

LA MEDIATION INTERCULTURELLE EN MILIEU HOSPITALIER

Camille COULEE ¹, étudiante, Hec Ulg

Annie Cornet, professeur ordinaire, annie.cornet@ulg.ac.be

Notre communication porte sur l'articulation entre la diversité du personnel et la diversité des usagers. 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). Mais s'il y a beaucoup d'études managériales sur les gains espérés, il existe peu d'études sérieuses sur ces gains réels et sur la manière dont se vit cette articulation. Nous allons nous intéresser à la façon dont les hôpitaux gèrent cette problématique, sujet d'autant plus intéressant que la diversité culturelle peut poser des problèmes pour poser les diagnostics et accompagner les patients tout au long de la maladie et du processus de soins. En Belgique francophone, la plupart des hôpitaux ont au moins un médiateur interculturel. **Le médiateur est un traducteur mais aussi une personne qui connaît les deux cultures, celle d'origine du patient et du pays d'accueil et qui a pour mission de permettre que se mette en place une relation d'aide (Cohen-Emerique, 2006).** Ces services de médiation sont tout à fait intéressants à étudier dans le cadre des politiques de gestion de la diversité. Cela s'inscrit dans un souci de qualité des services publics, en intégrant une prise en compte des attentes des usagers.

1 L'historique de la médiation interculturelle en milieu hospitalier

Le tournant décisif qui « créa » véritablement le métier de médiateur interculturel en milieu hospitalier se situe en 1996. C'est alors que le Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme chargea un groupe de travail de se pencher sur la question de la médiation interculturelle dans le domaine des soins de santé. Quelques mois suffirent pour que son rapport soit remis à la Conférence interministérielle pour la Politique de l'Immigration. Celle-ci désigna un nouveau groupe de travail. Avec la participation

d'hôpitaux volontaires, le but étant d'évaluer les besoins en médiation interculturelle sur le terrain. Pour accompagner ce projet et le mener à bien, la cellule de médiation fut créée en 1997 (Cherbonnier, 2002). Un an plus tard, en décembre 1998, les résultats furent jugés positifs et aboutirent à la création d'un financement structurel. L'offre proposée aux hôpitaux fut de bénéficier d'un financement afin de pourvoir à la médiation interculturelle (AR 03/12/1999). L'article 80, 2° de l'arrêté royal du 25 avril 2002² intègre la notion de médiateur interculturel, et lui alloue un budget. Cet arrêté est créé « en vue de prendre en compte les problèmes spécifiques des langues et les caractéristiques culturelles des patients hospitalisés ». La suite de la loi explicite les conditions d'accès à la fonction de médiateur interculturel. L'obtention de la fonction est accessible à toute personne diplômée au minimum de l'enseignement secondaire supérieur, à condition que cela soit complété par une formation de médiateur interculturel reconnue par le Ministère. Outre la connaissance d'une des langues nationales, la condition essentielle reste toutefois la maîtrise de la langue d'un des groupes-cibles, définis comme « les différents groupes allochtones de statut socio-économique peu élevé en moyenne et se trouvant dans une position défavorisée, ainsi que les sourds et les malentendants qui s'expriment en langue des signes ».

2 Les médiateurs interculturels et leurs missions

La page Internet³ consacrée à la médiation interculturelle en milieu hospitalier en Belgique rappelle que ce métier est relativement récent et ne fait pas encore l'objet d'un consensus quant à l'attribution de ses fonctions, aussi bien dans la communauté scientifique que parmi les acteurs de terrain.

Trois caractéristiques permettent de distinguer la médiation d'autres modes de résolution de conflit (tels que la conciliation, la négociation, l'arbitrage etc.) :

- l'intervention d'un tiers, quelle que soit son appellation (facilitateur, conciliateur, personne-relais etc.). Cette personne devrait être à équidistance des deux parties, elle est étrangère au couple et occupe « une position

² 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/Ombudspatientenrechten/brochure_droits_du_patient_fr.pdf.

³ <http://www.health.fgov.be/eportal/Myhealth/PatientrightsandInterculturalm/Interculturalmediation/index.htm?fodnlang=fr#>. VWXzKihDmwF. Consulté le 14/02/2015.

extérieure par rapport à une relation duelle » (Tilmans-Cabiaux, Saphia, Ravez, & Fox, 2013) (p.277).

