

Diplôme postgrade en économie et administration de la santé

Année académique 1999/2000

LE ROLE SOCIO-ECONOMIQUE

DES MEDIATEURS CULTURELS INTERPRETES (MCI)

DANS LA PROBLEMATIQUE DE L'HOSPITALISATION

DES MIGRANTS

Mémoire de Federica Fontana

Licenciée en sciences sociales

Directeur du mémoire Madame Eliane Perrin

Expert du mémoire Madame Spomenka Alvir

TABLE DES MATIERES

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 1. | <u>Introduction</u> | 4 |
| 1.1 | La notion de migration hier et aujourd'hui | 4 |
| 1.2 | Les migrants en Suisse..... | 5 |
| 2. | <u>L'interprétariat dans le domaine sanitaire</u> | 9 |
| 2.1 | Pourquoi le recours aux médiateurs culturels interprètes dans le domaine sanitaire est-il nécessaire ? | 9 |
| 2.1.1 | Les arguments et les raisons en faveur du recours aux médiateurs culturels interprètes | |
| 2.1.2 | Les limites du recours aux médiateurs culturels interprètes | |
| 2.1.3 | Dans quels cas l'interprétariat dans le domaine sanitaire est-il vraiment une aide ? | |
| 2.2 | Qui peut remplir la fonction de médiateur culturel interprète dans le contexte thérapeutique ? | 10 |
| 2.2.1 | Les caractéristiques du médiateur culturel interprète | |
| 2.2.2 | Qui ne devrait pas fonctionner comme médiateur culturel interprète ? | |
| 3. | <u>Les services d'interprétariat institutionnalisés en Suisse</u> | 13 |
| 3.1 | Une vision d'ensemble | 13 |
| 3.2 | Les types d'interprétariat proposés | 14 |
| 3.2.1 | L'interprétariat dans les entretiens en face-à-face | |
| 3.2.2 | L'interprétariat par écrit | |
| 3.2.3 | L'interprétariat par téléphone | |
| 3.3 | Les formes d'interprétariat et les définitions du rôle du médiateur culturel interprète dans le système sanitaire suisse | 16 |
| 4. | <u>Le rôle social du médiateur culturel interprète (MCI) dans le système sanitaire</u> | 17 |
| 4.1 | Le MCI et la formation de la triade (patient migrant-MCI-soignant) | 17 |
| 4.2 | Quelles sont concrètement les fonctions sociales du MCI ? | 20 |
| 4.2.1 | La fonction de traduction mot à mot | |
| 4.2.2 | La fonction de médiation culturelle | |
| 4.2.3 | La fonction d' « avocat du patient » | |
| 4.2.4 | La fonction de co-thérapie | |
| 4.3 | Le pouvoir et le statut du MCI : un manque de reconnaissance sociale et professionnelle formelle | 23 |
| 4.4 | Qu'en pensent les MCI ? | 24 |
| 5. | <u>Le rôle économique du médiateur culturel interprète (MCI) dans le système sanitaire</u> | 26 |
| 5.1 | L'organisation juridique et le type d'institution des services d'interprétariat | 26 |
| 5.2 | Le mode de financement des services d'interprétariat..... | 27 |
| 5.3 | L'engagement des MCI..... | 29 |
| 5.3.1 | Les modalités d'engagement des MCI | |
| 5.3.2 | Les exigences et les conditions nécessaires pour l'engagement des MCI | |
| 5.3.3 | Les procédures d'engagement des MCI | |
| 5.3.4 | Les conditions salariales des MCI | |
| 5.4 | La formation | 33 |
| 5.4.1 | La formation initiale et la formation continue des MCI | |
| 5.4.2 | La formation continue du personnel soignant | |

| | | |
|-----------|---|-----------|
| 6. | <u>Conclusions et propositios</u> | 35 |
| 6.1 | Promouvoir un service d'interprétariat professionnellement qualifié au sein du système de santé et dans le domaine social | 35 |
| 6.2 | Trouver un mode de financement adéquat | 35 |
| 6.3 | Les bases pour la réussite d'une reconnaissance sociale et économique des MCI | 36 |
| 6.4 | Proposition d'un modèle de formation pour les MCI en milieu sanitaire | 37 |
| 6.5 | Conclusions | 38 |
| 7. | <u>Annexes</u> | 39 |
| 8. | <u>Remerciements</u> | 49 |
| 9. | <u>Bibliographie</u> | 50 |

1. INTRODUCTION

1.1 LA NOTION DE MIGRATION HIER ET AUJOURD'HUI

L'appréhension des mouvements migratoires s'est sûrement modifiée ces dernières années.

Jusque dans les années 80, le phénomène de la migration était défini par les notions d'émigration et d'immigration. Il était donc inévitablement conçu comme un processus linéaire, irréversible et définitif.

Aujourd'hui, la situation a beaucoup changé. Quand on a affaire au phénomène de la migration, on se réfère, à l'heure actuelle, à un système global et cohérent qui génère des mouvements migratoires qui agissent à leur tour sur lui. Les mouvements entre régions, pays ou continents sont de nature très complexe et ne sont plus motivés simplement par les disparités salariales, comme on pouvait le constater par le passé.

Les images de gens déracinés, laissant tout derrière eux, cèdent maintenant la place à la vision d'êtres humains insérés dans un réseau de relations multiples et permanentes par dessus les frontières nationales.

Selon Jean-Claude Métraux (Président de l'Association Appartenances à Lausanne) il est pertinent de distinguer « anciennes et nouvelles migrations » pour réfléchir à propos des problèmes d'intégration et d'adaptation des migrants.

Selon lui, la différence se situe davantage au niveau du sens de la migration, du mandat que les gens reçoivent au moment de leur départ. Pour les migrants économiques, venant pour l'essentiel dans les années 80 des pays traditionnels de migration, le sens de leur migration est en quelque sorte d'enrichir leur village et leur famille.

Les drames surgissent lorsque que ce mandat ne peut plus, pour une raison ou une autre, être rempli.

