



---

# GUIDE POUR LA MÉDIATION INTERCULTURELLE DANS LES SOINS DE SANTÉ

---



HANS VERREPT  
ISABELLE COUNE

24 JUIN 2016

[WWW.INTERCULT.BE](http://WWW.INTERCULT.BE)

Bruxelles: SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement

# Contenu

1. Introduction
    - 1.1. Objectifs du guide pour la médiation interculturelle
    - 1.2. Genèse du texte
  2. Points de départ et définition du programme de la médiation interculturelle
    - 2.1. Points de départ
    - 2.2. Définition de la médiation interculturelle
    - 2.3. Principes directeurs de la médiation interculturelle
  3. Tâches du médiateur interculturel
    - 3.1. Le modèle de l'échelle
    - 3.2. Interprétation linguistique
    - 3.3. Faciliter
      - 3.3.1. Eclaircir un malentendu
      - 3.3.2. Culture brokerage
      - 3.3.3. Soutenir le soignant et le patient à prendre leur rôle
      - 3.3.4. Considérations sur la facilitation
    - 3.4. Défense des patients (advocacy)
  4. Standards pour l'exécution des tâches du médiateur interculturel
    - 4.1. Préliminaires
    - 4.2. Standards pour l'interprétation linguistique
    - 4.3. Standards pour la facilitation
      - 4.3.1. Pour éclaircir un malentendu
      - 4.3.2. Pour culture brokerage
      - 4.3.3. Pour soutenir le soignant et le patient à prendre leur rôle
    - 4.4. Pour la défense des patients
  5. Aspects déontologiques
    - 5.1. Secret professionnel et informations confidentielles
    - 5.2. Transparence
    - 5.3. Neutralité et impartialité
    - 5.4. Responsabilité et professionnalisme
    - 5.5. Limites
    - 5.6. Rôle du médiateur interculturel en cas de conflits
  6. Organisation du service de médiation interculturelle
  7. Collaboration avec la Cellule Médiation Interculturelle et Support de la Politique
    - 7.1 Demande de financement – enregistrement des activités – rapports d'activités
    - 7.2 Présence aux formations – Supervisions
-

7.3 Engagement de nouveaux médiateurs interculturels

7.4 Absence de longue durée – maladie du médiateur interculturel

8. Bibliographie

9. Annexe : AR financement de la médiation interculturelle

## 1.1. Objectifs de ce texte

Avec la publication de ce texte, nous aimerions contribuer à la professionnalisation future de la médiation interculturelle dans les soins de santé. En outre, nous voudrions arriver à ce que le personnel soignant fasse appel plus souvent aux médiateurs interculturels lorsqu'il est confronté à une barrière linguistique ou culturelle.

Ce texte est autant un fil conducteur pour les bonnes pratiques des médiateurs interculturels qu'un guide pour l'organisation de la médiation interculturelle dans les établissements de soins de santé.

Afin de réaliser nos objectifs, nous allons dans un premier temps développer une série de points de départ des programmes de médiation interculturelle financés par le SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement et l'INAMI ; ensuite nous définirons la médiation interculturelle, les principes directeurs pour le travail de médiateur interculturel et ses tâches.

Après la description des tâches, vous trouverez une partie décrivant les règles pour leur bonne exécution. Ces standards donnent un point de référence pour les médiateurs interculturels et le personnel soignant qui travaille avec eux dans l'évaluation des missions effectuées. Cela implique une attention accrue à une série de situations problématiques auxquelles le médiateur interculturel et le personnel soignant peuvent être confrontés.

Le texte développe ensuite un code déontologique pour les médiateurs interculturels. Dans la plupart des projets, pour la médiation interculturelle, on fait référence au code déontologique des interprètes (médicaux). Nous avons également fait cela dans le passé. Cependant, ce code déontologique n'offre pas de réponse pour une série de situations auxquelles les médiateurs sont confrontés de par la spécificité de leur travail.

Nous avons aussi prévu dans le texte une série de standards plus étendus sur l'organisation de la médiation interculturelle dans l'hôpital (ou une autre institution de soins). En effet, le rendement de la médiation interculturelle dépend très fortement de l'encadrement des médiateurs interculturels. L'accès à une série d'outils (dictionnaires, internet) ainsi que le soutien du responsable et de la direction de l'organisation sont essentiels. Les médiateurs interculturels sont régulièrement confrontés à des problèmes qu'ils ne peuvent résoudre seuls. Il est donc essentiel que dans ces cas, ils puissent compter sur leurs responsables. Dans le programme de médiation interculturelle, ces derniers reçoivent plus de responsabilités et de manière plus claire que par le passé. Enfin, dans cette partie, nous abordons également un certain nombre de règles pour l'organisation de la médiation interculturelle par vidéoconférence.

Une dernière partie traite de la collaboration avec la Cellule Médiation Interculturelle et Support de la Politique: la demande de financement de médiateur(s) interculturel(s) auprès du SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement, diplômes exigés pour les médiateurs interculturels, procédures de sélection, participation aux

supervisions et formations organisées par la Cellule Médiation Interculturelle et Support de la Politique, ....

## 1.2. Genèse de ce texte

Le texte ci-après est fortement influencé par le travail qui a été fait dans ce cadre aux Etats-Unis, au Canada et en Suisse en lien avec l'interprétariat médical et la médiation interculturelle. Nous nous sommes fortement inspirés des idées développées par la recherche médico-sociale et anthropologie médicale<sup>1</sup>. Notre approche est pour l'essentiel basée sur le travail du médecin américain Robert Putsch, l'anthropologue américain prof. Dr. Joseph Kaufert (Kaufert & Putsch, 1997) et l'expert suisse Alexander Bischoff (Bischoff, 2007). Ensuite, nous nous sommes aussi beaucoup inspirés des textes et standards publiés par les organisations américaines d'interprètes médicaux, en particulier l'Association Internationale des Interprètes Médicaux (IMIA), l'Association Californienne des Interprètes Médicaux (CHIA), le Conseil national de l'interprétariat dans les soins de santé (NCIHC)<sup>2</sup>. Pour autant que nous puissions le vérifier, c'est la première fois au monde que des standards sont développés spécifiquement pour le travail de médiateur interculturel dans les soins de santé.

Après l'étude de la littérature scientifique pertinente (Verrept, 2012) et l'analyse des standards existants pour l'interprétariat médical, nous avons recherché dans un premier temps, avec les médiateurs interculturels, dans quelle mesure, cela pourrait être utilisé comme cadre normatif pour leur travail. Pour une grande partie, ces textes semblent utiles et, dans la pratique, contiennent les lignes directrices pour la médiation interculturelle. Dans un certain nombre de cas, ils n'ont offert aucune réponse satisfaisante à des situations problématiques auxquelles sont confrontés les médiateurs interculturels.

Pour obtenir une image la plus complète possible des problèmes existants, nous avons dans un deuxième temps, demandé à tous les médiateurs interculturels de nous livrer 3 cas problématiques. Nous entendons par là, des missions ou des situations pour lesquelles il n'était pas clair pour le médiateur interculturel de savoir comment les gérer de manière professionnelle. Au total, environ 240 cas ont été largement débattus pendant des sessions de supervision dans lesquelles nous avons essayé de parvenir à un consensus sur la meilleure façon de réagir pour le médiateur interculturel dans les différentes situations. Ces discussions ont mené d'une part à la définition d'une série de principes directeurs pour la médiation interculturelle qui sont à l'origine de la description des tâches et des standards. Ils peuvent aider le médiateur interculturel à estimer quel est le comportement souhaitable ou acceptable lorsqu'ils sont confrontés à des dilemmes d'ordre professionnel, éthique ou autres. Nous décrivons ces principes au chapitre 2.3. D'autre part, ces discussions ont mené également à la définition d'une série de standards très spécifiques qui fournit une ligne directrice claire pour le travail du médiateur interculturel et son évaluation par le responsable.

---

<sup>1</sup> Voir entre autre Kleinman, Eisenberg & Good, 1978 ; Kleinman, 1988;Greenhalgh, 2006

<sup>2</sup> Pour plus d'informations et accès aux textes cités nous vous renvoyons aux sites web de ces organisations : IMIA ([www.imia.org](http://www.imia.org)), CHIA ([www.chiaonline.org](http://www.chiaonline.org)), NCIHC ([www.ncihc.org](http://www.ncihc.org)).

Pendant l'analyse des situations, nous avons également été puiser dans la littérature pertinente et demander l'avis d'experts. Les rapports de ces discussions forment la base d'une première version du texte qui a été à son tour discutée avec les médiateurs interculturels et leurs responsables et par après adaptée et corrigée.

## **2. Points de départ et définition du programme de médiation interculturelle**

## 2.1. Points de départ

Avant d'aller dans les tâches réelles du médiateur interculturel, il est important de prendre un moment pour réfléchir à l'analyse de la problématique des soins de santé pour les migrants et les minorités ethniques (nommés MEM's ci-après) qui sont à la base de notre programme.

Dans ce contexte, il est important de prendre en considération la situation spécifique de la communication dans les soins de santé, caractérisée par une relation asymétrique entre les interlocuteurs. D'un côté, le soignant dispose des connaissances médicales et occupe une position plus 'élevée' au sein de l'institution de soins (et dans beaucoup de cas dans la société dans son ensemble). De l'autre côté, nous avons un profane, usager des services de santé qui, de par sa maladie, est dépendant du soignant et, de par l'angoisse et le mal-être, est dans de nombreux cas particulièrement vulnérable.

En conformité avec la littérature scientifique sur le sujet, nous partons du principe que l'accessibilité et la qualité des soins pour les MEM's souffre en grande partie de l'existence de barrières linguistiques, de barrières socio-culturelles et des effets des tensions interethniques, du racisme et de la discrimination. Si nous voulons offrir aux MEM's une égalité d'accès et de qualité des soins, nous devons dès lors réduire le plus possible ces obstacles. Si nous ne le faisons pas, la compétence interculturelle<sup>3</sup> de nos institutions de soins est bien souvent trop faible pour garantir des soins de qualité. Cela peut à son tour mener à la création ou à la poursuite de différences ethniques dans les soins de santé.

Par ailleurs, les experts ont démontrés que le recours à des intermédiaires<sup>4</sup> était une des stratégies les plus importantes afin d'améliorer les soins aux patients d'origine étrangère (Deville et al.2011). Les effets les plus importants sont : moins de problèmes de communication, le patient est mieux informé sur sa situation et son traitement et le résultat de la prise en charge est meilleur. Grâce au déploiement d'intermédiaires, il semble désormais possible d'offrir aux patients parlant une autre langue une même qualité des soins que pour les patients parlant la langue du soignant (Flores, 2005 ; Karliner et al, 2007). Le gouvernement belge a fait le choix de mettre en place des médiateurs interculturels parce que, de par leur paquet de tâches élargies, ils peuvent non seulement régler la barrière de la langue mais également les autres barrières évoquées plus haut, au moins en partie.

## 2.2. Définition de la médiation interculturelle

---

<sup>3</sup> La compétence interculturelle peut être définie comme étant : disposer des attitudes, connaissances et aptitudes qui rendent possible des soins efficaces pour tous les patients et cela indépendamment de leur langue, religion et culture.

<sup>4</sup> Nous utilisons ce terme aussi bien pour désigner un médiateur interculturel qu'un interprète.

Nous définissons la médiation interculturelle comme un ensemble d'activités qui ont pour but de supprimer au maximum les conséquences de la barrière de la langue, les différences socio-culturelles et les tensions entre les groupes ethniques dans les soins de santé. L'objectif final est de créer une offre de soins telle que l'accessibilité et la qualité des soins (résultats, satisfaction du patient, respect des droits du patient, ....) soit équivalente pour les patients allochtones et pour les patients autochtones. La médiation interculturelle essaye essentiellement d'arriver à cet objectif par l'amélioration de la communication et par là intervient stratégiquement dans la relation soignant/patient. De cette manière, la position du patient en particulier mais également la position du soignant est renforcée de telle sorte que les soins puissent rencontrer le mieux possible les besoins du patient et que le soignant puisse fournir des soins efficaces.

A côté du fait de surmonter la barrière de la langue et de la culture, une dimension importante de la médiation interculturelle est la facilitation de la relation thérapeutique entre un patient et un soignant (Qureshi, 2011). La médiation interculturelle va, selon Chiarenza (cité dans Pöcchacker, 2008) aussi aider les organisations dans l'organisation des services pour les patients d'origine étrangère afin de mieux répondre à leurs besoins.

Le médiateur interculturel est un membre à part entière du personnel de l'hôpital et membre de l'équipe qui au sein de l'institution est chargé du traitement et du soin des patients. Cela a des implications sur un certain nombre de dimensions déontologiques de son travail qui seront abordées plus tard dans ce texte.

