

Ilario Rossi

Policlinique Médicale Universitaire, Lausanne

Médiation culturelle et formation des professionnels de la santé – De l’interculturalité à la co-disciplinarité

Résumé

Pourquoi organiser, à l’intention des professionnels de la santé, une formation consacrée spécifiquement à la médiation culturelle dans le monde des soins? Plusieurs raisons justifient une telle démarche. Elles touchent avant tout aux mutations sociales et culturelles propres à notre époque. En effet, dans un contexte de migrations généralisées, deux phénomènes majeurs concernent directement le monde des soins: l’internationalisation des maladies d’une part et le pluralisme culturel qui caractérise de plus en plus nos sociétés d’autre part. Si les réponses à donner au premier reposent essentiellement sur le paradigme médical, celles que requiert le second appellent à un élargissement des compétences. En effet, par la relation qu’ils entretiennent avec les migrants, les soignants sont mis en demeure de modifier leur attitude personnelle ainsi que leur culture professionnelle. Face aux enjeux de l’interculturalité, il s’agit alors de s’orienter vers la co-disciplinarité.

La professionnalisation des interprètes, voire des médiateurs culturels, dans les systèmes de soins semble constituer aujourd’hui une des solutions les plus appropriées pour résoudre les difficultés de communication interculturelle et améliorer ainsi la prise en charge des patients migrants, notamment de ceux qui ne maîtrisent pas la langue du pays d’accueil. Il s’agit ainsi de dépasser l’amateurisme qui règne dans nombre d’institutions, où le recours aux interprètes-médiateurs repose en grande partie sur le bénévolat et sur la collaboration ponctuelle, sans aucun cadre pro-

fessionnel de référence. Mais, bien qu’indispensable, cette démarche reste insuffisante: elle ne prend pas en considération les conséquences de l’introduction de ces nouveaux intervenants dans les consultations de soins et néglige les impératifs de coordination professionnelle et d’adaptation interculturelle auxquels les différentes catégories de soignants doivent faire face. De façon générale, elle ne tient pas compte des enjeux éthiques et thérapeutiques sous-jacents à un tel contexte de travail. Et si l’on tend, de plus en plus, pour y remédier, à organiser des formations ad hoc,

elles ne sont prévues que pour les interprètes-médiateurs.

Or, il semble qu’une formation soit également nécessaire pour les professionnels de la santé amenés, dans leur pratique quotidienne, à prendre en charge des patients migrants et à collaborer avec des interprètes-médiateurs. En effet, l’apparition de nouvelles dynamiques d’interaction entre les humains et entre les sociétés, en générant une circulation de plus en plus intense des expériences et des savoirs, exige des adaptations d’un espace socio-culturel à un autre¹. En particulier, le phénomène des migrations généralisées et l’existence d’un pluralisme culturel, ici et ailleurs, appellent à des réflexions fondamentales en matière de santé et de maladie²⁻⁴. En ce sens, le projet d’une formation destinée à fournir aux professionnels de la santé des outils pour leur travail avec des interprètes-médiateurs participe de ce changement; celui-ci répond à une demande renouvelée des connaissances et des pratiques et s’inscrit plus généralement dans la problématique santé et migration. Les contenus pédagogiques sur lesquels fonder un tel projet sont évidemment complexes. En guise d’ébauche, ce texte, synthèse des résultats d’un travail national

collectif et multidisciplinaire^I, d'expériences personnelles d'enseignement^{II} et d'un engagement régional spécifique^{III}, propose une sélection des principaux thèmes qui se rattachent à la formation des professionnels de la santé. Il vise ainsi à dessiner les lignes dominantes de la problématique, tout en mettant en relief le caractère hétérogène de ces formations, qui se révèlent modulables en fonction du contexte socio-sanitaire dans lequel elles sont proposées.

