

Médiation interculturelle au CHR de Liège :

Un outil pour les patients et l'institution

Annie CORNET

Professeure en gestion de la diversité, Hec-Université de Liège

Christine TOMAT

Responsable des Services au patient du CHR Liège

Uzun Aysel

Intervenante au service de médiation interculturelle.

Revue CBAI – Imag magazine de l'interculturel n°355 janvier-février
pp.10-15

Pour gérer la diversité culturelle des patients et usagers, l'hôpital public CHR de Liège a été parmi les premiers à mettre en place un service de médiateurs interculturels : personnel de la même nationalité et culture que les patients qui sert d'interprète, mais aussi d'intermédiaire culturel, entre le patient et le personnel soignant. 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, sécurisant et 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'institution¹.

Le service de médiation interculturelle du Centre hospitalier régional (CHR) a été un des pionniers. Tout est parti d'un projet pilote, lancé en 1997, par une association qui travaillait sur l'interculturel. La reconnaissance a été lente et progressive. L'activité a trouvé 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.

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, congolaise) 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.

Le service a démarré avec l'arabe dialectal et le turc, langues étrangères les plus parlées dans la région. 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. L'adaptation s'est faite en fonction des flux migratoires : le farsi et le dari correspondent aux nouvelles migrations, notamment des Afghans.

Histoire de la médiation

En Belgique, le tournant décisif qui « créa » véritablement le métier de médiateur interculturel en milieu hospitalier se situe en 1996. 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 entraînent 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, 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 les personnes à l'accueil administratif.

La conséquence de ces difficultés est que 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. Les groupes-cibles sont les migrants et minorités ethniques (nommés MEM's), définis comme « *les différents groupes allochtones, 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'OCDE¹ qui parle de services de soins centrés sur les usagers.

Médiation interculturelle et diversité

La gestion de la diversité en gestion renvoie aux défis que pose la diversité croissante de la clientèle et des usagers. 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. 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

1 <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-brochure.pdf>

personnel hétérogène (caractéristiques de sexe, d'appartenance nationale et culturelle, ou encore, de catégories d'âge) est progressivement construit comme un avantage concurrentiel. 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. Si l'argument de départ est la relation avec les usagers et les clients, 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, en mettant en place un management inclusif. Cela nécessite souvent la révision des processus de recrutement et de sélection pour permettre l'accès à ce nouveau vivier de talents. Ce processus touche également la gestion des rémunérations et des carrières. Il faut fidéliser cette main-d'œuvre et s'assurer que ses différences seront intégrées dans une vision pluraliste et non assimilationniste et, dès lors, valorisées en interne comme en externe.

Missions des services interculturels

Les missions dévolues au médiateur interculturel sont à double sens (Chbaral, Z., & Verrept, H., 2004):

- 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 : interprétation linguistique, support à la communication, « passeur de culture », soutien aux patients pour l'amener à être un acteur dans la relation de soi, 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 leurs symptômes. Ils ne connaissent pas le langage médical et ne comprennent pas toujours, même si on traduit, le langage médical.

Le deuxième rôle est celui 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. Ce sont des « agents du monde vécu » qui expliquent la différence entre le monde tel que vu par l'utilisateur et le monde tel que balisé par l'institution.

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. Yves Leanza et ses collègues (Leanza, Y. et alii, 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. 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.

Intervention en triade

Le patient, le personnel soignant, le médiateur ou médiatrice sont présentes. 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 visioconférence, qui s'expliquent notamment pour les hôpitaux qui exercent des activités sur plusieurs sites géographiques. Cette relation triangulaire est loin d'être simple.

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. 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. 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. 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.

Profil des médiateurs

Au début, la politique était d'engager des personnes d'origine étrangère qui venaient des communautés ciblées, de la première ou deuxième génération de migrants. Progressivement il y a une ouverture à des personnes qui ont des connaissances sur le parcours des réfugiés et des migrants. On intègre aussi progressivement des personnes qui ont une bonne connaissance des réalités socio-politiques des pays des migrants. La plupart des médiateurs interculturels sont en fait des médiatrices. 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. 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.

On a assisté ces dernières années à une réelle professionnalisation du métier. Les nouvelles personnes qui ont le poste, subsidiées, doivent obligatoirement suivre une formation au ministère. 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. Par ailleurs, il existe de la formation permanente à partir des supervisions. L'apprentissage « sur le tas » est important, avec une aide des pairs. Il y a aussi des partenariats avec des associations d'aide aux personnes d'origine étrangère.

Un travail d'équilibriste

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 y a là un travail d'équilibre qui est un réel challenge pour permettre aux patients de se sentir acteurs du processus de soins.

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.

Le CHR vient de lancer un nouveau projet « Welcome », visant l'accueil personnalisé des personnes à besoins spécifiques, notamment les personnes en situation de handicap. Ce service gratuit consiste en un accueil et un accompagnement personnalisé aux personnes qui souffrent d'un handicap (handicap moteur, difficulté de déplacement, malentendant, malvoyant, mental, etc.) et qui ont besoin d'être aidés et/ou accompagnés lors d'une consultation, d'une hospitalisation, d'une prise de sang, d'une visite, etc. Depuis le début du projet, le CHR comptabilise environ 1 773 interventions pour 370 patients.

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.

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 expertes 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 y a là des réelles pistes pour des travaux ultérieurs.

- (1) Cet article est un résumé d'un article *publié in Les nouveaux défis de la diversité et de l'inclusion au travail*, Management & Sciences Sociales, n° 29, Juillet-Décembre 2020, pp.73-90.

Références bibliographiques

- Barth, I. (2018). *Manager la diversité—De la lutte contre les discriminations au leadership inclusif : De la lutte contre les discriminations au leadership inclusif* (. Paris: Dunod.
- 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 (Éd.), *Médiation sociale et culturelle : Un métier, une*

déontologie. Bobigny.

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 (Éds.), *Management de la diversité des ressources humaines—Études empiriques et cas d'entreprises* (p. 273-292). Paris: Vuiber, coll. AGRH.

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>

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

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