- l'indépendance et l'impartialité (Derese, 2013), la mission du tiers médiateur étant de mener à bien la confrontation d'intérêts distincts. L'impartialité est définie ici comme « la capacité du médiateur à traiter en toute objectivité les éléments du litige » (Derese, 2013 : 96), tandis que l'indépendance désigne l'absence d'intérêts du médiateur dans la situation donnée. La médiation cherche des 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 » (Derese, 2013 : 97). Quoiqu'il en soit, il ne lui appartient pas de prendre des décisions contraignantes, il n'a pas de pouvoir juridictionnel. Il peut par contre être de son ressort « d'attirer l'attention des parties sur leurs intérêts, leurs droits et leurs obligations réciproques » (Derese, 2013 : 100).
- la communication entre des individus afin d'établir ou de rétablir un lien social. Le médiateur peut intervenir à titre de prévention, de résolution, ou plus en aval afin d'établir la communication (Bonafé-Schmitt, 1997) (p.10). Bonafé-Schmitt (1997) insiste sur le fait que l'intervention est axée sur la communication et non sur les rapports de pouvoir.

Le secret professionnel est une condition nécessaire afin de gagner la confiance des parties. La confidentialité est essentielle pour le succès de la médiation puisqu'elle mène à une implication des parties, qui est elle même nécessaire pour réussir une médiation. Si initialement, la médiation est conçue comme un service aux usagers, elle s'avère également être un outil pour l'institution. Derese (2013 : 281) 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 ».

(mettre tiret pour les missions)

En milieu hospitalier la médiation « consiste à contribuer au maximum à l'amélioration de la qualité des soins ». De manière plus complète, les dispositifs de médiation sont destinés à « lever les barrières linguistiques et culturelles qui entravent l'accès aux soins ; favoriser l'accès à des soins de qualité par le biais de l'amélioration de la communication et de la relation soignant-soigné ; améliorer l'accueil du patient étranger ou

d'origine étrangère au sein de l'hôpital » (Chbaral & Verrept, 2004) (p.26). L'écueil le plus immédiat provenant des différences culturelles est la barrière linguistique ; la première mission est donc l'interprétariat. Cohen-Emerique et Fayman (2005) parlent des médiateurs comme « passerelles d'identité » en raison de l'accompagnement qu'ils fournissent au migrant envers la nouvelle société d'accueil. De fait, le médiateur utilise son propre vécu afin d'aider et de cerner le migrant, mais il aide également les acteurs institutionnels à mieux comprendre et respecter les migrants, en créant alors un espace partagé. La deuxième mission du médiateur est donc celle de « culture brokerage ou décodage culturel ». Si les incompréhensions sont issues de la langue, elles reflètent également des différences de statut, d'histoire, de religion, etc. (Cohen-Emerique, 2006). La troisième mission allouée par le SPF SPSCAE est l'accompagnement des patients. En dehors du cadre de la mission de traduction, il est du ressort du médiateur interculturel d'apporter une aide concrète au patient et à sa famille. Cela concerne alors des tâches plus administratives afin notamment d'expliquer au patient le cadre légal belge de sa prise en charge.

- La quatrième tâche est celle de l'écoute et du soutien. Ce se fait de manière implicite. Il n'est pas rare que les parents demandent son avis au médiateur, rediscutent de l'entretien avec le médecin (Leanza, 2006).
- Cinquièmement, rappelons que le terme médiation a une certaine connotation conflictuelle. Dès lors, en tant que médiateur entre deux systèmes de valeurs ou représentations antagonistes (Leanza, 2006), le médiateur interculturel devrait déterminer si le conflit est dû à une incompréhension linguistique ou culturelle. Il fera ensuite appel à ses qualités de reformulation, de synthétisation et de clarification afin de créer un univers faisant sens pour les deux protagonistes.
- Il arrive que le médiateur soit amené à prendre un rôle d'« advocacy » ou défense des droits et des intérêts du patient, c'est la même mission. Cela découle de la loi du 20 juillet 2002, où il est du devoir du médiateur d'informer les patients de leurs droits, mais également de les rappeler aux prestataires de soins. Le SPF SPSCAE évoque tout d'abord la prestation « outreach » qui « consiste à chercher de manière indépendante et active des problèmes qui ont surgi au cours du processus de soins auprès des patients allochtones. » On constate ici la continuité avec le métier plus en amont qui est celui de médiateur hospitalier, qui sera contacté si les patients souhaitent recevoir une aide afin de résoudre des problèmes ou questions liées à leur hospitalisation.

Cela rejoint la « mise en lumière des difficultés », et finalement la fonction d'information qui demande aux médiateurs d'informer les patients allochtones, en collaboration avec des soignants.

