HAL
open science

Vingt ans de médiation interculturelle en milieu hospitalier : le temps de dresser un bilan

Annie Cornet, Paul Matamba, Christine Tomat

To cite this version:

Annie Cornet, Paul Matamba, Christine Tomat. Vingt ans de médiation interculturelle en milieu hospitalier : le temps de dresser un bilan. Management & sciences sociales, 2020, Les nouveaux défis de la diversité et de l'inclusion au travail, 29 (29), pp.73-90. hal-03083903

HAL Id: hal-03083903

https://hal.science/hal-03083903

Submitted on 19 Dec 2020

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

Vingt ans de médiation interculturelle en milieu hospitalier : le temps de dresser un bilan

Annie Cornet
Hec-Université de Liège
annie.cornet@uliege.be

Paul Matamba
Médecin en santé publique, retraité
matambamuaba@gmail.com

Christine Tomat
Responsable des Services au patient du CHR Liège
christiane.tomat@chrcitadelle.be

Notre article porte sur la mise en place d'un service de médiation interculturelle dans un hôpital public pour aider le personnel de l'hôpital dans ses relations avec les patients d'origine étrangère. La diversité du personnel est fréquemment présentée dans la littérature comme un moyen pour améliorer la relation avec les usagers et les clients (business case de la diversité). Il y a beaucoup d'études managériales qui annoncent les gains d'une telle politique de diversité, toutefois il existe peu d'études scientifiques qui documentent ce que l'entreprise et/ou l'organisation peut y gagner et comment elle le gère. Nous allons nous intéresser aux médiateurs interculturels qui interviennent dans les hôpitaux francophones en Belgique, en présentant les raisons de la création de cette fonction, leurs objectifs, les problèmes qu'ils gèrent, les expertises accumulées et les enseignements de ces expériences. Les difficultés rencontrées, dans l'hôpital, par les patients d'une autre origine culturelle (migrants, réfugiés, etc.) sont nombreuses : problèmes de langue qui rendent plus difficiles les diagnostics et l'explication des traitements, erreurs d'interprétation et de communication tout au long du processus de traitement, stress pour les patients mais aussi le personnel soignant. En Belgique francophone, la plupart des hôpitaux ont, depuis plus de 20 ans, un médiateur interculturel. Le médiateur est un traducteur mais aussi une personne qui connaît les deux cultures : celle du pays d'origine et celle du pays d'accueil. Il a pour mission d'optimiser la relation d'aide, le diagnostic et le traitement. Ces services de médiation sont tout à fait intéressants à étudier pour mieux comprendre comment ces politiques de gestion de la diversité permettent d'améliorer la qualité des services (logiques économiques des politiques de gestion de la diversité) mais aussi d'assurer plus d'égalité devant les soins (logiques sociales des politiques de gestion de la diversité).
Mots clés : médiation, gestion de la diversité, interculturel, hôpitaux, traducteurs.

Our article focuses on the setting up of an intercultural mediation service in a public hospital to help hospital staff in their relations with patients of foreign origin. Staff diversity is frequently presented in the literature as a way to improve relations with users and clients (diversity business case). There are many managerial studies that put in case the benefits of such a diversity policy, however there are few scientific studies that document what the company and / or organization can gain from it and how it manages it. We will focus on the intercultural mediators who work in French-speaking hospitals in Belgium, presenting the reasons for the creation of this function, their objectives, the problems they manage, the expertise accumulated and the lessons learned from these experiences. The difficulties encountered, in the hospital, by patients of another cultural origin (migrants, refugees, etc.) are numerous: language problems which make it more difficult to diagnose and explain treatments, errors of interpretation and communication throughout the treatment process, stress for the patients but also the nursing staff. In French-speaking Belgium, most hospitals have had an intercultural mediator for more than 20 years. The mediator is a translator but also a person who knows both cultures: that of the country of origin and that of the host country. Its mission is to optimize the helping relationship, diagnosis and treatment. These mediation services are quite interesting to study in order to better understand how these diversity management policies improve the quality of services (economic logic of diversity management policies) but also ensure more equality. in front of care (social logics of diversity management policies).
Keywords: mediation, diversity management, intercultural, hospitals, translators.

Introduction

Cet article porte sur l'articulation entre la diversité du personnel et la diversité des usagers. Nous allons nous intéresser à la façon dont les hôpitaux gèrent la diversité culturelle des patients et usagers de l'hôpital en mettant en place un service de médiateurs interculturels, personnel de la même nationalité et culture que les patients qui vont servir d'interprète, mais aussi d'intermédiaire culturel, entre le patient et le personnel soignant. L'objectif est clairement d'améliorer la qualité des soins en améliorant la relation entre les différentes parties prenantes. L'article s'appuie sur un travail de collaboration mis en place avec cette cellule de médiation interculturelle, dès la création du service, il y a presque 20 ans. Plusieurs mémoires ont été réalisés par des étudiants, des rencontres ont été organisées avec les responsables et médiateurs/trices. Nous synthétisons ici les données accumulées au fil des années. Cela nous permet de montrer la recherche de légitimité de ce service qui mène de plus en plus d'actions dans l'hôpital, de s'interroger sur l'évolution du profil des médiateurs et médiatrices, de montrer comment s'organise la formation professionnelle, d'identifier les compétences nécessaires, d'expliquer en quoi cela améliore la relation entre les usagers et le personnel médical. Nous terminons par un relevé des difficultés rencontrées tout au long de ce parcours.

L'originalité de cet article est qu'il a été écrit avec deux praticiens, qui ont enrichi l'article à partir de leur expérience professionnelle et de leur regard réflexif sur la pratique. Ce projet permet d'éclairer les gains de plus de diversité dans le personnel pour améliorer la qualité des services aux clients et l'égalité des patients face à l'accès à la santé et aux services hospitaliers.

La médiation interculturelle en milieu hospitalier : du traducteur au métier de médiateur

En Belgique, le tournant décisif qui « créa » véritablement le métier de médiateur interculturel en milieu hospitalier se situe en 1996. Cela fait presque 25 ans qu'on s'intéresse à ces questions et qu'on tente de trouver des réponses. À l'époque, le Centre pour l'Égalité des Chances et la Lutte contre le Racisme a chargé un groupe de travail de se pencher sur la question de l'accès aux soins de santé pour les personnes d'origine étrangère, avec la participation d'hôpitaux volontaires, pour évaluer les besoins.
Cette consultation aboutit à plusieurs constats :

- Le personnel soignant des hôpitaux a des difficultés d'assurer des prestations de soins satisfaisantes lorsqu'il est confronté à des patients d'origine étrangère qui ne parlent pas sa langue et qui ont une culture différente de la sienne.
- Les incompréhensions linguistiques et culturelles posent des problèmes pour poser les diagnostics mais aussi accompagner le patient dans son traitement et s'assurer qu'il le suit tel que prescrit. On parle de compliance, qui est un synonyme d'observance. Un patient compliant acceptera volontiers ce qui lui est proposé et suivra fidèlement les prescriptions qui lui sont faites.
- Tous les acteurs de l'hôpital sont confrontés à ces difficultés : les médecins mais aussi le personnel soignant, paramédical, le personnel d'entretien et ceux et celles qui sont à l'accueil administratif.
- Conséquence de ces difficultés : les patients hospitalisés restent en moyenne plus longtemps à l'hôpital que les autres. On observe une moins bonne compliance chez les patients allophones, donc moins de respect du traitement, et, en conséquence, de moins bons résultats.

Dans le suivi du groupe de travail, il est proposé aux hôpitaux qui le souhaitent de créer un poste de médiateur interculturel. Les hôpitaux pourront bénéficier d'un financement pour payer le travailleur (AR 03/12/1999)[1]. Les groupes-cibles sont les migrants et minorités ethniques (nommés MEM's)[2], définis

1. A 80, 2° de l'arrêté royal du 25 avril 2002 - Service Public Fédéral de la Santé Publique, de la Sécurité de la Chaîne Alimentaire et de l'Environnement, 2002, La loi relative aux droits du patient, Partenaires pour une plus grande qualité des soins de santé, Manu Keirse. Bruxelles, in http://www.olvz.be/sites/default/files/Ombuds-patientenrechten/brochure_droits_du_patient_fr.pdf.-
2. https://www.health.belgium.be

comme « *les différents groupes allochtones*[3]*, en ciblant prioritairement ceux de statut socio-économique peu élevés, se trouvant dans une position défavorisée, ainsi que les sourds et les malentendants qui s'expriment en langue des signes* ». L'idée est de proposer des solutions permettant l'égalité et l'accès des soins pour tous, dans une logique de services publics, tel que formulé notamment dans les recommandations de l'OCDE[4] qui parle de services de soins centrés sur les usagers.