### **2.3. Principes directeurs de la médiation interculturelle**

1. Le médiateur interculturel a, comme membre de l'équipe qui prend en charge le patient, la responsabilité de contribuer au bien-être et à la santé du patient.
2. Une relation positive entre le soignant et le patient est dans beaucoup de cas nécessaire afin d'assurer des soins efficaces et de qualité. Pour ces raisons, le médiateur interculturel va stimuler et soutenir une telle relation dans la mesure du possible.
3. Une bonne médiation interculturelle implique de réussir à créer une situation pour le soignant autochtone et le patient allochtone dans laquelle les effets négatifs des barrières précitées sur la qualité des soins disparaissent. Cela devrait permettre au soignant de donner les mêmes soins et au patient de recevoir les mêmes soins que si c'était un patient autochtone. Pour ces raisons, par exemple si un patient autochtone reçoit une explication concernant son affection d'un médecin, le patient allochtone devra également recevoir l'information d'un médecin. L'intervention du médiateur interculturel se déroulera dans ce cas en présence des deux parties ('en triade').
4. Une bonne médiation interculturelle fait en sorte que le médiateur interculturel s'efforce d'intervenir au minimum dans la relation entre le soignant et le patient, ceci afin d'affecter le moins possible l'autonomie du patient. Lorsque

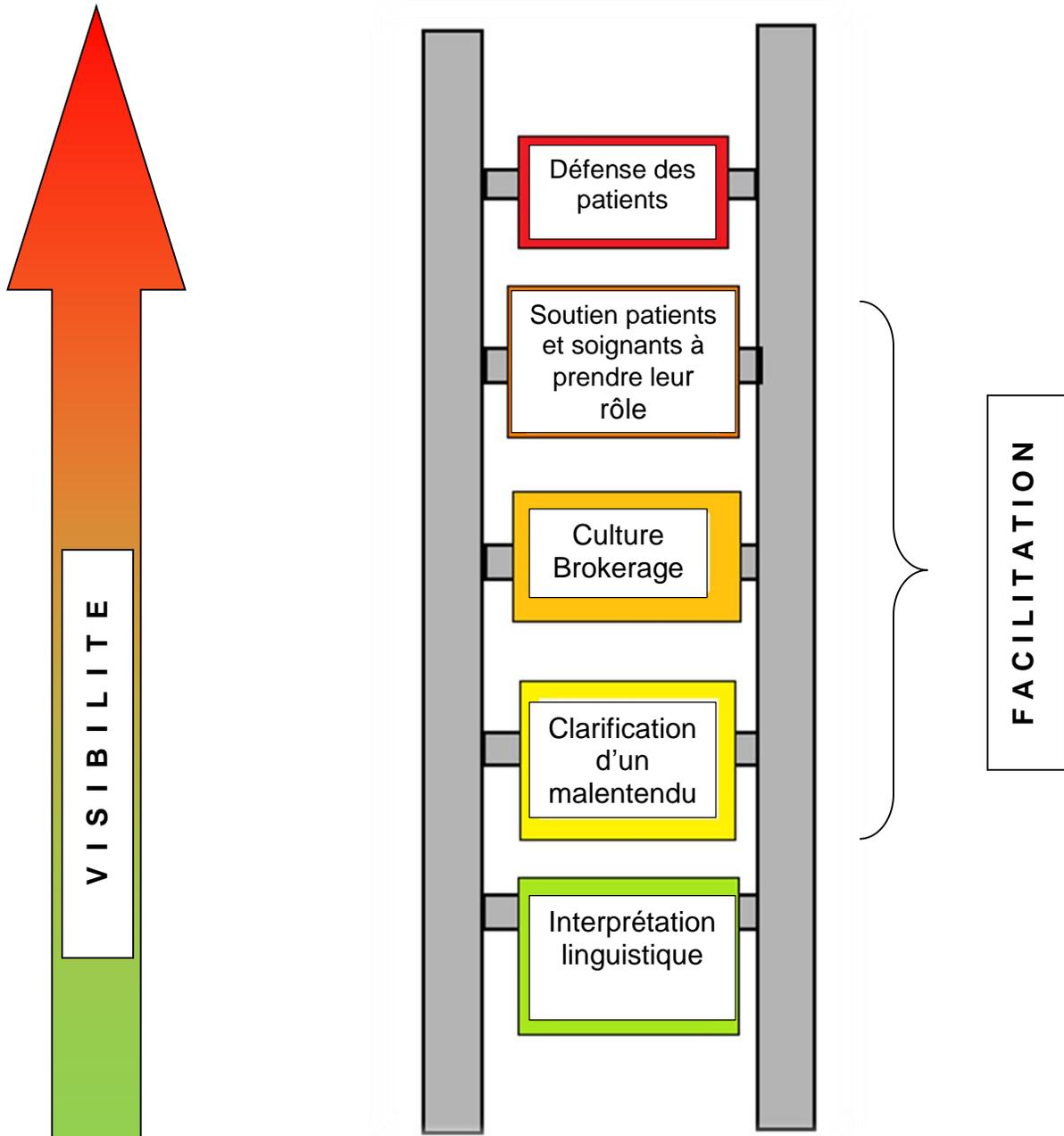
l'interprétation linguistique permet à la fois au patient et au soignant de travailler ensemble de manière efficace et efficiente, alors, le travail du médiateur interculturel sera limité à cette tâche. Seulement si ce n'est pas le cas, le médiateur interculturel pourra effectuer un certain nombre d'autres tâches qui sont décrites plus loin dans ce texte. La médiation interculturelle doit respecter et stimuler le plus possible l'autonomie du patient et du soignant. Le but ultime est donc alors, aussi bien pour le soignant que pour le patient, qu'ils puissent prendre leurs rôles respectifs comme des partenaires équivalents. Dans la mesure où nous réussissons cela, nous pouvons évaluer la médiation interculturelle comme étant de qualité.

5. La nature spécifique et le contexte du travail du médiateur interculturel peut mener à ce qu'il soit le seul à constater une erreur. Sa responsabilité concernant la santé et le bien-être du patient et de la relation patient/soignant peut nécessiter de pointer certains problèmes et (si possible), de proposer des solutions qui pourront mener à un résultat positif.

### 3. Tâches du médiateur interculturel

#### 3.1. Le 'modèle de l'échelle'

Pour réaliser les objectifs repris ci-dessus, les médiateurs interculturels dans les soins de santé effectuent un certain nombre de tâches expliquées ci-après dans le 'modèle de l'échelle'.



Le choix d'une échelle comme représentation schématique du paquet de tâches du médiateur interculturel est motivé par une analyse systématique des avantages et des inconvénients associés à l'exécution des différentes tâches. Lors de l'exécution de la tâche 'interprétation linguistique', le médiateur interculturel ou l'interprète médical sera, selon le modèle de Angelelli (2004) le 'moins visible'. Il interviendra personnellement le moins possible dans la communication entre le soignant et le patient. C'est également une tâche pour laquelle il existe une large gamme de standards sur la manière d'exécuter cette tâche professionnellement et en respectant la qualité. Au plus on monte sur l'échelle, au plus la visibilité du médiateur interculturel augmente. Et au plus le médiateur interculturel devient visible, au plus son rôle se complexifie (Angelelli, 2004). Il est beaucoup plus difficile de formuler des lignes directrices précises pour effectuer ces tâches. Le risque de conséquences négatives pour le processus de soins est beaucoup plus grand. Pour ces raisons, les tâches situées plus haut sur l'échelle seront effectuées uniquement si cela s'avère vraiment nécessaire.

Pour plus de clarté, nous avons séparé ci-après les différentes tâches du médiateur interculturel. Il est tout à fait possible que, pendant une intervention triadique, le médiateur interculturel puisse effectuer les différentes tâches reprises sur l'échelle.

### **3.2. Interprétation linguistique**

Tout en bas de l'échelle, nous trouvons l'interprétation linguistique ('interpréter' dans le sens strict du terme) que nous pouvons définir comme étant transposer complètement et fidèlement un message oral d'une langue source en un message équivalent dans la langue cible, en terme de contenu, forme et signification. L'arrière fond de cet échelon de l'échelle est de couleur verte indiquant qu'il s'agit d'une tâche effectuée en toute sécurité. C'est pourquoi, ce sera le premier choix quand le médiateur est confronté à un patient parlant une autre langue. Cette tâche sera, par définition, exécutée en triade.

Bien que bien donner une interprétation linguistique n'est pas une tâche facile, il s'avère qu'il existe au niveau international un certain nombre de règles sur la façon dont cette tâche doit être effectuée. Cela se traduit dans un grand nombre de standards pour interprètes médicaux sur lesquels nous avons basé nos standards pour cette tâche.

Lorsque le médiateur interculturel peut effectuer cette tâche, l'avantage est que les responsabilités des différents intervenants au processus de soins sont très claires : le médiateur interculturel est uniquement responsable de l'interprétation, le soignant porte la responsabilité du bon déroulement de tous les autres aspects des soins. Il y a évidemment une responsabilité du patient dans le fait de poser la question 'juste', de fournir les informations correctes et un suivi correct du traitement prescrit qui va influencer les chances de succès de la prise en charge médicale.

### **3.3.Faciliter**

Les partisans de l'emploi d'intermédiaires dans les soins de santé dont le rôle se limite à l'interprétation linguistique vont défendre l'idée que lorsque le patient n'est pas en mesure de prendre son rôle, ce rôle de faire le nécessaire pour que le processus de soins connaisse une évolution favorable reviendra au soignant – et non pas à l'intermédiaire (Bot & Verrept, 2013). Lorsque des malentendus apparaissent dans le cours de la consultation, ils doivent être perçus par les partenaires de la consultation et doivent être corrigés par eux. L'intermédiaire, selon eux, n'a aucun rôle à jouer dans ce cas.

Il est clair dans beaucoup de cas que les solutions pour supprimer uniquement la barrière de la langue ne peuvent pas mener à une communication effective et une bonne qualité des soins. Dans la littérature, on constate que les différences socio-culturelles et les tensions interethniques affectent grandement la qualité des soins. Il est clair que dans de nombreux cas, les soignants ne disposent pas des compétences culturelles nécessaires pour prodiguer au patient - qui à certains égards diffère grandement d'eux-mêmes - des soins d'une manière efficiente et effective. En outre, beaucoup de patients ne disposent pas des compétences nécessaires, de par la méconnaissance de la terminologie médicale et du système de santé (health literacy), pour prendre leur rôle comme partenaire autonome dans le processus de soins et cela indépendamment de la problématique de la langue (Greenhalgh et al., 2006).

C'est pourquoi, les médiateurs interculturels effectuent un certain nombre d'autres tâches qui sont pour le médiateur interculturel cependant plus complexes, plus risquées et exigent de la part du médiateur interculturel une plus grande capacité de jugement. Il s'avère que les standards pour effectuer ces tâches ne sont disponibles ni dans la littérature, ni sur le terrain. Les trois tâches que vous retrouvez sur l'échelle juste au-dessus de l'interprétation linguistique ont toutes comme objectif de faciliter le contact entre le soignant et le patient. Parce que ces tâches – étant donné leur complexité et le manque important de normes générales et reconnues – sont plus difficiles et contiennent plus de risques, nous les avons placées plus haut sur l'échelle et sur un fond de couleur orange. Lorsque les médiateurs assumeront ces tâches, ils partageront la responsabilité, avec le soignant, de réaliser une communication compréhensible et une collaboration effective entre le patient et le soignant<sup>5</sup>.

### 3.3.1. Eclaircir un malentendu

Parmi ces trois tâches, c'est '*éclaircir un malentendu*' qui est sans aucun doute le plus simple. Elle implique que le médiateur interculturel signale aux interlocuteurs l'existence d'un possible malentendu et essaye aussi de le clarifier pour remettre l'entretien sur le droit chemin. Dans cet esprit, il n'est naturellement pas souhaitable de perdre une partie du (précieux) temps dévolu aux soins pour laisser persister des malentendus qui peuvent entraîner un réel risque pour le résultat des soins et la relation thérapeutique.

### 3.3.2. Culture brokerage (Gestion des différences culturelles)

---

<sup>5</sup> C'est aussi l'opinion du National Council on Interpreting in Health Care (NCIHC, 2014)

Un échelon au-dessus, se situe la tâche ‘*culture brokerage*’. Nous pouvons traduire ce terme par la gestion des différences culturelles. Cela implique que quand le médiateur interculturel a l’impression que les différences culturelles rendent plus difficile la communication et donc les soins, il va l’expliquer au soignant. Kaufert & Koolage (1984) définissent ce concept comme étant ‘l’explication de la culture des soins au patient et la culture du patient au soignant’. Ils soulignent à juste titre que dans un certain nombre de cas, le patient peut avoir besoin d’informations sur les habitudes, coutumes qui sont en vigueur dans les soins de santé. Ensemble, avec le soignant et/ou le patient, le médiateur interculturel va rechercher des stratégies qui permettent de réduire au maximum les effets de cette barrière.

