

Henry Lambert<sup>1</sup>, Béat Stoll<sup>2</sup>, Pascal Singy<sup>1</sup>, Frank Zobel<sup>1</sup>, Marie Molina<sup>1</sup>, Patrice Guex<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Service de psychiatrie de liaison, CHUV, Lausanne

<sup>2</sup> Policlinique médicale universitaire, Lausanne

## Réseaux de soins, migration et adaptation interculturelle à Lausanne: évolution d'une recherche action

### Résumé

*A Lausanne, il existe une population importante et diversifiée de migrants de différents statuts, qui ne cesse d'augmenter. Cette croissance induit, entre autres, une redéfinition entre l'offre de soins et la demande de la clientèle pluri-ethnique. Appelant une adaptation interculturelle, cette redéfinition se manifestait jusque-là par la présence d'interprètes non formés dans le réseau de soins. L'expérience clinique montre cependant que le recours à des interprètes non formés peut nuire au bon déroulement de la rencontre entre le soignant et le patient migrant. La recherche action en cours à Lausanne, présentée dans cet article, se donne pour but de mesurer les modifications dans le champ médical observable dues à l'introduction de médiateurs-culturels-interprètes (MCI) formés. Les questions issues de la pratique clinique qui ont présidé à l'origine du projet sont décrites, de même que les choix méthodologiques. Quelques éléments des premiers résultats sont discutés. Enfin, l'article tente de montrer comment les influences réciproques entre terrain et processus de recherche, voulues et observées par celle-ci, ont infléchi ses objectifs afin qu'elle puisse accompagner au plus près les changements de ce terrain.*

A Lausanne, il existe une population importante et diversifiée de migrants de différents statuts, qui ne cesse d'augmenter. Cette croissance induit, entre autres, une redéfinition entre l'offre de soins et la demande de la clientèle pluri-ethnique. Appelant une adaptation interculturelle, cette redéfinition se manifestait jusque-là par la présence d'interprètes non formés dans le réseau de soins. Il apparaît cepen-

dant que le recours à des interprètes non formés peut nuire au bon déroulement de la rencontre entre le soignant et le patient migrant et cela pour de multiples raisons: un intervenant non formé, souvent recruté parmi les proches, n'aura ni la position ni l'expérience lui permettant d'aborder en toute sérénité les enjeux thérapeutiques et éthiques qu'implique une consultation médicale «à trois»; une traduc-

tion terme à terme, sans attention pour les différences de représentations et de valeurs culturelles, peut buter sur des impasses et des malentendus lourds de conséquences; un interprète non au fait des contextes sociaux différents des acteurs de la consultation ne pourra pas comprendre et s'efforcer de faire respecter les attentes, éventuellement divergentes, de ceux-ci. Si les exemples de ce type de difficultés rencontrées dans la pratique sont nombreux, on peut toutefois penser que l'introduction d'interprètes sensibilisés aux problèmes psycho-sociaux peut modifier favorablement la situation.

Cet article présente une recherche actuellement en cours à Lausanne<sup>1</sup>, soutenue par le Fond National de Recherche, réalisée par plusieurs institutions et qui aborde la question sous les angles de la médiation, de l'adaptation interculturelle et de la co-disciplinarité. Nous décrivons les questions issues de la pratique clinique qui ont présidé à ses origines, ses choix méthodologiques ainsi que quelques éléments des premiers résultats. Nous tenterons de montrer enfin comment les

<sup>1</sup> «Migrants et réseaux de soins: pour une adaptation interculturelle». Requête No 4039-44832 du Projet National de Recherche PNR 39 du Fond National.

influences réciproques entre terrain et processus de recherche, voulues et observées par la recherche, ont infléchi les objectifs de celle-ci afin qu'elle puisse accompagner au plus près les changements de ce terrain.