Le service de médiation interculturelle que nous étudions a été l'un des premiers services à se mettre en place. Nous avons la chance de suivre ce service depuis sa création au travers de mémoires d'étudiants, de conférences conjointes, de présentations dans nos cours, etc.

La gestion de la diversité en gestion renvoie aux défis que pose la diversité croissante de la clientèle et des usagers, du bassin d'emploi et en conséquence, de la main-d'œuvre (Cornet et Warland, 2008, Cox Taylor, 1993, Barth et Falcoz, 2007). Certains perçoivent cette diversité croissante comme une contrainte, d'autres comme un objectif ou une opportunité d'affaires. La diversité croissante des clients et des usagers, y compris sur le marché local, renvoie à des défis relatifs à une meilleure compréhension des besoins des usagers et des marchés et à l'amélioration de la communication avec ces groupes. Cela implique également des réponses aux revendications croissantes de certaines catégories d'usagers et de clients (ex : personnes en situation de handicap et personnes d'origine étrangère), de prise en compte de leurs spécificités (Bender, 2007, Cornet et Warland, 2008, Thomas et Ely, 1996). Les pratiques de gestion de la diversité sont à mettre en lien avec des mécanismes d'ajustement de l'entreprise aux caractéristiques de son environnement (Thomas et Ely, 1996 ; Konrad *et al.,* 2006 ; Nishii et Özbilgin, 2007). On voit alors émerger tout un discours qui défend l'idée qu'un personnel à l'image des consommateurs et des usagers serait plus apte à rencontrer leurs désirs et besoins. Un personnel hétérogène (caractéristiques de sexe, d'appartenance nationale et culturelle, ou encore, de catégories d'âge) est progressivement construit comme un avantage concurrentiel. On parle de *diversity advantage* (Harvey et Allard, 1995 ; Thomas et Ely, 1996 ; Billings-Harris, 2014). À titre d'exemple, des chaînes de grands magasins implantés dans certains quartiers très marqués d'un point de vue ethnique, comme la chaine Casino, s'ouvrent à la diversité culturelle pour le recrutement de leurs travailleurs et ouvrent de nouveaux rayons « cuisine du monde » pour attirer une clientèle qui fréquentait essentiellement les petits commerçants ethniques. L'enjeu est d'améliorer l'interaction avec les clients et les usagers, par une proximité de profil entre ceux-ci et le personnel, mais aussi de produire une gamme de produits et/ou de services qui puisse séduire différents segments de clientèle (Barth, 2007). Les services publics n'échappent pas à ce mouvement. Ainsi, la proximité entre les caractéristiques de la main-d'œuvre et celles des usagers est perçue comme un atout dans des services publics tels que la défense, la police, les transports urbains, les services de santé, confrontés à la nécessité d'améliorer leurs relations avec certaines franges de la population (Leanza, 2006 ; Leanza *et al.,* 2020 ; Brisset et Kotobi, 2020 ; Bender, 2007). Si l'argument de départ est le marketing et la relation avec les usagers, les impacts sur les politiques de gestion des ressources humaines ne sont pas négligeables. En effet, l'enjeu est d'ouvrir les organisations à une nouvelle catégorie de main-d'œuvre, notamment pour le personnel en contact avec la clientèle et les usagers mais aussi pour le personnel qui conçoit les nouveaux produits et services, en mettant en place un management inclusif (Barth, 2018). Cela nécessite souvent la révision des processus de recrutement et de sélection pour permettre l'accès à ce nouveau vivier de talents (El Abboubi *et al.*, 2018). Ce processus touche également la

3. Le terme allochtone est utilisé aux Pays-Bas (allochtoon) et en Belgique (au départ en néerlandais, mais de plus en plus également en français) pour désigner des personnes ou des groupes de personnes d'origine étrangère. Au sens d'un décret effectif en Flandre, il faut entendre par allochtones : les personnes qui résident légalement en Belgique, qu'elles aient la nationalité belge ou non, et qui remplissent simultanément les conditions suivantes : au moins un de leurs parents ou de leurs grands-parents n'est pas né en Belgique ; elles se trouvent dans une position défavorisée en raison de leur origine ethnique ou de leur situation socio-économique précaire.

4.http://www.oecd.org/els/health-systems/health-brochure.pdf

gestion des rémunérations et des carrières. Il faut fidéliser cette main-d'oeuvre et s'assurer que ses différences seront intégrées dans une vision pluraliste et non assimilationniste et dès lors, valorisées en interne comme en externe (Klarsfeld, 2010) .

Il existe de plus en plus de travaux sur les services de médiation interculturelle et d'interprétariat dans le secteur de la santé. Au Québec, on utilise plutôt le terme « interprète de service public » (ISP). En milieu hospitalier, les dispositifs de médiation sont destinés à lever les barrières linguistiques et culturelles qui entravent l'accès aux soins, à améliorer l'accueil du patient étranger ou d'origine étrangère au sein de l'hôpital, la communication de la relation soignant-soigné, le diagnostic et le traitement (Chbaral et Verrept, 2004 ; Brisset *et al.*, 2013). Les médiateurs font partie intégrante du personnel. Les missions dévolues au médiateur interculturel sont à double sens :

- D'une part, informer le personnel soignant sur les caractéristiques culturelles et religieuses des patients allochtones ainsi que sur les modes d'expression relatifs à la santé, à la maladie et à la douleur.
- D'autre part, informer les patients allochtones sur les demandes et contraintes de l'hôpital, notamment en les accompagnant dans leur démarche administrative. L'un des objectifs est que le patient ne soit plus un « objet » de soins, mais un sujet informé, capable de participer à son projet thérapeutique.

Les tâches du médiateur peuvent se décomposer autour de 5 rôles (Verrept et Coune, 2016 ; Leanza *et al.,* 2020) : un rôle d'interprétation linguistique, un rôle de support à la communication, un rôle de « passeur de culture », un rôle de soutien aux patients pour l'amener à être un acteur dans la relation de soi, un rôle de défense des patients

Le premier rôle est l'interprétation linguistique ou traduction. Le médiateur interculturel est responsable de la traduction des propos des soignants dans la langue du patient et inversement. Cela n'est pas toujours simple car, parfois, il n'existe pas de mot dans la langue du patient pour traduire les termes utilisés. Certains mots sont tabous et ne peuvent pas être utilisés, il faut alors contourner le mot mais en garder le sens. Plusieurs patients ont aussi des difficultés à mettre des mots précis sur leur symptôme. Ils ne connaissent pas le langage médical et ne comprennent pas toujours, même si on traduit, le langage médical. Pour ce faire, le médiateur ou la médiatrice doit trouver la façon de pouvoir traduire au mieux le ressenti du patient et les signes qu'il donne. À l'inverse, il peut demander au soignant de simplifier son discours, éventuellement en faisant un dessin.

Le deuxième rôle est un rôle de support à la communication, en vérifiant que les différentes parties ont bien compris le message, en reformulant et en clarifiant les malentendus. Ces malentendus peuvent être perçus et corrigés par les médiateurs et médiatrices, en faisant appel à des reformulations, des synthèses.

Le troisième rôle est celui de « passeur de culture » ou « culture brokerage » (Cohen-Emerique, 2006). Les médiateurs ont pour objectif d'expliquer, à chacune des parties, les éléments culturels (valeurs, normes, pratiques religieuses, rites, habitudes, attitudes non-verbales et comportements) qui peuvent aider dans le processus de soins. On intègre les éléments culturels relatifs à l'origine du patient mais aussi la culture organisationnelle de l'hôpital et de l'organisme de soins et la culture du pays d'accueil. Pour la culture du patient, cela comprend des éléments tels que la nourriture, les rituels lors d'un décès ou d'une naissance, les pratiques religieuses, l'expression des sentiments et des émotions, les modes relationnels. Leanza *et al.* (2020) parle « d'agent du monde vécu » qui explique la différence entre le monde tel que vu par l'usager et le monde tel que balisé par l'institution. Pour l'institution, cela comprend l'apprentissage des règles de fonctionnement et des valeurs institutionnelles (ex : l'égalité F/H, le respect, l'écoute, etc.). Pour la culture du pays, cela comprend le fonctionnement du système de santé mais aussi certaines règles et normes de vivre ensemble.

Le quatrième rôle est celui de soutien aux patients pour l'amener à être un acteur et pas seulement un spectateur de la relation de soi. Leanza *et al.* (2020) parlent de la posture

« agents du système ». Beaucoup de patients ont des difficultés à devenir un partenaire dans le processus de soins, les difficultés liées à la langue sont un élément d'explication mais ce n'est pas le seul. On est dans une situation où plusieurs patients peuvent se sentir impressionnés par les compétences et connaissances des professionnels, ils sont dans une relation de dépendance. Le médiateur doit aider le patient à poser des questions, à oser dire s'il n'a pas compris. Il peut donner des conseils au patient pour préparer la consultation en apportant, par exemple, la liste des médicaments qu'il prend, en écrivant une liste de questions qu'il veut poser et en listant ses symptômes.