Formation, migration et contexte socio-culturel

Les professions médicales sont aujourd'hui confrontées à des changements importants. Sont ainsi remises en cause, tout d'abord, leurs attributions professionnelles et leur mode de prise en charge des patients. La surabondance de l'offre, l'accroissement disproportionné des praticiens, l'explosion des coûts de la santé, une société du «tout sanitaire» dévoilent les dérives possibles de la médecine⁵. Parallèlement, les nouveaux résultats épidémiologiques confirment l'émergence, dans le sillage des phénomènes migratoires, de

l'internationalisation des maladies. La dissémination spatiale de pathologies jusque-là limitées ou circonscrites à des régions précises, nécessite désormais un effort de gestion et de contrôle accru, sur fond d'enjeux sanitaires étroitement liés à la progression rapide des connaissances et des réponses médicales ainsi qu'à des stratégies de santé publique, tant au niveau international que national ou régional. De même, le changement subi par le panorama nosographique est considérable: on relève une forte augmentation des maladies chroniques et des maladies dites «de civilisation» – troubles psychosomatiques, troubles d'adaptation, dépressions, affaiblissement du système immunitaire, maladies dégénératives, etc. – qui sont souvent la conséquence d'un rapport tendu et tordu entre l'individu et son milieu social. Ce constat a son importance. En effet, la nécessité d'adaptation continue à l'évolution des modes de vie imposés par le fonctionnement de notre société – impératif de performance, rupture du contrat social, désagrégation des réseaux collectifs de solidarité, valorisation et exclusion, etc. – fait émerger l'individu comme seul dépositaire de ses repères et seul gestionnaire pour construire et légitimer son existence, notamment en matière de santé. A cet éclatement correspond, entre autres changements, une nouvelle «conscience sanitaire» d'une partie de la population, qui porte une attention croissante à son équilibre corporel. Elle se traduit par la revendication d'un droit à la santé et, surtout, par la recherche d'interlocuteurs capables d'activer des rapports personnalisés dans toute consultation thérapeutique. En bref, la santé est désormais investie de connotations nouvelles. Cette situation n'est pas dénuée de contradictions: le bien-être physique se voit glorifié par des idéologies tentées d'en faire l'idéal suprême, la morale unanime d'une société

par ailleurs déchirée à maints égards quant à ses conceptions de l'existence. Devenu valeur sociale, il se présente, de plus en plus, comme un espace de référence où convergent des spécificités, des croyances et des trajectoires individuelles. Dès lors, la santé et la maladie sont inextricablement liées au vécu des sujets, à leurs perceptions, à leurs représentations, à leurs pratiques, faisant éclater les normes qui les définissent en une mosaïque d'expressions multiples, reflet d'une réalité plurielle^{IV}. La problématique santé et migration, de même que toute formation qui s'y rattache, est indissociable d'une prise en considération de ces dynamiques.

Les réponses apportées jusque-là sont loin de faire l'objet d'un consensus. En effet, face au phénomène de l'immigration, les recherches et les interventions du champ médical ne constituent pas un bloc monolithique, mais s'appuient sur une pluralité de connaissances et de savoir-faire, de théories et de modes de prise en charge. Il suffit pour s'en convaincre de se référer aux spécificités qui, en matière de pratique clinique et de modèles théoriques, distinguent, tant au niveau ambulatoire qu'hospitalier, les diverses professions. La médecine de premier recours – générale et interne –, la pédiatrie, la psychiatrie et ses différents courants de pensée, la médecine psycho-sociale

^I Colloque «Interprétariat et médiation culturelle dans le système des soins», Atelier «La formation des soignant(e)s». Avec la participation de médecins, infirmiers, assistants sociaux, médiateurs culturels/interprètes, anthropologues. Organisation R. Weiss/R. Stuker, Forum Suisse pour l'Etude des migrations (Neuchâtel) et Office Fédéral de la Santé Publique (Berne), 1998.

^{II} Parmi lesquelles des cours d'anthropologie médicale dispensés en milieu médical (formation post-graduée), dans les écoles d'infirmières (formations prégraduée et post-graduée) et de travailleurs sociaux (formations prégraduée et post-graduée).