Les migrants fuyant pour garantir leur survie physique sont investis au contraire d'un mandat très différent par leur communauté d'origine. Cela a sans doute des fortes conséquences sur le processus d'intégration et d'adaptation.

On peut prendre comme exemple l'ex-Yougoslavie ou la Somalie ; il y a une situation de guerre qui se prolonge et il n'y a pas de garantie à long terme que la communauté survive. Dès lors, les gens qui fuient ont le mandat d'assurer la pérennité de leur communauté, ce qui les incite à reproduire de la manière la plus semblable possible la réalité qu'ils ont quittée.

Cependant la migration reste toujours une perte (tant au niveau individuel qu'au niveau de la communauté d'origine), quelques soient les raisons du départ.

Selon Jean-Claude Métraux « *chez tous les êtres humains, la réaction à la perte est quelque chose de très important. La migration est une perte et la réaction à cette perte est un moment difficile ; c'est à partir du moment où l'on arrive à faire le deuil de cette perte que l'on peut changer et créer quelque chose de nouveau. Cependant, pour que ce deuil puisse déboucher sur un enrichissement, il est nécessaire de pouvoir se retrouver dans un espace de sécurité où l'on peut exprimer sa tristesse, sa souffrance, son état d'âme (physique et psychique) et, à partir de là, réussir une forme d'intégration. Donc, si on veut réellement permettre l'intégration et l'adaptation des migrants, la priorité est de créer cet espace de sécurité* » (Métraux, « Les paradoxes de l'intégration », 1996, p. 9).

Le choix du départ se fait le plus souvent dans l'urgence, sans possibilité de se préparer, d'avertir ses proches et de construire un projet. Ces conditions de départ ne permettent aucune maturation psychique pour le migrant ; le départ se vit donc, dans un premier temps, comme un choc.

La migration constitue une rupture brutale. Le départ dans un pays étranger implique la perte d'un environnement social, culturel et linguistique familier, ayant fourni des repères identificatoires. L'exil, tout comme la guerre, fait voler en éclats tout le système d'appartenances sociales que l'individu s'est construit tout au long de sa vie (associations, travail, activisme politique, etc.).

Dans la plupart des situations, la migration n'est pas vécue comme un choix, mais comme imposée par des nécessités de survie. L'accueil dans notre pays, avec les procédures complexes d'admission (interrogatoires, attribution arbitraire dans les différents cantons sans prise en compte des langues connues, conditions de vie dans les centres d'hébergement, etc.), est alors, au mieux, déroutant, et au pire, vécu comme une non prise en compte de la souffrance subie.

Dans tous les cas, le statut même de requérant, avec le risque permanent de renvoi, ne permet pas de trouver dans le pays d'accueil la sécurité espérée (cet espace de sécurité évoqué ci-dessus).

Le migrant doit donc faire un deuil non seulement des pertes liées au départ, mais surtout de ses rêves et de ses espoirs face au pays d'accueil. La possibilité d'un retour rend les désirs d'intégration et d'adaptation aléatoires car créer des liens et des attaches signifie s'exposer à de nouvelles pertes.

Les migrants d'aujourd'hui sont souvent confrontés à des traumatismes graves liés aux guerres contemporaines ravageant la planète. Le traumatisme atteignant chez l'individu toutes les « enveloppes » constituant son identité, il est indispensable que l'aide du pays d'accueil soit utile pour lui. Il faut donc l'aider dans la reconstitution d'une intégrité comprenant les liens familiaux et sociaux vitaux, l'ancrage social et l'appartenance culturelle qui relie la personne en tant qu'être singulier à sa collectivité et sa culture d'origine.

La migration, comme expression de la mobilité moderne, peut offrir à un individu ou à un groupe une opportunité de changement (positive).

Mais la migration, au sens de la fuite, représente au contraire une démarche éprouvante sur le plan humain. La perte du contexte de vie habituel, des conditions de travail et de logement peu satisfaisantes, des obstacles structurels à la participation sociale et des difficultés de communication font de la migration un risque sur le plan social, économique et sanitaire.

1.2 LES MIGRANTS EN SUISSE

Depuis une dizaine d'années, les flux migratoires qu'a connu la Suisse se sont profondément modifiés. Traditionnellement arrivaient en Suisse des travailleurs étrangers provenant des pays voisins d'Europe ou du Sud, à savoir l'Italie, la France, l'Espagne et le Portugal. Leur origine latine réduisait les problèmes de compréhension et de communication, de nombreux Suisses parlant leur langue et ces derniers apprenant une des langues nationales relativement rapidement.

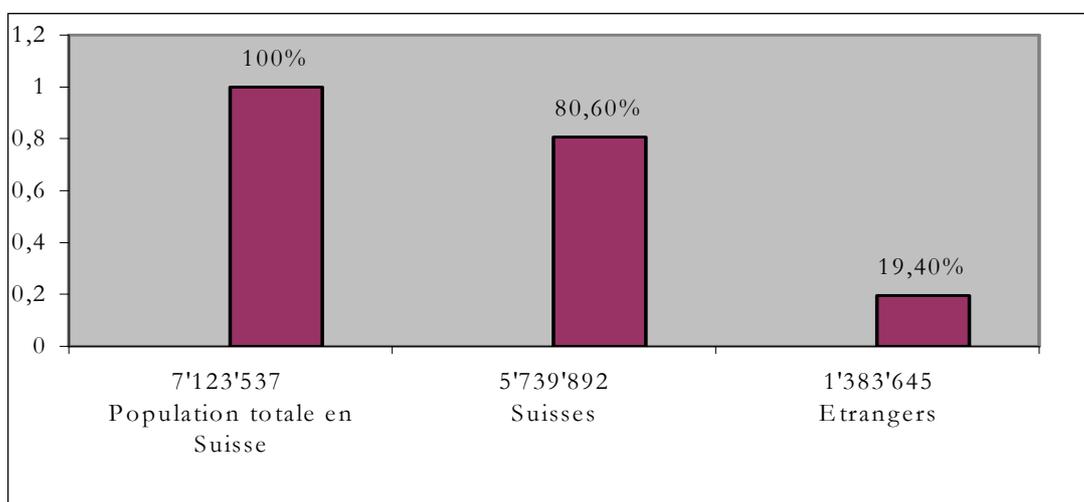
Depuis les années 80, un nombre croissant de migrants provenant de pays beaucoup plus éloignés frappent à la porte de la Suisse. Il s'agit en majorité de réquerants d'asile ou de réfugiés ayant quitté leur pays dont la situation économique est souvent catastrophique, où règne l'insécurité voire qui sont en état de guerre civile.