Le dernier rôle est celui de défense des patients ou *advocacy*. Le médiateur ou la médiatrice peut, dans certains cas, intervenir pour défendre les intérêts du patient. Le groupe visé se caractérise par une plus grande vulnérabilité que la population habituelle de l'hôpital. L'enjeu est une plus grande humanisation des rapports soignants-patients, mais aussi un diagnostic plus adéquat, un traitement plus efficace et l'amélioration de la qualité des soins. Ce rôle reste toutefois assez délicat car cela bouscule le rôle d'intermédiaire et de médiateur qui est privilégié dans la relation. Derèse (2013) souligne que *« la médiation des réclamations est un outil précieux pour évaluer la satisfaction des usagers et mener une politique d'amélioration du service ou produit offert »*.

C'est une intervention en triade : le patient, le personnel soignant, le médiateur ou médiatrice. Les trois personnes sont présentes, soit physiquement, soit en visio-conférence. La première intervention est souvent une tâche de traduction. Cela peut aller au-delà, avec des éléments d'information sur la personne et sa culture, qui facilitent la compréhension et l'acceptation du diagnostic et du traitement et différents éléments pouvant jouer dans le confort du malade. On a de plus en plus d'interventions à distance, en vidéoconférence, qui s'explique notamment pour les hôpitaux qui exercent des activités sur plusieurs sites géographiques. Cette relation triangulaire est loin d'être simple. Plusieurs auteurs ont montré que cela pose la question du rôle du patient, des relations de pouvoir et des tentatives de prise de contrôle, de l'importance du contexte et de la mise en place d'une relation de confiance entre le patient et le médiateur, entre le médiateur et le personnel soignant (Leanza, 2006 ; Fatahi *et al.,* 2008).

Plusieurs caractéristiques permettent de distinguer la médiation d'autres modes de résolution de conflit tels que la conciliation, la négociation, l'arbitrage :

- l'intervention d'un tiers, quelle que soit son appellation (médiateur, facilitateur, conciliateur, personne-relais, etc.).
- la volonté d'améliorer la communication entre des individus afin d'établir ou de rétablir un lien social. Bonafé-Schmitt (1997) insiste sur le fait que l'intervention est axée sur la communication et non sur les rapports de pouvoir.
- l'indépendance et l'impartialité. L'impartialité est définie ici comme « la capacité du médiateur à traiter en toute objectivité les éléments du litige », tandis que l'indépendance désigne « l'absence d'intérêts du médiateur dans la situation donnée » (Derèse, 2013, p. 96).
- la recherche de solutions équitables : « *le rôle du médiateur implique de rétablir un équilibre entre les parties lorsque celui-ci fait défaut, afin d'éviter que l'une d'elles ne soit intimidée, menacée ou manipulée par l'autre » (Derèse, 2013, p. 97). Il est de son ressort « d'attirer l'attention des parties sur leurs intérêts, leurs droits et leurs obligations réciproques* » (Derèse, 2013, p. 100).

Leanza et son équipe montrent l'importance de former les interprètes et médiateurs mais aussi les intervenants du milieu médical au travail avec un interprète (Leanza *et al.,* 2020). Quelques formations universitaires existent en France, en Belgique, au Québec et en Suisse. Plusieurs acteurs associatifs, travaillant dans l'interculturel, assurent aussi formations et sensibilisation. Ces formations permettent d'accroître la légitimité de la fonction.

La plus-value de la médiation se mesure par un gain de temps pour le personnel soignant, des séjours plus courts pour le patient, une diminution des ré-hospitalisations, une meilleure participation au traitement et un travail

plus confortable, plus sécurisant et plus serein pour le personnel soignant. Si initialement, la médiation est conçue comme un service aux usagers, elle s'avère également être un outil pour l'institution.

En analysant la pratique des interprètes publics, Leanza (Leanza, 2006 ; Brisset et Leanza, 2015) identifie quatre postures, liées à la variété des rôles : une posture « d'agent linguistique » qui réfère à la traduction, une posture « d'agent d'intégration » qui vise à aider le patient à trouver des ressources, à s'intégrer au nouveau milieu culturel, en l'accompagnant par exemple à la pharmacie ou chez un personnel paramédical, une posture « d'agent institutionnel » qui vise à accompagner le patient dans la compréhension du système médical, à présenter le rôle et les actions menées par les acteurs institutionnels, la posture « d'agent du vécu » qui vise à l'explication de la différence entre le monde tel que vu par l'usager et le monde tel que balisé par l'institution. Dans cette dernière posture, il est pointé le rôle de médiation entre systèmes de sens et valeurs divergentes.

Ces auteurs analysent les composantes des dynamiques relationnelles qui se jouent dans ces triades. Brisset *et al.* (2013) parlent de la métaphore du pendule. Le médiateur oscille entre engagement/ loyauté, neutralité/empathie, traduction/compréhension, confiance/ méfiance. On retrouve les notions de confiance mais aussi de pouvoir, dû à la position inégale en termes de statut et de savoir des différentes parties prenantes en présence et les questions du contrôle. (Brisset *et al.,* 2013 ; Schouten, 2017). Hsieh et Kramer (2012) pointent que la confiance suppose la connaissance du rôle de chacun des intervenants, la perception de la compétence du médiateur, l'apprentissage du travail en équipe pour la construction d'un diagnostic et l'acceptation d'un plan de traitement. Les intervenants médicaux peuvent avoir peur de perdre le contrôle de la consultation et peuvent développer différentes stratégies pour marquer leur pouvoir comme décider d'interrompre la conversation, faire appel à un autre médiateur, etc. (Brisset et Leanza, 2015). La littérature énonce différentes compétences requises par la fonction, celles d'empathie, d'écoute, d'attention individuelle et collective, de facilitateur, de diagnostic des relationnelles conflictuelles, de reformulation (Es-Safi, 2001 ; Tapia, 2010 ; Pinis-Dulinski, 2009).

Ils pointent aussi la difficulté de gérer les émotions générées pendant la consultation et tout le processus d'accompagnement, en lien avec les difficultés vécues par les patients (Leanza *et al.,* 2020). On parle de traumatisme vicariant, présent chez les personnes qui accompagnent les personnes qui vivent des situations très douloureuses comme les femmes victimes de violence conjugale (Cornet et Dubois, 2012). La neutralité revient régulièrement comme une compétence fondamentale. Les travaux de Leanza *et al.* (2020) montrent toutefois que cela est très difficile à respecter (Leanza *et al.,* 2020). Le médiateur peut quelques fois s'interposer pour permettre aux interlocuteurs de se comprendre.

Le travail est très exigeant. Ces auteurs parlent du malaise de la neutralité où, d'un côté, l'interprète doit traduire les exigences du praticien et de l'autre, relayer les normes et pratiques culturelles du patient.

Plusieurs travaux pointent les résultats positifs de la médiation avec de meilleurs diagnostics, une meilleure orientation des personnes et la réduction de la durée d'hospitalisation, un meilleur suivi pour le traitement (Bischoff et Denhaerynck, 2010 ; Brisset *et al.,* 2013).

Méthodologie

Cet article s'appuie sur plusieurs stages d'étudiant.e.s en master de GRH à la Faculté de Sciences Sociales et à Hec qui se sont étalés de 2001 à 2020. Il y a eu, par ailleurs, une vingtaine de rencontres avec les médiateurs et les médiatrices et une série d'actions communes, comme l'organisation de conférences. La responsable du service, co-auteur de cet article, a réalisé de nombreuses présentations des activités et du service dans les cours de gestion de la diversité, au cours de ces dix dernières années. L'étude s'appuie aussi sur la revue documentaire basée sur (*i*) les rapports d'activités de la Cellule de Coordination Médiation Interculturelle établis au sein du service Santé Publique Fédéral, Sécurité

de la Chaîne alimentaire et Environnement (SPF SPSCAE) et (*ii*) les rapports d'activités de la coordination de projets de la médiation interculturelle et de la diversité du CHR de la Citadelle. Nous avons, par ailleurs, eu des contacts avec la responsable des services de médiation au niveau de la Région Wallonne, qui nous a donné les chiffres les plus récents et différents documents.

Le Centre hospitalier régional est un hôpital public d'une grande ville. Quelques chiffres montrent l'importance de l'hôpital[5] . En 2018 :

- 897 lits agréés,
- 34 703 admissions en hospitalisation classique,
- 47 602 patients en hôpital de jour,
- 551 067 passages en polycliniques,
- 335 420 passages au LaboCita,
- 25 346 interventions chirurgicales,
- 2 543 accouchements.

Pour le personnel, on avait fin 2018 :

- +/- 654 médecins spécialistes,
- 3 587 travailleurs, toutes disciplines confondues,
- 188 métiers différents.