### Les origines de la recherche

Des institutions de soins et d'accueil ambulatoires concernées par la demande des patients migrants adultes ont constitué un réseau coordonné sous le nom de «Collège Interdisciplinaire Soins et Migration» (CISM)<sup>ii</sup>. Compte tenu des activités et des rencontres au sein de ce réseau – discussions inter-institutionnelles de cas cliniques, colloques de recherche, colloques de formation – nombre de questions majeures se sont posées aux différents professionnels (médecins, psychiatres, psychologues, infirmiers, assistants sociaux, interprètes, linguistes, anthropologues et sociologues). Ces questions peuvent se résumer comme suit.

a) La réponse médicale à la demande des migrants est, le plus souvent, focalisée sur la plainte manifeste, sans que soit toujours perçue la globalité du problème. La maladie n'est ainsi que peu considérée dans ses dimensions existentielles, émotionnelles et culturelles<sup>1</sup>. Cela a pour conséquences que des problèmes de santé complexes sont abordés de manière fragmentaire ou, en tout cas, non intégrative.

b) Ces limites convergent aussi autour de mécanismes d'exclusion

face à la population migrante. Ces mécanismes concernent essentiellement certains préjugés des professionnels, une forme d'ethnocentrisme de l'institution médicale, un manque de stratégies adaptées à la question, une difficulté dans la prise en charge clinique de certains cas ou, encore, un éclatement de l'activité du réseau.

c) La médicalisation d'individus originaires d'autres cultures se concentre ainsi sur les pathologies propres à la migration et à l'adaptation, mais elle oublie souvent les enjeux de la rupture, de la séparation du contexte socio-culturel d'origine et des mutations perpétuelles que la trajectoire migratoire peut provoquer au niveau social<sup>2</sup>. A ce dernier niveau, les migrants résidant depuis moins de cinq ans constituent en effet une population marginalisée dans notre société aussi bien au niveau culturel que relationnel.

d) La barrière linguistique enfin constitue un obstacle majeur au bon déroulement de la rencontre soigné-soignant. A cet égard il convient de rappeler que les langues ne sont pas des nomenclatures ou des répertoires de mots avec correspondance terme à terme, mais que chacune d'elle organise de manière particulière les données de l'expérience<sup>3</sup>, toute tentative de traduction constituant une opération souffrant «d'entropie» qu'il convient de combattre par des techniques idoines<sup>4</sup>.

De ces points de vue, les migrants représentent des acteurs sociaux installés dans une position particulièrement peu avantageuse. La plupart d'entre eux offrent en effet un profil tel que leur aspiration à recouvrer la santé se révèle clairement plus difficile à satisfaire que celle de sujets issus de la population locale<sup>5</sup>. Pour l'heure, les soignants ne sont pas – ou pas suffisamment – formés pour réduire le poids des éléments responsables de cet état de fait et tout indique l'intérêt

de penser la relation aux soins pour certains patients migrants comme une relation incluant un troisième acteur, le médiateur culturel-interprète (MCI), capable de lever les obstacles plus ou moins inhérents à toute communication inter-culturelle<sup>6</sup>. A cet égard, rappelons que parmi les mesures préconisées par l'Office Fédéral de la Santé Publique pour améliorer l'accès aux soins des patients migrants, l'intervention de médiateurs culturels est expressément demandée<sup>7</sup>. Enfin, le rapport sur l'interprétariat et la médiation culturelle en Suisse<sup>8</sup> conclut, entre autres, à l'aspect essentiel et souvent négligé de la médiation entre les discours des migrants et des soignants.

Pour poursuivre leur réflexion, les institutions citées ont décidé de réaliser une recherche dont la visée est de soumettre à vérification l'hypothèse selon laquelle *l'introduction de médiateurs culturels-interprètes dans le champ médical observable à Lausanne modifie la structure de ce champ, en ce sens qu'elle réorganise positivement, dans la direction d'une adaptation interculturelle, le jeu des positions qu'occupent populations migrantes et populations soignantes.*

### Objectifs de la recherche

En supposant que le recours effectif d'une équipe de MCI dans les limites d'un réseau de soins existant en modifie les règles, le plan d'expérience qu'appelle la vérification d'une telle hypothèse confère à notre recherche les caractéristiques d'une recherche active ou recherche action<sup>9,10</sup>. En effet, elle a pour visée, dans le même temps, d'aboutir à une production de connaissance tout en procédant à une intervention à l'intérieur d'un groupe. En outre, notre recherche peut être assimilée, de quelque manière, à ce qu'il est convenu d'appeler une «expérimentation provoquée», en ce sens où il y a