^{III} Formation continue des intervenants du réseau de santé FARMED (Association Appartenances, Hôpital de l'Enfance, Policlinique Médicale Universitaire, Policlinique de gynécologie-obstétrique, Service de Soins Infirmiers de la FAREAS, Lausanne/Vaud). Groupe de travail: J.-R. Chiolero, H. Decrey, M. Gehri, B. Genton, J.-C. Métraux, L. Michel, A. Pécoud (Président), M.-F. Raynault, J.-C. Rey, S.-C. Renteria, I. Rossi (Coordinateur), R. Schäublin.

^{IV} Sensible à ces transformations et aux enjeux qui en découlent, la Commission fédérale d'experts pour la réforme des études des professions médicales universitaires a invité récemment les Facultés de Médecine à porter une attention particulière à l'acquisition des compétences pratiques nécessaires, surtout en ce qui concerne la manière d'approcher les patients. Dans cette optique, l'enseignement doit rendre les professionnels aptes à aborder les connaissances de manière critique et à apprendre tout au long de la vie. La formation médicale prégraduée sera ainsi complétée par une formation postgrade obligatoire, qui permettra de pratiquer la médecine de manière indépendante (Commission fédérale d'experts pour la réforme des études des professions médicales universitaires, communiqué no 3, 1998).

le, la gynécologie-obstétrique, la médecine communautaire, les différentes spécialisations somatiques, les soins infirmiers et l'accompagnement social, pour ne citer que les plus importantes, constituent de fait un ensemble de compétences dont il importe de reconnaître les particularités. Cette diversité professionnelle, voire institutionnelle, se trouve confrontée à l'hétérogénéité d'une clientèle migrante caractérisée par une multiplicité de références culturelles, de statuts et de conceptions des relations sociales. D'autre part, les demandes, les besoins et les ressources des personnes et des communautés concernées varient en fonction de leur provenance, du lieu d'accueil qui leur est assigné, de leur trajectoire et du sens qu'elles donnent à la santé et à la maladie⁶.

A l'interface de ces deux pôles se situent les interprètes, voire les médiateurs-culturels/interprètes. En Suisse, ils devraient, avec le temps et à l'instar d'autres pays européens, se profiler comme des professionnels de la santé et/ou du social et assumer ainsi un rôle de «passeurs» entre attentes du patient et propositions thérapeutiques. Introduits progressivement dans les systèmes de soins, ils constituent eux aussi une catégorie plurielle d'intervenants: leur pratique, leur formation ou encore leur statut accusent des différences importantes^V. Cette hétérogénéité se reflète parallèlement dans les dispositifs et les modalités adoptés par les différentes institutions. Ainsi, l'interprétariat s'appuie aussi bien sur le bénévolat et l'improvi-

sation que sur l'intervention ponctuelle ou encore la professionnalisation structurée. Par ailleurs, le recours à une telle prestation ne concerne qu'un nombre limité de consultations et, dans de nombreux cas, l'interprète est sollicité directement par le patient lui-même, recruté dans son entourage, et non rétribué. A cet égard, seuls les interprètes formés et dotés d'une expérience sont rémunérés, sur la base de fonds, publics ou privés, très divers. Dans cette perspective, le degré de professionnalisation des médiateurs, selon les différentes institutions socio-sanitaires, est souvent révélateur de l'importance que celles-ci accordent à la formation des professionnels de la santé. C'est pour cette raison que dans tout projet de formation, il est essentiel de valoriser l'ensemble des points de vue – professionnels et institutionnels, individuels et communautaires. Le contenu de la formation doit ainsi porter tant sur les discours et les pratiques concernant les modalités de prise en charge des migrants et les professions représentées, que sur les discours et les pratiques des médiateurs, des patients et de leurs milieux.