Dans l'organigramme de l'hôpital, le Service de Médiation interculturelle fait partie des Services au Patient. Il est sous la Direction du Pôle Ressource humaine et Communication. De par son statut d'hôpital public, mais aussi par sa situation géographique, cet hôpital accueille un nombre élevé de patients socialement fragilisés, issus de l'immigration ancienne (italienne, turque et marocaine, RDC) ou récente (russe, afghane, syrienne, malienne et autres pays francophones d'Afrique subsaharienne). Il faut inclure les personnes en séjour illégal, les demandeurs d'asile, les réfugiés et les personnes de nationalité étrangère qui se déplacent en Belgique pour avoir des soins.

Recherche de légitimité et profils différenciés

La fonction de médiateur est une nouvelle fonction, comme celle de gestionnaire de la diversité, qui s'est construite ces vingt dernières années. Elle a pris naissance dans différents hôpitaux, soutenus par des porteurs de projet, qui étaient fort impliqués dans la problématique d'intégration des migrants. Son histoire est donc avant tout le résultat d'un travail des militants et des ONG qui travaillent sur l'intégration des personnes migrantes et d'origine étrangère. La fonction s'est progressivement professionnalisée et a perdu le lien avec ces fondations militantes.

Les chiffres, communiqués par le Ministère (Service Public Fédéral de la Santé Publique), témoignent de l'importance de l'activité des services de médiation. Pour 2018[6], on compte :

- 44 hôpitaux généraux et 7 hôpitaux psychiatriques en Wallonie qui sont subventionnés pour cette activité.
- 52,98 ETP (équivalent temps plein) médiateurs et 12,1 ETP coordinateurs. Plusieurs travaillent à temps partiel (les médiateurs travaillent souvent mi-temps ou 4/5eme), on a donc une centaine de médiateurs payés par les pouvoir publics belges.
- En 2019, 120 110 interventions dans les hôpitaux francophones belges auxquelles s'ajoutent 10 043 interventions par vidéoconférence.
- Au niveau des langues, toujours en 2019 : les médiateurs ont réalisé 22,65 % des interventions en turc, 13,35 % en arabe classique, 11,03 % en arabe maghrébin, 6,71 % en russe. Pour les autres langues, le pourcentage est inférieur à 3 %. Ces dernières années, on a vu une demande croissante pour l'arabe levantin septentrional (Syrie), le kurde (Irak et Turquie), le dari (ou persan afghan, farsi oriental) et le pachto (Afghanistan).
- 51 % des interventions sont réalisées en triade donc le patient, le personnel soignant et le médiateur, les autres interventions sont en binôme soit avec le personnel soignant, soit avec le patient.
- Budget total : 2 647 561,58 € auquel il faut rajouter un budget de l'INAMI et un budget projet pilote pour la médiation interculturelle par vidéoconférence.

Le service que nous étudions a été un des pionniers. Tout est parti d'un projet pilote,

5.https://www.chrcitadelle.be/Notre-Hopital/Valeurs,-missions-et-attractivite.aspx
6. Statistique de 2020 du Service Public Fédéral de la Santé Publique.

lancé en 1997, par une association qui travaillait sur l'interculturel. Il 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. Dans le CA, il y avait le médecin directeur général, les RH, enfin tout ceux du 6ème (étage de la direction). Le soutien du CA a facilité notre intégration (…)* ».

La reconnaissance a été lente et progressive : « *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* ? *Non, on n'a pas besoin de cela. On s'en est toujours bien sorti jusqu'à présent. Pourquoi est-ce que maintenant, il y aurait des médiateurs. D'où ça sort cette terminologue ?* ».

« *Psychologiquement ça a été terrible. Notre service pour qu'il arrive là où il est maintenant, dis-toi bien, qu'il y a 16 ans de travail derrière. Parce ce que je t'assure qu'on ne nous regardait pas, on ne daignait pas nous regarder ! Et maintenant tu vois ça n'arrête pas !* ».

L'activité a trouvé progressivement sa place dans la plupart des hôpitaux mais la recherche de légitimité auprès de l'ensemble des parties prenantes reste à l'agenda de toutes les équipes. Parmi les facteurs de réussite, on retient l'importance du soutien de la direction et du conseil d'administration, l'intégration progressive auprès de toutes les parties prenantes, la mise à disposition de ressources comme des locaux et la détermination et le travail de conviction effectué par les fondateurs.

On nous a présenté directement, d'abord aux directeurs, puis des directeurs aux infirmières en chef et aux médecins chefs. C'est passé vraiment par la hiérarchie. Je pense qu'une fois que la hiérarchie nous acceptait, le reste a suivi d'office. Quand on est arrivées ici, on était attachée à l'accueil du patient. On n'avait pas de bureau à l'époque, 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, un bureau, etc.

Ce processus reste en construction. Plusieurs parlent du manque d'uniformisation et de clarté que revêt ce métier, en témoigne la déclaration de cette médiatrice « *[...] on a même pas encore de profil de fonction bien défini, c'est même pas clair pour nous, jusqu'où va notre mission et jusqu'où on peut aller* ». Toutefois, les avis divergent car une autre nous dit « *Il y a beaucoup de variété. C'est très diversifié mais en même temps très cadré. Ça veut dire qu'on a un cadre dans notre fonction, on ne dépasse pas ce cadre et on travaille toujours en binôme, en relais avec les services et unités de soins professionnels. On sait où sont nos limites professionnelles, donc ça permet quand même de ne pas empiéter entre guillemets sur la profession des autres. C'est vrai qu'on a pas mal de tâches, mais on le fait toujours dans un cadre bien précis* ».

Le service a démarré avec l'arabe dialectal et le turc, langues les plus parlées dans la région concernée. Depuis 2019, le service est composé de 7 médiateurs qui parlent 8 langues : turc, albanais, serbe, croate, arabe classique, arabe dialectal, farsi et dari, auxquelles on peut ajouter la langue des signes, pour les personnes sourdes. L'adaptation s'est faite en fonction des flux migratoires : le farsi et le dari correspondent aux nouvelles migrations, notamment des Afghans.

Comme nous l'avons expliqué, l'idée est de mieux rencontrer les besoins des personnes d'origine étrangère en proposant les services d'un médiateur, connaissant la langue du patient mais aussi sa culture, ses manières de faire et de penser. Au début, la politique était d'engager des personnes d'origine étrangère qui venaient des communautés ciblées, qui étaient de la première ou deuxième génération de migrants : « *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 de ces deux pays, avec une très bonne connaissance de la culture et de la langue* ». Ce lien avec la culture, au-delà de la langue, est présenté comme fondamental : « *Je pense que c'est un élément primordial, car justement l'appellation de 'médiateur interculturel' c'est*

parce que toute la dimension interculturelle rentre en ligne de compte dans notre tâche et nos interventions, le fait d'avoir une connaissance de leurs cultures favorise franchement la relation et la communication. C'est pour ça qu'on ne nous appelle pas' interprète'. On va bien au-delà de la traduction mot à mot ».
Progressivement il y a une ouverture à des personnes qui ont des connaissances sur le parcours des réfugiés et des migrants : « *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, et à l'époque j'avais fait un stage dans un centre de réfugiés, où je rendais toutes sortes de services de traduction, etc. Et un peu naturellement j'ai commencé à accompagner les patients chez le médecin ou à l'hôpital, et puis je me suis rendu compte que c'était un métier qui existait, et comme ça m'avait beaucoup plu. Quand j'ai terminé mes études, j'ai postulé un peu dans toutes les médiations des hôpitaux de Bruxelles, et au Ministère. La politique à ce moment-là, c'était d'engager des gens qui ont essentiellement un parcours de migrants eux-mêmes. Cela n'a donc pas marché tout de suite mais j'ai été rappelée, deux ans plus tard, pour un contrat de remplacemen*t. *Depuis j'ai été engagée en CDI. »*

On intègre aussi progressivement des personnes qui ont une bonne connaissance des réalités socio-politiques des pays des migrants. Une des médiatrices nous parle de sa maîtrise en sciences politiques qui a été un atout pour son recrutement : « *Moi je fais un master de sciences politiques, spécialisé sur la Russie, le Caucase et l'Europe de l'Est. Du coup, j'ai un peu plus de recul… Et en fait j'ai remarqué, et eux le disent aussi souvent, qu'ils préfèrent avoir à faire à quelqu'un qui n'est pas russe...* ».

Une autre médiatrice rencontrée, « novice » nous confie : « *En fait je n'ai pas dû faire de formation. J'étais professeur en primaire mais j'avais envie de changer d'orientation, et j'avais toujours eu envie de travailler avec les personnes étrangères. En 2012, je suis venue faire un stage de deux semaines. Ça s'est arrêté à ça, puis on m'a dit qu'il allait y avoir un poste, donc après l'entretien j'ai été sélectionnée puis j'ai passé l'examen au ministère de la Santé* (…) ».