On remarque que les qualités requises par la fonction sont celles d'empathie, d'écoute, d'attention individuelle et collective, de déchiffrement d'aptitudes, de facilitateur de communication-compréhension, de diagnostic des configurations relationnelles conflictuelles, de reformulation, etc.(Es-Safi, 2001). Dès lors comme le dit (Tapia, 2010) (2010 :13) « En tant que pratique, la médiation opère donc dans le domaine des communications ou des relations, ce qui l'inscrit d'emblée dans le champ disciplinaire psychosociologique et dans le champ de la psychologie interculturelle quand elle concerne les relations entre individus, groupes, entreprises culturellement différents ». Toutefois suite à la diversité des champs d'interventions que rencontre le médiateur interculturel, et suite également au manque de visibilité et de clarté de son périmètre d'action, des tensions peuvent surgir entre différents corps de métier. Pinis -Dulinski (2009) rajoute qu'au delà des aptitudes technico-pratiques (où se placer, comment bien mémoriser, etc), ce travail exige une réflexion sur ses propres limites, une distanciation émotionnelle et une grande capacité d'adaptation. Comment garder la neutralité lorsqu'on annonce la maladie incurable d'un enfant, Quand on fait face à un comportement agressif ? C'est ce que nous verrons plus tard. Il faut s'attarder à la notion de culture, concept central pour pouvoir ensuite aborder la question de la compétence interculturelle.

3 Méthodologie

Cet article s'appuie sur un stage d'une durée de trois mois d'une étudiante en master de GRH dans le service de gestion de la diversité d'un hôpital belge. Ce stage lui a permis de rencontrer et d'échanger les 6 médiateurs interculturels de cet hôpital. Elle a aussi contacté différents hôpitaux. Le nombre d'hôpitaux initialement contactés s'élevait à douze. Toutefois, six refusèrent ou ne donnèrent pas de suite aux appels téléphoniques. Parmi les six hôpitaux restants, il y en avait deux par région, un public et un privé pour chacune d'entre elles.

| <i>Région</i> | <i>Public</i> | <i>Privé</i> |
|---------------|---------------|---------------|
| <i>Liège</i> | CHR Citadelle | CHC Espérance |

| | | |
|-----------|--------------|-----------------------|
| Namur | CHR Namur | Sainte Elisabeth |
| Bruxelles | CHU Brugmann | Cliniques de l'Europe |

Il y a eu aussi un entretien avec l'administration au SPF (administration fédérale) SPSCAE afin de compléter le panel des acteurs concernés. Trois questionnaires furent donc réalisés, le premier à l'attention des ressources humaines de l'hôpital, le second pour les médiateurs/coordonateurs, et le dernier pour le **SPF SPSCAE (quid)**. Les quinze entretiens semi-directifs se déroulèrent du 18 novembre au 9 février 2015. Par ailleurs, l'autre auteur collabore avec le service de médiation interculturelle depuis sa création en 1986, soit depuis plus de 20 ans. Plusieurs travaux de recherche et conférences ont été réalisés en collaboration avec ce service. Les différents responsables ont été associés à de nombreux cours et colloques. Dans un souhait de confidentialité, nous avons souhaité organiser cette section de manière transversale et sans nommer les témoignages.

4 Une fonction en quête de légitimité

La fonction de médiateur est une fonction qui est en émergence, comme celle de responsable diversité. Elle a pris naissance dans différents hôpitaux, soutenus par des porteurs de projet, qui étaient fort impliqués dans la problématique. La reconnaissance a été lente et progressive, la recherche de légitimité auprès de l'ensemble des parties prenantes continue à être à l'agenda de toutes les équipes. *« 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'en a pas besoin. On s'en est toujours bien sorti jusqu'à présent pourquoi est ce que maintenant il y aurait des médiateurs. D'où sort cette terminologie ? » (une médiatrice)*. On nous dira aussi : *« Psychologiquement ça a été terrible. Tu sais 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'hôpital où l'étudiante a fait son stage a été un pionnier. Tout est parti d'un projet pilote lancé en 1997 par une association qui travaillait sur l'interculturel. Le projet était porté par une personne convaincue, maintenant décédée, qui a su gagner le soutien du DRH de l'époque, maintenant retraité : *« [...]c'est elle qui s'est battue pour mettre le projet en place.*

C'est elle qui a convaincu le comité d'administration de l'hôpital. Dans le CA, il y avait le médecin directeur général, les RH, enfin tout ceux du 6^{ème}. Donc, on avait le soutien de la direction, du service social et des collègues du service social, ça a facilité notre intégration (...) Quand on est arrivé ici, on était attaché 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 qui était chouette, c'est qu'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. ».

Parmi les facteurs de réussite, on retient l'importance du soutien de la direction et surtout l'intégration auprès de tous les services.