Dans le cadre des consultations, la collaboration avec les interprètes ne peut qu'améliorer la qualité de la communication, et par conséquent des soins, de même que, parallèlement, contribuer à la satisfaction des professionnels, des interprètes et des patients. La coopération entre soignants et interprètes est susceptible en outre d'avoir des incidences positives sur la promotion des activités du réseau, en facilitant les échanges d'informations entre les professionnels confrontés aux communautés migrantes. Un autre motif doit être évoqué à l'appui des projets de formation des soignants, et ce n'est pas le moindre, puisqu'il se rattache à la gestion des ressources et à leur équilibrage^{VI}. L'introduction d'interprètes professionnels dans le système de soins pourrait ainsi

constituer un facteur déterminant de rationalisation des coûts de la santé. En effet, la médiation culturelle cherche avant tout à proposer des solutions pratiques, visant à combler, dans la mesure du possible et en tenant compte des spécificités soignantes, les hiatus linguistiques, culturels et sociaux sous-jacents à la relation soignant-migrant⁷. Le réajustement induit par cette démarche est censé assurer de fait une meilleure compréhension entre les partenaires de la relation et, partant, une meilleure alliance thérapeutique. Un tel équilibre s'avère indispensable à une optimisation des soins, voire à leur efficacité.

Formation, interculturalité et co-disciplinarité

Il est dès lors nécessaire de promouvoir des rapports de coopération et de concertation entre tous les protagonistes – patients et soignants de tous bords, chercheurs des différentes disciplines concernées, médiateurs, politiciens, économistes et administrateurs. Une réflexion structurée autour de la complémentarité des connaissances et des expériences qui nourrissent les systèmes de soins et les trajectoires thérapeutiques qui les traversent est nécessaire pour comprendre les enjeux de la médiation culturelle. Cela signifie que tant que l'on concevra la formation portant sur la migration comme une spécialisation médicale sectorielle, on s'exposera au risque de ne reconstituer qu'une représentation faussée et partielle du problème et d'en évaluer la complexité. Or, dans la relation santé et migration, le point de vue des patients et des médiateurs

^V Nous ne faisons ici que tracer les lignes générales de ce thème fort complexe. Pour de plus amples informations et des références bibliographiques, se référer dans cette même revue aux autres articles traitant du thème de la médiation culturelle et des interprètes. Pour un panorama global de la situation suisse, consulter le rapport de Weiss R. et Stuker R., *Interprétariat et médiation culturelle dans le système de soins* (FSM, Neuchâtel, 1998).

^{VI} Au mois d'août 1999, le Conseil Fédéral a ordonné aux Cantons de limiter les coûts de la santé pour les requérants d'asile et a exclu ces derniers du système de compensation des risques dans l'assurance de base. Cette décision politique vise à réaliser des économies et se concrétisera notamment par la création de réseaux de santé ou de HMO.

ne constitue pas un simple fragment du savoir médical, mais bien son pôle complémentaire. Cet élargissement du regard aux différents acteurs, de même qu'au contexte de leurs relations, requiert un apprentissage non seulement de savoir-faire médical mais aussi de communication sociale, laquelle va, à son tour, se former et se transformer à travers les relations qui la définissent. Les modalités d'interaction entre offre médicale et demande migrante révèlent ainsi toute la complexité du projet éducatif dans un contexte d'interculturalité. Une telle formation est ainsi censée mettre en scène l'articulation entre théorie et pratique cliniques, en développant la réflexion sur deux niveaux distincts: le système de soins face à la migration d'une part, la migration face aux systèmes de soins d'autre part.

Dans cette perspective, l'on assiste au passage progressif de réseaux informels s'occupant des patients migrants à des réseaux de santé s'occupant des communautés migrantes. La différence entre ces deux optiques est sensible⁸. Tout réseau procède de la réunion et de la collaboration d'acteurs d'origines diverses et sa constitution, dès lors, exige un travail de longue haleine, pouvant porter sur plusieurs années. Mais si dans le premier modèle, centré sur l'individu migrant, la solidarité sociale et la prise en charge socio-sanitaire préexistent à toute décision d'organisation, reproduisant la structure même du système libéral de santé, dans le second, l'intérêt, structuré et organisé, est centré sur une problématique collective^{VII}. Les réseaux de santé sont constitués d'acteurs intervenant à titre individuel, qu'il s'agisse des soignants ou des usagers des services, mais appartenant chacun à leur propre réseau d'identité. Celui-ci, pour tout participant, a une valeur référentielle et définit son statut. Pour les professionnels, les recouvrements sont fréquents. Ils doivent à la fois bien maîtriser