Ci-dessous, quelques exemples pour expliquer cette tâche :

- (1) Un patient d’origine marocaine fait référence à un ‘djinn’ comme cause de l’épilepsie de son enfant. Le terme ‘djinn’ peut être traduit en français comme ‘esprit’. Lorsque le soignant n’est pas familier avec les modèles explicatifs de la maladie chez les marocains, cette explication ne va certainement pas mener à la compréhension du message d’origine. Il peut être très important pour la prise en charge (les soins) de savoir que les esprits, dont l’existence est mentionnée dans le Coran, sont considérés par un grand nombre de belges d’origine marocaine comme une cause possible entre autre d’épilepsie et que les chances sont réelles qu’un certain nombre de ces patients se tournent vers un circuit de soins spécialisés et traditionnels. Cela conduit dans un certain nombre de cas au non suivi du traitement prescrit par le médecin. Le médiateur interculturel va en informer le soignant dans le cadre de la gestion des différences culturelles.
- (2) Une patiente issue d’une culture qui connaît une forte ségrégation sexuelle et qui vient d’accoucher, est peu bavarde si elle est informée sur l’allaitement en présence de son mari. Le médiateur interculturel peut informer le soignant que donner ces informations en présence d’un homme, même si c’est le propre mari, est associé à un grand sentiment de honte pour la patiente et qu’il vaut mieux que le soignant le fasse quand le mari n’est pas présent.
- (3) A l’hôpital, il y a régulièrement des conflits avec les patients turcs après un décès. Le médiateur interculturel peut informer les soignants des attentes et souhaits des familles turques après le décès d’un être cher et proposer une manière de faire qui diminue les chances de provoquer un conflit.
- (4) Aux urgences, un patient russe est très fâché contre les infirmières qui ont pris en charge des patients arrivés après lui. Le médiateur interculturel peut expliquer au patient qu’aux urgences, il est normal de prendre en charge les patients selon la gravité du cas et que ça n’a rien à voir avec du racisme.

La gestion des différences culturelles est sans aucun doute être très utile afin d’augmenter les compétences culturelles des soignants mais également l’efficacité et l’efficacité thérapeutique. C’est pour cela que cette tâche est reprise dans la description de fonction de

la plupart des interprètes médicaux aux Etats-Unis<sup>6</sup>. Gustafsson et al. (2013) vont même jusqu'à dire que la gestion des différences culturelles est inévitable car elle fait partie intégrante du processus d'interprétariat.

Il y a cependant des risques associés. En effet, d'un point de vue anthropologique, il n'est pas aisé de savoir comment on peut former quelqu'un à l'exécution de cette tâche. Au sein du programme de médiation interculturelle du SPF, nous travaillons essentiellement avec des médiateurs interculturels issus des groupes ethniques pour lesquels ils ont été engagés. Cette ethnicité partagée ne signifie pas automatiquement que la personne engagée est familière avec toutes les croyances, les valeurs, les habitudes à l'intérieur de leur propre groupe ethnique. Des facteurs personnels et familiaux et des variations intra culturelles peuvent mener à ce que le médiateur interculturel ne dispose pas d'une connaissance approfondie de sa culture. Cela signifie que, dans certains cas, le médiateur interculturel pourra parfois identifier et expliquer les barrières culturelles et dans d'autres cas pas<sup>7</sup>. Donner des informations d'ordre culturel peut également mener à la création d'une image stéréotypée du patient.

Pour ces raisons, la gestion des différences culturelles est une tâche qui doit être effectuée avec une grande prudence, raison pour laquelle cette tâche se trouve à un niveau élevé sur l'échelle et en couleur orange.

### 3.3.3. Soutenir le soignant et le patient à prendre leur rôle

La troisième tâche facilitatrice est le soutien ou l'aide aux patients et soignants à prendre leur rôle de la manière la plus effective possible de sorte qu'un résultat optimal puisse être obtenu. A cet égard, elle ressemble fortement à la gestion des différences culturelles que nous traitons séparément en raison des problèmes spécifiques qui y sont liés. Cette troisième tâche incluse dans la facilitation est également expliquée en faisant référence à quelques exemples :

- (1) Le discours du soignant dans sa version traduite n'est pas compréhensible pour le patient car il contient trop de mots issus du jargon médical ou car le patient a un niveau d'instruction très faible ou bien car le discours est intraduisible parce qu'il n'existe pas de terme équivalent dans la langue du patient. Dans ce cas, le médiateur interculturel devra développer des stratégies qui augmenteront les chances d'une compréhension mutuelle. Il peut demander au soignant de simplifier son discours ou de faire un dessin afin de clarifier son discours. Le médiateur interculturel peut aussi sous certaines conditions (cfr plus loin) simplifier lui-même le message. A ce niveau, il s'agit essentiellement d'une sorte de culture brokerage entre la culture médicale du soignant et la culture laïque du patient – dans beaucoup de cas le patient a un niveau de formation peu élevé.

---

<sup>6</sup> Voir par exemple les standards IMIA ([www.imia.org](http://www.imia.org))

<sup>7</sup> Du point de vue anthropologique, il n'est certainement pas évident de savoir ce que 'connaître une culture' signifie. Cela ne veut pas forcément dire qu'une certaine familiarité avec la culture de quelqu'un peut être utile dans le contexte des soins.

- (2) Le soignant pose une question au patient, par exemple pour compléter une liste de questions d'ordre psychologique, qui pour le patient, peu habitué avec ce genre d'instrument, ne veut rien dire. Dans ce cas, le médiateur interculturel peut l'indiquer au soignant et chercher avec lui des pistes de travail alternatives.
- (3) Lorsqu'un patient se sent inhibé par la présence du soignant et ne pose aucune question ou ne dit pas qu'il n'a pas compris certaines choses, le médiateur interculturel peut l'encourager à poser des questions et à dire si il n'a pas compris. Il peut donner des conseils au patient pour préparer la consultation en apportant les médicaments qu'il prend, en écrivant une liste de questions qu'il veut poser, ou ses symptômes, ...
- (4) Le patient ne sait pas comment prendre rendez-vous chez un médecin ou un kinésithérapeute, ni ce qu'il doit prendre avec lui à l'hôpital. Le médiateur interculturel peut l'aider ou lui donner les informations nécessaires.

#### 3.3.4. Quelques considérations sur la facilitation

Les trois tâches que nous reprenons sous le nom de 'faciliter' peuvent être toutes les trois effectuées aussi bien durant un contact en triade que durant un contact non triadique. Aussi un médiateur interculturel peut durant un contact individuel avec un patient ou un soignant repérer une mauvaise compréhension et la corriger. La gestion des différences culturelles peut survenir durant une intervention en triade aussi bien que durant une discussion avec le patient seul ou durant une session de formation pour un groupe de soignants. Le soutien du patient ou du soignant à prendre leurs rôles respectifs peut aussi se réaliser en-dehors de la triade, par exemple pendant la préparation de l'intervention avec le soignant (comment allons-nous gérer au mieux le dialogue avec ce patient) ou pendant un contact individuel avec un patient.

La mesure dans laquelle ces tâches doivent être effectuées par le médiateur interculturel dépend très fort des capacités de communication, de l'empathie et des compétences culturelles du soignant. Faciliter la communication et le processus de soins est souvent plus délicat que de donner une interprétation linguistique et met plus de poids sur les épaules du médiateur interculturel.

Un exemple : un soignant demande à un médiateur interculturel d'effectuer un entretien individuel avec un patient qui durant l'entretien avec le soignant était très peu loquace, ceci avec l'objectif d'avoir un aperçu des conditions dans lesquelles certaines craintes ont surgi. Cela exige que le médiateur interculturel mène lui-même un entretien et le rapporte oralement d'une manière synthétique, précise et complète au soignant. Lorsque le médiateur interculturel fait une faute dans ce contexte, cela pourrait avoir évidemment un impact significatif sur la qualité des soins.

Nous n'avons pas inclus la médiation de conflits dans le paquet de tâches du médiateur interculturel. La problématique de la gestion des conflits sera traitée dans la partie déontologie.

### 3.4. Défense des patients (advocacy)

Tout en haut de l'échelle, sur un fond de couleur rouge, on trouve la défense des patients. La 'défense des patients a été définie comme étant 'parler ou intervenir dans l'intérêt de quelqu'un d'autre' (Van Esterik, 1985). Le 'National Council on Interpreting in Health Care (2005)<sup>8</sup> décrit la défense des patients comme une tâche réalisée par quelqu'un d'autre, qui va plus loin que faciliter la communication et avec l'objectif d'arriver à un bon résultat des soins. En général, cela signifie qu'une troisième personne (dans notre cas le médiateur interculturel) défend la cause du patient et dans beaucoup de cas quitte sa position impartiale.

Les deux définitions sous entendent que l'intermédiaire reçoit le mandat de prendre l'initiative de poser certaines questions ou actions lorsque la qualité des soins ou les intérêts du patients le nécessite. La défense des patients peut trouver sa place dans un contexte totalement pacifique, sans conflit, mais aussi dans un contexte où apparait l'hostilité ou un conflit ouvert, comme dans les exemples ci-dessous.

- (1) Le médiateur interculturel indique au soignant que le patient est allergique à certains médicaments : c'est quelque chose qu'il sait d'un précédent contact avec le patient mais le soignant n'a pas tenu compte cette information.
- (2) Un patient a mangé le matin avant de subir une intervention chirurgicale. Il néglige de le communiquer à l'infirmière mais en a parlé avant au médiateur interculturel. Celui-ci informe l'infirmière de ce fait.
- (3) Un soignant ne respecte pas un patient qui est atteint dans sa dignité. Le médiateur interculturel le signale au soignant ou le transmet à son responsable.

Une différence fondamentale entre les deux exemples est que dans le premier cas, le médiateur interculturel ne quitte en aucun cas sa position impartiale, dans le deuxième, très clairement oui.

La défense des patients, en général, quand elle est accompagnée par l'abandon de l'impartialité de l'intermédiaire, est souvent controversée dans le monde de l'interprétariat médical. Il est entendu que pour l'intermédiaire il n'est pas toujours possible d'estimer les intérêts du patient, ce qui est bien sûr une condition préalable pour les défendre (Verrept & Louckx, 1998). Une erreur de jugement peut provoquer un préjudice important. En outre, on s'est posé la question des effets que cette défense des patients pourrait avoir sur le suivi des soins. Il est évident qu'une telle intervention peut signifier dans certains cas la fin des soins. Il est possible également que pour ces raisons, on ne fasse plus appel au médiateur

---

<sup>8</sup> Texte disponible sur [www.ncihc.org](http://www.ncihc.org)

interculturel dans l'institution, surtout si il ne reçoit pas assez de soutien du service management.

Cependant, nous constatons aussi que dans beaucoup de cas, la défense des patients est mentionnée – implicitement ou explicitement- dans la description des tâches des interprètes médicaux<sup>9</sup>. Etant donné les risques associés à cette tâche – quand le médiateur interculturel va quitter sa position impartiale durant l'intervention – elle va être effectuée avec une grande prudence et en étroite concertation avec son responsable. Le médiateur de conflits de l'hôpital sera informé lorsque ça s'avère nécessaire.

La défense du patient est une responsabilité de tous les employés de l'hôpital et est inclus dans le règlement interne de tous les hôpitaux. Ce n'est en aucun cas la responsabilité exclusive des médiateurs interculturels. Toutefois, ils sont directement en contact avec un groupe caractérisé par une plus grand vulnérabilité que la population habituelle de l'hôpital. En conséquence, il est plus probable qu'ils soient confrontés à de tels problèmes dans ce contexte. C'est la raison pour laquelle nous avons explicitement inclus cette tâche dans l'échelle des tâches du médiateur interculturel.

---

<sup>9</sup> Dans les standards IMIA, c'est implicite, dans ceux du Conseil National de l'Interprétariat en Soins de Santé et de l'Association Californienne de l'interprétariat dans les Soins de Santé, c'est explicite (voir : [www.imia.org](http://www.imia.org), [www.ncihc.org](http://www.ncihc.org), [www.chiaonline.org](http://www.chiaonline.org))

## 4. Standards pour les tâches du médiateur interculturel

### 4.1. Préliminaires

Les frontières entre les différentes tâches ne sont pas toujours faciles à établir. Bischoff (Bischoff, 2007 ; Bischoff & Dahinden, 2008) est également de cet avis et il suggère même que la séparation complète de ces deux rôles dans des situations concrètes est impossible et aussi pas souhaitable. Ingleby (2011) souligne à ce propos que les barrières de la langue comprennent aussi presque toujours des barrières culturelles. En outre, nous constatons que le paquet de tâches de la plupart des intermédiaires dans les soins de santé que nous appelons ‘interprètes’ vont au-delà de fournir une assistance linguistique pour faciliter la communication (Bot & Verrept, 2013).