5 Des profils très différenciés

Au début, la politique était d'engager des personnes d'origine étrangère qui venaient des communautés ciblées *« Je suis originaire du Maroc, et ma collègue de Turquie, avec une famille bien traditionnelle, qui est née la bas, donc ancrée dans les valeurs culturelles 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 cette connaissance favorise franchement la relation et la communication qu'on a avec le patient. C'est pour ça qu'on ne nous appelle pas 'interprète' justement, où là c'est juste de la traduction mot à mot »*. *« L'idée c'est que les personnes migrantes sont censées avoir plus d'empathie vis-à-vis des patients parce qu'elles ont elles-mêmes un parcours de migration »*.

Progressivement il y a une ouverture plus sur les compétences (notamment connaissances des langues visées) mais aussi connaissance des pays de référence: *« J'ai découvert ce travail un peu par hasard. C'est une situation un peu particulière, parce que j'ai fait des études de traduction interprétation, 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. Or la politique à ce moment là, c'était d'engager des gens qui ont essentiellement un parcours de migrants eux-mêmes, pour toute une série de raisons, donc à l'époque ça n'avait pas porté de fruit. J'ai été rappelée deux ans plus tard pour le contrat de remplacement ». Une des médiatrices nous parle de sa maîtrise en sciences politiques qui serait un atout : « l'aspect utile c'est d'avoir un peu plus de recul par rapport à tout ça, de le voir d'un regard extérieur... 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 pour éviter de se lancer dans des discussions trop compliquées... Moi je fais un master de sciences politiques, spécialisé sur la Russie, le Caucase et l'Europe de l'Est. J'ai assez de connaissances que pour savoir que faire».

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. Avec les hommes, ça reste toujours problématique, pour certaines consultations, de par la culture, tout ce qui est RDV gynéco par exemple. Il y a aussi certaine culture dans lesquelles les femmes ne peuvent pas être accompagnées d'un homme* ». Une autre ajoute « *cela s'explique peut être par le fait que souvent ce sont les femmes qui gèrent le capital santé* ». Mais le service de médiation de l'hôpital public a depuis peu recruté un homme parmi les médiateurs, ce qui semble satisfaire la plupart des acteurs en présence.

6 Formation professionnelle

Intéressons nous à la formation que reçoivent ces professionnels. En regard de la professionnalisation, les nouvelles personnes qui rentrent, qui sont subsidiées par le Ministère, doivent obligatoirement suivre une formation au Ministère. Mais il y a aussi des médiateurs qui sont engagés en interne et exercent avant de recevoir la formation « *C'est l'institution qui reste libre d'embaucher les candidats qui lui conviennent* ». Les médiatrices sélectionnées dans le cadre du projet pilote nous disent « *On a eu une formation de médiation interculturelle à la Haute Ecole : 6 mois de formation, puis 6 mois sur le terrain, ici au service social* ». L'autre institution 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 quand il y avait des sujets intéressants à aborder avec un certificat de réussite à la fin ». « [...] A 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 issue de l'université nous dit *« Je pensais que j'allais devoir passer un examen, et ils ont décidé simplement de valider mon diplôme. Donc je n'ai pas eu du tout de formation au SPF pour le moment. Mais il y a des invitations régulièrement 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 : *« Quand je suis arrivée ici, j'étais assez bien encadrée Les collègues m'ont baladé dans l'hôpital pour me présenter à tout le monde, pour me familiariser un peu avec la manière de fonctionner, pour dire à tout le monde que j'étais là et qu'on pouvait faire appel à moi maintenant pour ces langues là ».*

Une autre médiatrice rencontrée, « novice » également puisqu'elle exerce depuis octobre seulement, 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 c'est arrêté à ça, puis on m'a dit qu'il y allait avoir un poste, donc après l'entretien j'ai été sélectionnée puis j'ai passé l'examen au Ministère de la santé (...) 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 le CBAI (Centre Bruxellois d'Action Interculturelle) qui « [...] s'occupe de tout ce qui est interculturalité, ils font des formations ».*

Plusieurs pensent que cela serait intéressant d'avoir un soutien psychologique: *« Il n'y a pas toujours de soutien et de reconnaissance au sein de l'hôpital de la difficulté émotionnelle à gérer ce genre de problèmes. Nous (le ministère), on demande aux hôpitaux qu'ils prévoient un accompagnement psychologique. Parfois c'est la psychologue de l'hôpital, elles n'ont pas*

envie d'aller se confier chez elle. Je pense que c'est le même problème pour les médecins et le personnel soignant ».