leur propre champ de compétences, reconnaître celui de leurs partenaires et identifier les champs de recoupement des compétences afin d'assurer une coopération optimale. Ces conditions peuvent être mises en place notamment à travers les formations continues propres à ces réseaux⁹. De caractère interactif et multidisciplinaire, celles-ci portent sur des thématiques transversales et imposent un véritable changement pédagogique, aussi bien en termes de définition des objectifs – créer des références communes et promouvoir la collaboration entre les acteurs –, qu'en termes de découpage des séquences de formation – consolider l'acquis et faciliter les échanges d'informations – et, surtout, en termes de stratégies de financement^{VIII}.

La médiation culturelle, loin de se réduire à un concept abstrait, apparaît donc comme la clé de voûte d'un processus de changement de culture professionnelle. Elle conçoit la migration moins comme le fondement que comme le produit d'une construction. L'adapta-

tion requiert en effet une redéfinition des modalités d'approche de la migration, qui consistent trop souvent en une lecture déterminée par l'univers conceptuel des soignants et limitée à la prise en compte des conditions d'existence et d'accès aux soins des patients migrants. Pour cela, il est nécessaire d'opérer un décentrement du regard et de mettre en perspective les points de vue, les discours et les pratiques des acteurs en présence: soignants et institutions de différents ancra-ges, patients de différentes communautés, médiateurs de différentes formations. Face aux problématiques sous-jacentes à la médiation culturelle, le système de soins s'adapte aux réseaux de santé selon des processus de changement social et culturel. Ainsi, chaque personne impliquée s'affirme comme un acteur *de et dans* sa propre culture. Et la culture prend alors toute sa signification dans les pratiques qui la génèrent.

En ce sens, seule une formation favorisant une plus grande inter-pénétration des différents domaines scientifiques permet de valoriser la dimension socio-culturelle du phénomène et, partant, de déployer un discours scientifique adapté aux enjeux de la prise en charge des patients migrants par nos systèmes de soins. Cela implique la mise en place d'une plate-forme cognitive et opérationnelle grâce à laquelle les résultats des recherches menées aussi bien par les sciences médicales¹⁰ que par les sciences sociales peuvent se combiner de manière cohérente et structurée¹¹. En effet, si les sciences médicales sont fondées sur la rationalité et le souci de mettre en lumière les données objectives et les lois «naturelles» qui régissent la santé et la maladie, les sciences sociales et humaines, pour leur part, abordent tout savoir relatif à la santé et à la maladie comme une construction redéfinie en permanence, dont le sens est indissociable de son contexte – une société donnée à un stade donné de

^{VI} Le réseau de santé FARMED est représentatif à ce propos: comprenant plusieurs institutions publiques et privées (Société Vaudoise de Médecine, CSS Assurances, Service de la santé publique, Fondation d'Accueil des Requérants d'asile du canton de Vaud), il vise à contrôler les coûts de la santé de cette population, tout en garantissant une qualité optimale de la prise en charge des soins. Pour cela, ce réseau prend en considération quelques caractéristiques de la population des requérants d'asile (méconnaissance du système de soins, différence culturelle, traumatisme et trajet de migration, sentiment de précarité, désœuvrement, etc.). Pour répondre à ces particularités, il propose l'organisation suivante: accueil, orientation et conseils fournis par les services infirmiers; entouragement et suivi par les médecins et par les organismes de premier recours, interaction renforcée entre tous les acteurs du réseau, formation demandée à tous les intervenants du réseau (médecins, infirmières, assistants sociaux) (9).