Ce qui précède nous conduit à devoir choisir de placer certains standards sous la rubrique ‘interprétation linguistique’ ou ‘faciliter’, ce qui n’est pas toujours simple. Fournir une interprétation linguistique se distingue clairement de la facilitation et de la défense des patients car c’est la seule tâche qui est par définition effectuée en triade (pendant une rencontre en face à face entre un soignant et un patient où le médiateur interculturel est physiquement présent ou via vidéoconférence).

Enfin, vous remarquerez que nous avons inclus différents types de standards : comment une tâche doit ou ne doit pas être effectuée, d’autres donnent aux médiateurs interculturels le mandat explicite qu’il peut effectuer certains types d’interventions.

### 4.2. Standards pour l’interprétation linguistique

Donner une interprétation linguistique, comme nous l’avons signalé plus haut, c’est transposer complètement et fidèlement un message de la langue source en un message équivalent dans la langue cible. En principe, rien n’est ajouté ou supprimé.

§1 Le médiateur interculturel se limitera au rôle d’interprète si ce rôle est suffisant pour réaliser l’objectif de la médiation interculturelle

- §2 Le médiateur interculturel va préparer l'intervention de sorte que les chances d'avoir une interprétation de qualité soient optimales. Cela sous-entend que les standards ci-dessous soient respectés (§2.1 à §2.5)
- §2.1 Le médiateur interculturel s'efforcera toujours d'avoir avec le soignant une discussion ou un petit mot préalable à l'intervention de médiation. Cette discussion peut se résumer à demander : 'Y a-t-il quelque chose que je dois savoir avant l'intervention ?'
- §2.2 Le médiateur avertira le médecin avant l'intervention s'il est déjà intervenu pour le patient auparavant ou s'il est important que le médecin sache quelque chose à propos du patient.
- §2.3 Le médiateur interculturel s'efforcera, avant le début de l'intervention, d'avoir une vue globale de la problématique qui sera abordée ; cela doit lui donner la possibilité de préparer l'intervention ou de pouvoir la refuser (en raison par exemple de problèmes de terminologie ou des raisons émotionnelles).
- §2.4 Le médiateur interculturel s'efforcera, avant le début de l'intervention, d'avoir une vue d'ensemble des personnes présentes durant l'intervention et de leurs relations mutuelles. Dans ce contexte, on portera une attention plus particulière aux conflits existants entre les personnes, à l'interprétariat pour un groupe de personnes, à l'interprétariat pour un groupe dont certaines personnes maîtrisent le français et d'autres pas.
- §2.5 Le médiateur interculturel essaiera d'éviter si possible de passer du temps avec le patient avant le début de l'intervention en triade, par exemple dans la salle d'attente. Cela pour éviter que le patient ne raconte son histoire au médiateur interculturel et par après, qu'il n'ait plus envie de communiquer son message au soignant. Le patient risque aussi de communiquer quelque chose au médiateur interculturel et demander explicitement de ne pas le dire au soignant.
- §3 Le médiateur interculturel va prendre en main la gestion du tour de parole de manière à optimiser la qualité de l'interprétation. Cela sous-entend que les standards ci-dessous soient respectés (§3.1 - §3.6)
- §3.1 Au début de l'intervention d'interprétariat, le médiateur interculturel précise explicitement son rôle : tout sera traduit, il n'y a pas de place pour des apartés avec le soignant ou le patient, il est tenu au secret professionnel et est neutre. Il va expliquer son rôle aussi bien au soignant qu'au patient.
- §3.2 Le médiateur interculturel encouragera les participants à interagir directement entre eux 'comme si il n'y avait pas de barrière de la langue'.
- §3.3 Le médiateur interculturel encourage les participants à se regarder durant l'entretien.

- §4 Le médiateur interculturel se positionne de telle manière que le soignant et le patient puissent bien le voir et l'entendre, sans gêner le contact direct entre eux. Aussi, lorsque l'entretien se déroule à un bureau, il va s'assurer que les participants se fassent face et lui-même se mettra sur le côté; de cette manière les participants pourront bien se voir et le contact direct entre le soignant et le patient sera stimulé. Il s'efforcera de s'asseoir à égale distance entre les participants afin de montrer de cette manière sa neutralité et son impartialité. Si le patient éprouve des difficultés à s'exprimer ou est malentendant, le médiateur interculturel se rapprochera du patient. Il doit pouvoir adapter sa position en fonction de la situation rencontrée.
- §5 Il utilisera dans la mesure du possible la première personne du singulier pour traduire 'je', car cela contribue à une communication directe entre le soignant et le patient. Il ne va déroger à cette règle que si l'interprétation à la première personne du singulier mène à une confusion chez les participants.
- §6 Lorsque le médiateur interculturel n'a pas compris le message du soignant ou du patient, il va demander à celui-ci de le clarifier.
- §7 Lorsque le patient raconte une histoire décousue et qu'il saute du coq à l'âne, le médiateur interculturel ne va en aucun cas modifier l'histoire du patient en lui apportant, par exemple, une structure logique. S'il fait cela, il sera impossible pour le soignant de se forger une image correcte du patient.
- §8 Le médiateur interculturel fera tout pour créer une situation de dialogue qui garantit une bonne qualité d'interprétation et une bonne communication. De même, dans une situation où il est impossible de bien interpréter/réaliser une médiation, le médiateur interculturel va proposer des stratégies et des approches qui lui permettront de maintenir la qualité de l'intervention. Lorsque le médiateur interculturel ne réussit pas à créer une situation qui garantit une bonne communication et une bonne qualité d'interprétation, il mettra fin à l'intervention en avertissant les parties impliquées et son responsable de la situation.

Une bonne communication est seulement possible quand :

- Soignant et patient respectent la gestion du dialogue effectuée par le médiateur interculturel dans l'intérêt de la qualité de l'interprétation: accepter le changement de tour de parole, interrompre pour pouvoir traduire intégralement ce qui a été dit, rediriger le dialogue afin que chaque participant puisse parler.
- Le nombre de participants dans l'intervention ne doit pas être trop élevé. Lorsque le médiateur interculturel remarque que la collaboration du groupe pour lequel il traduit ne permet pas d'effectuer une intervention de qualité, il peut proposer au soignant une solution afin de garantir une bonne qualité (par exemple diminuer le nombre de participants à l'intervention).

§9 Le médiateur fera en sorte que sa présence cause le moins de désagrément possible pour le patient. Une attention particulière sera accordée au sexe du médiateur (sujet tabou) et on évitera les sentiments de honte, par ex: lors d'un examen physique.

Lorsque la honte pourrait être un obstacle à la bonne communication et à l'intervention de l'interprète, le médiateur interculturel informera le patient sur les stratégies qui peuvent être mises en place pour éviter ce sentiment de honte (se retourner pendant l'examen physique) et proposer au patient d'autres alternatives possibles (médiation par vidéoconférence). Le médiateur interculturel s'assurera que le patient a accès à l'assistance linguistique également pendant l'examen et lui indiquera l'importance et les avantages de l'assistance linguistique.

§10 Lorsque le patient utilise des termes vulgaires parce que dans sa langue il n'existe pas d'autre terme pour désigner les parties du corps, le médiateur interculturel pourra modifier le registre afin de trouver l'équivalent qui passera le mieux à l'intérieur du contexte de soins.

§11 Quand le médiateur interculturel traduit pour un groupe (par ex. le patient et quelques membres de la famille) dans lequel certaines personnes parlent bien le français/néerlandais et d'autres pas, il va s'assurer qu'aucun des participants ne se sente exclu de la communication parce qu'il ne comprend pas.

§12 Lorsque le médiateur interculturel a l'impression que le patient a besoin d'informations supplémentaires à la fin de l'entretien, il en référera également au soignant. Le médiateur peut demander au patient à la fin de l'entretien s'il a tout compris et s'il a encore des questions à poser au soignant. Si le médecin est déjà parti, le médiateur pourra répéter ce qui a été dit en consultation mais se référera au médecin pour répondre à d'autres questions posées par le patient (et éventuellement, il prendra un nouveau rendez-vous avec le médecin).

§13 Le médiateur interculturel pourra dans certains cas déroger aux règles de base de l'interprétation dans le sens où rien n'est ajouté ou supprimé:

§13.1 En cas de conflits entre le patient et le soignant : le médiateur interculturel ne va en aucun cas dissimuler la colère et l'intensité des échanges exprimés par les parties concernées, mais ne donnera pas une traduction littérale des propos tenus lors du conflit.

§13.2 Lorsque le soignant s'adresse au médiateur interculturel et lui délivre un message qui n'est clairement pas destiné au patient et qui pourrait avoir de lourdes conséquences pour le patient :

*Exemple : 'C'est (le patient) un oiseau pour le chat. C'est une vraie histoire d'horreur.'*

Dans de tels cas, le médiateur interculturel demandera au patient ou au soignant s'il veut que ce message soit traduit et lui rappellera qu'en principe tout doit être traduit. Il va également informer qu'un message destiné uniquement au médiateur interculturel (et non pas au patient ou au soignant) ne fait pas partie de ses tâches et que cela peut nuire à la relation de confiance entre patient et soignant. Enfin, il va informer les parties impliquées et en particulier le soignant qu'il y a des chances pour que le patient comprenne un peu la langue et qu'il ait compris en partie ce qui s'est dit.

§13.3 Lorsque pour différentes raisons (compétence culturelle limitée du soignant, faible niveau d'instruction du patient ou méconnaissance de la terminologie médicale et du système de santé, raisons culturelles) la communication ne fonctionne pas, le médiateur interculturel fait alors le nécessaire pour prendre le rôle de facilitateur afin de rendre possible un processus de soins efficace.

§14 Lorsque le soignant se fâche contre le médiateur interculturel à propos du message du patient, le médiateur interculturel va indiquer au soignant que le message ne vient pas de lui.

### **4.3 Standards pour la facilitation**

Comme nous l'avons dit précédemment, nous distinguons trois parties dans les tâches de facilitation : intervenir lors d'un malentendu, culture brokerage (gestion des différences culturelles) et le soutien au patient et au soignant pour prendre leurs rôles respectifs. Pour ces sous-tâches également, les frontières ne sont pas toujours nettement délimitées entre elles. Présenter d'une manière culturellement appropriée certains sujets peut, éventuellement avec raison, être repris aussi bien dans la tâche 'soutenir le soignant dans son rôle' que dans la tâche 'culture brokerage'.

#### 4.3.1 Standard pour éclaircir un malentendu

§15 Lorsque le médiateur constate qu'il y a un malentendu, il va le signaler aux interlocuteurs et tenter de dissiper le malentendu. Il convient ici de noter qu'avec le terme 'malentendu', nous ne faisons pas référence à un conflit mais bien à une situation dans laquelle les interlocuteurs ne se comprennent pas.

#### 4.3.2 Standards pour 'culture brokerage'

§16 Le médiateur interculturel saluera le patient d'une manière culturellement appropriée. Le médiateur interculturel donnera des indications sur les mœurs des patients et des soignants qui peuvent amener à des incompréhensions (par exemple: quand un patient embrasse le MI).

- §17 Le médiateur interculturel donnera une explication sur le comportement non verbal du patient si le soignant n'arrive pas à l'interpréter et que cela constitue une menace pour la qualité de la communication/des soins.
- §18 Lorsque le médiateur interculturel a l'impression que les barrières culturelles rendent plus difficile la communication ou les soins, il en avertira le soignant. Il discutera avec le soignant de quelle manière ces obstacles peuvent être surmontés afin que des soins culturellement compétents puissent être prodigués. Le médiateur interculturel visera toujours dans ce cas à respecter les règles de transparence.
- §19 Lorsque le médiateur interculturel se rend compte que le soignant n'a pas compris le message traduit du patient (par ex. sur les modèles explicatifs de la maladie, différentes thérapies alternatives, référence à des aspects de la religion) parce qu'il n'est pas familier avec le contexte culturel du patient, il le signalera au soignant et lui expliquera de manière concise les phénomènes pertinents à cette culture. Il soulignera – si nécessaire – que l'information culturelle donnée est une hypothèse sur l'origine culturelle possible de l'histoire du patient<sup>10</sup>.
- §20 Le médiateur interculturel peut proposer des stratégies de communication qui optimiseront les chances d'une communication culturellement compétente lorsqu'il l'estime nécessaire dans l'intérêt du respect de la qualité et de la communication/des soins.
- §21 Lorsque le médiateur interculturel a les compétences requises, il peut informer le soignant sur les éléments religieux et culturels qu'il peut prendre en considération afin d'améliorer la portée des différents messages (par ex. le sexe du soignant n'a pas d'importance si la santé d'un patient musulman est en jeu).
- §22 Lorsque des patients spécifiques de par leurs croyances religieuses ou les différences culturelles, désirent avoir un soin spécifique ou une attention spécifique (nourriture, ...) liés à leur culture, le médiateur interculturel en informera le soignant et/ou son responsable et apportera les clarifications nécessaires si le patient ne sait pas le faire. Il proposera également différentes stratégies possibles pour répondre à ces souhaits. (par exemple : nourriture, sexe du soignant, rituels lors d'un décès, désir de se soumettre à des thérapies alternatives, possibilités de pratiquer sa croyance religieuse, ...).
- §23 Lorsque le médiateur interculturel constate qu'un patient en raison de facteurs culturels n'est pas autonome ou veut se soustraire à un certain traitement (par exemple refuser une anesthésie épidurale), il va en avertir le soignant. Il va également proposer au soignant une série de stratégies possibles qui pourraient aider le patient à prendre une décision.

