on quitte la neutralité : « *Non, normalement on n'intervient pas. Mais en même temps on est des humains, et quand on voit que c'est injuste, à un moment donné, on a envie de dire 'ôla quoi'* ». Une autre nous dit « *Il n'y a pas de neutralité à tout prix. Je pense que ça fait partie des missions claires de la médiation, il y a un aspect de défense du patient. La fonction dérive de la loi sur les droits du patient* ». Ce rôle de

défenseur des droits du patient est tout un équilibre à trouver : « *Défendre, ce n'est pas être avocat. On dispose d'une information qui pourrait être favorable au patient, on la transmet au médecin. C'est défendre l'intérêt du patient, mais sans trop nous engager finalement. Ce n'est pas notre rôle de prendre parti pour qui que ce soit* ».

Des profils très différenciés

Au début, la politique de recrutement était d'engager des personnes d'origine étrangère qui connaissaient les langues ciblées (le turc, l'arabe berbère, etc.) et qui venaient des communautés ciblées. Cette connaissance de la culture des communautés en présence, qui s'enracine dans une expérience de vie dans ces communautés était perçue clairement comme un atout pour l'emploi. Pour la ville concernée, la population migrante était majoritairement originaire du Maghreb et de l'Afrique sub-saharienne : « *Je suis originaire du Maroc, et ma collègue, de Turquie, avec une famille bien traditionnelle, qui est née là-bas, donc ancrée dans les valeurs culturelles. On avait une très bonne connaissance de la culture et de la langue* ». Cette connaissance des cultures liées à certains groupes ethniques et nationalités est perçue comme une compétence-clé pour exercer la fonction de médiateur/trice : « *Je pense que la connaissance de la culture un élément primordial. C'est une des conditions pour pouvoir être un bon médiateur. L'appellation montre que la dimension interculturelle est importante dans notre tâche et nos interventions. Le fait d'avoir cette connaissance des cultures en présence favorise franchement la relation et la communication qu'on a avec le patient. C'est pour ça qu'on ne nous appelle pas 'interprète'. Notre fonction dépasse la traduction mot à mot* ». Progressivement, il y a une ouverture avec l'idée que ce qui est important n'est pas nécessairement d'être du groupe culturel ciblé mais de bien connaître la situation des pays de référence : « *J'ai découvert ce travail un peu par hasard. C'est une situation un peu particulière, parce que j'ai fait des études de traduction/ interprétation. À l'époque, j'avais fait un stage dans un centre de réfugiés où je rendais toutes sortes de services de traduction. Un peu naturellement, j'ai commencé*

à accompagner les patients chez le médecin ou à l'hôpital. Je me suis alors rendu compte que c'était un métier (médiateur interculturel) qui existait. Cela m'avait beaucoup plu. Quand j'ai terminé mes études, j'ai postulé dans tous les services de médiation des hôpitaux de Bruxelles et au Ministère. La politique à ce moment-là, c'était d'engager des gens qui ont eux-mêmes un parcours de migrants. Donc, à l'époque, ça n'avait pas porté de fruit. J'ai été rappelée, deux ans plus tard, pour un contrat de remplacement ». Une des médiatrices, avec un master en sciences politiques, spécialiste de la Russie et des pays du Caucase, pense que le fait de ne pas être issue d'une des communautés visées est un atout : « Je pense qu'on a un peu plus de recul... J'ai remarqué que certains patients préfèrent avoir affaire à quelqu'un qui n'est pas russe, pour éviter de se lancer dans des discussions trop compliquées ». Une autre raconte : « J'étais institutrice primaire, j'avais envie de changer d'orientation. J'avais toujours eu envie de travailler avec les personnes étrangères. En 2012, je suis venue faire un stage de deux semaines. Puis on m'a dit qu'il y allait avoir un poste. J'ai passé un entretien et j'ai été sélectionnée. Puis j'ai passé l'examen au ministère de la Santé ».