^{VII} Dans le cadre du réseau de santé FARMED, le financement de la formation des intervenants est assuré la première année par la Commission du réseau. Selon les conventions établies au sein de celle-ci, une partie des bénéfices éventuellement dégagés sur l'ensemble du budget concernant le collectif des requérants d'asile pourra être investi dans des programmes de formation et d'encadrement.

son processus historique –, d'où la difficulté de conjuguer des traditions théoriques distinctes, des méthodes et des finalités différentes. Il s'avère dès lors indispensable de définir une pédagogie de la formation, capable de stimuler, dans un contexte interinstitutionnel et interprofessionnel, une démarche interdisciplinaire et un processus d'adaptation interculturelle.

Former dans le domaine de la médiation culturelle revient ainsi à pratiquer la co-disciplinarité¹². A l'instar des approches socio-culturelles qui considèrent les composantes des soins dans leurs interdépendances, la démarche co-disciplinaire devrait oeuvrer à la rencontre et à l'articulation des options pédagogiques et des points de vue des différentes disciplines scientifiques¹³. Progrès épistémologique ou «symptôme pathologique» lié à la désagrégation de l'espace mental moderne selon les points de vue, la co-disciplinarité désigne à la fois la pluridisciplinarité – juxtaposition de disciplines plus ou moins voisines dans un domaine de connaissance –, l'interdisciplinarité – interaction entre plusieurs disciplines – et la transdisciplinarité – mise en œuvre d'une axiomatique commune à un ensemble de disciplines¹². Notons que ces trois formes s'organisent toutes selon une logique qui favorise une plus grande inter-pénétration des domaines scientifiques, et donc le dialogue interdisciplinaire. Cette option semble être la seule qui permette de situer le débat actuel autour de la médiation culturelle et de l'interprétariat aussi bien dans sa globalité socio-culturelle que dans sa relation aux soins.

Diversité des contextes, pluralité des formations

L'offre, la demande et les besoins de formation sont influencés par

des facteurs à la fois politiques, économiques et sociaux. Plus précisément, la situation d'une région, d'une ville ou encore d'un établissement sanitaire – aussi bien publique que privée –, détermine les orientations institutionnelles, la spécificité des soins, la proportion des patients migrants, les modalités de collaboration au sein d'un réseau, l'intérêt des professionnels pour les problématiques de médiation culturelle, le degré de recours aux interprètes professionnels ou encore leur rémunération. La demande de formation, voire sa concrétisation, dépendent ainsi, pour toute institution, de la spécificité de son ancrage et de son rôle dans la société à laquelle elle fournit ses services.

Compte tenu de la diversité du contexte, d'autres paramètres, liés plus particulièrement à l'activité professionnelle, doivent encore être pris en compte dans le cadre de toute formation.

- Les formations préalables dispensées aux professionnels offrent une base solide sur laquelle développer des réflexions interculturelles. A titre d'exemple, une bonne sensibilisation à la relation médecin-malade, ou encore soignant-patient, facilite l'approche des problématiques propres à la communication interculturelle.
- L'accès et le recours à un réseau d'interprètes engendrent les expériences à partir desquelles des objectifs peuvent être définis et des formations réalisées.
- Le type d'utilisateur, voire la catégorie de la profession soignante concernée, influencent la demande et l'offre de formation. Dans tout système de soins, des compétences spécifiques s'affirment, qui sont appelées à fournir un travail coordonné. Les besoins et les ressources des uns ne correspondent pas forcément à ceux des autres. Toutefois, des formations communes destinées

à plusieurs groupe professionnels peuvent s'avérer nécessaires.

- Le temps à disposition pour la formation varie en fonction de la profession et des institutions. Il est indispensable de prendre en considération ce paramètre dans la conception d'un enseignement traitant de la collaboration entre soignants et interprètes. Tenir compte des obligations et des priorités de formation ne peut que faciliter l'introduction de l'interculturalité dans l'enseignement.