<sup>ii</sup> Le CISM est constitué par Patrice Guex, Pascal Singy, Marie Molina et Henry Lambert (Service de Psychiatrie de Liaison du CHUV), Alain Pécoud et Beat Stoll (Policlinique Médicale Universitaire), Saira Renteria (Policlinique de Gynécologie-Obstétrique du CHUV), Jean-Claude Métraux (Association Appartenances), Rodolphe Schäublin (Service de santé infirmier de la Fondation Vaudoise pour l'Accueil des Requérants d'Asile (FAREAS)), Luc Michel (Consultations ambulatoires du Département Universitaire de Psychiatrie Adulte).

intervention de l'expérimentateur dans le déroulement d'un phénomène et observation des conséquences de cette intervention<sup>11</sup>. En effet, la vérification de notre hypothèse appelle une comparaison entre deux situations d'observation pensées dans un premier temps distinctes (cf. infra): la situation du champ médical lausannois circonscrit aux populations migrante et soignante avant et après l'introduction d'une équipe de MCI.

Telle qu'elle a été conçue, notre recherche nécessite la réalisation de trois objectifs principaux. Le premier consiste dans l'établissement d'un état des lieux du champ observé afin d'obtenir une description des soignants engagés dans les différentes institutions concernées et des migrants qui fréquentent ces institutions. Ce premier objectif appelle le recours à une technique documentaire capable de nous renseigner sur le volume d'activité des institutions et les ressources de celles-ci, informations également utiles pour la réalisation des autres objectifs de la recherche, par exemple les besoins de traductions au moment de la récolte d'information auprès de la population migrante.

Touchant au domaine de l'intervention et de la recherche, le deuxième objectif assigné à la recherche vise à réunir les conditions favorables à l'introduction des MCI dans le champ observé. Cet objectif demande un travail soutenu d'explication et de promotion parmi les populations intéressées de la fonction de MCI au travers de présentations, d'entretiens collectifs, de formations diverses, de par-

ticipations à des rencontres sur le thème de la médiation et d'autres engagements décrits plus loin.

Enfin, le troisième objectif de la recherche tient dans la production des données nécessaires à l'observation des modifications susceptibles d'être attendues après l'intervention des MCI. Diverses techniques vivantes sont sollicitées pour la production de ces données appelées à la comparaison: le questionnaire autoadministré au soignant, l'entretien semi-directif avec le patient migrant et les focus-groups<sup>12</sup> réunissant soignants et MCI. Le choix de ces techniques est conditionné tant par la nature de ce troisième objectif que par le profil des populations interrogées<sup>13, 14</sup>. A cet égard, on peut par exemple souligner l'intérêt du recours à la technique du focus-group qui permet un développement très riche sur des thèmes liés aux domaines des représentations et des attitudes<sup>15</sup>.

Etat des lieux et production des données se font dans un temps 1 et dans un temps 2, soit avant et après l'introduction des MCI, la durée de la recherche ayant été prévue sur trois ans (1997–99).

### Déroulement de la recherche et éléments de méthode

Comme il a été décrit, la recherche s'articule en des temps 1 et 2, avant et après l'introduction des MCI dans le champs considéré, pour conclure par l'analyse contrastive des données récoltées. Le tableau 1 résume le déroulement de la recherche.

En ce qui concerne l'état des lieux, un questionnaire de deux pages est rempli par le soignant pour chaque patient migrant qu'il rencontre à sa consultation, en respectant les critères d'inclusion suivants: patient ne possédant pas de passeport suisse, présent en Suisse depuis moins de 5 ans, âgé d'au moins 16 ans. Ce questionnaire interroge, entre autres, l'origine du patient, ses particularités linguistiques, la/les langue/s parlée/s lors de la consultation, le recours ou non à un interprète ainsi que d'autres renseignements socio-démographiques sur le patient. 691 questionnaires ont ainsi été récoltés pendant 5 semaines dans les 6 institutions concernées.

Suite aux résultat du premier état des lieux, un échantillonnage qualitatif a été constitué, avec l'objectif de pouvoir s'appuyer sur une représentativité la plus large possible et qui tienne compte de la langue parlée, du sexe, de la présence d'un interprète et de l'institution consultée. C'est ainsi que 35 personnes ont été interviewées, dont 16 femmes et 19 hommes. Parmi ces personnes 24 ont été vues sans interprètes. Les différentes origines sont les suivantes: Angola (1), Bosnie (6), Congo (2), Ethiopie (2), Kosovo (10), Portugal (4), Serbie (1), Somalie (3), Sri Lanka (4), Syrie (1) et Tunisie(1). En termes de contenu, les entretiens conduits auprès des patients migrants répondant aux critères de sélection retenus sont articulés de manière à pouvoir aborder cinq grands thèmes: (1) raisons et motivations de la consultation, (2) perception de l'institution et vécu de la consulta-