---

<sup>10</sup> Cela implique qu'il veillera à ce que toutes les parties présentes soient informées sur ce qu'il communique dans le cadre de culture brokerage.

§24 Lorsque le soignant associe à tort certains comportements des patients ou problèmes avec leur culture, le médiateur interculturel le lui signalera.

#### 4.3.3 Standards pour aider le patient et le soignant à prendre leur rôle

§25 Lorsque c'est nécessaire pour la qualité de la communication/des soins, le médiateur interculturel pourra offrir un soutien aussi bien au soignant qu'au patient afin de les aider à prendre leur rôle d'une manière complète et efficace.

§26 Lorsque le registre linguistique utilisé par le soignant n'est pas transposable dans la langue du patient ou n'est pas compris par le patient (jargon, registre trop élevé). Le médiateur le signalera et prendra le rôle de facilitateur.

Stratégies possibles dans ce cas:

- Le médiateur interculturel demande au soignant de simplifier le message de telle sorte qu'il puisse traduire d'une manière compréhensible pour le patient.
- Le médiateur interculturel propose au soignant d'autres stratégies afin de rendre son message compréhensible, par exemple, réaliser un dessin ou utiliser des images, utiliser des exemples, mais éviter de faire référence à des données statistiques (par exemple : 'vous avez 50% de chances que...') aux patients ayant un faible niveau d'instruction.
- Le médiateur interculturel, en concertation avec la soignant, simplifie le message jusqu'à ce qu'il soit sûr à 100% de la qualité de la description utilisée. Dans un tel cas, le médiateur interculturel cherchera à donner également le nom officiel du traitement ou de l'examen (sous la forme de : 'on appelle ça une gastroscopie') afin que le patient se familiarise avec les termes médicaux.

§27 Lorsque les questions posées par le soignant n'ont aucune signification pour le patient qui ne peut pas y répondre, le médiateur interculturel va en informer le soignant si celui-ci ne l'a pas remarqué ou n'a pas réagi de manière appropriée.

Dans un tel cas, le médiateur interculturel peut demander au soignant s'il peut lui-même essayer de simplifier la question pour le patient. Lorsque le médiateur interculturel prendra le rôle de facilitateur, par exemple en reformulant la question ou en la simplifiant, en expliquant certaines choses, ..., il le signalera toujours au soignant.

- §28 Quand le médiateur interculturel a l'impression que le patient oublie de signaler des éléments importants, le médiateur interculturel peut lui demander s'il n'a pas oublié de le signaler<sup>11</sup>.
- §29 Le médiateur interculturel peut, en concertation avec le personnel soignant, avoir des contacts individuels avec le patient.  
Le médiateur interculturel peut effectuer cette tâche avec les objectifs suivants:
- Pour détecter les difficultés dans la prise en charge de patients individuels.
  - Pour offrir une aide pratique pour compléter des documents : il va effectuer cette tâche sans le soignant uniquement si ces documents peuvent être complétés par des patients francophones ayant un bon niveau d'instruction et cela sans l'aide du soignant.
  - Pour, à la demande d'un soignant, essayer de convaincre un patient d'une manière culturellement compétente de la nécessité de suivre un traitement, lorsque l'entretien triadique a échoué.
  - Pour créer un lien de confiance qui fasse en sorte que la collaboration avec le soignant se passe bien.
  - Pour informer le patient sur les aspects des soins sur lesquels ils n'ont aucune connaissance, lié à la barrière de la langue, leur faible niveau d'instruction ou leur background culturel (par exemple : ce que l'on doit apporter pour une visite à l'hôpital, comment se déroulent les soins, comment prendre un rendez-vous, ...)
- §30 Les patients qui ne disposent pas des compétences nécessaires pour prendre leur rôle de patient peuvent être soutenus par le médiateur interculturel. Il peut dans ce contexte utiliser les stratégies suivantes :
- Inciter le patient à poser des questions
  - Lui faire savoir que si il n'a pas compris, il doit demander des explications
  - L'inciter à préparer la consultation (par exemple, préparer une liste de questions)
  - Lui rappeler différents thèmes qu'il n'aurait pas communiqués au médecin mais bien au médiateur interculturel
  - Lui conseiller de noter la posologie de certains médicaments

---

<sup>11</sup> Par exemple lors de l'utilisation d'une liste de questions dans laquelle les concepts et les méthodes (ex : échelle de Likert) ne sont pas familiers au patient.

- Encourager le patient à dire s'il n'est pas d'accord avec le soignant ou avec le traitement
  - Souligner au patient l'importance d'être à l'heure au rendez-vous et éventuellement lui rappeler le rendez-vous la veille
  - A la fin de l'entretien, lui demander s'il a tout compris ou s'il a encore des questions à poser
- §31 Le médiateur interculturel va informer le soignant concerné des difficultés qu'il a constatées durant une intervention en triade ou une intervention non triadique, ceci durant un entretien post intervention et –si nécessaire- va également informer son responsable.
- §32 Le médiateur interculturel peut demander une réunion avec le soignant à propos d'un patient et cela aussi bien à la demande du patient lui-même, du soignant ou à sa propre demande lorsqu'il n'est pas possible ou pas souhaitable que certaines choses soient discutées durant un contact triadique.

#### **4.4. Standards pour la défense des patients**

- §33 Le médiateur interculturel peut informer les patients lors d'un contact individuel que certains soignants refusent systématiquement de travailler avec des médiateurs interculturels.
- §34 Lorsque le médiateur interculturel a l'impression que le soignant se trompe dans la formulation de son message, ou oublie des éléments, il peut le signaler dans l'intérêt du patient.
- §35 Lorsque la dignité d'un patient est compromise par un traitement irrespectueux (comportement agressif, discrimination, racisme, ...) par un soignant, le médiateur arrêtera l'intervention et le communiquera à son responsable. Celui-ci suivra les procédures mises en place au sein de l'institution pour de telles situations.

## 5. Aspects déontologiques

### 5.1 Secret professionnel et confidentialité

§36 Le médiateur interculturel fait partie du personnel de l'hôpital et à ce titre doit se soumettre au règlement sur le secret professionnel (art. 458 du code pénal) en vigueur au sein de son hôpital. Cela implique qu'il ne communiquera pas à des tierces personnes (personnes qui n'ont rien à voir avec le traitement du patient à l'hôpital) des informations sur le patient. Ces informations peuvent être médicales, personnelles, privées ou professionnelles, sociales ou financières. Dans les situations où le médiateur interculturel n'est pas sûr si certaines informations peuvent être révélées, il s'en référera à son responsable.

§37 Dans certains cas, le secret médical peut être partagé mais seulement si 5 conditions sont réunies:

- le patient (ou son responsable légal) doit être averti de l'information qui va être partagée et avec qui elle va être partagée.
- le patient doit donner son consentement sur les parties de l'information qui vont être partagées.
- le partage d'informations doit se faire dans l'intérêt du patient.
- l'information est communiquée à une personne qui soigne le patient.
- L'information doit se limiter au strict nécessaire.

Dans le cadre de la médiation interculturelle dans les hôpitaux, il est souvent nécessaire d'échanger des informations à caractère confidentiel. Cette confidentialité a pour objectif premier de protéger le patient, mais aussi d'instaurer une relation de confiance entre le médiateur interculturel et le personnel soignant (Reusens, 2014).

§38 Le secret professionnel subsiste même si le patient n'est plus soigné dans l'hôpital.

§39 Le secret professionnel peut être rompu uniquement si :

- il y a reconnaissance d'un état de nécessité qui inclut un conflit de valeur, par exemple quand l'intégrité physique ou psychique d'une personne est fortement menacée et que cette personne (ou à l'aide d'un tiers) n'est pas en état de la protéger.

- Dans le cas d'un témoignage en justice : le médiateur a le droit de rompre le secret professionnel mais personne ne peut l'y obliger.
- Lorsqu'il y a un risque pour la communauté.  
Par exemple : lorsqu'un médiateur interculturel se rend compte qu'un patient ne dit pas la vérité ou tait certaines informations et que cela peut avoir des effets négatifs sur la santé du patient, sur son environnement direct ou celui de la communauté dans son ensemble, le médiateur interculturel le communiquera à son responsable (maladies contagieuses, maladies sexuellement transmissibles).

Si une telle situation se produit, le médiateur interculturel agira en concertation avec son responsable

- §40 Lorsque les patients informent le médiateur interculturel qu'ils ont utilisé la tromperie (ex: utiliser la carte ssi de quelqu'un d'autre, mentir au sujet de sa santé), dans ce cas, le médiateur interculturel reste soumis au secret professionnel. Uniquement dans le cas où il y a une urgence reconnue ou que cette information peut avoir des conséquences néfastes pour un tiers ou pour la communauté entière, le secret peut être divulgué. Le médiateur interculturel peut aussi refuser d'être complice d'une tromperie et de poursuivre sa mission. Dans ce cas, il en parlera à son responsable.
- §41 Lorsqu'il est évident que les renseignements obtenus durant un contact entre le médiateur interculturel et le patient seront utiles dans un contexte de soins, celui-ci encouragera le patient à communiquer ces informations au soignant
- §42 Lorsqu'un patient, durant un contact individuel, insiste pour ne pas communiquer certaines choses au soignant, le médiateur interculturel essaiera de convaincre le patient d'en parler lui-même durant un contact avec le soignant. Si le patient refuse toujours, le médiateur interculturel ne pourra pas révéler les secrets du patient étant donné qu'il est soumis au secret professionnel.

## 5.2 Transparence

- §43 Le médiateur interculturel s'efforcera toujours d'informer toutes les parties concernées durant une intervention triadique sur toutes les activités et messages qui peuvent être partagés ( qui vont plus loin que l'assistance linguistique)- Aussi, il va, par exemple, informer le patient qu'il a expliqué un concept inconnu du soignant (dans le cadre de la gestion des différences culturelles), ou il va dire au soignant qu'il a expliqué le terme car il n'existe pas de terme équivalent dans sa langue.
- §44 Le médiateur interculturel va toujours essayer d'éviter de traduire pour des personnes avec qui il a des relations personnelles (membres de sa famille, amis,

...). Si cela s'avère impossible, il va le communiquer au soignant au début de l'intervention.

### **5.3 Neutralité et impartialité**

- §45 Le médiateur interculturel restera impartial en toutes circonstances et sera capable d'identifier les biais et croyances qui peuvent influencer cette capacité. S'il ne peut rester impartial, il refusera d'intervenir pour ce patient.
- §46 Le médiateur interculturel veillera à ce que ses convictions et ses valeurs personnelles (politiques, religieuses ou autres) n'influencent pas ses interventions. Si c'était le cas et que son impartialité ne puisse plus être garantie, il va demander à un autre médiateur interculturel de réaliser l'intervention et refuser d'intervenir pour le patient concerné.

### **5.4 Responsabilité et professionnalisme**

- §47 Lorsque l'intervention avec un patient provoque des émotions trop fortes suite à des actes professionnels ou affecte trop fortement le bien-être du médiateur interculturel, celui-ci peut stopper l'intervention et informer le patient sur les autres possibilités d'aide à la communication (médiation interculturelle via vidéoconférence, interprète social). Dans ce cas, il va en informer son responsable.
- §48 Le médiateur interculturel doit refuser une intervention dans le cas où l'intervention provoque chez lui des problèmes de conscience insurmontables. Dans ce cas, il va en informer son responsable.
- §49 Le médiateur interculturel devra à tout moment maintenir une distance professionnelle vis à vis du patient. Cela implique entre autre qu'il ne va pas communiquer son n° de téléphone privé ni son adresse au patient, n'acceptera pas de cadeaux.

### **5.5 Limites**

- §50 Le médiateur interculturel ne va pas traduire pour des intervenants externes en-dehors du contexte du traitement des problèmes de santé du patient dans le cadre de l'hôpital. Des exceptions à cette règle sont uniquement possibles en concertation avec le responsable.
- §51 Le médiateur interculturel n'effectuera aucune tâche qui sort de son paquet de tâches et de son domaine de compétence (par exemple: faire du travail social, entretiens thérapeutiques, communiquer des informations médicales qui sont données par le soignant pour des patients belges, ...), excepté les messages qui ont un lien avec les aspects pratiques des soins (rendez-vous, ...).