Des sept millions d'habitants que compte la Suisse, 64% parlent allemand, 20% français, 8% italien et 0,6% romanche, quatrième langue nationale. 7% parlent d'autres langues, dont les plus importantes sont l'albanais, l'espagnol, le portugais, le turc, les langues asiatiques (Bischoff et al., 2000).

La population migrante résidente en Suisse s'élève à 19%. 59% sont nés en Suisse ou y résident depuis plus de 10 ans. C'est, avec le Luxembourg (29,4%), le pays d'Europe où le pourcentage de population étrangère est le plus fort (Bischoff, 1997).

Réfugiés et requérants d'asile représentent 1,7% de la population suisse. Ils viennent essentiellement de l'Ex-Yougoslavie (Kosove et Bosnie), de Turquie, du Sri-Lanka et de plusieurs pays africains (Somalie, Congo, Rwanda, Angola). La plupart d'entre eux ne parlent aucune des langues officielles ni l'anglais (Bischoff et al., 2000).

Tableau 1 : Population étrangère résidente permanente en Suisse
(Annuaire Statistique de la Suisse 2000, OFS).



L'augmentation de la population étrangère en 1995 a été de 2,8%, due principalement à l'arrivée de migrants de l'Ex-Yougoslavie et aux naissances issues de familles étrangères (le taux de fécondité des femmes étrangères est plus élevé que celui des Suissesses).

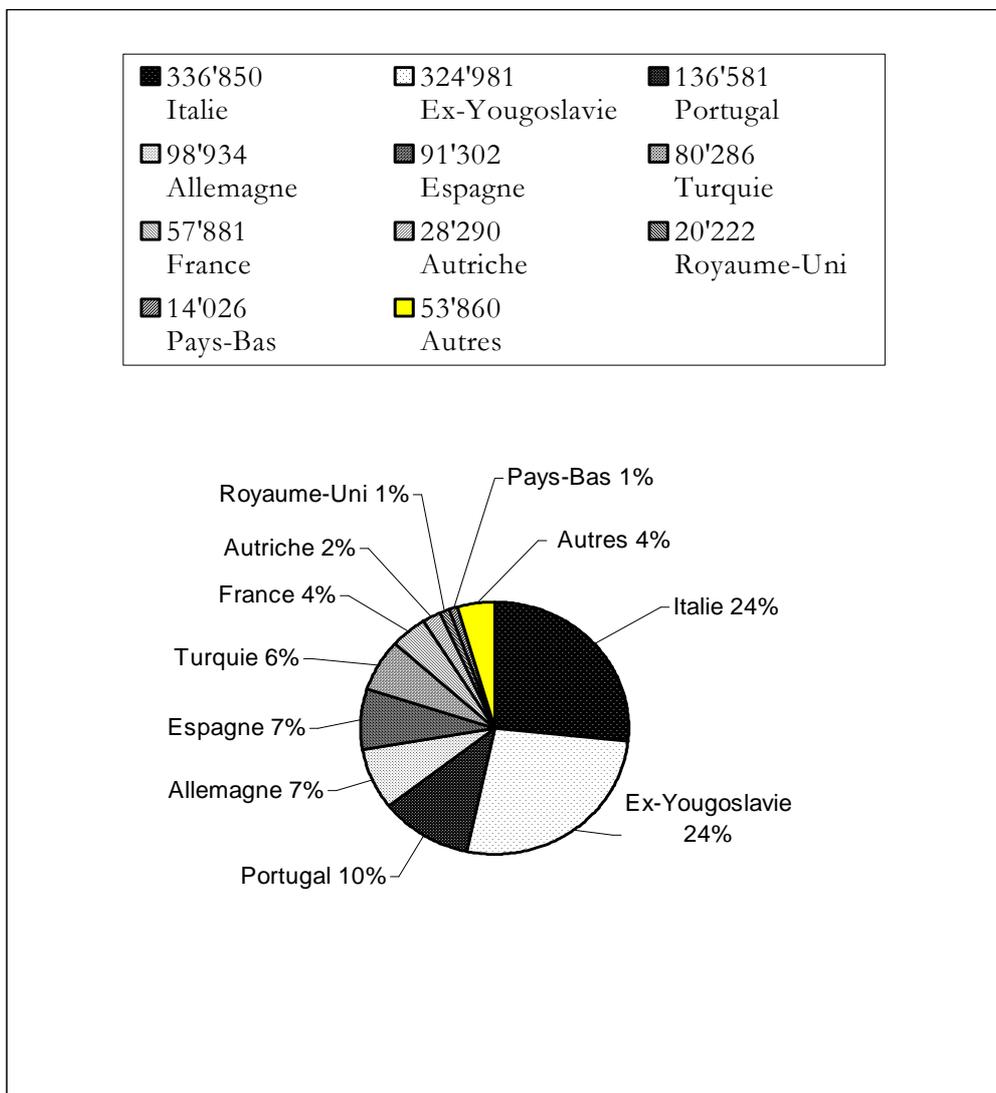
Si dans le passé les migrants étaient plus fortement représentés dans les classes d'âge jeunes, actuellement la pyramide des âges se rapproche de celle des Suisses.

Les migrations internationales ont fortement ralenti le vieillissement de la population suisse au cours des trente dernières années, les migrants étant surtout des jeunes adultes.