TEMPS 1			TEMPS 2		
ETAT DES LIEUX	QUESTIONNAIRES, INTERVIEWS, FOCUS-GROUPS	INTRODUCTION DES MCI	ETAT DES LIEUX	QUESTIONNAIRES, INTERVIEWS, FOCUS-GROUPS	ANALYSE

Tableau 1. Plan général de la recherche.

tion, (3) malheur et maladie: sens personnel et culturel, (4) santé perdue et santé à retrouver, (5) traducteurs / interprètes / médiateurs. S'agissant de l'analyse et du regroupement des interviews, il faut préciser que notre choix s'est porté sur une grille thématique transversale, choix que justifient essentiellement la petite taille et la relative diversité de notre échantillon. Suite à une lecture flottante, et compte tenu des cinq thèmes de la grille d'entretien, nous avons séparé l'analyse en trois thèmes principaux, eux-mêmes organisés en sous-thèmes:

1. Représentations de la maladie et de la santé
  - 1.1. Etiologie de la maladie
  - 1.2. Soins et chemins de guérison
  - 1.3 Réseaux primaires/ressources sociales
2. Rapport aux services de santé
  - 2.1. Communication avec les soignants
  - 2.2 Parcours dans le réseau des services de santé
3. Rapport au médiateur/interprète
  - 3.1. Profil du médiateur souhaité
  - 3.2. Profit attendu de la présence du médiateur
  - 3.3. Expériences concrètes de la médiation/traduction

Appareillés terme à terme aux 35 entretiens, 80 questionnaires auto administrés ont été remplis par les soignants qui ont rencontré les patients interrogés. Ces questionnaires sont conçus de sorte à obtenir aussi bien des données biographiques (concernant le patient, le soignant et un éventuel tiers intervenant dans la consultation) que des données relatives à certaines représentations développées, précisément, par les soignants à propos du thème liant soins et migration.

Ensuite, 4 focus-groups ont été organisés dans les limites du réseau concerné par notre recherche.

Trois d'entre eux ont été formés de soignants, auxquels est venu s'ajouter un quatrième focus-group réunissant des médiateurs culturels interprètes. Composés respectivement d'une dizaine de participants des deux sexes (sans tenir compte de leur appartenance institutionnelle), les focus-groups soignants ont rassemblé, dans un premier groupe, des soignants exerçant une pratique dans le domaine psychosocial; dans un second groupe, des médecins somaticiens et, dans un troisième groupe, des soignants paramédicaux. Lors de chaque focus-group les participants ont à répondre à quelques questions ouvertes dont le contenu est en lien direct avec l'analyse des entretiens menés auprès des patients migrants mais aussi avec le matériel recueilli à l'aide des questionnaires adressés aux soignants<sup>iii</sup>. L'analyse des focus-groups s'articule selon deux axes principaux: d'une part, une approche en termes d'analyse de contenu et, d'autre part, en termes d'analyse linguistique quantifiée. Ainsi, par exemple, l'analyse de contenu cherche à dégager, au cours d'une première lecture flottante, des catégories dont la validité est mesurée selon le degré de conformité aux critères suivants:

- la lecture pluridisciplinaire du corpus étudié aboutit à l'élaboration de catégories que l'ensemble des chercheurs retient comme pertinentes.

- les différentes catégories ainsi créées sont constamment testées par un retour au texte.
- leur caractère opérationnel est défini en fonction de leur validité inter et intra focus-groups.

En ce qui concerne la partie active de la recherche action, à savoir la production des données favorables à l'introduction des médiateurs culturels interprètes, le processus même de la recherche conduit à une sensibilisation des acteurs à la problématique de la migration par les contacts répétés avec les chercheurs, leurs nombreuses activités d'information, de réinjection des résultats dans les institutions, de participation aux diverses formations destinées aux soignants et aux futurs MCI. Quelques-uns des effets de ces actions au sein du réseau sont développés au chapitre «premiers résultats».