- §52 Le médiateur interculturel n'effectuera pas de traduction écrite. Les exceptions possibles sont la traduction d'informations concrètes et pratiques, par exemple quand a lieu le rendez-vous, comment un traitement médicamenteux doit être pris, ...
- §53 Régler les formalités après un décès (organiser un rapatriement,...), n'entre pas dans le paquet de tâches du médiateur interculturel. Egaleme nt, l'accompagnement au deuil ne peut être réalisé sans aide ou accompagnement par des personnes compétentes. De même, la toilette mortuaire ou l'assistance en cas de décès n'entre pas dans les tâches du médiateur interculturel. On peut évidemment demander le médiateur interculturel pour téléphoner aux organisations à l'étranger, par exemple dans le cadre d'un rapatriement.
- §54 Le médiateur interculturel ne donnera pas son avis sur la santé (mentale) du patient. A la demande du soignant, il pourra donner des constatations objectives entre autre communiquer au soignant des informations sur le comportement du patient (par exemple: le récit du patient est très confus et la traduction est difficile, le patient bégai e dans sa propre langue, le patient parle comme un enfant,...).
- §55 Le médiateur interculturel ne donnera pas d'avis médical, ni d'avis sur la qualité des personnes présentées comme des guérisseurs ou des traitements traditionnels que le patient souhaite suivre. Il va proposer au patient d'en parler directement avec le soignant.
- §56 Le médiateur interculturel ne donnera pas son avis sur la qualité ou la pertinence d'un traitement prescrit ou effectué par un soignant, ni sur la compétence du soignant.

## **5.6 Rôle du médiateur interculturel en cas de conflits**

- §57 Le médiateur interculturel, comme signalé précédemment, n'est pas un médiateur de conflits. Il peut cependant servir de médiateur dans les conflits quand il est clair qu'ils sont directement attribuables à la barrière de la langue ou de la culture.
- §58 Lors d'un conflit entre un soignant et un patient, le médiateur interculturel peut informer ce dernier qu'il peut faire appel au médiateur de plaintes.
- §59 Lorsqu'un patient dépose une plainte auprès du médiateur de plaintes avec l'aide d'un médiateur interculturel, ce dernier va éviter d'intervenir pour ce patient dans le cadre de la médiation de plaintes, surtout si il a été témoin de l'altercation. Il ne va plus intervenir pour ce patient et il prendra dans ce cas un rendez-vous avec un autre médiateur interculturel.
- §60 Lorsqu'un conflit entre un patient et le médiateur interculturel rend l'intervention impossible, le médiateur interculturel stoppera l'intervention et par après n'effectuera plus d'interventions pour ce patient tant que le conflit ne sera pas réglé.

- §61 Lorsqu'un médiateur interculturel est menacé par un patient, il va immédiatement le communiquer au soignant présent et à son responsable. Le médiateur interculturel n'effectuera plus d'intervention pour ce patient. Le responsable prendra les mesures nécessaires pour garantir la sécurité du médiateur interculturel et le conseiller sur la marche à suivre dans de telles situations (porter plainte).
- §62 Lorsqu'un conflit existe entre un soignant et un médiateur interculturel (par exemple: le comportement d'un soignant que le médiateur juge inacceptable, racisme, manque de courtoisie, ...) qui ne peut être résolu par un entretien, le médiateur interculturel prendra contact avec son responsable qui prendra les mesures nécessaires pour résoudre le conflit.



## 6. Organisation du travail du médiateur interculturel

- §63 Au sein de l'institution, une personne est désignée pour être responsable de l'encadrement de la médiation interculturelle. Cette personne fera en sorte de créer les conditions qui favorisent l'utilisation efficiente et effective du médiateur interculturel.
- §64 Le médiateur interculturel doit avoir accès aux ressources nécessaires pour pouvoir effectuer ses tâches d'une manière efficace et de qualité. Cela implique les éléments suivants:
- Disposer d'un badge de l'hôpital et de cartes de visite avec le nom et les données de contact du médiateur interculturel ;
  - Disposer d'un signe distinctif (tablier, badge,...) qui permet d'identifier clairement le médiateur interculturel comme un travailleur de l'hôpital ;
  - Pouvoir avoir accès à un ordinateur personnel, une adresse mail et un accès à internet ;
  - Disposer d'un téléphone ou d'un GSM personnel afin d'être joignable ;
  - Pouvoir disposer d'un ou de dictionnaires et autres ressources (par exemple une encyclopédie médicale dans sa langue maternelle)
  - Pour les médiateurs qui utilisent une autre typologie, pouvoir disposer d'un clavier adapté afin de pouvoir effectuer des recherches sur internet dans leur langue maternelle ;
- §65 Au sein de l'institution, les soignants et les patients seront complètement informés sur la disponibilité des médiateurs interculturels, leurs tâches et la façon dont ils peuvent faire appel à eux. (affiches, brochures, cartes de visite du médiateur interculturel, ...)
- §66 Lorsque différents soignants ou patients désirent réserver un médiateur interculturel au même moment, la priorité va au soignant qui a réservé le médiateur le premier. Seules de rares exceptions (urgences) peuvent prendre le pas sur des interventions planifiées.
- §67 Les médiateurs peuvent être réservés sans être dérangés durant une intervention (par exemple, par l'intermédiaire d'un agenda électronique accessible aux soignants). Un temps standard de 30 minutes est prévu par intervention.

- §68 Au sein de l'institution, une politique est appliquée qui fait en sorte que dans la mesure du possible un médiateur interculturel soit appelé lorsque les soignants sont confrontés à une barrière linguistique ou culturelle.
- §69 L'institution développe des stratégies afin de réduire au minimum les temps d'attente des médiateurs interculturels. Ceci vise à éviter que le médiateur ne soit présent plus de 5 minutes avant l'intervention afin que le médiateur ne patiente pas dans la salle d'attente avec le patient.
- §70 Lorsqu'il semble impossible qu'un médiateur interculturel soit présent pour une intervention en triade, on proposera des stratégies alternatives (médiation interculturelle via vidéoconférence, interprétariat par téléphone, interprète social sur place).
- §71 Lorsque le soignant refuse la présence du médiateur interculturel alors que le patient a demandé son aide, le médiateur le signalera à son responsable. Il va de son côté essayer de savoir pourquoi le médiateur n'a pas pu intervenir et insister pour que le soignant travaille dans l'avenir avec un médiateur interculturel.
- §72 L'institution veille à ce que les médiateurs interculturels aient accès à un soutien émotionnel quand c'est nécessaire ou souhaitable dans le cadre de leur activité professionnelle. Ce soutien ne sera pas fourni par un travailleur de l'hôpital qui occupe une position hiérarchique supérieure au médiateur interculturel.
- §73 Les soignants doivent être formés afin de travailler d'une manière efficiente et effective avec les médiateurs interculturels.
- §74 Uniquement pour les hôpitaux qui offrent un service de médiation interculturelle via vidéoconférence :
- le médiateur interculturel qui intervient par internet doit pouvoir disposer pour les interventions d'un casque et d'un espace calme qui respecte le caractère privé de l'intervention entre un patient et un soignant.
  - Le médiateur doit avoir suivi une formation spécifique sur l'interprétariat via le système organisée par le SPF Santé Publique.
  - Durant l'intervention, le médiateur interculturel doit s'assurer que le son et l'image des deux côtés est assez bon pour effectuer une interprétation de qualité. Lorsque ce n'est pas le cas, le médiateur interculturel stoppera l'intervention
  - L'institution désigne un responsable pour le projet 'médiation interculturelle par internet'

- L'institution se charge de diffuser l'information sur le projet de la médiation à distance (par vidéoconférence) et s'assure d'une bonne connexion internet dans l'hôpital.



§75 La participation aux formations obligatoires organisées par le SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaine Alimentaire et Environnement sera considérée par les hôpitaux comme du temps de travail (temps de déplacement inclus). Les frais de déplacement (métro, billet de train) seront remboursés au médiateur interculturel.

## **7. Collaboration avec le SPF**

### **7.1 Demande de financement – enregistrement des activités – rapport d’activités**

Le SPF Santé Publique invite chaque année, dans le courant du mois de décembre, les hôpitaux généraux et psychiatriques à compléter une demande pour le financement de la médiation interculturelle (pour les fonctions de médiateur interculturel et coordinateur de la médiation interculturelle). Le formulaire de demande doit être envoyé au SPF au plus tard pour le 31 janvier.

Chaque année, le SPF demande aux médiateurs interculturels et aux coordinateurs de la médiation interculturelle financés d’enregistrer leurs activités durant une période donnée. Le médiateur interculturel et le coordinateur enregistreront leurs interventions au sein de l’hôpital durant 1 mois avec le programme fourni par le SPF et ce durant le mois indiqué par le SPF. Les données ainsi qu’un compte-rendu des activités de groupe sont à renvoyer pour le 31 janvier de l’année suivante.

Les coordinateurs de la médiation interculturelle devront de plus fournir un rapport d’activités pour toute l’année concernée.

Pour le projet de médiation interculturelle par vidéoconférence, l’enregistrement des interventions sera continu tout au long de l’année. Elles seront envoyées à la Cellule Médiation Interculturelle et Support de la Politique à la fin de chaque trimestre: pour le 7<sup>ème</sup> jour du mois qui suit la fin du trimestre.

### **7.2 Présence aux formations et réunions de supervisions**

Les médiateurs interculturels doivent participer à un minimum de  $\frac{3}{4}$  des supervisions et sessions de formation organisées par la Cellule Médiation Interculturelle et Support de la Politique.

Les médiateurs interculturels qui ne disposeront pas d’un master en interprétariat ou d’un certificat reconnu d’interprète social, devront suivre une formation de base aux techniques d’interprétariat de liaison. Cette formation est organisée par la Cellule Médiation Interculturelle et Support de la Politique et donnée par un professeur d’interprétariat reconnu par les Hautes Ecoles d’interprétariat en Communauté française.

### **7.3 Engagement de nouveaux médiateurs interculturels**

Dans les cas d’engagement de nouveaux médiateurs interculturels:

Le candidat médiateur interculturel sera invité par la Cellule Médiation Interculturelle pour un test de ses compétences en interprétation médicale (sous la forme d’un jeu de rôle). La Cellule Médiation Interculturelle fera ensuite savoir à l’hôpital si le candidat dispose des compétences suffisantes pour être financé en tant que médiateur interculturel. Un

responsable de l'hôpital peut être présent durant ce test. L'hôpital reçoit un rapport écrit de ce test. L'hôpital peut également demander une copie de la bande audio.

Lors d'un engagement, toutes les exigences légales devront être respectées pour financer un médiateur interculturel. (cfr texte de l'AR ci-joint). Si aucun candidat approprié n'est trouvé, une demande peut être introduite au SPF auprès du directeur général de la DG Soins de Santé, SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement qui après concertation avec la Cellule Médiation Interculturelle et Support de la Politique pour obtenir une dérogation à ces exigences légales. L'hôpital sera averti par courrier ou par mail de la décision de l'administration.

Quand un nouveau médiateur interculturel est engagé, l'hôpital fait parvenir les documents suivants à la Cellule Médiation Interculturelle et Support de la Politique:

- Une copie du contrat de travail entre l'hôpital et le médiateur interculturel dans lequel doit apparaître dans tous les cas le nom de fonction du médiateur interculturel et le pourcentage du temps de travail comme médiateur interculturel.
- Une copie du diplôme du médiateur interculturel engagé.

### **7.3 Absence de longue durée – maladie du médiateur interculturel**

Lorsque le médiateur interculturel est licencié ou est malade pour une durée de plus d'un mois, l'hôpital avertira la Cellule Médiation Interculturelle et Support de la Politique. Dans tous les cas, en concertation avec le Cellule Médiation Interculturelle et Support de la Politique, des stratégies seront recherchées afin d'assurer au maximum la continuité du service.

## 8. Bibliographie

Angelelli C.

Medical interpreting and cross-cultural communication. Cambridge: Cambridge University Press, 2004: XIII+ 153.

Bischoff A.

Zoom auf eine Dometscherin. Neues aus einer Nationalfondsstudie über interkulturelle Mediation und Integration. *Soziale Medizin* 2007 (1): 20-22.

Bischoff A., Dahinden J.

Dolmetschen, vermitteln und schlichten in vielsprachigen Basel. *Journal of Intercultural Communication*, 2008 (16: 2), 1-20.

Bot H., Verrept H.

Role Issues in the Low Countries. Interpreting in mental healthcare in the Netherlands and Belgium. In: Schäffner C., Kredens K., Fowler Y. (eds.) *Interpreting in a changing landscape*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins Publishing Company, 2013: 117-131.