Les migrants représentent 27% de la population active, occupée essentiellement dans les secteurs secondaire et tertiaire. Ces dernières années, une proportion plus forte a été touchée par le chômage.

La diversification des étrangers en Suisse augmente le pluralisme culturel observé aujourd'hui. Si en 1960, 90% des migrants parlait une langue nationale, en 1990 cette part passe 57%. De nos jours, l'albanais (0,5%) est parlé autant que le romanche (0,6%).

Tableau 2 : Origine des étrangers résidants en Suisse
(Annuaire Statistique de la Suisse 2000, OFS).



Les recherches actuelles menées par l'Office Fédéral de la santé publique (OFSP) attestent qu'en Suisse l'état de santé des migrants, notamment des requérants d'asile, des réfugiés et des femmes, n'atteint pas le niveau de celui de la population suisse. La morbidité accrue et un taux de mortalité plus élevé des migrants sont également identifiés dans le reste de l'Europe.

Quel est le rapport entre la migration et la santé ?

Je crois qu'il est intéressant d'essayer de répondre à cette question. En effet, la migration demeure sûrement encore aujourd'hui un risque sur le plan de la santé.

Analysons maintenant les raisons et les causes de ce phénomène.

La migration est sans doute une démarche éprouvante sur le plan humain. Elle suppose une capacité de se mouvoir en peu de temps dans des systèmes sociaux différents et de s'adapter, parfois pour une courte durée seulement.

Le système suisse de santé publique garantit en soi la qualité des soins médicaux de base pour l'ensemble de la population, étrangers compris. Toutefois, les barrières linguistiques, sociales et culturelles rendent l'accès aux soins plus difficile pour les migrants.

Une grande partie des migrants ne maîtrise pas, ou seulement très partiellement, la langue régionale. Ce fait empêche évidemment la mise en place d'une bonne communication avec le personnel soignant et peut aussi conduire, dans le pire des cas, à des erreurs de traitement. Des difficultés apparaissent, d'une part lors de l'anamnèse et de la pose de diagnostics et, d'autre part lorsqu'il s'agit de s'assurer de l'accord du patient pour le traitement.

Les barrières linguistiques représentent sûrement un problème que même les cours de langues à l'intention des migrants ne peuvent pas abolir complètement. Cependant ces barrières linguistiques ne représentent qu'un des obstacles que les patients migrants malades doivent surmonter pour bénéficier d'une bonne prise en charge. En effet, les différences sociales et culturelles entrent pour une part au moins aussi grande dans les problèmes de communication qui surgissent que les problèmes de langue.

Chaque contexte thérapeutique met en présence des êtres dotés d'expériences de vie quotidienne divergentes et habités par des attentes différentes à l'égard de la relation. La confrontation d'univers divergents provoque chez les soignants et chez les migrants le sentiment d'être incompris. Les interruptions de la thérapie et les changements de médecin sont donc fréquents, ce qui a des conséquences négatives au niveau de la santé même des migrants.

Ueli Locher (Vice-Directeur de l'Office Fédéral de la santé publique) s'exprime à ce propos en disant qu'« *il n'est pas rare que des problèmes de communication apparaissent lorsque les migrants entrent en contact avec notre système de santé. Souvent les barrières linguistiques ne suffisent pas à elles seules à expliquer les difficultés de communication. Les contacts des migrants avec le système de santé doivent être abordés en prenant en compte des biographies marquées par les effets de la migration et de la fuite. Des représentations divergentes de la santé et de la maladie jouent également un rôle. A défaut de telles considérations, le risque d'incompréhension, de méfiance, voire même d'erreurs au niveau du diagnostique et du traitement est bien réel* » (Weiss et Stuker, « Lorsque patients et soignants ne parlent pas la même langue », 1998, p. 4).

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a formulé comme objectif principal « La santé pour tous en l'an 2000 ». Cela signifie que l'on essaie d'atteindre une égalité d'accès pour tous aux ressources du système de soins, travailleurs étrangers et requérants d'asile résidant en Suisse y compris.

Or, la majorité des étrangers vivant en Suisse ne parle pas ou peu les langues nationales et n'appartient pas à l'univers culturel de l'Europe occidentale. Inévitablement d'importants problèmes de communication vont s'instaurer dépassant les seules questions liées à la langue.

Dans ses contacts avec un malade migrant, le personnel soignant (médecins, infirmiers /ères, etc.) doit prendre en compte la représentation que ce patient se fait de la maladie en plus des indications sur la maladie en tant que telle.

Tomber malade est désécurisant pour tout le monde. Mais lorsque la maladie survient dans un contexte non familial, comme c'est le cas pour les migrants, cette insécurité est encore accentuée.

Dans les hôpitaux, comme dans toutes les institutions sanitaires, il faut par conséquent que l'on cherche à ne pas oublier ou sous-estimer l'importance de la compréhension des personnes d'origine étrangère aussi bien sur le plan de la langue que sur celui de la culture.

Le corps soignant doit faire face à cette situation le mieux possible. Pendant les rencontres et les consultations avec des migrants, le personnel soignant doit donc s'efforcer de créer une atmosphère la plus positive et la plus sécurisante possible, seule façon d'éliminer, ou au moins de réduire, cette situation de grand malaise où se trouve inévitablement le malade migrant.

De plus nous savons que, dans le domaine sanitaire, les malentendus et les difficultés de communication génèrent très souvent des coûts évitables.

Ursula Steiner-König (Dr. médecin, membre du comité central de la FMH) dit à ce propos : « *lorsqu'un diagnostic précis ne peut être établi d'emblée et qu'il faut par conséquent faire plusieurs essais de traitement ou encore recourir à des méthodes techniques de diagnostic, lorsque la communication et donc la relation entre le patient migrant et le médecin ne peut se développer de manière satisfaisante du point de vue de la qualité, le traitement devient inévitablement beaucoup plus coûteux* » (Weiss et Stuker, « Lorsque patients et soignants ne parlent pas la même langue », 1998, p.5).