Le Ministère souhaite professionnaliser ce métier. En plus d'avoir réfléchi aux standards de la profession grâce aux standards IMIA américains⁴ : *« 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 entre guillemets qui correspondrait au médiateur interculturel ».*

7 La médiation : un art subtil

L'étudiante a eu l'occasion d'accompagner une médiatrice à un RDV. Elle a remarqué qu'elle s'asseyait entre le médecin et le patient. La médiatrice s'explique : *« On nous a appris tout ça au Ministère, on doit se mettre entre les deux. Pour bien distinguer qu'on est ni d'un côté ni de l'autre, on travaille en triade ».* Toutefois, l'une des médiatrices fraîchement engagée et n'ayant pas reçu de formation nous dit *« [...] ça dépend quand j'arrive là où il y a de la place, parfois je suis à côté du patient, parfois au contraire je suis entre le patient et le médecin ».*

La position reflète la place qu'occupe le médiateur dans la relation : *« C'est vraiment très, très important de pouvoir rester neutre. Je pense que c'est vraiment une des qualités, il faut vraiment ne pas prendre position. Le but, enfin ce qu'on avait appris en formation, c'est de faire comme si on n'était pas là. Ça c'est peut être le plus difficile ».*

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 ».*

Certaines pensent, par contre, que leur rôle est aussi celui 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,*

⁴ <http://www.imiaweb.org/standards/standards.asp>. Consulté le 11/04/2015.

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 ».

On remarque dès lors une certaine contradiction : alors que la neutralité est prônée afin d'être le plus transparent possible, les médiatrices sont parfois amenées à « prendre parti ». De même certaines pensent que la médiation interculturelle recouvre également une mission d'information, qui va à l'encontre de cette neutralité. Voici dès lors ce qu'en dit le **SPF SPSCAE** « *Oui c'est la consigne {la neutralité}, c'est ça qu'elles doivent arriver à faire, maintenant si elles constatent que les droits du patients sont vraiment bafoués, elles ont le devoir de le signaler, mais comme n'importe quel membre de l'hôpital. Bon elles sont peut être plus proches du patient parce qu'elles partagent la langue... Quelque part elles ont une tâche 'advocacy' donc défense du patient, elles les informent, mais maintenant c'est au patient à dire 'voilà je veux faire quelque chose, je veux aller voir la médiation de plaintes', ou des choses comme ça ».*

Une autre déclare « *Bien sûr que non, je ne traduis pas toujours tout. Bien que à la formation on nous ait dit 'il faut tout traduire'. Ha 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 »*

Quand nous leur demandions dans quel cas elles considéraient qu'une intervention était réussie, les réponses divergeaient clairement. L'une dit : « *Quand tu sors et que tout le monde a le sourire, tu es contente »*. Une autre ajoute « *Quand tout est traduit. On est là pour ça, quand l'information passe des deux côtés, le travail est fait »*. **Le dernier élément en tension est donc cette traduction, son contenu et sa forme, que l'on découvre ici comme outil de la médiation culturelle, en étant à son service et non l'inverse.**

Enfin concernant ce métier, toutes s'accordent sur le fait que « *J'aime bien de courir, d'être appelée, voilà je me sens utile, enfin on m'appelle on a besoin de moi, c'est une motivation »*. C'est un métier qui demande beaucoup de flexibilité, et il arrive qu'on lui

téléphone alors qu'elle pensait avoir fini sa journée de travail. Pourtant cela n'est pas perçu comme une difficulté mais une richesse : « [...] à la fin le médecin m'a remercié d'être restée plus tard et m'a dit 'voilà ça 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' ».

8 Perception de la mission

Comme en atteste le SPF, « Ce n'est pas un métier qui est facile, parce qu'il y a beaucoup de facettes différentes. Il y a toute une série d'aptitudes et de compétences qu'il faut avoir pour traduire correctement. Donc ça demande d'autres compétences que simplement connaître les deux langues ».

Une médiatrice nous dit : « Nos missions ? Ouf, il y a en a beaucoup, chaque jour est un autre jour, 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 fois je serai là plus comme médiatrice pour calmer la situation, etc. ». 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 ». A travers cet extrait, les avis de toutes les personnes interviewées sont présents. On y retrouve également les principales missions que décrit le Ministère. Certaines vont toutefois plus loin et 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 ». Une autre médiatrice quant à elle déclare : « [...] c'est informer le personnel soignant des différences culturelles », et cela se déroule dans un cadre clair : « Les projets qu'on mène on les fait souvent sur base de demandes, on ne le fait jamais de notre propre initiative, ça permet de répondre aux questions. 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 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. J'ai essayé de lui expliquer que je n'ai pas le temps. C'est juste que lui, il se sent bien quand il vient me dire et que je lui réponds en arabe. Il vit tout seul, et parfois tu dois accepter, supporter ce genre de chose ».* On remarque que ce travail de soutien peut s'avérer dur à gérer.