Objectifs des formations

Toute démarche de formation des professionnels de la santé devrait poursuivre, en complément à une formation médicale spécifique, au moins trois objectifs majeurs, à savoir la sensibilisation aux enjeux interculturels, la communication interculturelle et les modalités du travail avec un interprète. Ces impératifs ne font que refléter la complexité d'une société en mutation; plus particulièrement, ils nous obligent à approcher la relation thérapeutique avec des patients migrants comme une relation sociale particulière, influencée par un contexte de pluralisme culturel, dont la multiplicité des trajectoires migratoires, voire des projets de migration, tant des individus que des familles et des communautés, constitue le pilier. Dans cette perspective, il ne s'agit donc pas de penser à partir de concepts médicaux et de références de soins empruntés à notre contexte, mais plutôt de chercher à comprendre, sur une base de réciprocité, comment nos représentations peuvent s'articuler avec les problématiques de santé et de maladie liées aux migrations et, plus particulièrement, comment celles-ci remettent en question certaines de nos pratiques et théories.

Contenus et pédagogie des formations

La médiation culturelle nourrit de nouvelles réflexions théoriques et, parallèlement, appelle à formuler des stratégies pragmatiques adaptées. En ce sens, la formation devrait tendre à articuler au mieux le global et le particulier, en mettant en perspective migration, soins et interprétariat. Une telle approche n'est possible qu'en développant une pluralité de regards, empruntés aux sciences médicales, aux sciences sociales ou aux sciences humaines. On l'a vu, l'interculturalité fait appel à la co-disciplinarité. L'une et l'autre permettent d'éclairer la logique de l'offre et de la demande aussi bien au plan social – le phénomène migratoire – que clinique – les trajectoires migratoires, les besoins et les ressources en matière de santé. Elles permettent en même temps, toujours en se référant à ces deux niveaux, de réfléchir aux diverses constructions et représentations socio-culturelles du corps, de la santé et de la maladie existant ici et ailleurs, voire à leur utilisation plurielle et simultanée.

Cette démarche permet de relativiser les références culturelles des différents acteurs et de mieux comprendre quel peut être le rôle d'un interprète au sein d'une consultation. Une telle fonction est généralement modulable. Elle se définit au gré de la demande des soignants et de la finalité de leur travail, recouvrant, selon les cas, les statuts de traducteur, d'interprète, de médiateur ou encore de co-thérapeute. La diversité des compétences pouvant être assumées par ces professionnels doit faire l'objet d'une réflexion approfondie dans un projet de formation. Ces prémisses en effet permettent de mieux comprendre les conditions pratiques des consultations (disposition, setting, organisation, échanges verbaux et métaverbaux, rythme de la consultation, etc.) et les implications de la triade (déontologie, éthique et responsabilités que les professionnels de la santé et les interprètes doivent assumer dans ces dispositifs particuliers). Une fois ces aspects fondamentaux mis en perspective, des thèmes plus spécifiques comme la gestion des émotions, les traumatismes, ou encore les cas de violence peuvent

être abordés en connaissance de cause.

Ces propositions de formation renvoient à des pédagogies reposant sur la valorisation de modèles interactifs, mis en scène à l'aide d'instruments didactiques tels que documents vidéo, jeux de rôle et témoignages. Dans cette perspective, le choix des formateurs et l'évaluation de l'enseignement nécessitent une coordination et une réflexion préalables en fonction des objectifs de formation.

En conclusion, une «éducation» du regard porté sur l'autre, qui permette la remise en question des représentations sur lesquelles la médecine fonde sa pratique, et qui favorise une ouverture des consciences à la pluralité des mondes et des faits de santé et de maladie, s'avère indispensable. Autrement dit, il convient d'oeuvrer à la déconstruction progressive d'une pensée au profit de la construction d'un dialogue entre pensées. Toute formation traitant en même temps de la médiation professionnelle et de la médiation culturelle devrait tendre à réaliser ce passage d'un discours positif sur un patient à un échange constructif avec celui-ci.