## Premiers résultats

### L'état des lieux

Pour résumer très brièvement, nous retiendrons la grande diversité des pays de naissance avec des proportions variant selon les institutions fréquentées. L'état des lieux, réalisé en février-mars 1997, relève la présence importante de patients nés en ex-Yougoslavie (de Bosnie principalement), avec en ordre décroissant pour la plupart des institutions la Somalie, l'Angola, le Zaïre, le Sri Lanka, le Portugal, la Turquie, pour ce qui est des pays les plus représentés. En ce qui concerne le recours à un interprète, des 691 consultations considérées, 257 (37%) ont eu lieu avec le concours d'un interprète.

Une majorité des interprètes parlaient le serbo-croate (59%), ainsi que le tamoul (9%), le portugais (5%), le kurde (4%), le turc (3%), l'arabe (3%) et le somali (2%). Parmi les 408 (63%) consultations qui se sont déroulées sans interprète-

<sup>iii</sup> Les questions étaient les suivantes:

I. Comment décriez-vous votre rencontre avec le patient ou la patiente migrant(e)? II. Quelle importance accordez-vous à la concordance ou à la divergence du sexe entre un(e) patient(e), et un(e) soignant(e)?; III. Dans le cadre de vos consultations, en l'absence de langue commune et d'interprète médiateur culturel comment vous tirez-vous d'affaire?; IV. De quelles informations culturelles, concernant le patient ou la patiente migrant(e) jugez-vous avoir besoin pour votre consultation?; V. Que signifie pour vous la médiation dans une consultation médicale?; VI. Pouvez-vous nous donner les caractéristiques du médiateur culturel interprète idéal?

te, la présence de celui-ci aurait été, selon les soignants, souhaitable pour 59 d'entre elles! Trente de ces consultations pour lesquelles un interprète aurait été souhaitable concernait des patients nés en Ex-yougoslavie. Enfin, soulignons que dans plus de 55 % des consultations avec interprète, ce dernier a été sollicité par le patient lui-même, parmi ses connaissances, et n'était en l'occurrence pas rétribué<sup>16</sup>.

Un deuxième état des lieux va être conduit prochainement et reprendra les mêmes questions et modalités de réalisation. On peut d'ores et déjà s'attendre à une importante modification du champ d'observation principalement due au flux migratoire actuel provenant des régions en guerre.

#### Les entretiens auprès des patients migrants

En termes très résumés, on peut dire que l'analyse des entretiens rend compte de la multiplicité des expériences et des connaissances relatives à la maladie, tout comme des moyens de guérison chez les patients migrants interrogés. A cet égard, il est à noter que ces derniers indiquent, parfois avec de l'aide, non seulement les symptômes liés à leur maladie, mais aussi certaines des causes qui l'ont provoquée, tout comme le parcours qui les a conduits à être malades. Nous avons pu également constater que plus de la moitié des patients migrants parlent de leur maladie en termes culturels, religieux, sociaux et/ou psychologiques. Ils se réfèrent ainsi à une maladie signifiée (illness), vécue, qui pour eux ne se réduit pas uniquement «aux anomalies dans la structure ou le fonctionnement des organes ou du système physiologique» (disease)<sup>17</sup>. L'analyse révèle, par contre, que les patients migrants interrogés situent les causes de leur maladie essentiellement dans les effets de la migration, c'est-à-dire

dans les raisons de l'émigration et dans le vécu de l'immigration, alors qu'on aurait pu s'attendre à davantage d'explications liées à leurs représentations.

L'analyse montre qu'un tiers des enquêtés perçoit le traitement médical comme principal moyen pour recouvrer la santé. De ce point de vue, le fait que plus de la moitié de ces derniers expliquent les causes de leur maladie dans des dimensions autres que somatiques aurait pu nous laisser supposer un résultat différent. Il est à relever qu'un tiers des interviewés se réfère à l'importance de la famille comme source de soins et/ou de bien-être. Dans le même temps, la moitié des personnes qui se réfèrent à l'étiologie «rupture familiale et socioculturelle» ne mentionne pas la ressource familiale comme «outil thérapeutique». Ces personnes sont celles qui lient la rupture familiale et la maladie de manière implicite seulement.