En plus de cela, il comprend également une facette administrative *« Pour l'accompagnement, on commence au niveau 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 paiement échelonné ».* 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 sur de n'oublier personne ».*

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 ».* Une fois encore, 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 ».* Afin d'en apprendre d'avantage, nous avons demandé au SPF SPSCAE s'il disposait d'une description de fonction. On nous a répondu que le recrutement se fait en interne ce qui signifie que chaque hôpital en est responsable. Parmi les cinq hôpitaux étudiés, deux seulement nous ont révélé posséder une description de fonction.

Comme nous le précisait une des coordinatrices, cela correspond en fait à la réalité de tout professionnel hospitalier. Il arrive qu'elles soient inoccupées, puis soudainement appelées jusqu'à la fin de la journée. Afin d'organiser au mieux leur travail, elles ont donc « [...] *une réserve de travail, et quand c'est plus calme elles puisent dans cette réserve* ».

9 Visibilité

Cette section concerne tout d'abord la publicité créée par la médiation interculturelle envers les publics cibles. A la question de savoir si les patients choisissent leur hôpital en raison du service de médiation, les réponses sont unanimes : « *Oui, j'en suis convaincue* ». Une coordinatrice déclare « *Je pense que les patients sont satisfaits parce qu'ils reviennent, et on voit une certaine fidélisation de la patientèle qu'on avait peut-être pas avant* ». Si l'offre augmente la demande, une médiatrice nous explique qu'une des raisons est qu'elles sont tenues par le secret professionnel : « [...] *Je vais parler de la communauté arabe. Ici, tout le monde se connaît. Si on a besoin de traduction et qu'on vient avec un voisin, il y a l'info qui va se diffuser très vite au sein de la communauté. Ce qui n'est pas le cas avec nous. Ici il y a énormément d'informations d'ordre privées, 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* ». Toutefois une médiatrice déplore le manque d'informations au sein de l'hôpital : « *Les personnes qui viennent maintenant à l'hôpital pour se faire soigner, pour une consultation, ne sont même pas au courant ! Donc quand ils viennent, on nous appelle chez les médecins en consultation 'ce monsieur il parle arabe'. Oui mais moi j'ai déjà un RDV donc je ne peux pas y aller !* ». Le manque de cohérence entre la publicité faite par un des hôpitaux et la réalité du terrain, est aussi lié à la réalité de l'hôpital. « *Cet hôpital, c'est à peu près 3000 agents, donc même si on a aménagé dix minutes lors de la journée d'accueil des nouveaux pour essayer de les informer sur notre service, il y en a beaucoup qui passent à travers* ». Au vu de la complexité du métier, l'information vers les services apparaît comme indispensable: « *Quand j'ai commencé, j'ai bien insisté sur la publicité, parce qu'il y a vraiment des gens qui disent 'oh c'est Mme X qui traduit', c'est ça dans leur tête, mais ils ne comprennent pas que la médiation ce n'est pas seulement traduire. C'est vrai que c'est la tâche principale, mais il y a toute une procédure de communication, de*

casser toute barrière linguistique, ethnique». 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 voilà on les contacte de plus en plus pour ça* ».

10 Difficultés

Cela nous mène aux difficultés ressenties.

Le recrutement des médiateurs interculturels suit le cours des demandes et des flux migratoires, certaines s'inquiètent sur le devenir de leur poste, en regard du profil des migrants. Le SPF SPSCAE précise : « *Normalement elles restent en place, parce que à partir du moment où elles ont un CDI le système belge ne permet pas de licencier pour engager quelqu'un d'autre. De plus il est difficile de trouver des gens compétents, donc bien sûr on souhaite les garder* ». 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 immigrants. Je m'interroge concernant ces personnes là, notamment d'origine syrienne et irakienne. Je me le demande tout le temps quand je viens travailler, car ce sont des personnes qui sont plus précarisées que les autres personnes* ». Effectivement ce métier est intrinsèquement lié à l'actualité mondiale.

Lorsque la configuration géographique est répartie sur plusieurs sites, cela augmente encore la charge de travail pour les médiatrices qui font des allers-retours. Toutefois comme nous l'avons vu, certains hôpitaux ont fait le choix de concentrer la médiation à un site, quitte à ce que les patients s'y déplacent. Lorsque les médiatrices sont peu nombreuses également, l'organisation est d'autant plus importante : « *J'essaie toujours d'organiser les choses soit par des mails envoyés, soit en fixant le RDV le jour même où ils viennent à la consultation. Comme je suis seule, les vacances pour moi c'est très difficile, parce que je ne peux pas m'absenter beaucoup. J'essaie mais toute seule c'est pas évident* ».