La plupart des médiateurs interculturels sont en fait des médiatrices, en l'occurrence des femmes. « *C'est simple. Je pense que de toute façon c'est une profession à caractère social. C'est un peu comme les assistantes sociales, il y a souvent plus de femmes dans les métiers d'attention aux autres* ». Un élément qui a expliqué pourquoi il n'y avait que des femmes est le fait que de nombreuses interventions sont liées à la maternité, et dans certaines cultures, « *les femmes ne peuvent pas être accompagnées d'un homme lors de leur visite gynécologique* ». Mais là aussi cela bouge, le service de médiation de l'hôpital public a depuis peu recruté un homme parmi les médiateurs.

Compte tenu de l'impossibilité de répondre à toutes les demandes, un appel à des services de traduction externes est également utilisé avec le soutien de la direction sur base d'une convention, avec le SETIS Wallon (Service de traduction et d'interprétariat en milieu social). À plusieurs reprises, il est aussi fait appel au service de bénévoles, avec tous les risques que cela comporte, même si ces bénévoles sont encadrés par le service de Médiation interculturelle.

Notons une initiative tout à fait intéressante et innovante qui est le répertoire des traducteurs internes. Il a été demandé à chaque membre du personnel, et c'est par ailleurs, dans la fiche à l'embauche, d'identifier les langues parlées et comprises par le personnel et de marquer son accord pour être sollicité si des besoins de traduction apparaissaient dans un des services en lien avec cette langue et ce dialecte. Cela donne une base de données de 350 traducteurs internes bénévoles pour 45 langues. Ce répertoire est mis à jour régulièrement. Cela crée du lien social dans l'entreprise, permet de reconnaître des compétences jusque-là invisibles, donne une dynamique interne qui s'inscrit totalement dans la logique de l'entreprise apprenante.

Cette hypothèse que des personnes ayant les mêmes caractéristiques que les personnes aidées puisent être bénéfiques a été questionnée. Certains mettent en évidence que la proximité culturelle n'est pas aussi simple à définir, en regard des pays concernés, il peut y avoir beaucoup de différences d'une région

à l'autre. Par ailleurs, plusieurs médiateurs et médiatrices sont en fait de la deuxième génération et n'ont donc pas vécu dans les pays concernés même si leurs liens familiaux restent nombreux avec les pays d'origine. On s'inquiète aussi du risque d'instrumentalisation, le médiateur ou médiatrice risquant d'être cantonné dans la relation avec des personnes perçues comme ayant la même origine que lui, en déniant en quelque sorte ses compétences à aider tout type de profil de patient et/ou d'usager. Cela peut aussi, par moment, compliquer la relation car les patients s'attendent à un soutien de type familial, voire de clan.

Une médiatrice résume bien ce malaise : « *C'est un peu délicat, parce qu'entre guillemets, on appartient à la même communauté donc les gens ne comprennent pas toujours qu'on les recadre* ».

Formation professionnelle : apprentissage de l'art subtil de la médiation

Intéressons-nous à la formation que reçoivent ces professionnels. On y parle d'interculturel mais aussi du langage médical, des droits des personnes d'origine étrangère et des compétences à mobiliser pour pouvoir faire de la médiation.

On a assisté ces dernières années à une réelle professionnalisation du métier. Les nouvelles personnes qui ont le poste, qui sont subsidiées par le Ministère, doivent obligatoirement suivre une formation au Ministère (Verrept et Coune, 2016). Les médiateurs interculturels doivent participer à un minimum d'heures de supervisions et sessions de formation organisées par la Cellule Médiation Interculturelle et Support de la Politique. Les médiateurs interculturels qui ne disposent pas d'un master en interprétariat ou d'un certificat reconnu d'interprète social, doivent suivre une formation de base aux techniques d'interprétariat de liaison.

Les médiatrices sélectionnées dans le cadre du projet pilote nous disent « *On a eu une formation de médiation interculturelle* à la Haute *École : 6 mois de formation, puis 6 mois sur le terrain, ici au service social* ». L'autre médiatrice complète « *[...] cela comprenait trois modules. On nous a expliqué la médiation, l'interculturalité, le milieu hospitalier avec la terminologie médicale, pour avoir un meilleur lexique* ».

Par ailleurs, il existe de la formation permanente à partir des supervisions : « *On fait des supervisions, des études de cas, des séminaires. On a des attestations de réussite et de présence* à la fin ». « *[...]* 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* ». Une médiatrice ajoute : « *Il y a des invitations régulières à participer à des colloques, à des formations type droit des patients, etc.* ».

L'apprentissage « sur le tas » est important, avec une aide des pairs. Une médiatrice raconte : « *S'il m'arrive un cas délicat, comment je dois réagir, je demande aux collègues* ». 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.* »

Certains évoquent des partenariats avec des associations d'aide aux personnes d'origine étrangère : « *Je passe par une association qui connaît bien la problématique de l'intégration des migrants qui* « *[...] s'occupe de tout ce qui est interculturalité, ils font des formations* ».

Dans un souci de professionnaliser le métier, le ministère encourage les promoteurs à se référer aux standards IMIA américains[7] : « *On participe à un projet, le projet 'Time', par rapport aux médiateurs interculturels en Europe, et au niveau de la formation également, qui devrait aboutir une formation type de* médiateur interculturel ».

7.http://www.imiaweb.org/standards/standards.asp. Consulté le 11/04/2015.

La médiation interculturelle prend sa place dans une relation asymétrique entre les interlocuteurs, on parle de triade (Verrept et Coune, 2016, Tourrilhes, 2008, Leanza, 2006). D'un côté, le soignant dispose des connaissances médicales et occupe une position de professionnel au sein de l'institution de soins. De l'autre côté, nous avons un patient qui, de par sa maladie, est dépendant du soignant et particulièrement vulnérable. Au milieu, on a une personne qui doit améliorer la communication entre les deux parties et s'assurer que les messages passent bien dans les deux sens : du patient vers le soignant et inversement.

On sort donc du dispositif classique qui voulait que ce soit un proche (enfants, voisins, etc.) qui serve de traducteur. Une médiatrice explique l'importance d'avoir une tierce personne pour la traduction, et donc que le message ne soit pas traduit par quelqu'un de la famille ou un proche : « *[...]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, la famille, enfin ce sont toutes des informations très délicates* ». Donc comme elle le rappelle, « *[...] 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* ».

Le médiateur interculturel doit faire en sorte que le soignant et le patient puissent bien le voir et l'entendre durant l'intervention, sans gêner le contact direct entre eux. Le contact direct entre le soignant et le patient est au centre de la relation. La relation est triangulaire : « *[...] ce qui permet d'être le plus neutre possible et de faire circuler l'information. Il faut que le patient ne nous regarde pas mais qu'il regarde plutôt le professionnel de santé. Pour être le meilleur médiateur, il faut être le plus transparent possible. Finalement, d'être comme une voix. C'est pas toujours évident, mais c'est important qu'ils aient ce contact visuel, car il y a le non verbal, qui rentre énormément en ligne de compte* ». Une autre nous explique : « *On nous a appris tout ça au Ministère, on doit se mettre entre les deux. Pour bien distinguer qu'on n'est ni d'un côté ni de l'autre, on travaille en triade* ». La position reflète la place qu'occupe le médiateur dans la relation : « *Le but, enfin ce qu'on avait appris en formation, c'est de faire comme si on n'était pas là. C'est peut-être le plus difficile.* »

Elles ou ils nous parlent de leur rôle de traduction. L'une dit : « *Quand l'information passe des deux côtés, quand tout est traduit. Le travail est fait. On est là pour ça.* ». On nous parle de la difficulté parfois de jouer ce rôle : « *Je ne traduis pas toujours tout. Bien que à la formation on nous ait dit 'il faut tout traduire'. Ah oui et si le patient insulte le médecin ? Je traduis ? Je fais quoi ? Non. Je suis là pour tempérer justement, pour mettre 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* ».

Une autre médiatrice quant à elle déclare : « *[...] c'est informer le personnel soignant des différences culturelles. Par exemple là ça venait des urgences enfants, qui avaient des questions bien spécifiques : est-ce qu'on peut toucher le corps ? Comment peut-on présenter nos condoléances ?* ».

Une médiatrice 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 dire que les règles de l'hôpital. Il faut vraiment expliquer le fonctionnement de l'hôpital au patient. Et puis quand il y a des conflits, de pouvoir calmer et apaiser les tensions. On ne doit pas vraiment gérer le conflit, c'est pas ce rôle-là, mais plutôt de prévenir les conflits* ».