Une bonne compréhension influence directement la compliance et l'adhésion aux conseils ou aux recommandations données. La communication et la compréhension sont en effet les premiers éléments qui facilitent l'accès aux soins.

Comprendre et pouvoir communiquer c'est être plus efficace et optimiser l'utilisation du temps et des ressources disponibles. C'est réduire les malentendus, l'insatisfaction de l'intervenant et du patient migrant, c'est éviter des consultations répétées souvent motivées par une demande non comprise ou insatisfaite. De plus les problèmes de communication rendent difficile l'accomplissement du devoir d'information aux patients de langue étrangère. Des supports spécifiques visant à faciliter la communication sont donc bien évidemment nécessaires à l'amélioration de la coopération entre les patients migrants et les soignants et à un traitement approprié.

A une époque où l'on parle beaucoup de contrôle de qualité, principalement axé sur les gestes techniques, pouvoir s'exprimer et être compris correctement est une nécessité à laquelle intervenants et patients doivent avoir accès pour pouvoir assurer des services et des soins de qualité.

Pour que les migrants puissent avoir une égalité des chances face aux prestations du système des soins, ils doivent pouvoir bénéficier de supports spécifiques de même que les professionnels de la santé concernés. La mise en place d'un service d'interprétariat professionnellement qualifié au sein du système de santé devient la solution la plus adéquate et ciblée. L'intervention d'interprètes formés peut donc représenter un apport décisif. Un service d'interprétariat, c'est-à-dire la médiation entre les patients et les soignants, s'avère être un outil fondamental et nécessaire pour réduire des difficultés de type linguistique, sociales, culturelles et psychologiques (donc aussi pour des problèmes qui ne sont pas strictement liés à la langue).

2. L'INTERPRETARIAT DANS LE DOMAINE SANITAIRE

Dans les hôpitaux suisses, de plus en plus de patients ne parlent pas la langue des soignants. Cette augmentation de la proportion d'allophones (de langue maternelle étrangère) parmi les soignés ne va sans doute pas sans poser des problèmes.

« Dans le domaine des soins sanitaires, le corps médical (médecins, infirmiers, etc.) est saturé. Saturé de ces situations pour lesquelles il ne trouve pas de solution rapide et efficace. Ce sentiment d'échec et de frustration arrive jusqu'à provoquer des blocages vis-à-vis des étrangers qui vivent la mort ou la maladie d'une autre manière que nous. Car les problèmes de communication ne sont pas uniquement liés à la langue. La différence de culture interfère également dans la relation entre soignants et patients migrants » (dans « Le Courrier », lundi 5 juin 2000).

Après ces prémisses, des questions sont inévitables.

Comment faut-il soigner un patient dont on ne parle pas la langue ?

Comment faut-il procéder pour réussir à optimiser l'information et le traitement des patients de langue étrangère ?

De quelle manière et par quelles moyens faut-il communiquer avec les patients migrants dont la langue et les particularismes culturels sont très différents des nôtres ?

2.1 POURQUOI LE RECOURS AUX MEDIATEURS CULTURELS INTERPRETES DANS LE DOMAINE SANITAIRE EST-IL NECESSAIRE ?

Pour surmonter la barrière linguistique (et culturelle), l'Office fédéral de la santé publique recommande le recours aux interprètes.

Il convient de relever à cet égard qu'il s'agit non seulement d'apporter une médiation sur le plan de la langue, mais également sur le plan culturel. Outre la traduction elle-même, la médiation culturelle comprend également une mise en communication des systèmes de pensée et des modes d'action divergents, des patients migrants et des soignants.

La collaboration avec les médiateurs culturels interprètes s'avère être la solution indiquée dans le traitement de patients de langue différente. En effet, ce support facilite non seulement la communication, mais améliore aussi la coopération entre migrants et soignants (dans la décision du traitement à mettre en place, par exemple).

2.1.1 Les arguments et les raisons en faveur du recours aux médiateurs culturels interprètes.

Ils existent des arguments, des raisons qui plaident en faveur du recours à l'interprétariat dans le domaine de la santé. Ces arguments obéissent à des considérations développées dans quatre registres très distincts (Weiss et Stuker, « Interprétariat et médiation culturelle dans le système de soins », 1998, p. 35).

1. « Le principe de la nécessité de se comprendre ».
Une communication suffisante entre médecin et patient migrant est considérée comme la base de presque toute situation thérapeutique.
2. « La qualité des soins ».
Des possibilités de communication fortement restreintes peuvent nuire à la qualité des soins prodigués et augmenter le risque d'erreurs de diagnostic et de traitement.
3. « Le droit du patient ».
Vu sous l'angle légal, de graves problèmes de communication peuvent rendre impossible l'accomplissement du devoir du médecin d'informer le patient. Il est même parfois question de violation de ce devoir.
4. « Le coût de la santé ».
Les problèmes de communication entraînent un fréquent changement de médecin (le fameux tourisme médical ou « doctor-shopping »), ce qui augmente le coût des soins.

Par ces arguments, on peut donc bien constater que « *l'interprétariat peut contribuer de diverses façons à réduire les problèmes de communication. Il permet en effet d'abaisser les barrières linguistiques et de rendre possible une médiation entre des compréhensions de la maladie qui divergent entre les patients migrants et les soignants. Ce fait contribue à faciliter, pour les deux parties, l'accès aux contextes socioculturels respectifs* » (Weiss et Stuker, « Interprétariat et médiation culturelle dans le système de soins », 1998, p. 36).

2.1.2 Les limites du recours aux médiateurs culturels interprètes.

Les raisons qui plaident en faveur de la mise à disposition d'interprètes pour les patients migrants de langue étrangère sont donc nombreuses. Mais il faut relever aussi les limites d'une telle assistance.