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 ? C'est nous ! Et le patient ? C'est nous ! On est des éponges. Je dois faire passer de l'un à l'autre, mais c'est nous qu'ils regardent ? C'est moi !* ». On remarque dès lors que les médiatrices recourent à certains stratagèmes :

« Maintenant, j'ai l'habitude. J'essaie toujours avec les gestes, les mains, j'essaie de faire comme ça tu vois {avec les mains tendues, qui vont de l'une à l'autre}. J'essaie de faire un petit peu en sorte qu'ils se regardent eux, ça c'est avec l'habitude aussi ». Toutefois « [...] quand tu arrives nouvelle, tu reçois tout comme ça », le manque de formation ad hoc lors de l'entrée en fonction est un réel obstacle à l'épanouissement et à l'art de pratiquer ce métier. Dès lors, « [...] 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 parlent des difficultés avec les patients : « Au niveau des patients, c'est plutôt pour les encadrer que c'est parfois un peu plus difficile. Par exemple, leur rappeler qu'il faut venir au RDV, qu'il faut justifier leur absence etc. C'est vraiment mettre un cadre, 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 ». Cette préoccupation est apparue à une autre reprise : « Parfois les gens nous utilisent juste pour rendre des RDV. Mais nous notre service c'est prendre le RDV, mais suivre la personne aussi. Il faut vraiment qu'il y ait le suivi du patient. RDV, et aller près du médecin avec eux ». Cela recoupe en quelque sorte l'exigence de s'adapter à chaque médecin, situation et patient ; « Il y a des médecins chez qui j'adore aller traduire, puis il a des médecins qui commencent à parler et ils ne s'arrêtent pas, ils peuvent parler pendant cinq minutes et toi tu traduis. C'est vraiment impossible alors parfois je dis 'temps mort' ».

Certaines médiatrices déplorent ensuite, de manière implicite, le manque de moyens financiers qui les pousse à travailler en effectif réduit. C'est le cas, comme nous l'avons vu précédemment, de la médiatrice qui exerce seule et à mi-temps. Son emploi du temps est par conséquent très complet : « Je m'occupe des patients, des appels et des traductions, mais en même temps j'organise des petites formations et je suis des formations,... ». Ici aussi elle a du trouver une stratégie afin de faire face aux multiples appels « Moi, comme j'étais engagée surtout parce que je parle l'arabe, et bien quand je suis débordée, je mets la priorité, je fait le tri ». Une autre nous nous dit « Il faut suivre les demandes, mais ce n'est pas toujours possible... La demande évolue, très vite on a été rattrapé ». Alors que nous parlons du manque de moyens, une autre évoque des « [...] 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 ». Finalement c'est le manque de formation qui est cité : « 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 du expliquer par périphrases. Au final on se débrouille ».

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 qu'après quand on passe dans des cas chroniques ou des maladies lourdes avec des gens qui reviennent souvent, où on passe quand même énormément de temps avec, et c'est vrai qu'on a un peu un rôle de béquille au final. Et je pense qu'il ne faut pas avoir peur de dire 'bon si c'est comme ça on va chez tel et tel spécialiste, ou alors on appelle l'assistante sociale'. 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 dépasse. 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 ».*

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 ».*

Les difficultés sont donc intimement liées aux richesses de cet emploi, par exemple *« J'ai l'impression qu'une semaine ne ressemble pas à une autre, et je pense que c'est bien, je ne vois pas ça comme une difficulté, c'est plus sympa que de ne pas avoir de surprises ».* Les limites tiennent en un manque de clarté dans la définition du métier, un manque de moyens, un manque de visibilité, un manque de formation, un manque de respect du patient et/ou des médecins : *« 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 ».