Certaines rajoutent : « *Il y a un rôle d'autonomiser le patient, donc le rôle du médiateur n'est pas de lui tenir toujours la main, mais quand il est à l'hôpital, il faut lui expliquer qu'il y a un service de Croix Rouge, que les inscriptions sont là. Dans un premier temps, le rôle du médiateur c'est d'expliquer le cheminement jusqu'à la consultation, puis par la suite le patient doit pouvoir le faire lui-même* ».

En plus de cela, il comprend également une facette administrative : « *Pour l'accompagne-*

ment, on commence au niveau de l'administratif. On les accompagne à l'inscription, prendre les RDV. Tout ce qui est demandeur d'asile, il y a les réquisitoires pour les papiers. S'il y a un souci avec la facture, on les accompagne à la facturation, on négocie parfois un payement échelonné ».

Certain.e.s parlent du rôle de la 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 'ola quoi'* ». Une autre nous dit : « *Il n'y a pas de neutralité à tout prix, d'ailleurs je pense que ça fait partie des missions claires de la médiation, c'est qu'il y a un aspect de défense du patient, puisque la fonction même dérive de la loi sur les droits du patient. Et de fait c'est clair que ça arrive très souvent, car le personnel soignant, consciemment ou non, quand ils ont à faire à quelqu'un qui ne parle la même langue ou qu'ils ne se comprennent pas vraiment, il va d'office faire moins attention que tout soit bien en ordre etc. C'est aussi parce qu'eux manquent de temps et de personnel* ». Toutefois « *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 un peu l'intérêt du patient, mais sans trop nous engager finalement, parce que ce n'est pas notre rôle de prendre parti pour qui que ce soit. Mais ça se fait dans les deux sens, parfois les patients disent que les médecins sont des racistes, là aussi je leur parle* ».

Il y a aussi des contraintes administratives au niveau des exigences du Ministère : « *Chaque année, on doit rentrer une demande au Ministère, en expliquant le nombre de patients faisant partie de la communauté européenne, non européenne, ce qui motive le projet, les langues les plus sollicitées, le nombre d'interventions réalisées sur l'année, etc. En plus de ce rapport, il y a aussi un mois durant lequel on doit enregistrer toute l'activité* ». D'ailleurs comme nous avons pu le constater, les médiatrices sont en permanence munies d'un calepin, car « *[...] on a des fiches à remplir pour chaque patient. C'est pour ça que tu vois on note, puis on prend les étiquettes auprès des médecins. Comme ça, en fin de journée, je regarde pour être sûr de n'oublier personne* ».

On nous parle du sentiment que ce rôle est utile : « *[...] à la fin le médecin m'a remerciée d'être restée plus tard et m'a dit 'pour moi 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* ».

La fonction mobilise de nombreuses compétences : l'empathie, l'écoute, des compétences de négociateur, des capacités de reformulation et des aptitudes technico-pratiques pour comprendre et expliquer le langage médical. Ce travail exige une réflexion sur ses propres limites, une distanciation émotionnelle et une grande capacité d'adaptation.

Une médiatrice nous dit : « *Chaque situation demande une autre compétence. Il y a des moments où ce sera juste la compétence linguistique, à un autre ce sera la négociation, à un autre encore, ce sera psychologue, et puis une autre fois je serai là plus pour calmer la situation, etc.* ».

Un autre évoque la difficulté de maitriser le langage médical : « *Moi ce qui me manque plutôt c'est une formation à la terminologie médicale, et vraiment aux choses essentielles qu'il faut savoir quand on débarque dans un hôpital. Parce qu'à ma première consultation je me suis trouvée dans des situations assez rigolotes, où je ne m'attendais pas à faire face à certains lexiques, et donc j'ai dû expliquer par périphrases. Au final on se débrouille* ».

Une autre nous parle des qualités humaines nécessaires pour le métier : « *[...] il y a l'accompagnement, l'écoute. J'avais un patient diabétique, par exemple. Chaque jour, il devait venir me dire bonjour, me dire à combien était son taux de glycémie. C'est juste que lui, il se sent bien quand il vient me dire et que je lui réponds en arabe* ».

Évaluer le travail réalisé et faire face aux difficultés

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 sa-*

tisfaits parce qu'ils reviennent, et on voit une certaine fidélisation de la patientèle qu'on avait peut-être pas avant ».

Trop souvent encore, les patients ne savent pas qu'ils peuvent bénéficier de ce service. Le travail de communication et donc fondamental. L'information passe souvent de bouche-à-oreille, au sein des familles et des communautés.

Il s'agit aussi d'informer l'ensemble du personnel sur l'existence du service. « *Dans cet hôpital, c'est* à *peu près 3 000 agents. On a aménagé dix minutes lors de la journée d'accueil des nouveaux pour essayer de les informer sur notre service* ». Une intervenante nous dira : « *je me rends compte qu'elles {les médiatrices interculturelles} ont dépanné plus d'une fois, que le bouche à oreilles fonctionne, que les services se parlent entre eux, et recommandent d'utiliser le service* ».

Plusieurs actions visent à rendre le patient progressivement de plus en plus autonome, en prenant le temps de lui expliquer le fonctionnement de l'hôpital et de la sécurité sociale, en l'informant sur les aides disponibles comme les bénévoles de la Croix Rouge qui peuvent les orienter jusqu'au lieu du rendez-vous, en leur apprenant à s'orienter dans l'hôpital. La place du patient a fondamentalement changé dans le système de santé du CHR. L'hôpital veut impliquer davantage le patient dans sa prise en charge et dans la démarche de soins proposée par les professionnels. Dans la continuité de cette évolution, un Comité de Patients a vu le jour en 2015 au CHR en vue de maintenir et améliorer la qualité des soins offerts.

Le service de médiation interculturelle a mis en place un questionnaire d'enquête pour apprécier le niveau de satisfaction des usagers. Pour le moment, ce formulaire est beaucoup plus orienté sur le processus que sur la mise en évidence des résultats imputables à l'intervention du service de médiation interculturelle. Il voudrait le modifier pour mieux mesurer ces effets et « l'autonomisation » des bénéficiaires. D'autres critères pourraient être ajoutés comme par exemple : la diminution des cas de plaintes et/ou conflits, la diminution des cas « perdus de vue », le taux de satisfaction des membres et/ou l'entourage du patient. Il s'agit de mettre en place une approche prospective susceptible de fournir des éléments de réponse en vue d'améliorer la prise en charge et la qualité des soins à octroyer aux patients. Cela devrait s'articuler aux PAQ (programmes d'assurance qualité) expérimentés dans les hôpitaux à partir de 1995 et qui mettent en avant la dimension organisationnelle de la qualité par opposition aux pratiques singulières des praticiens.

Enseignements

Le recrutement des médiateurs interculturels suit le cours des demandes et des flux migratoires. La complexité croissante de ces flux et la plus grande diversité des migrants posent de nouveaux défis, en lien avec leur précarité, leur éloignement culturel, le manque de connaissances du français, de l'anglais ou de l'arabe.

Une médiatrice exprime cette évolution du public : « *Moi ma difficulté actuelle c'est que je me pose des questions concernant la prise en charge des nouveaux migrants. Je m'interroge concernant ces personnes-là, notamment d'origine syrienne et irakienne. Ce sont des personnes qui sont plus précarisées que les autres personnes* ».

Lorsque l'hôpital est réparti sur plusieurs sites, cela augmente encore la charge de travail pour les médiateurs et médiatrices qui font des allers-retours. Pour résoudre cela, on met de plus en plus des médiations par visioconférences. Des recherches sont prévues à l'avenir pour analyser l'impact de ces technologies de l'information sur la médiation.

Dans les difficultés énoncées, on retrouve les difficultés relationnelles avec les patients et les médecins :

- *« [...] des fois, je suis mal car je reçois l'agressivité du médecin. Le médecin quand il est agressif, il est agressif vis à vis de qui ? du patient ? de nous ? On est des éponges ».*
- *« [...] parfois on arrive à avoir plus de recul, et parfois forcément on est plus sensible et ça nous touche beaucoup plus que d'autres ».*

Certaines médiatrices et certains médiateurs déplorent le manque de moyens financiers qui les pousse à travailler en effectif réduit : « *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... *très vite on a été rattrapé* ». Alors que nous parlons du manque de moyens : « *[...]on a des difficultés au niveau infrastructure, le local où on a pas beaucoup de place, on reçoit les gens dans le couloir ou on essaie de libérer un petit coin* ».

Plusieurs se plaignent que le service n'est pas assez connu et sa mission encore mal comprise, parfois réduite à l'interprétariat : « *Sur le service c'est quelque chose dont on est en train de se rendre compte et vis-à-vis de laquelle on est en train de prendre des dispositions, c'est que 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 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* ».

Au niveau du rôle qu'elles exercent, certaines ressentent également de l'embarras : « *Je sais que je suis pas psychologue et, la plupart du temps les patients en sont conscients aussi, mais c'est vrai que dans des cas chroniques ou des maladies lourdes avec des gens qui reviennent souvent, on a un peu un rôle de béquille au final. C'est vrai que c'est parfois un peu difficile mais moi je pense que ça fait aussi partie de la richesse du métier* ».