Au travers des entretiens soumis à l'analyse, nous avons pu constater aussi les effets de l'absence de communication sur la consultation et ses résultats; les patients migrants nous révèlent ainsi leurs difficultés s'agissant de la compréhension de la maladie qui les affecte tout comme du traitement qui leur est prescrit. A cet égard, des questions éthiques majeures se posent. Parmi celles-ci, mentionnons la situation où le consentement d'un patient devrait être obtenu par le soignant sans langue ou référence culturelle commune entre eux. Un autre dilemme éthique peut être représenté par l'introduction d'un tiers dans le colloque singulier de la consultation médicale. L'analyse montre qu'aucun des patients migrants interrogés ne s'oppose à l'intervention d'un médiateur culturel interprète et une très large majorité souhaite leur présence lors de la consultation, alors que certains soignants voient le tiers comme une intrusion dans l'intimité de leur rencontre avec leur patient.

#### Les questionnaires adressés aux soignants

L'enquête a donné à connaître l'existence d'une formation spécifique pour les soignants concernant la problématique de la migration dans les différentes institutions. Celle-ci couvre de 30 à 100% du personnel interrogé. Pour les institutions interrogées, ce pourcentage varie proportionnellement en fonction du taux de fréquentation des migrants. Seulement un tiers des consultations a eu lieu en présence d'un traducteur. La présence de celui-ci était souhaitée pour 12% des consultations, un tiers s'est déroulé sans traducteur malgré l'absence de langues communes entre le soignant et le patient migrant! La comparaison de ces résultats avec les interviews permettra de mieux cerner une éventuelle différence dans le vécu des patients variant en fonction de la qualité de la communication dans le cadre de la consultation médicale. Notons que dans plus de la moitié des cas, le traducteur est issu de l'entourage familial du patient. Dans 30% des situations rencontrées, il est peu expérimenté, voire sans expérience. De façon générale, sa prestation n'est rémunérée que dans 20% des cas. Enfin, une analyse croisée des réponses portant sur la compréhension de la problématique du patient, la possibilité de poser un diagnostic et la transmission de l'information concernant une prise en charge, avec les autres variables permet d'identifier les variables dont l'incidence sur la perception de la qualité des soins est la plus forte.

#### Les focus-groups

Les catégories dégagées par l'analyse de contenu des focus-groups peuvent être schématiquement recensées en trois ensembles, constituant un fil conducteur pour la globalité du corpus des textes. Le

premier ensemble concerne ce qui, dans le cadre de la relation soignant – soigné, pourrait être nommé de manière générique le tiers. Les unités significatives de cette catégorie concernent plus spécifiquement les différentes perceptions liées à la présence, au cours de la consultation, de ce troisième interlocuteur. L'analyse, pour l'heure, met en évidence de la part des soignants une attitude ambivalente face au tiers, tantôt perçu comme une intrusion, tantôt appréhendé comme un tiers aidant et opérationnel. Le deuxième ensemble se réfère à l'agenda du soignant, défini par tout ce qui dans sa formation le conduit, avant la consultation, à avoir une organisation mentale a priori des informations à obtenir et des éléments à rechercher. Le troisième ensemble recense les multiples aspects liés aux conditions et modes de communication: avec ou en l'absence de langue commune, sur le mode du non verbal, voire même de son apologie.

Bien que cela soit actuellement trop prématuré pour dresser une liste exhaustive des informations récoltées grâce à l'analyse des focus-groups, il est d'ores et déjà utile de préciser que l'analyse des quatre textes a injecté dans la recherche un nombre d'informations nouvelles pour tout ce qui relève du malentendu existant entre soignant, soigné et médiateur culturel interprète tout comme pour ce qui concerne les attentes différenciées de chacune de ces trois parties. En outre, le présent état des lieux de la question de la médiation interculturelle permettrait de nourrir une réflexion dans la perspective d'une éventuelle formation non seulement des médiateurs culturels interprètes mais aussi des soignants.

Introduction des médiateurs culturels interprètes

Parallèlement au travail de la recherche, nous devons signaler la

création d'un réseau de santé FARMED sur le modèle dit du «managed care» dans le canton de Vaud destiné à répondre aux besoins de santé des requérants d'asile en offrant des soins de qualité, dont l'accès est garanti et en assurant une collaboration renforcée entre les partenaires du réseau. Plusieurs membres du Comité de coordination de la recherche ont participé activement à cette élaboration et sont par ailleurs enseignants dans une formation continue des intervenants du réseau FARMED, visant à une amélioration de la qualité des soins et à leur adaptation à la problématique des migrants. Ce réseau FARMED reconnaît l'importance de la collaboration avec les médiateurs culturels interprètes, pour l'introduction desquels un financement est en négociation. Une aide financière est actuellement demandée à des fondations privées, elle permettrait de financer l'activité d'un certain nombre de médiateurs culturels-interprètes formés, pour les langues principales, non seulement auprès des requérants d'asile, mais également auprès des migrants consultant les différentes institutions membres de la recherche. Cette opportunité devrait permettre de développer la deuxième partie de notre recherche, à savoir l'évaluation, avec les mêmes instruments, des changements survenus dans la représentation des rapports soignants-soignés au sein des institutions, après l'introduction des MCI.