Selon Regula Weiss et Rahel Stuker (dans « Interprétariat et médiation culturelle dans le système de soins », 1998, p. 37) les limites sont de nature linguistique :

« Même si le recours à des interprètes permet de surmonter partiellement les difficultés de communication, toute traduction reste nécessairement incomplète. Les limites linguistiques de la traduction se rapportent tout d'abord au maniement de la langue. Celui-ci concerne aussi bien l'utilisation de codes linguistiques différents en fonction du contexte socio-économique respectif des partenaires de l'interaction, que la connaissance des terminologies particulières. Ces limites linguistiques de la traduction découlent du contexte personnel et de l'expérience de l'interprète. Il y a lieu de relever également les distorsions linguistiques dues à la traduction. Les interprètes peuvent rencontrer la difficulté de traduire des idées et des significations d'une langue dans une autre ».

La mise à disposition de l'aide des interprètes occulte aussi les problèmes de communication d'une autre nature qui appellent des solutions différentes.

La traduction ne représente qu'un pas vers la reconnaissance des besoins spécifiques des patients migrants. De nombreuses autres barrières rendent l'égalité d'accès aux prestations de la santé plus difficile pour les migrants. Mettre la priorité sur les difficultés de communication dues à la langue occulte des problèmes qui ont leur racine dans des obstacles sociaux et institutionnels. Ces barrières réelles ne pourront être surmontées que par le biais de mesures à long terme dans le domaine des politiques sociale et sanitaire.

2.1.3 Dans quels cas l'interprétariat dans le domaine sanitaire est-il vraiment une aide ?

Les problèmes de communication apparaissent dans des contextes thérapeutiques et dans des domaines très divers. L'enjeu n'est pas le même à cet égard, s'il s'agit du simple soin d'une blessure ou de situations impliquant une négociation des objectifs thérapeutiques et des procédures.

L'interprétariat est considérée comme particulièrement indispensable en présence de problèmes complexes, par exemple lors de diagnostics de cancer, de SIDA, en psychothérapie ou dans le domaine psychiatrique.

Dans ce contexte, en effet, on postule au départ que l'accès à l'expérience affective de la maladie, à la manière dont elle est vécue, est déterminant et qu'il est d'autant plus aisé que l'entretien se déroule dans la langue maternelle.

Dans le cas d'affections somatiques légères, la traduction est également considérée comme pertinente même si elle ne s'impose pas avec la même force.

2.2 QUI PEUT REMPLIR LA FONCTION DE MEDiateur CULTUREL INTERPRETE DANS LE CONTEXTE THERAPEUTIQUE ?

La question des qualifications du médiateur culturel interprète est centrale.

Pour pouvoir assumer la fonction d'interprète dans le domaine de la santé, une personne doit en effet posséder des compétences spécifiques et satisfaire des critères particuliers.

Les compétences et les connaissances nécessaires ont trait d'abord aux langues à traduire.

Une connaissance approfondie des deux langues est une condition incontournable pour l'interprétariat dans le contexte médical.

L'expérience personnelle de la migration et de l'intégration présentent également un grand avantage pour l'activité d'interprète. Elles facilitent en effet la prise en compte des problèmes et des intérêts spécifiques des migrants ayant besoin d'un traitement médical.

Il y a ensuite la nécessité d'un savoir spécifique de la part du médiateur culturel interprète. Il s'agit là d'un élément fondamental pour réussir à réaliser un travail qui soit vraiment utile et de qualité.

Il faut donc que l'interprète soit en possession de connaissances spécifiques, autrement dit, il doit disposer de connaissances médicales de base. Une bonne traduction présuppose en effet la maîtrise de la terminologie médicale spécifique.

En plus, il faut aussi une connaissance des structures du système sanitaire (connaître les réalités structurelles et juridiques spécifiques qui sont en place dans le pays).

Il faut enfin que l'interprète ait une sensibilité aux situations d'interaction à l'intérieur de cette consultation médicale spécifique qui englobe des aspects particuliers liés à la diversité des cultures et à la migration.

A ce point là, on peut sans doute affirmer que les migrants possédant des connaissances dans le secteur médical ou de l'expérience dans le domaine social sont particulièrement aptes à ce type d'activité.

Selon Regula Weiss et Rahel Stuker « *les personnes bénéficiant de connaissances linguistiques suffisantes, d'une expérience des questions spécifiques liées à la migration et qui ont de plus suivi une formation appropriée sont aptes à remplir la fonction de médiateur culturel interprète* » (dans « Lorsque patients et soignants ne parlent pas la même langue », 1998, p. 10).

On peut donc conclure en affirmant que les médiateurs culturels interprètes peuvent devenir des véritables experts pour les aspects de la maladie propres à la migration, ainsi que pour des problèmes spécifiques touchant à l'interaction entre professionnels de la santé et patients migrants.

Les médiateurs culturels interprètes apportent leur soutien au travail des soignants en assumant en partie la responsabilité d'une bonne communication. Cette fonction est exigeante. Elle comprend des charges qu'il est possible d'assumer moyennant une préparation appropriée (suivre une formation spécifique) et un soutien institutionnel (voir chapitre 5).

2.2.1 Les caractéristiques du médiateur culturel interprète.

Le médiateur culturel interprète est une personne qui assume la responsabilité de créer le lien entre la communauté migrante et la société d'accueil (institutions suisses).

Le médiateur culturel interprète doit donc réussir à mettre en place un « pont », un « passage » entre deux cultures différentes. C'est seulement de cette façon que se crée une vraie compréhension et que se construit une communication de qualité (l'échange d'informations se crée alors sur des bases solides).



Il faut une personne qui puisse faire le lien entre ces deux entités. Cette personne est le médiateur culturel interprète. Celui-ci est là pour comprendre ce qui est le « message culturel ». La position particulière du médiateur culturel interprète lui permet de « toucher » les deux langues / cultures à la fois.