Ce métier reste très féminin. Ceci est en partie lié au fait que ce sont des métiers du social mais aussi parce que la fonction s'est beaucoup développée au début autour de l'accompagnement des femmes, notamment pour les actes liés à la maternité. « Il y a souvent plus de femmes dans les métiers d'attention aux autres. Avec les hommes, ça reste toujours problématique pour certaines consultations, de par la culture. Tout ce qui est RDV gynécologique, par exemple. Il y a aussi certaines cultures dans lesquelles les femmes ne peuvent pas être accompagnées d'un homme ». Mais le service de médiation de l'hôpital public a, depuis peu, recruté un homme parmi les médiateurs, ce qui semble satisfaire la plupart des acteurs en présence. Cette nouvelle mixité du métier sera sans doute intéressante à étudier.

Compétences et formation professionnelle

Des travaux ont été réalisés pour identifier

les qualités requises par la fonction comme l'empathie, l'écoute, l'attention individuelle et collective, le diagnostic des configurations relationnelles conflictuelles, la reformulation, les aptitudes technico-pratiques (Es-Safi, 2001) (Cohen-Emerique et Fayman, 2005). En regard de la professionnalisation, les médiateurs et médiatrices doivent obligatoirement suivre une formation délivrée par le Ministère qui a la médiation dans ses compétences. Il existe aussi des formations interculturelles dans des écoles locales (écoles supérieures) et dans certaines associations, spécialisées sur la formation interculturelle. Certaines médiatrices ont eu une formation de médiation interculturelle dans une école supérieure : 6 mois de cours et 6 mois sur le terrain. La formation comprend plusieurs modules : la médiation, l'interculturalité, le milieu hospitalier avec la terminologie médicale pour avoir un meilleur lexique. La formation repose aussi largement sur l'apprentissage par les pairs, la supervision, le mentorat et tutorat : « À l'époque quand on a commencé, on avait une infirmière qui venait de l'extérieur, elle était là pour nous superviser une fois par semaine. Elle venait sur le temps de midi et on avait l'occasion de lui parler et de lui raconter des situations difficiles. On l'a eue pendant un mois dans le cadre du projet pilote ». Ou encore : « On fait des supervisions, des études de cas, des séminaires ». Une médiatrice, issue de l'université, niveau très qualifié en regard des autres médiatrices, nous dit : « Je pensais que j'allais devoir passer un examen mais ils ont décidé simplement de valider mon diplôme. Donc je n'ai pas eu de formation au SPF. Je me forme au travers des séminaires, des colloques, etc. ». Une autre médiatrice « novice », puisqu'elle exerce depuis deux mois, nous confie : « En fait je n'ai pas dû faire de formation. J'étais institutrice en primaire. S'il m'arrive un cas délicat, je demande aux collègues comment je dois réagir ». Une autre médiatrice nous dit : « Mon chef est cultivé, il connaît bien la médiation, alors à chaque fois que j'ai des petits soucis, je parle avec lui. Il est toujours présent pour ça. Sinon, au Ministère, ils sont vraiment présents, j'envoie des mails. J'appelle pour poser des questions ». Certain-e-s évoquent des partenariats avec des associations d'aide aux personnes d'origine étrangère : « Je passe par le CBAI (Centre Bruxellois d'Action Interculturelle) qui travaille

sur tout ce qui est interculturelité, ils font des formations ».

Un représentant du ministère pense qu'il faudrait développer, au sein des hôpitaux, un soutien psychologique : « Il n'y a pas toujours de soutien et de reconnaissance de la difficulté émotionnelle à gérer ce genre de problèmes. On demande aux hôpitaux qu'ils prévoient un accompagnement psychologique. Parfois c'est la psychologue de l'hôpital, mais elles n'ont pas toujours envie d'aller se confier à elle. C'est le même problème pour les médecins et le personnel soignant ».

Le Ministère souhaite professionnaliser ce métier, en référence à des standards de la profession comme l'IMIA américain³ mais aussi avec d'autres acteurs en Europe : « On participe à un projet, le projet 'Time', qui devrait aboutir une formation type en Europe ».