11 Discussion

Les enseignements à l'issue de ce travail sont multiples. Reprenons le concept de médiation, On voit tout d'abord la triangulation entre la médiatrice, le patient, le personnel soignant qui est basée notamment sur les besoins de traduction mais aussi de mise en contexte du diagnostic et du traitement dans son contexte culturel. Deuxièmement, en ce qui concerne l'exigence de neutralité, on voit une volonté d'être neutre mais en même temps,, un retour sur le réel qui montre qu'une attitude tout à fait objective s'avère impossible. On voit aussi qu'on est clairement dans la rencontre interculturelle dans toute sa richesse mais aussi complexité. Les médiatrices se font largement l'écho des stéréotypes et préjugés du personnel soignant, de leur peu de connaissance des cultures en présence et des contextes de migration. On voit aussi le rôle de traducteur, au sens large du terme, pas dans la vocation de juger un litige, mais d'accompagner les parties à un accord. On perçoit aussi la complexité du métier lié à la gestion de l'interculturalité des patients : besoin de traduction et de mise en contexte culturel des différentes pratiques et expressions liées à la maladie et à son traitement. Elles sont aussi un relais : elles sont un intermédiaire, elles travaillent en interaction avec les autres corps professionnels. Les médiatrices sont considérées comme des « ponts ».

Si l'intérêt du métier pour améliorer la relation avec le patient et sa famille et optimiser le fonctionnement de l'hôpital n'est plus à démontrer, on voit que le métier souffre encore d'un manque de reconnaissance et de professionnalisation. La définition de standards de la profession, en cours au SPF SPSCAE, constituera une avancée afin d'offrir une place claire aux médiateurs interculturels. Il reste la question de la reconnaissance de leur place dans l'hôpital qui se traduit par du personnel, un local, des moyens financiers.

Finalement, bien que ce travail ait tendance à souligner les aspects les plus problématiques de la médiation interculturelle, nous souhaitons rappeler que le système belge est unique en son genre : l'intégration de moyens structurels dans le budget régulier de l'hôpital est un acquis primordial, qui de plus garantit la continuité du travail des médiateurs (SPF Santé publique DG1 Cellule Médiation interculturelle, 2006). Par ailleurs, d'un point de vue organisationnel, il faut laisser le temps aux hôpitaux de s'adapter aux changements. La

rencontre avec des patients issus d'une autre culture, et les demandes qui en découlent, bousculent sérieusement l'organisation des soins médicaux (Tilmans-Cabiaux et al., 2013). De plus, ce projet social à l'ambition de dépasser la formation de liens éphémères, sa vocation est de produire du sens qui engage la collectivité, dès lors il revient au monde politique de se positionner.

Nous nous sommes concentrés sur le ressenti de quelques médiatrices interculturelles, sans nous attarder sur d'autres éléments. Par exemple le contexte mis en place par le SPF SPSCAE, avec ses coordinateurs de la médiation interculturelle et la vidéoconférence. Bien que ces éléments soient également porteurs d'informations, et que ce mémoire aurait pu être abordé de nombreuses manières, nous avons préféré nous centrer sur ce que nous avons appris à étudier durant ces cinq années : l'homme au travail.

Ce travail est en plus au cœur de la question du lien entre les politiques de gestion de la diversité du personnel et les questions d'efficience (meilleure utilisation des ressources) et d'efficacité des organisations.

12 Références

- Bonafe-Schmitt, J.-P. (1997). Les médiations. *Communication et Organisation*, (11), 1–15.
- Chbaral, Z., & Verrept, H. (2004). La médiation interculturelle en milieu hospitalier. *Médiations & Sociétés*, (8), 24–27.
- Cherbonnier, A. (2002). Interprétariat et médiation interculturels en milieu socio-médical et hospitalier. *Bruxelles Santé*, (27), 8–18.
- Cohen-Emerique, M. (2006). Les médiateurs sociaux et culturels : passerelles d'identités. In une déontologie Rencontre organisée par la Fédération des associations de femmes-relais de et Profession Banlieue à Bobigny : « Médiation sociale et culturelle : un métier (Ed.). Seine-Saint-Denis.
- Derese, M.-N. (2013). La médiation dans les soins de santé : enjeux et perspectives, (Kluwer). Waterloo.
- 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.
- Leanza, Y. (2006). L'interprète médiateur communautaire : entre ambiguïté et polyvalence. *L'Autre*, (7), 109–123.

- Pinis -Dulinski, K. (2009). L'interprétariat médical et social : à l'épreuve de la parole.
- SPF Santé publique DG1 Cellule Médiation interculturelle. (2006). Compte rendu de la journée d'étude sur la diversité culturelle et la médiation interculturelle dans les hôpitaux. Retrieved from in http://www.health.fgov.be/internet2Prd/groups/public/@public/@dg1/@mentalcare/documents/ie2divers/9460471_fr.pdf.
- Tapia, C. (2010). La médiation : aspects théoriques et foisonnement de pratiques. *Connexions*, (93), 11–22.
- Tilmans-Cabiaux, C., Saphia, M., Ravez, L., & Fox, A. (2013). *Interculturalité et soins de santé. Un questionnement éthique* (Presses Un). Namur.