Dans une autre situation, « *il y a surtout parfois des plaintes très importantes ou qui me dépassent. Moi je peux agir là où il y a un malentendu, un petit souci. Mais 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, ça ne me concerne pas* ».

Les limites tiennent en un manque de clarté dans la définition du métier : « *Les limites elles tiennent en ce que c'est pas clair pour tout le monde, et pour personne en fait. Même pour nous, pour le moment j'ai l'impression que chacun fait un peu comme il l'entend, et va jusqu'où il peut aller, et c'est vrai que parfois ça amène de situations confuses parce quand on en parle entre nous on a pas toutes les mêmes pratiques en fait ! Personnellement ça ne me pose pas de problème, je fais ce que je pense raisonnable, mais c'est vrai que si c'était plus clair pour tout le monde, aussi bien pour nous entre nous, que pour les patients et pour l'ensemble du personnel de l'hôpital, s'ils étaient informés de qui on est, et de comment on fonctionne, ça nous aiderait* ».

Discussion

Les enseignements à l'issue de ce travail sont multiples. On voit tout d'abord la complexité de la triangulation entre la médiatrice/ le médiateur, le patient, le personnel soignant, relation basée sur la confiance mais aussi les rapports de pouvoir, en regard de la fragilité et de la vulnérabilité du patient. Les relations inégalitaires existent aussi entre les médiateurs et médiatrices et le personnel soignant.

Certains mettent en doute les compétences des médiateurs et médiatrices, qui ne sont jamais des professionnels de la santé, à pouvoir intervenir valablement dans un processus de soins. Cela demande beaucoup de formations au langage médical, à la compréhension du fonctionnement de l'hôpital, aux langages spécifiques à certaines fonctions. Par ailleurs, la fragilité du patient, accentuée par la maladie, déséquilibre inévitablement la relation. Il a là un travail d'équilibre qui est un réel challenge pour permettre aux patients de se sentir acteurs du processus de soins.

La reconnaissance de la fonction est assez similaire à celle des gestionnaires de la diversité (Bereni et Prud'homme, 2017). Toutefois il n'existe pas une communauté de pratique comme l'AFMD (Association Française des Managers de la Diversité), qui puisse accompagner cette reconnaissance. La fonction a démarré avec des contours flous. L'un des aspects les plus appréciés par ceux qui ont créé la fonction est son caractère neuf, prospectif, peu institutionnalisé tout comme le métier de gestionnaire de la diversité

(Bereni et Prud'homme, 2017). On retrouve l'importance de la légitimité organisationnelle qui se construit au travers du soutien des dirigeant·e·s, et la co-construction de la fonction en rencontrant d'autres acteurs qui occupent la même fonction. Le ministère joue souvent le rôle d'interface en tentant de structurer les médiateurs et d'agir pour leur reconnaissance. Il paraît essentiel que les médiateurs et médiatrices soient totalement intégrés au personnel de l'hôpital. Dans cet hôpital, ils sont intégrés dans le service des patients. Ils organisent plusieurs activités pour se faire connaître, comme de fêtes interculturelles, une journée du handicap, une journée de sensibilisation à l'homosexualité et créer du lien social. Tout cela positionne les médiatrices dans une position crédible, avec de la reconnaissance de leur place et utilité par la plupart du personnel soignant. La situation est loin d'être similaire dans d'autres hôpitaux.

On perçoit tout le sens du mot médiateur, qui paraît plus adéquat que celui d'interprète, plus utilisé dans le monde anglo-saxon. On voit toute la complexité du métier qui allie des besoins de traduction avec des compétences linguistiques (compétences techniques) mais aussi des compétences sociologiques pour la compréhension des différentes normes et valeurs associées à chacune des cultures. Il ne faut pas oublier non plus les compétences relationnelles, fondamentales pour garder une relation centrée sur l'écoute, le dialogue et l'échange d'informations. On voit toute la richesse de la rencontre interculturelle mais aussi toute sa complexité et les difficultés rencontrées. Les malentendus et incompréhensions sont nombreux. On touche à des choses fondamentales comme les attitudes (être plus ou moins favorable à quelque chose), les normes (le permis et l'interdit) et les valeurs (le bien et le mal/le juste et l'injuste) (Schein, 2004). Ce personnel joue un rôle de « pont » entre les cultures, on est clairement dans le message inclusif de la gestion de la diversité, dans la volonté de vivre ensemble, de cohabiter et de collaborer avec des normes et références culturelles différentes.

Si on reprend les rôles proposés par Leanza *et aL* (2006) : agent linguistique, agent d'intégration, agent institutionnel et agent du vécu, on aimerait ajouter le rôle de passeur de culture. Ce rôle d'apprentissage n'est pas à sous-estimer, la médiation apporte au personnel soignant mais aussi au patient, une meilleure connaissance des normes et valeurs de l'autre. L'un des enjeux actuels de la médiation est de voir comment on peut capitaliser ces apprentissages et amener les intervenants médicaux à les utiliser dans d'autres contextes mais aussi à les transférer à d'autres. On est clairement dans le champ de l'apprentissage organisationnel. Les médiatrices/médiateurs 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. Il y a là un réel appel du pied à plus de formation du personnel soignant dès les cursus d'études mais aussi au travers de la formation professionnelle, en partenariat notamment avec les associations qui travaillent avec les migrants et personnes d'origine étrangère.

Le métier souffre encore d'un manque de reconnaissance et de professionnalisation, même si de nombreux efforts ont été faits pour formaliser les rôles et les missions, notamment en lien avec le ministère de la Santé Publique. Il y a un travail en cours au niveau international pour tenter de définir les standards de la profession, ce processus est sans doute un sujet d'étude intéressant pour les années à venir. Nous souhaitons rappeler que le système belge est unique en son genre. Nous sommes un des premiers pays à avoir créé et formalisé la mission, avec une intégration dans les moyens structurels de l'hôpital (SPF Santé publique DG1 Cellule Médiation interculturelle, 2006).

L'expérience de base de données des traducteurs bénévoles, à partir du fichier du personnel, montre comment ces projets sont la source d'innovation organisationnelle et d'expérimentation. Cette base de données permet de résoudre plusieurs problèmes de traduction rencontrés par les équipes de santé mais permet aussi indirectement de valoriser du personnel, de faire émerger des compétences implicites et de créer du lien social, entre catégories professionnelles qui ne communiquent pas toujours très bien entre elles. Cette création de lien s'inscrit totalement dans le projet de politiques de gestion

de la diversité qui vise à améliorer le vivre ensemble et l'inclusion sociale.

Conclusions

Cet article visait à décrire le travail d'un service de médiation interculturelle dans un hôpital public qui veut aider les personnes d'origine étrangère qui s'adressent à l'hôpital. Les difficultés rencontrées par les usagers d'une autre origine culturelle (migrants, réfugiés, etc.) sont notamment les problèmes de langue, mais aussi plus globalement les erreurs d'interprétation et de communication qui peuvent apparaître tout au long du processus de diagnostic et de traitement.

Nous avons montré que la diversité du personnel améliore la relation avec les usagers et les clients. On a clairement démontré les apports « économiques » d'une politique de gestion de la diversité qui permet d'améliorer la réalisation de la mission de l'organisation, en l'occurrence soigner les personnes d'origine étrangère. On retrouve aussi les préoccupations égalitaires avec l'idée d'aider les patients d'origine étrangère dans un meilleur accès aux soins et aux traitements. On est dans la lutte contre les discriminations, discriminations qui peuvent perturber la relation entre le personnel soignant et le patient.

La richesse des profils mobilisés est sans doute un atout. Nous voyons aussi comment ces profils sont constamment à réajuster en regard de l'évolution des profils des migrants. Si les missions sont de plus en plus définies, il n'en reste pas moins que ce métier, tout comme celui de gestionnaire de la diversité reste en quête de légitimité et de reconnaissance. Si la plupart des prestataires de soins ont maintenant le réflexe de faire appel aux services, il reste de nombreux acteurs qui hésitent à recourir à un intermédiaire dans la relation de soins. Le service a réalisé de nombreuses activités dans l'hôpital qui ont marqué la pluralité des cultures qui se croisent à l'hôpital. Les besoins sont de plus en plus importants en regard de la grande diversité culturelle des patients. Beaucoup de choses restent à construire, notamment autour de l'évaluation du processus et de l'amélioration de la relation d'aide.