Force nous a été de constater cependant que, malgré les efforts importants consentis à réunir les conditions favorables à l'introduction des MCI, ceux-ci ne sont pour l'heure pas pleinement actifs dans tout le réseau. Dans la phase actuelle de la recherche qui devrait correspondre au début du temps 2, c'est-à-dire au deuxième état des lieux intervenant après l'introduction des MCI, ceux-ci sont déjà un certain nombre à avoir bénéficié de

la formation assurée par l'Association Appartenances<sup>18</sup>. Cependant, leurs activités au sein des différentes institutions n'ont pour l'instant pas été planifiées, voire institutionnalisées, de manière à ce que l'on puisse parler réellement d'une introduction dans le réseau. Cette lenteur s'explique autant par une relative inertie des institutions que par le climat de changements constants dans lequel se trouve le paysage socio-sanitaire actuel. Parmi ces changements intervenus pendant le déroulement de la recherche, nous avons déjà mentionné la création d'un réseau de santé (FARMED). Ce mouvement qui associe de nombreuses personnes impliquées dans la recherche est certainement lié au processus de celle-ci de manière plus ou moins directe, ce dont les chercheurs peuvent se féliciter tout en constatant que la problématique de l'implication (et de la rétribution) des MCI est reposée en d'autres termes pour ce réseau de santé en particulier. Comme autre changement du champ nous devons signaler la radicale réorganisation du Département de Psychiatrie Adulte qui donne l'opportunité aux chercheurs de penser entièrement différemment la contribution de la psychiatrie à leur projet.

Si d'autres modifications mineures du champ observé aussi bien que certains résultats intermédiaires ont entraîné des adaptations techniques de détail, certaines transformations sont plus fondamentales. En particulier, la lente introduction des MCI ne nous permet pas d'isoler clairement des temps 1 et 2 avant et après cette introduction. Nous préférons dès lors parler d'une observation d'un processus en continu, observation réalisée en des temps ponctuels différents qui pourront sans nul doute documenter les modifications mais selon un continuum, notion qui paraît d'ailleurs mieux rendre compte de la problématique en constante évolution. La recherche active, avec son

oscillation entre données issues du terrain et analyse, entre production de données et intervention sur le terrain, oblige à des réévaluations et réorientations régulières du processus. A cet égard elle paraît être l'approche la mieux adaptée à

l'appréhension de toute la complexité de la rencontre entre le patient migrant, le soignant et le médiateur culturel-interprète dans un contexte soumis aux pressions économiques, sociales et politiques que l'on connaît.

### Zusammenfassung

#### **Gesundheitsversorgungsnetz, Migration und interkulturelle Anpassung in Lausanne: Verlauf einer Aktions-Forschung**

In Lausanne stellt die wachsende Zahl von Migranten verschiedenen Ursprungs eine Herausforderung für das Gesundheitssystem dar. Das Angebot erfährt eine notwendige Neudefinition, welche den Bedürfnissen der pluriethnischen Bevölkerung Rechnung trägt. Diese Neudefinition, ein kultureller Anpassungsprozess, zeichnet sich bisher vor allem durch die Gegenwart von nicht ausgebildeten Übersetzern in den Pflegestrukturen aus. Gemäss der klinischen Erfahrung kann dies zur Folge haben, dass die Migranten weiterhin in einer unvorteilhaften Ausgangsposition gehalten werden. In dieser Arbeit wird eine zur Zeit in Lausanne durchgeführte Aktions-Forschung vorgestellt, welche die Veränderungen des beobachteten medizinischen Bereiches zu erfassen versucht, die sich durch die Integration von ausgebildeten kulturellen Mediatoren und Übersetzern einstellen könnten. Fragestellungen aus dem Klinikalltag, welche zur Lancierung des Projektes geführt haben, sowie Aspekte der Methodik werden erläutert. Erste provisorische Resultate werden vorgestellt und schliesslich gehen die Autoren auf die Anpassungen der Forschungsetappen ein, welche durch den gegenseitigen Einfluss zwischen Feld und Forschungsprozess entstanden sind.