Chiarenza A.

Geciteerd in Pöckhacker 2008; Interpreting as mediation. In: Valero-Garcés C & Martin A. (Eds.). *Crossing Borders in Community Interpreting. Definitions and dilemmas*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins Publishing Company, 2008: 9-26.

Code professionnel des interprètes communautaires, INTERPRET, Suisse, juin 2005

Code de déontologie des médiateurs en institutions de soins adhérent à l'A.M.I.S., avril 2009

Devillé W., Greacen T., Bogic M. et al.

Health care for immigrants in Europe : is there still consensus among country experts about principles of good practice ? A Delphi study. *BMC Public Health* 2011; 11: 699-

Greenhalgh, T., Robb, N. & Scambler, G.

Communicative and strategic action in interpreted consultations in primary health care: A Habermasian perspective. *Social Science & Medicine*, 2006, 63 (5), 1170–1187.

Gustafsson, K., Norström, E. & Fioretos I.

The interpreter – a cultural broker? In: Schäffner C., Kredens K., Fowler Y. (eds.) *Interpreting in a changing landscape*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins Publishing Company, 2013: 187-202.

Ingleby D.

Good practician health service provision for migrants, In: Rechel B, Mladovsky PH, Devillé et al. (eds), *Migration and health in the European Union*, Maidenhead (vershire, England): Mc Graw-Hill (Open University Press), 2011: 227-242

Kaufert, J. M., & Koolage, W.W.

Role conflict among 'culture brokers': the experience of native Canadian medical interpreters. *Social Science & Medicine*, 1984 18 (3): 283-286.

Kaufert, J. M., Koolage, W.W., Kaufert, P. L. et al.

The use of "trouble case" examples in teaching the impact of sociocultural and political factors in clinical communication. *Medical Anthropology*, 1984 8: 36-45.

Kaufert, J. M., & Putsch, R.W. I.

Communication through interpreters in healthcare: ethical dilemmas arising from differences in class, culture, language and power. *The Journal of Clinical Ethics*, 1997 8 (1), 71-87.

Kleinman, A., Eisenberg, L., & Good, B. (1978). Culture, illness and care: Clinical lessons, Anthropologic and Cross-cultural research. *Annals of Internal Medicine*, 1978, 88: 251-258.

Kleinman, A.,

*Rethinking psychiatry: from cultural category to personal experience* (1st ed.). New York: The Free Press, A Division of Macmillan, Inc, 1988; 256.

MIA

*Medical Interpreting Standards of Practice*. Boston: International Medical Interpreters Association, 1995: 49.

Pöchhacker, F.

Interpreting as mediation. In: Valero-Garces C. & Martin A.

(Eds.) *Crossing Borders in Community Interpreting. Definitions and dilemmas*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins Publishing Company, 2008: 9-26.

Putsch, R. W. I. .

Cross-cultural communication: *The special case of interpreters in health care*. Journal of the American Medical Association, 1985, 254 (23), 3344-3348.

Spranzi, M., Interprétariat, droits du malade et éthique de la communication, in : C. Byk (ed.), *La bioéthique : un langage pour mieux se comprendre*, Paris, éditions ESKA/Lacassagne, 2000, pp. 141-168.

Qureshi, A.

Hermes in the room: challenges and strategies in intercultural mediation in psychiatry.

Presentatie op de studiedag 'Interculturele bemiddeling, het internet en andere ontwikkelingen', 7/10/2011, Brussel

Verrept H, Louckx F.

Health advocates in Belgian health care. In: Ugalde A, Cardenas G (Eds.). *Health and Social Services among International Labor Migrants: a Comparative Perspective*. Austin (Texas): CMAS-books, 1997: 67-86.

Verrept H.

Notes on the employment of intercultural mediators and interpreters in health care. In: Ingleby D., Chiarenza A, Devillé, W. et al. (eds.). *Inequalities in health care for migrants and ethnic minorities*. Antwerpen/Apeldoorn: Garant Publishers, 2012: 115-127.

## 9. Annexe

Article 80, 2° de l'arrêté royal du 25 avril 2002 (modification signée le 11/07/2005 et parue au MB le 25/07/2005)

2° En vue de prendre en compte les problèmes spécifiques des langues et les caractéristiques culturelles des patients hospitalisés, un montant maximum de 1.330.366,22 EUR (index 01/01/2005) est réparti entre les hôpitaux aigus et les hôpitaux psychiatriques qui, sur une base volontaire, demandent à engager un médiateur interculturel ou un coordinateur en matière de médiation interculturelle, qui assiste l'hôpital concernant les aspects médicaux, infirmiers et d'autres pratiques professionnelles de soins dans ses relations juridiques avec les patients précités.

Les hôpitaux sont sélectionnés, après avis de la cellule de coordination "Médiation interculturelle" du SPF Affaires sociales, Santé publique et l'Environnement, par le Ministre qui a la fixation du budget des moyens financiers dans ses attributions, selon un classement établi d'après les critères suivants:

- le nombre d'admissions de ressortissants d'un Etat non membre de l'Union européenne ;
- le nombre d'admissions de ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne à l'exception du Royaume de Belgique ;
- pour les hôpitaux disposant déjà de médiateurs interculturels ou d'un coordinateur en matière de médiation interculturelle financé: les résultats d'une évaluation de leurs activités effectuée par la Cellule de coordination Médiation interculturelle.

La fonction de médiateur interculturel peut être occupée par une personne répondant aux conditions suivantes :

- a) soit être titulaire d'un diplôme universitaire ou d'un diplôme de l'enseignement supérieur de type long dans une des disciplines suivantes : médecine, une discipline

2° Om rekening te houden met de specifieke taalproblemen en de culturele kenmerken van de opgenomen patiënten, wordt een bedrag van 1.330.366,22 EUR (index 01/01/2005) verdeeld onder de acute en psychiatrische ziekenhuizen die op vrijwillige basis vragen om een intercultureel bemiddelaar of een coördinator interculturele bemiddeling in dienst te mogen nemen, die het ziekenhuis bijstaat wat betreft de medische, verpleegkundige en andere gezondheidszorgberoepsmatige aspecten in zijn rechtsverhoudingen jegens de voornoemde patiënten.

Deze ziekenhuizen worden na advies van de Coördinatiecel Interculturele Bemiddeling van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu geselecteerd door de Minister die de vaststelling van het budget van financiële middelen onder zijn bevoegdheid heeft, volgens een rangschikking opgesteld overeenkomstig de volgende criteria:

- het aantal opnamen van onderdanen van een andere Staat dan een Lidstaat van de Europese Unie;
- het aantal opnamen van onderdanen van een Lidstaat van de Europese Unie met uitzondering van het Koninkrijk België;
- voor de ziekenhuizen waar reeds interculturele bemiddelaars of een coördinator interculturele bemiddeling gefinancierd worden : de resultaten van een evaluatie van hun activiteiten door de Coördinatiecel Interculturele Bemiddeling.

De functie van intercultureel bemiddelaar kan worden vervuld door een persoon die aan de volgende voorwaarden beantwoordt :

- a) of houder zijn van een universitair diploma of van een diploma van het hoger onderwijs van het lange type in een van de volgende vakgebieden : geneeskunde, een

paramédicale, psychologie, anthropologie, philologie, sociologie, traduction et interprétation. En outre, elle doit avoir suivi une formation théorique dans le domaine de la médiation interculturelle dans le secteur des soins de santé ou elle doit pouvoir justifier une expérience professionnelle encadrée d'au moins deux ans dans le même domaine,

b) soit être titulaire d'un diplôme de l'enseignement supérieur de type court dans les orientations sociale ou paramédicale. Elle doit avoir suivi une formation théorique dans le domaine de la médiation interculturelle dans le secteur des soins de santé ou elle doit pouvoir justifier une expérience professionnelle encadrée d'au moins deux ans dans le même domaine,

c) soit être porteur d'un diplôme de l'enseignement secondaire supérieur, complété par un certificat de formation spécifique et reconnu de médiateur interculturel dans le domaine des soins de santé ou d'une autre formation spécifique reconnue dans le secteur de la médiation interculturelle, équivalent au diplôme de l'enseignement technique secondaire supérieur, et avec une expérience pratique encadrée. Soit être titulaire d'un certificat de formation spécifique reconnu dans le secteur de la médiation interculturelle équivalent au diplôme de l'enseignement secondaire supérieur et justifier une expérience professionnelle dans le domaine de la médiation interculturelle dans le secteur des soins de santé et une participation régulière aux réunions de formation et de supervision organisées par la Cellule de coordination Médiation interculturelle pendant une période d'au moins 2 ans.

Une condition essentielle valant pour les trois profils décrits (a, b, c) est qu'un médiateur interculturel maîtrise, en plus de l'une des langues nationales, au moins une des langues de l'un des groupes-cibles. Les groupes-cibles sont 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. En ce qui concerne les coordinateurs en matière de médiation interculturelle, la condition précitée selon laquelle ils doivent maîtriser une langue de l'un des groupes cibles n'est pas d'application.

Des dérogations à ces exigences en matière de diplôme peuvent être autorisées par le fonctionnaire dirigeant après avis de la Cellule de coordination Médiation interculturelle. Cela se passe uniquement lorsqu'il s'est avéré impossible de trouver et d'engager un candidat

paramédicale discipline, psychologie, antropologie, filologie, sociologie, tolk- en vertaalwetenschappen. Bovendien moet hij een theoretische opleiding gevolgd hebben in het domein van de interculturele bemiddeling in de gezondheidszorg of een begeleide beroepservaring van minimaal 2 jaar kunnen bewijzen in hetzelfde domein,

b) houder of zijn van een diploma van hoger onderwijs van het korte type in een sociale of paramedische richting. Bovendien moet hij een theoretische opleiding gevolgd hebben in het domein van de interculturele bemiddeling in de gezondheidszorg of een begeleide beroepservaring van minimaal 2 jaar kunnen bewijzen in hetzelfde domein,

c) of houder zijn van een diploma van het hoger secundair onderwijs aangevuld met een attest van een specifieke en erkende opleiding tot intercultureel bemiddelaar in de gezondheidszorg of een andere specifieke en erkende opleiding in the domein van de interculturele bemiddeling gelijkgesteld aan het hoger secundair technisch onderwijs en met een begeleide praktijkervaring. Of houder zijn van een attest van een specifieke en erkende opleiding in het domein van de interculturele bemiddeling gelijkgesteld aan het hoger secundair onderwijs met een bewezen beroepservaring in het domein van de interculturele bemiddeling in de gezondheidszorg en een regelmatige deelname aan de vormings- en supervisiebijeenkomsten georganiseerd door de Coördinatiecel Interculturele Bemiddeling gedurende een periode van minimaal 2 jaar.

Een essentiële voorwaarde die geldt voor de drie beschreven profielen (a, b, c) is dat een interculturele bemiddelaar, naast één van de nationale talen, tenminste één taal van één van de doelgroepen beheerst. De doelgroepen zijn de verschillende groepen allochtonen die een gemiddeld lage sociaal-economische status hebben en die zich in een achterstandspositie bevinden, evenals de doven en gehoorgestoorden die zich in een doventaal uitdrukken. Voor coördinatoren interculturele bemiddeling geldt niet dat ze een taal van een van de doelgroepen moeten beheersen.

De leidinggevend ambtenaar kan na advies van de Coördinatiecel Interculturele Bemiddeling afwijkingen van de diplomavereisten toestaan. Dat gebeurt enkel wanneer het onmogelijk gebleken is om een kandidaat te vinden en in dienst te nemen

qui réponde aux exigences en matière de diplôme. En vue de demander une dérogation, l'hôpital envoie une lettre au Directeur général, SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, Direction générale de l'Organisation des Etablissements de soins, dans laquelle il:

- communique quelles stratégies ont été suivies en vue de trouver un candidat approprié ;
- donne une description des diplômes et éventuellement également de l'expérience professionnelle du candidat médiateur interculturel ou coordinateur en matière de médiation interculturelle, sur la base de laquelle il est convaincu que la personne en question convient pour la fonction ;
- donne une description du trajet que la personne concernée suivra afin de répondre, à l'avenir, aux exigences posées en matière de diplôme. Lorsque le candidat médiateur interculturel ou coordinateur en matière de médiation interculturelle a déjà entamé une formation dans ce domaine, celle-ci doit être attestée au moyen d'une attestation de présence délivrée par l'établissement d'enseignement.

Les dossiers relatifs à la candidature des hôpitaux doivent être envoyés au SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, Organisation des Etablissements de soins, pour le 15 janvier de l'année civile au cours de laquelle le budget est fixé.