Les caractéristiques principales du médiateur culturel interprète sont les suivantes :

1. Le MCI doit posséder une double appartenance.
En d'autres termes, il doit se trouver à cheval entre l'appartenance d'origine et l'appartenance de la société d'accueil.
2. Le MCI doit posséder trois types de connaissances :
 - A. Connaissances de sa communauté, de son pays d'origine.
 - B. Connaissances de la société d'accueil (avoir des bonnes connaissances à propos des institutions sanitaires, éducatives, etc., présentes dans le pays où il réside).
 - C. Connaissances des techniques d'interprétariat et culturels (il faut suivre une formation spécifique).

2.2.2 Qui ne devrait pas fonctionner comme médiateur culturel interprète ?

Du fait qu'on ne dispose guère à l'heure actuelle d'interprètes formés et que, de plus, il s'agit de réaliser des économies de coûts, on fait aujourd'hui appel presque exclusivement à des interprètes non professionnels.

Par souci d'économie et de simplification de l'organisation, mais pour pouvoir assurer quand-même l'interprétariat, ils existent trois possibilités :

1. L'utilisation des membres de la famille (des personnes provenant du cercle de proches et d'amis du patients).
2. L'utilisation des professionnels de la santé bilingues (des membres du personnel médical, par exemple les infirmiers/ères) ou du personnel hospitalier (par exemple les employés du service de nettoyage).
3. L'utilisation d'interprètes non formés (des personnes figurant sur des listes, disponibles sur appel).

Il est évident que ces trois possibilités ne sont pas idéales.

Faire appel à des membres de la famille ou à des amis du patient est généralement déconseillé. Ces personnes sont tout au plus acceptées comme interprètes « en dernier recours ».

La peur principale lors du recours à une personne de l'entourage immédiat des patients pour assumer la tâche d'interprète est que cette personne n'ait pas assez de distance pour maîtriser la situation. Les membres de la famille, et tout particulièrement les enfants, ne sont donc pas les personnes appropriées pour l'interprétariat dans le contexte médical : « *ces personnes sont, d'une part, vite dépassées sur le plan émotionnel et, d'autre part, ne disposent pas de la distance objective nécessaire, elles sont prises dans des conflits de loyauté* » (Weiss et Stuker, « Lorsque patients et soignants ne parlent pas la même langue », 1998, p. 9).

Ce mode de traduction rend par ailleurs difficile la protection de la sphère privée des patients. De plus, les proches sont également dépassés dans le domaine spécifique concerné ; ils manquent de connaissances médicales spécifiques.

Le recours aux professionnels de la santé bilingues ou du personnel hospitalier n'est guère plus approprié pour les activités d'interprétariat.

Sur le plan médical ou linguistique, ces personnes ne sont pas assez préparées à transmettre des contenus médicaux et les demandes des patients. De plus, des conflits d'intérêts peuvent surgir lorsque l'on demande à des membres du personnel médical chargé d'autres tâches et disposant d'autres compétences de remplir la fonction d'interprète.

Enfin, les interprètes non formés, c'est-à-dire à des personnes qui sont disponibles sur appel, ne remplissent pas non plus certaines conditions essentielles.

Du point de vue des connaissances spécifiques comme sur le plan linguistique, ils ne sont pas en mesure de transmettre des contenus complexes, et dans des situations difficiles, cela va rendre la consultation médicale très lourde.

3. LES SERVICES D'INTERPRETARIAT INSTITUTIONALISES EN SUISSE

3.1 UNE VISION D'ENSEMBLE

En Suisse, la plupart des services d'interprétariat ont été créés entre 1987 et 1995. Par rapport à ceux d'autres pays, ces services sont nettement plus récents. De nombreux pays ont en effet institutionnalisé les premiers services d'interprétariat dans le domaine de la santé et du social, il y a 20 ans déjà (France (1971), Pays-Bas (1976), Grande-Bretagne (1987), par exemple).

Tableau 1 : Les services d'interprétariat existants en Suisse
(tiré de Weiss et Stuker, « Interprétariat et médiation culturelle dans le système de soins », 1998, p. 80, traduit et réorganisé par l'auteur du travail).

| <u>Cantons suisses</u> | <u>Services proposés</u> | <u>Mise en place</u> |
|---|---|-----------------------------|
| <u>Bâle</u> Service d'interprétariat en milieu hospitalier (EPER). | Service d'interprètes hospitaliers. | Depuis 1987. |
| <u>Bâle</u> Service d'interprétariat proposé par le Dr. Peter Flubacher (projet privé). | Cabinet de généraliste avec interprète. | Depuis 1992. |
| <u>Berne</u> Service d'interprétariat de l'Hôpital universitaire de l'île. | Service d'interprètes hospitaliers. | Depuis 1990. |
| <u>Berne</u> Centre de thérapie pour les victimes de tortures (CRS). | Centre de traitement pour réfugiés ayant subi des tortures (interprètes). | Depuis 1995. |
| <u>Zurich</u> Centre d'intervention en faveur de la promotion interculturelle de la santé auprès des immigrants turcs et kurdes (DERMAN). | Centre de santé à spécificité culturelle (interprètes). | Depuis 1994. |
| <u>Genève</u> Centre de Santé-Migrants. | Centre de santé pour requérants d'asile, service d'interprétariat hospitalier, aussi pour soins à domicile. | Depuis 1993. |
| <u>Lausanne</u> Association Appartenances. | Centre de santé pour migrants avec service d'interprétariat. | Depuis 1993. |

Le Service d'interprétariat en milieu hospitalier (EPER) à Bâle.

Le premier projet mis en place en Suisse a été créé à Bâle en 1987 par l'Entraide protestante suisse (EPER). Ce service a commencé par proposer les services d'interprètes pour les patients migrants de langue turque. A l'heure actuelle, ces services incluent 8 langues, sont disponibles à des heures fixes au cours de la semaine et sont assurés par des interprètes au bénéfice d'un contrat fixe. Les interprètes de l'EPER travaillent dans cinq services de l'Hôpital cantonal et de l'Hôpital Felix-Plattner à Bâle.