On a passé aussi sous silence les enjeux et difficultés liés au genre. Pourtant on sait que les médiateurs sont souvent des médiatrices. Que leur sexe peut parfois poser un problème de reconnaissance dans l'hôpital, même si on est dans des métiers où les femmes sont majoritaires. Que leur reconnaissance comme expert n'est pas acquise dans toutes les cultures. Par ailleurs, les femmes sont souvent les premières visées dans les processus de médiation qui ont surtout démarré autour de l'accompagnement des femmes pendant leur maternité. Il a là des réelles pistes pour des travaux ultérieurs.

Un sujet sur lequel nous aimerions travailler ultérieurement est aussi les outils mis en place pour aider les populations migrantes à être acteur du processus de soins et la co-construction d'outils et de méthodes d'évaluation qui permettent de collecter leur avis sur le processus en cours.

Il faudra aussi dans les années à venir creuser l'impact des technologies de l'information et la communication sur la médiation. Le nombre de visio-conférence est en croissance continue. Quelles sont les contraintes et opportunités liées à ces nouveaux outils ?

Références bibliographiques

Barth, I. (2018). *Manager la diversité - De la lutte contre les discriminations au leadership inclusif,* Paris : Dunod.

Barth, I. & Falcoz, C. C. (2007). Le management de la diversité – enjeux, fondements et pratiques, Paris : L'Harmattan.

Bender, A.-F. (2007). L'approche diversité dans les pays anglo-saxons, *In* I. Barth & C. Falcoz (Eds.), *Le management de la diversité – enjeux, fondements et pratiques,* Paris : L'Harmattan, 215-233.

Bereni, L. & Prud'homme, D. (2017). La fonction diversité - enjeux, compétences et trajectoires. Paris : AFMD (Association Française des Managers de la Diversité).

Billings-Harris, L. (2014). The Diversity Advantage Third Edition: A Guide to Making Diversity Work-Third Edition, Somerville Press.

Bischoff, A. & Denhaerynck, K. (2010). What do language barriers cost? An exploratory study among asylum seekers in Switzerland, BMC Health Services Research, 10(248). Retrieved from https://doi.

org/10.1186/1472-6963-10-248

Bonafé-Schmitt, P.P.(1997), Les médiations, *Communication et Organisation,* n°11, pp.2-15, https://www.observatoiredesmediations.org/Asset/Source/refBibliography_ID-81_No-01.pdf.

Brisset, C. & Kotobi, L. (2020). Soutenir l'interprétariat dans la rencontre et l'accompagnement des personnes migrantes, *Le Journal des psychologues,* 375(3), 45-48. https://doi.org/10.3917/jdp.375.0045

Brisset, C. & Leanza, Y. (2015). L'interprétariat en santé mentale à Montréal, *Rhizome,* 55(1), 20–27. https://doi.org/10.3917/rhiz.055.0020

Brisset, C., Leanza, Y., Laforest, K. (2013). Working with interpreters in health care: A systematic review and meta-ethnography of qualitative studies, *Patient Education and Counseling,* 91(2), 131-140.

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

Cohen-Emerique, M. (2006). Les médiateurs sociaux et culturels : passerelles d'identités, *In* F. des associations de Femmes-relais (Ed.), *Médiation sociale et culturelle : un métier, une déontologie,* Bobigny.

Cornet, A. & Dubois, V. (2012). La perception de la pénibilité au travail dans les métiers du social, *In Les interfaces de la GRH,* Nancy : AGRH.

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

Cox Taylor, J. (1993). *Cultural diversity in organizations. Theory, research and practice,* San Francisco: Berret-Koehler Publisher.

Derèse, M.-N. (2013). *La médiation dans les soins de santé : enjeux et perspectives,* Waterloo: Kluwer.

El Abboubi, M., De Saint Sauveur, M., Cornet, A. (2018). La gestion de la diversité : ruptures et innovations pour la GRH, *In* A.-F. Bender, A. Klarsfeld, Ch. Naschberger (Eds.), *Management de la diversité des ressources humaines - Études empiriques et cas d'entreprises*, Paris : Vuibert, coll. AGRH, 273-292.

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.

Fatahi, N., Hellström, M., Skott, C., Mattsson, B. (2008). General practitioners' views on consultations with interpreters: A triad situation with complex issues, *Scandinavian Journal of Primary Health Care,* 26(1), 40-45. https://doi.org/10.1080/02813430701877633

Harvey, C. & Allard, M. J. (1995). *Understanding diversity. Readings, cases, and exercises*, New York: Harper Collins College.

Hsieh, E. & Kramer, E. M. (2012). Medical interpreters as tools: Dangers and challenges in the utilitarian approachto interpreters' roles and functions, *Patient Education and Counselling,* (89), 158-162.

Klarsfeld, A. (2010). *International Handbook on Diversity Management at Work - country perspectives on Diversity and Equal Treatment,* Cheltenham, UK: Edward Elgar.

Konrad, A. M., Prasad, P., Pringle, J. K. (2006). *Handbook of Workplace Diversity,* London: Sage publications.

Leanza, Y. (2006). L'interprète médiateur communautaire : entre ambiguïté et polyvalence, *L'Autre,* (7), 109-123.

Leanza, Y., Angele, R., René de Cotret, F., Bouznah, S., Larchanché, S. (2020). Former au travail avec interprète de service public et à la médiation interculturelle. Une étude exploratoire, *L'Autre,* 21(1), 73-82. https://doi.org/10.3917/lautr.061.0073

Nishii, L. H. & Özbilgin, M. F. (2007). Global diversity management: towards a conceptual framework, *International Journal of Human Resource Management,* 18(11), 1883–1894. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=buh&AN=27777221&site=ehost-live

Pinis-Dulinski, K. (2009). L'interprétariat médical et social : à l'épreuve de la parole, https://www.migrationssante.org/wp-content/uploads/2016/03/texte_K_Pinis.pdf

Schein, E. H. (2004). *Organizational Culture and Leadership,* 3rd Ed., Jossey-Bass.

Schouten, B. (2017). Toward a theoretical framework of informal interpreting in health care: Explaining the effects of role conflict on control, power and trust in interpreter-mediated encounters, *In* E. Jacobs & L. Diamond (Eds.), *Providing Health Care in the Context of Language Barriers: International Perspectives,* Bristol: Multilingual Matters, 71-92.

SPF Santé publique DG1 Cellule Médiation interculturelle. (2006). Compte rendu de la journée d'étude.

Tapia, C. (2010). La médiation : aspects théoriques et foisonnement de pratiques, *Connexions,* (93), 11-22.

Thomas, D. A. & Ely, R. J. (1996). Making the differences matter: A new paradigm for managing diversity, *Harvard Business Review,* 74(5), 79-90.

Tilmans-Cabiaux, C., Saphia, M., Ravez, L., Fox, A. (2013). *Interculturalité et soins de santé. Un questionnement éthique,* Namur : Presses Universitaires de Namur.

Tourrilhes, C. (2008). La médiation, innovation sociale ou nouveau mode de régulation ? Vers des espaces tiers de socialisation, *Pensée Plurielle,* 2(18), 109-120.

Verrept, H. & Coune, I. (2016). *Guide pour la médiation interculurelle dans les soins de santé,* Bruxelles.

Annie CORNET
Professeur ordinaire (full professor) à Hec-Ulg, école de gestion de l'Université de Liège depuis 1999. Titulaire d'un doctorat et DEA (master recherche) en sciences de gestion et d'un master (licence) en sociologie et d'un bac en service social. Elle s'est spécialisée en études du genre et en gestion de la diversité et a créé, en 2001, le premier centre de recherche francophone dans une école de gestion sur la diversité, EGiD (Études sur le Genre et la Diversité en Gestion). Elle a réalisé plusieurs ouvrages dont *GRH et Diversité* aux éditions DUNOD en 2008 et des manuels pratiques à destination des entreprises (plusieurs éditions). Elle a mené plusieurs travaux sur l'entrepreneuriat féminin et sur la représentation des femmes dans les universités.

Christiane TOMAT
Responsable du trajet patient au Centre Hospitalier Régional de Liège depuis 2008. Titulaire d'un bac en Service Social. Responsable du service social et de la médiation interculturelle depuis 1998. Elle est référente diversité au sein du CHR de la Citadelle reconnu comme le plus grand hôpital public de Liège. Participe en qualité de Chef de projet aux projets stratégiques visant l'amélioration de l'expérience patient et développe des projets en lien avec la diversité tant pour le versant patient que pour le versant personnel en collaboration étroite avec Hec-Ulg.

Paul MATAMBA
Médecin, consultant en santé publique internationale, expert en développement-organisation-gestion- des soins de santé primaires : formulation, évaluation, monitoring et qualité des soins et de la santé. Il mène, dans le cadre de l'environnement et de la qualité de vie, une lutte contre l'insalubrité par la réhabilitation de l'hygiène de proximité, particulièrement en Afrique. Il est également très impliqué dans la promotion de l'approche *One health* pour renforcer la mutualisation des coûts entre les trois piliers de la santé : humaine, animale et environnementale.