Ils doivent comporter les données suivantes :

- 1) le nombre d'admissions de ressortissants d'un Etat non membre de l'Union européenne;
- 2) le nombre d'admissions de ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne, à l'exception du Royaume de Belgique ;
- 3) le type de médiateur interculturel (profil a, b ou c, cf. supra) ou de coordinateur en matière de médiation interculturelle (profil a, b ou c) que l'on souhaite recruter ainsi que le taux d'utilisation ;
- 4) uniquement pour les hôpitaux disposant déjà de médiateurs interculturels financés: un rapport sur les activités des médiateurs interculturels au sein de l'hôpital ;

die aan de diplomavereisten voldoet. Om een afwijking aan te vragen richt het ziekenhuis een brief t.a.v. de Directeur-generaal, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, Directoraat-generaal Organisatie gezondheidszorgvoorzieningen, waarin men:

- meedeelt welke strategieën men gevolgd heeft om een geschikte kandidaat te vinden;
- een beschrijving geeft van de diploma's en mogelijk ook beroepservaring van de kandidaat intercultureel bemiddelaar of coördinator interculturele bemiddeling op grond waarvan men overtuigd is dat de betrokkene voor de functie geschikt is;
- een beschrijving geeft van het traject dat de betrokkene zal volgen om in de toekomst wel aan de gestelde diplomavereisten te voldoen. Wanneer de kandidaat intercultureel bemiddelaar of coördinator interculturele bemiddeling in dat verband reeds met een opleiding gestart is, moet dit door middel van een attest van aanwezigheid verstrekt door de onderwijsinstelling geattesteerd worden.

De dossiers m.b.t. de kandidatuur van de ziekenhuizen moeten voor 15 januari van het burgerlijk jaar van vaststelling van het budget worden toegestuurd aan de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, Organisatie Gezondheidszorgvoorzieningen.

Ze dienen de volgende gegevens te omvatten:

- 1) het aantal opnamen van onderdanen van een andere staat dan een Lidstaat van de Europese Unie;
- 2) het aantal opnamen van onderdanen van een Lidstaat van de Europese Unie met uitzondering van het Koninkrijk België;
- 3) het type interculturele bemiddelaar (profiel a, b, of c, cf. supra) of coördinator interculturele bemiddeling (profiel a, b, of c) dat men in dienst wenst te nemen evenals de aanstellingsgraad;
- 4) enkel voor de ziekenhuizen waar reeds interculturele bemiddelaars gefinancierd worden: een verslag van de activiteiten van de interculturele bemiddelaars in het ziekenhuis;

5) uniquement pour les hôpitaux disposant déjà de coordinateurs en matière de médiation interculturelle financés : un rapport sur les activités de ces coordinateurs, ainsi que sur les interprètes internes et externes, ou des médiateurs interculturels auxquels ils ont fait appel dans le cadre de leurs activités.

Des directives pour la rédaction des rapports visés aux points 4 et 5 seront communiquées par la Cellule de coordination Médiation interculturelle.

Les hôpitaux peuvent introduire trois types de demandes :

1) Une demande de désignation d'un médiateur interculturel. Pour les médiateurs interculturels, la maîtrise d'une langue de l'un des groupes cibles constitue une condition absolue. Un médiateur interculturel peut être financé pour autant que l'hôpital compte un nombre suffisamment important de patients allochtones (ou membres de leur famille) et (pour les hôpitaux où une initiative est déjà en cours) que l'on y recense un nombre suffisant d'interventions qualifiées. Les médiateurs interculturels doivent participer au minimum à  $\frac{3}{4}$  des réunions de supervision et de formation organisées par la Cellule de coordination Médiation interculturelle.

2) Une demande de désignation d'un coordinateur en médiation interculturelle: un coordinateur en matière de médiation interculturelle peut être financé pour autant que l'hôpital compte un nombre suffisamment important de patients allochtones et (pour les hôpitaux où une initiative est déjà en cours) que l'on y recense un nombre suffisant d'interventions qualifiées effectuées par le coordinateur lui-même, des interprètes internes ou externes ou des médiateurs interculturels travaillant sous la direction du coordinateur en question. Un montant correspondant à maximum 0,4 ETP peut être octroyé à condition que l'hôpital général recense mensuellement au moins 20 interventions effectuées par des interprètes internes ou externes ou par des médiateurs interculturels internes ou que l'établissement occupe au moins 1 ETP médiateur interculturel encadré par le coordinateur concerné.

Pour les établissements psychiatriques, 10 interventions par mois suffisent. Les médiateurs interculturels recrutés par l'hôpital par d'autres moyens que le budget des moyens financiers doivent satisfaire aux mêmes critères que les médiateurs interculturels financés au

5) enkel voor de ziekenhuizen waar reeds coördinatoren interculturele bemiddeling gefinancierd worden : een verslag van de activiteiten van deze coördinatoren, evenals van de externe of interne tolken, of interculturele bemiddelaars waarop ze in het kader van hun activiteiten een beroep hebben gedaan.

De Coördinatiecel Interculturele Bemiddeling zal richtlijnen voor het opstellen van de verslagen genoemd onder 4 en 5 aan de betrokken ziekenhuizen meedelen.

Ziekenhuizen kunnen drie types aanvragen indienen :

1) Een aanvraag voor het aanstellen van een intercultureel bemiddelaar: Voor interculturele bemiddelaars geldt als een absolute voorwaarde dat de betrokkene een taal van één van de doelgroepen beheerst. Er kan een interculturele bemiddelaar gefinancierd worden op voorwaarde dat er een voldoende hoog aantal allochtone (of leden van hun familie) patiënten in het ziekenhuis opgenomen wordt, en (voor ziekenhuizen waar reeds een initiatief loopt) er een voldoende hoog aantal kwalitatief hoogstaande interventies plaatsvindt. Interculturele bemiddelaars moeten minimaal aan  $\frac{3}{4}$  van de supervisie- en vormingsbijeenkomsten georganiseerd door de Coördinatiecel Interculturele Bemiddeling deelnemen.

2) Een aanvraag voor het aanstellen van een coördinator interculturele bemiddeling: er kan een coördinator interculturele bemiddeling gefinancierd worden op voorwaarde dat er een voldoende hoog aantal allochtone patiënten in het ziekenhuis opgenomen wordt, en (voor ziekenhuizen waar reeds een initiatief loopt) er een voldoende hoog aantal kwalitatief hoogstaande interventies plaatsvindt uitgevoerd door de coördinator zelf, interne of externe tolken of interculturele bemiddelaars die onder leiding van de betrokken coördinator werken. Een bedrag dat overeenstemt met maximaal 0,4 VTE kan toegekend worden op voorwaarde dat er maandelijks in een algemeen ziekenhuis minimaal 20 interventies door interne of externe tolken of externe interculturele bemiddelaars gerealiseerd worden, of wanneer er ten minste 1 VTE interculturele bemiddelaar in de instelling in dienst is die door de betrokken coördinator begeleid wordt.

In psychiatrische instellingen volstaan 10 interventies per maand. Interculturele bemiddelaars die door het ziekenhuis aangeworven worden via andere middelen dan de budget van financiële middelen dienen aan dezelfde criteria te voldoen als de interculturele

moyen de ce mécanisme. Si tel n'est pas le cas (et si aucune dérogation n'a été accordée en ce qui concerne le profil demandé), ils ne peuvent être pris compte pour l'octroi d'un coordinateur en matière de médiation interculturelle. En outre, ils doivent participer au minimum à  $\frac{3}{4}$  des réunions de supervision et de formation organisées par la Cellule de coordination Médiation interculturelle.

3) Une demande de financement d'un coordinateur en matière de médiation interculturelle et d'un médiateur interculturel : le nombre d'ETP attribué pour les deux fonctions correspond au nombre d'ETP attribué dans le cadre d'une demande de médiateur interculturel (cf. 1). A cet égard, au maximum 0,4 ETP peut être octroyé pour une fonction de coordination. Pour un hôpital où l'initiative est déjà en cours, ce financement ne peut être maintenu qu'à la condition suivante : soit l'hôpital occupe 1 ETP médiateur interculturel, soit l'hôpital occupe 0,5 ETP médiateur interculturel et on y recense en outre, s'il s'agit d'un hôpital général, au moins 10 interventions (5 pour les hôpitaux psychiatriques) effectuées chaque mois par le coordinateur lui-même, par des interprètes internes ou externes ou par des médiateurs interculturels externes.

La sous-partie B8 du budget des hôpitaux sélectionnés est augmentée d'un montant forfaitaire maximum par ETP de:

- 39.910,99 EUR (index 01/01/2005) pour les personnes visées au point a),
- 37.250,25 EUR (index 01/01/2005) pour les personnes visées au point b),
- 31.928,79 EUR (index 01/01/2005) pour les personnes visées au point c),

Sur la base :

- du dossier de candidature ;
- uniquement pour les hôpitaux disposant déjà de médiateurs interculturels en activité : des résultats d'une évaluation des activités de médiation au sein des hôpitaux concernés effectuée par la Cellule de coordination Médiation interculturelle;
- de l'avis de la Cellule de coordination Médiation interculturelle du Service public fédéral désignée à cet effet.

bemiddelaars die met dit mechanisme gefinancierd worden. Wanneer dat niet het geval is (en wanneer er geen afwijking van het gevraagde profiel toegestaan werd), kunnen ze niet in aanmerking genomen worden voor de toekenning van een coördinator interculturele bemiddeling. Ook moeten ze deelnemen aan minimaal  $\frac{3}{4}$  van de supervisie- en vormingsbijeenkomsten georganiseerd door de Coördinatiecel Interculturele Bemiddeling.

3) Een aanvraag voor de financiering van een coördinator interculturele bemiddeling en een intercultureel bemiddelaar: Het toegekende VTE voor beide functies samen stemt overeen met het VTE dat voor een aanvraag van een intercultureel bemiddelaar (cf. 1) toegekend zou worden. Daarbij kan maximaal 0,4 VTE coördinatiefunctie toegekend worden. Voor een ziekenhuis waar het initiatief reeds loopt kan deze financiering enkel behouden worden wanneer er of 1 VTE intercultureel bemiddelaar in het ziekenhuis werkt, of wanneer er een 0,5 VTE interculturele bemiddelaar in dienst is en er daarnaast in algemene ziekenhuizen minimaal 10 interventies (voor psychiatrische instellingen 5) per maand uitgevoerd worden door de coördinator zelf, interne of externe tolken, of externe interculturele bemiddelaars.

Het onderdeel B8 van het budget van de geselecteerde ziekenhuizen wordt verhoogd met een forfaitair bedrag per VTE van maximaal :

- 39.910,99 EUR (index 01/01/2005) voor de personen bedoeld onder punt a),
- 37.250,25 EUR (index 01/01/2005) voor de personen bedoeld onder punt b),
- 31.928,79 EUR (index 01/01/2005) voor de personen bedoeld onder punt c),

op basis van :

- het kandidatuurdossier;
- enkel voor de ziekenhuizen waar reeds interculturele bemiddelaars actief zijn: de resultaten van een evaluatie van de bemiddelingsactiviteiten in de betrokken ziekenhuizen uitgevoerd door de Coördinatiecel Interculturele Bemiddeling;
- het advies van de Coördinatiecel Interculturele Bemiddeling van de hiervoor genoemde Federale Overheidsdienst.

Les montants octroyés ne peuvent être utilisés par les hôpitaux en question que pour le recrutement de médiateurs interculturels et de coordinateurs en matière de médiation interculturelle. Au sein de ces établissements, il convient d'utiliser les noms de fonction 'médiateur interculturel' et 'coordinateur en matière de médiation interculturelle' pour ces personnes. Les tâches des 'médiateurs interculturels' et des 'coordinateurs en matière de médiation interculturelle' doivent être conformes à l'ensemble des tâches prévues pour ces personnes, tel que décrit sur la page web du site du SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement.

Le montant total pour le recrutement des coordinateurs en matière de médiation interculturelle est limité à 345.895,22 EUR (index 01/01/2005).

L'attribution de ce financement peut être conditionnée à la participation à des projets élaborés par la cellule de coordination Médiation interculturelle. ».

De toegekende middelen mogen door de betrokken ziekenhuizen enkel gebruikt worden voor het in dienst nemen van interculturele bemiddelaars en coördinatoren interculturele bemiddeling. Binnen de instellingen moeten voor deze personen de functienamen 'intercultureel bemiddelaar' en 'coördinator interculturele bemiddeling' gebruikt worden. De taakinvulling van de 'interculturele bemiddelaars' en 'coördinatoren interculturele bemiddeling' moet in overeenstemming zijn met het takenpakket voor deze personen zoals beschreven op de webpagina's van site van FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.

Het totale bedrag dat voor het aanwerven van coördinatoren interculturele bemiddeling uitgegeven kan worden, is beperkt tot 345.895,22 EUR (index 01/01/2005).

De toekenning van deze financiering kan gekoppeld worden aan de deelname aan projecten uitgewerkt door de Coördinatiecel Interculturele Bemiddeling. ».