Zusammenfassung

Kulturelle Mediation und Ausbildung für Gesundheitsberufe: Von der Interkulturalität zur interdisziplinären Zusammenarbeit

Warum eine Ausbildung in kultureller Mediation für Gesundheitsberufe? Mehrere Gründe sprechen für ein solches Vorgehen. Neben den sozialen und kulturellen Veränderungen unserer Epoche sind vor allem zwei Phänomene zu nennen: die Interkulturalität von Krankheiten einerseits, aber auch der kulturelle Pluralismus, der unsere Gesellschaft zunehmend charakterisiert. Während beim ersten die Grenzen des medizinischen Paradigmas nicht überschritten werden, wird beim zweiten eine Erweiterung der Fachkenntnisse unerlässlich sein. Durch die Beziehung zu Migranten müssen Pflegende und Behandelnde ihre persönliche Haltung und ihre Berufskultur ändern. Die Herausforderungen der Interkulturalität erfordern eine Neuorientierung hin zu einer interdisziplinären Zusammenarbeit.

Summary

Cultural mediation and the training of health care professionals: from interculturality towards co-disciplinarity

Why organize a training course destined for health care professionals which is specifically devoted to cultural mediation in the sphere of health care? There are several reasons justifying such an initiative, mainly relating to the social and cultural mutations pertaining to the present world situation. In fact, two major phenomena may be said to directly influence the health care scene in the current context of generalized migration: the internationalisation of diseases on the one hand and on the other hand, the cultural plurality to be found to an increasing degree in society in general. While the responses to the first scenario fall within the limits of standard medical practice, those which are necessitated by the second situation demand a widening of expertise. By reason of the relationship they establish with migrants, it is mandatory that carers should modify their own personal attitudes as well as their professional framework. In the face of the requirements imposed by interculturality, it is imperative to move in the direction of co-disciplinarity.

Références

- 1 Augé M. Le sens des autres. Actualité de l'anthropologie. Paris, Fayard, 1994: 199 pp.
- 2 Helmann C. Culture, health and illness. 2nd ed. Bristol: John Wright and Sons, 1990: 344 pp.
- 3 Corin E. La matrice sociale et culturelle de la santé et de la maladie. In: Evans RG, Barer ML, Marmor TR (sous la direction de): Etre ou ne pas être en bonne santé. Paris: John Libbey Eurotext – Les Presses de l'Université de Montréal, 1996: 103–142.
- 4 Rossi I. Corps et migration ou le regard interculturel. Médecine psychosomatique 1994; 2/23: 23–27.
- 5 Martin J. Médecine pour la médecine ou médecine pour la santé. Lausanne, Réalités sociales, 1996: 214 pp.
- 6 Massé R. Culture et santé publique. Montréal, G. Morin ed, 1995: 499 pp.
- 7 Clanet C, Fourasté R, Sudres J-L. (sous la direction de), Corps, culture et thérapie. Toulouse, PUM, 1993: 431 pp.
- 8 Certain M-H (coordination), TLM. Dossier «Réseaux de santé». 1996; 23: 11–33.
- 9 Pécoud A. FARMED, Un réseau pour les requérants d'asile, CMV, 4: 7–8, 1998.
- 10 Victorian Foundation for Survivors of Torture Inc behalf of the Western Melbourne Division of General Practice. Refugee Health and General Practice, Melbourne, 1998.
- 11 Rossi I. L'anthropologie médicale entre théorie et pratique. Médecine Psychosomatique et Psychosociale 1997; 1–2/26: 2–9.
- 12 Rege-Collet P. Pluridisciplinarité, interdisciplinarité, transdisciplinarité. Quelles perspectives en sciences de l'éducation? Genève, UNI/CSE, 1993: 161 pp.
- 13 Berthoud-Aghili N, Caloz-Tschopp M-C, Perez-Maldonado S. Réfugiés et formation. Genève: UNI/CSE, 1993: 184 pp.

Adresse pour correspondance

Ilario Rossi, anthropologue (PhD)
 Policlinique Médicale Universitaire
 Rue César-Roux 19
 CH-1005 Lausanne
 Fax: ++41-21-345 23 23
 Ilario.rossi@hospvd.ch