Défis et difficultés

Certaines médiatrices déplorent le manque de personnel qui les pousse à travailler en effectif réduit. C'est le cas de la médiatrice qui est seule à mi-temps dans son hôpital : « Je m'occupe des patients, des appels et des traductions, mais en même temps j'organise des formations et je suis des formations. (...) J'essaie toujours d'organiser les choses. Comme je suis seule, les vacances c'est très difficile, parce que je ne peux pas m'absenter beaucoup ». Plusieurs se plaignent de la surcharge de travail : « Moi, quand je suis débordée, je mets la priorité, je fais le tri ». Une autre nous dit « Il faut suivre les demandes, mais ce n'est pas toujours possible. On est vite rattrapé ». Elle évoque aussi le manque de locaux et la complexité des configurations géographiques avec plusieurs sites : « On a des difficultés au niveau infrastructure, on n'a pas beaucoup de place, on reçoit les gens dans le couloir ou on essaie de libérer un petit coin. (...) J'essaie que les gens viennent ici mais ce n'est pas toujours possible ».

Certaines se plaignent du manque de formation à la terminologie médicale : « Moi ce qui me manque c'est une formation à la terminologie médicale. Parce qu'à ma première consultation, je me suis trouvée dans des si-

tuations assez délicates. Je ne m'attendais pas à faire face à certains lexiques ».

Elles nous parlent aussi des difficultés relationnelles avec les patients et les médecins : « Des fois, je suis mal car je reçois l'agressivité du médecin. Et le patient ? C'est nous ! On est des éponges. Je dois les faire communiquer mais c'est nous qu'ils regardent ! ». L'attitude du médecin est déterminante : « Il y a des médecins chez qui j'adore aller traduire. Puis il y a des médecins qui commencent à parler et ils ne s'arrêtent pas. C'est vraiment difficile de traduire parce que cela va trop vite. Alors parfois je dis 'temps mort' ».

Certaines parlent des difficultés avec les patients, accentuées parfois parce qu'elles sont de la même communauté : « Au niveau des patients, c'est parfois difficile de les cadrer. Par exemple, leur rappeler qu'il faut venir au RDV, qu'il faut justifier leur absence. C'est un peu délicat, parce qu'on appartient à la même communauté. Les gens ne comprennent pas toujours qu'on les recadre ».

D'autres pointent la difficulté en fonction des sujets de garder une distance émotionnelle : « Parfois on arrive à avoir plus de recul, et parfois forcément on est plus sensible. Ça nous touche beaucoup plus que d'autres », d'où l'importance de fixer les limites de son intervention : « Je sais que je suis pas psychologue. Quand on passe dans des cas chroniques ou des maladies lourdes, avec des gens qui reviennent souvent, on a un peu un rôle de béquille au final. Je pense qu'il ne faut pas avoir peur de passer le relais, par exemple, à l'assistante sociale » ; « Il y a parfois des plaintes très importantes ou qui me dépassent. Parfois ça ne rentre pas dans mes attributions, alors quand j'ai des plaintes très importantes, je donne à la médiation des droits des patients ».

Elles trouvent aussi que, parfois, leur fonction est mal comprise et qu'elles sont instrumentalisées, par le personnel médical mais aussi par les patients : « Parfois les gens nous utilisent juste pour prendre des RDV ». Plusieurs se plaignent que le service n'est pas assez connu et que sa mission est encore mal comprise, parfois réduite à l'interprétariat : « Beaucoup de gens dans l'hôpital ne connaissent pas le service, ne savent pas comment il fonctionne, ne nous connaissent pas. Ils ont l'impression qu'ils ont la possibilité d'avoir un médiateur 24h/24, ils ne savent pas quelles langues

3. <http://www.imiaweb.org/standards/standards.asp>. Consulté le 11/04/2015.

sont disponibles, etc. C'est dans cette idée-là qu'on a commencé à préparer une brochure, comment ça fonctionne, ce qu'on fait et qu'on ne fait pas. Car parfois on nous demande des trucs qui n'ont absolument rien à voir avec nos compétences ».

Certaines s'inquiètent en regard de l'évolution du profil des migrants : « *Moi ma difficulté actuelle, c'est que je me pose des questions concernant la prise en charge des nouveaux immigrants. Je m'interroge concernant les personnes, notamment d'origine syrienne et irakienne. Ce sont des personnes qui sont plus précarisées que les autres personnes* ».