### Summary

#### **Healthcare network, migration and cross-cultural adaptation in Lausanne: an action-research in progress**

In Lausanne, Switzerland, there is a growing population of migrant people of different origins. This evolving situation calls for a continuous adjustment between need and offer in terms of healthcare. Up to now, this adjustment, which involves cross-cultural adaptation processes, was based on the use of untrained interpreters. However, clinical experience shows that the use of untrained interpreters tends to keep migrant patients in an unfavorable position. This paper describes an action-research in Lausanne, which aims at the evaluation of the changes that are brought by the introduction of trained cultural mediators and interpreters (CMI) into the medical field. The paper enumerates the clinical issues that gave birth to the project and the methodological choices that were made. After discussing the first results, the authors describe how the different research stages are adapted and modified through continuous mutual influences between the field and the research process itself.

### Références

- 1 Blöchliger C, Tanner M, Hatz C, Junghans T. Asylsuchende und Flüchtlinge in der ambulanten Gesundheitsversorgung: Kommunikation zwischen Arzt und Patient. Praxis 1997; 86: 800–810.
- 2 Ferron C, Haour-Knipe M, Tschumper A, Narring F, Michaud PA. Health behaviours and psychosocial adjustment of migrant adolescents in Switzerland. Schw Med Wochenschr 1997; 127: 1419–1429.
- 3 Martinet A. Elements de linguistique générale. 2<sup>e</sup> éd. Paris: Armand Colin, 1973.
- 4 Vinay JP. La traduction humaine. In: Martinet A, ed. Le langage. Paris: Gallimard, 1968. 729–754.
- 5 Bollini P, Siem H. No real progress towards equity: health of migrants and ethnic minorities on the eve of the year 2000. Soc Sci Med 1995; 41: 819–828.
- 6 Gumperz J. Engager la conversation. Paris: Editions de Minuit, 1989.
- 7 Zeltner T. Nationale Aufgaben. Praxis und Forschung in der Schweiz. Symposium der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften. Interlaken 1994.
- 8 Weiss R, Stuker R. Interprétariat et médiation culturelle dans le système de soins. In: Rapport de recherche No 11 du Forum suisse pour l'étude des migrations. Université de Neuchâtel, 1998.
- 9 Lewin K. Group decision and social change. In: Maccoby et al. Readings in social psychology. New-York: H. Holt, 1947: 197–211.
- 10 Grawitz M. Méthodes des sciences sociales. 8e éd. Paris: Dalloz, 1990.
- 11 Loubet del Bayle J-L. Introduction aux méthodes des sciences sociales. Toulouse: Privat, 1986.
- 12 Krueger RA. Focus groups: a practical guide for applied research. London: Sage Publications, 1988.
- 13 Strauss A. Qualitative Analysis for Social Scientist. New-York: Cambridge University Press, 1987.

- 14 *Hughes AO, Fenton S, Hine CE.* Strategies for sampling black and ethnic minority populations. *J Publ Hlth Med* 1995; *17*: 189–192.
- 15 *Stange KC, Miller WL, Crabtree BF, O'Connor PJ, Zyzanski SJ.* Multimethod research: approaches for integrating qualitative and quantitative methods. *J Gen Int Med* 1994; *9*: 278–282.
- 16 *Stoll B, Lambert H, Guex P, et al.* The issue of migration and language in medical consultation: a multi-institutional survey in Lausanne, Switzerland. *A paraître.*
- 17 *Massé R.* Culture et santé publique: les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé. Montréal: Gaëtan Morin Editeur ltée, 1995.
- 18 *Gehri M, Métraux JC.* Les populations migrantes à l'Hôpital de l'Enfance de Lausanne: état des lieux, prise en charge et apport des traducteurs médiateurs culturels. *A paraître.*

---

**Adresse pour correspondance**

Prof. Patrice Guex  
Chef de service  
Psychiatrie de Liaison  
CHUV  
CH-1011 Lausanne  
patrice.guex@chuv.hospvd.ch