Quand nous leur demandons dans quel cas elles considèrent qu'une intervention est réussie, elles nous disent : « *Quand tu sors et que tout le monde a le sourire, tu es contente* » ; « *Quand je me sens utile, qu'on a besoin de moi* » ; « *À la fin le médecin m'a remerciée d'être restée plus tard et m'a dit que pour lui c'est une intervention qui s'est bien passée. Le monsieur était rassuré, il vous connaissait, il vous comprenait, il comprenait ce qu'on allait lui faire, donc c'était important* ».

Conclusions

Au travers des témoignages, on voit clairement en quoi la diversité du personnel peut être un outil pour améliorer la relation avec le patient et donc augmenter la satisfaction des bénéficiaires (but de mission) mais aussi améliorer le fonctionnement de l'hôpital et la satisfaction du personnel (les buts de système). On est clairement dans le "business case" et les objectifs économiques des politiques de gestion de la diversité. Si ces préoccupations d'efficacité sont au cœur de la problématique, le projet se nourrit aussi de valeurs liées à l'identité de service public de cet hôpital comme l'accès aux soins pour tous et l'intégration sociale des personnes d'origine étrangère et des migrants. Ainsi, l'hôpital souhaite s'inscrire dans une démarche d'accueil et de prise en charge du patient dans le respect des différences sociales, philosophiques, religieuses, ethniques, culturelles. Nous n'avons pas développé ce projet ici mais on peut noter que le service de médiation a intégré en son sein une personne parlant le langage des signes et donc que la médiation ne se limite pas aux différences culturelles

mais tente de servir de support pour toute forme de caractéristique qui peut poser des problèmes dans une relation de soins.

On perçoit tout le processus de construction d'un métier, un peu comme l'ont connu les gestionnaires de la diversité, processus qui s'accompagne d'une recherche de légitimité et de reconnaissance au sein de l'hôpital. Notons que la description de fonction englobe une grande diversité des tâches qui dépasse largement la traduction pour englober la mise en contexte culturel, l'accompagnement administratif, l'explication des règles et modes de fonctionnement de l'hôpital, l'écoute et gestion des conflits. Le ministère accompagne ce processus de reconnaissance, au travers notamment du financement d'une partie du service mais aussi par les formations et les rencontres entre professionnels pour échanger autour de leurs pratiques. La définition de standards de la profession, en cours au ministère, constituera une avancée afin d'offrir une place claire aux médiateurs/trices interculturels. La reconnaissance dans l'hôpital est un processus en perpétuelle construction, elle s'appuie sur la puissance du réseau relationnel mis en place au fil des années, sur les nombreuses activités menées par le service de médiation pour se faire connaître et échanger sur des problématiques en lien avec son activité, comme, par exemple, la question des liens entre religion et santé. Cette reconnaissance est à reconstruire avec tous les nouveaux engagés, l'hôpital est un lieu où il y a beaucoup de personnel et de turnover. L'intégration de la sensibilisation à la diversité et à la différence culturelle dans les séminaires d'intégration des nouveaux est un outil. On retrouve tous les défis de la gestion du changement (Pichault, 2011) : formuler un projet qui ait du sens pour les acteurs en présence, mettre en place un dispositif d'accompagnement, convaincre les plus réticents, aller chercher des alliés. Tout cela est nécessaire pour assurer la reconnaissance du service qui se traduit par du personnel, un local, des moyens financiers et l'élaboration d'un référentiel de compétences.

On est clairement dans la rencontre interculturelle dans toute sa richesse mais aussi sa complexité. Les médiatrices se font largement l'écho des stéréotypes et préjugés du personnel soignant, de leur peu de connaissance des cultures en présence et des contextes de

migration. Les migrants et personnes d'origine étrangère connaissent, par ailleurs, peu l'hôpital et ses codes. La notion de médiation a tout son sens, elles/ils sont considérés comme des « ponts » entre deux ou plusieurs cultures. On est dans le champ du management interculturel, qu'il faudrait pouvoir repenser pour intégrer cette rencontre de différentes composantes culturelles dans un contexte national, en lien avec la diversité culturelle croissante de la population (Cornet & Warland, 2008) (Davel, Dupuis, & Chanlat, 2009).

De nombreux défis se profilent comme les compétences à mobiliser pour accueillir certaines nouvelles catégories de patients, en lien notamment avec le déplacement des réfugiés et nouveaux migrants. L'hôpital vient d'ailleurs d'engager un médiateur pour gérer l'interaction avec la population syrienne.

Il serait intéressant également d'étudier les apports de la nouvelle mixité dans le métier (arrivée des hommes comme médiateur), notamment dans l'accompagnement des femmes pendant leur maternité.

Une piste de recherche se profile autour de la formalisation des processus d'apprentissage inter-organisationnels et internationaux autour de communautés de pratique, pour arriver à la co-construction de ce métier en émergence.

Tout un travail est en cours également autour de l'évaluation des services rendus par les personnes migrantes et d'origine étrangère. Le service voudrait pouvoir évaluer la perception des utilisateurs de leur service et leur degré de satisfaction mais vu leur manque de maîtrise de la langue française le processus de collecte de données s'avère complexe. Ce sujet a été proposé en débat dans les dernières rencontres de gestion de la diversité (Matamba *et al.*, 2017) à Québec mais il reste pas mal de choses à inventer. Une réflexion est en cours aussi autour des meilleures façons d'accompagner les patients vers plus d'autonomie dans la démarche de soins, cela est lié à une plus grande connaissance et maîtrise du vocabulaire médical, ce qu'on appelle la littératie. Enfin, des thèmes liés à la digitalisation sont à l'agenda. On voit ainsi une montée en puissance de la médiation via la visio-conférence, pour aider notamment les hôpitaux décentralisés.

Références bibliographiques

Beaufils, F. (2012). Médecine et diversité culturelle. *Laennec*, 60(3), 4–6.

Bonafe-Schmitt, J.-P. (1997). Les médiations. *Communication et Organisation*, (11), 1–15.

Chbaral, Z. & Verrept, H. (2004). La médiation interculturelle en milieu hospitalier. *Médiations & Sociétés*, (8), 24–27.

Cherbonnier, A. (2002). Interprétariat et médiation interculturels en milieu socio-médical et hospitalier. *Bruxelles Santé*, (27), 8–18.

Cohen-Emerique, M. (2006). Les médiateurs sociaux et culturels : passerelles d'identités. In une déontologie Rencontre organisée par la Fédération des associations de femmes-relais de et Profession Banlieue à Bobigny : « Médiation sociale et culturelle : un métier » (Ed.). Seine-Saint-Denis.

Cohen-Emerique, M. (2011). *Pour une approche interculturelle en travail social, Théories et pratiques*. Politiques et interventions sociales. Presse de l'École des Hautes Etudes en Santé Publique, Ed. Rennes.

Cohen-Emerique, M., & Fayman, S. (2005). Médiateurs Interculturels, passerelles d'identité. *Connexions*, (83), 169–190.

Cornet, A., & Warland, P. (2008). *GRH et gestion de la diversité*. Paris: Dunod.

Coulée, C. (2015). *La médiation interculturelle en milieu hospitalier: case study comparatif*. Liège-Belgique: Faculté de sciences sociales (Ulg), grade master en GRH.

Coune, I., & Verrept, H. (2016). *Guide pour la médiation interculturelle dans les soins de santé*. Bruxelles: SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement. Retrieved from WWW.INTERCULT.BE

Davel, E., Dupuis, J.-P., Chanlat, J.-F. (2009). *Gestion en contexte interculturel. Approches, problématiques, pratiques et plongées*. Montréal: Presses de l'Université Laval - Economica.

Es-Safi, L. (2001). La médiation culturelle dans les hôpitaux ou comment rétablir la communication entre les patients d'origine étrangère et le personnel soignant, *Pensée Plurielle*, (3), 27–34.

Hanson, B., Vercruyse, B., Ravez, L., Bert, C. (2008). La multiculturalité : Un défi pour la médecine occidentale. *Ethica Clinica*, (49).

Hensgens, P. (2003). Médiation interculturelle.