Le Service d'interprétariat proposé par le Dr. Peter Flubacher à Bâle.

Il représente un cas particulier. En tant que médecin de famille, Peter Flubacher soigne une clientèle en grande partie turque et kurde. Confronté dans sa pratique à des problèmes de communication avec ces patients, il a pris sur lui de les résoudre. Ainsi, depuis 1992, il coopère avec une interprète, qui bénéficie d'un engagement fixe et qui est présente à son cabinet à des heures déterminées. La rémunération de son travail fait partie des frais généraux du cabinet ; autrement dit, elle est payée par le médecin lui-même.

Le service d'interprétariat de l'Hôpital universitaire de l'Île à Berne.

Ce service a été créé en 1990 par la direction de l'Hôpital en raison de l'augmentation constante du nombre des patients migrants de langue étrangère.

La coordination et le financement des interprètes sont du ressort du service social de l'Hôpital de l'Île. Une liste à disposition permet aux personnes en traitement d'avoir recours, sur appel, à des médiateurs culturels interprètes dont le travail est rémunéré à l'heure. Les traductions simultanées au lit du malade doivent néanmoins être assurées en priorité par des membres bilingues du personnel.

En principe, l'indemnisation des interprètes externes doit être supportée par les patients migrants eux-mêmes.

Pour les malades indigents, l'indemnisation des prestations fournies peut se faire par le recours à un fonds créé spécialement à cet effet.

Le Centre de thérapie pour les victimes de tortures (CRS) à Berne.

Ce centre existe depuis 1995.

Dirigé par des médecins, ce service propose des traitements ambulatoires pour les réfugiés dont le statut est reconnu et qui ont été victimes de tortures ou d'actes de guerre, ainsi que pour leurs proches. Des interprètes sont associés à la thérapie dans quatre cas sur cinq.

Le centre de thérapie dispose d'un pool d'interprètes, qui sont à la disposition du centre sur appel et qui sont mis à disposition d'autres institutions en cas de besoin.

Le Centre d'intervention en faveur de la promotion interculturelle de la santé auprès des immigrants turcs et kurdes (DERMAN) à Zurich.

Ce service a été créé en 1994 par l'Oeuvre suisse d'entraide ouvrière (OSEO). Ce centre s'adresse aux migrants d'origine turque ou kurde qui sont confrontés à des problèmes de santé ou à des problèmes avec le système sanitaire suisse, ainsi qu'aux patients appartenant à cette catégorie de migrants.

Les consultations et l'accompagnement de cette clientèle s'appuient sur le concept de la « médiation culturelle » et reposent par conséquent sur une équipe interculturelle.

Le Centre de Santé-Migrants à Genève.

Ce service existe depuis 1993 et a été mis en place par la Croix-Rouge genevoise et la Policlinique médicale de l'Hôpital universitaire de Genève (Unité de Médecine des Voyages et Migrations).

Ce centre de santé est géré par un personnel infirmier et s'est spécialisé en matière de soins et de conseils de santé aux requérants d'asile durant leur première année de séjour en Suisse ou durant la période d'attente entre leur demande d'asile et la réponse des autorités.

Par ailleurs, le Centre de Santé-Migrants propose un service d'interprétariat. Des contrats ont été négociés avec plusieurs divisions de l'Hôpital universitaire de Genève qui règlent la question du financement des interventions des interprètes mis à disposition par le Centre de Santé-Migrants.

L'Association Appartenances à Lausanne.

Ce service a été créé en 1993. Il s'agit d'un centre psychosocial de consultation et de promotion de la santé destiné aux migrants.

A côté de différents services de consultation, Appartenances offre également un service d'interprétariat et, depuis 1996, dispense (en français) la première et seule formation complète en Suisse à l'intention des interprètes dans les domaines de la santé et du social (formation pour médiateurs culturels interprètes).

Cette formation est l'un des projets qui s'inscrivent dans le cadre du Programme du Fonds national suisse de recherche scientifique (PNRS 39), « Migrations et relations interculturelles », auquel Appartenances participe au côté de différentes autres institutions cantonales de la santé publique (Policlinique médicale universitaire (PMU), Policlinique psychiatrique universitaire (PPU), Policlinique de la Maternité du CHUV, Département de psychologie médicale du CHUV et Service de santé FAREAS).

3.2 LES TYPES D'INTERPRÉTARIAT PROPOSÉS

Les divers services d'interprétariat institutionnalisés en Suisse présentent des différences en ce qui concerne le genre d'interprétariat proposé. En général, il existe trois types d'interprétariat :

1. L'interprétariat dans les entretiens en face-à-face.
2. L'interprétariat par écrit.
3. L'interprétariat par téléphone.

Tableau 2 : Les types d'interprétariat proposés par les services d'interprétariat institutionnalisés en Suisse (tiré de Weiss et Stuker, « Interprétariat et médiation culturelle dans le système de soins », 1998, p. 101, traduit et réorganisé par l'auteur du travail).

| | <u>Entretiens face-à-face</u> | <u>Par écrit</u> | <u>Par téléphone</u> |
|--|-------------------------------|------------------|----------------------|
| Bâle Service d'interprétariat en milieu hospitalier (EPER). | ❖ | ❖ | |
| Bâle Service d'interprétariat proposé par le Dr. Peter Flubacher. | ❖ | | |
| Berne Service d'interprétariat de l'Hôpital universitaire de l'Île. | ❖ | ❖ | |
| Berne Centre de thérapie pour les victimes de tortures (CRS). | ❖ | ❖ | |
| Zurich Centre d'intervention en faveur de la promotion interculturelle de la santé auprès des immigrants turcs et kurdes (DERMAN). | ❖ | ❖ | |
| Genève Centre de Santé-Migrants. | ❖ | | |
| Lausanne Association Appartenances. | ❖ | ❖ | |

3.2.1 L'interprétariat dans les entretiens en face-à-face.

La plupart du temps, l'interprétariat en milieu social et médical proposé aux personnes de langue étrangère a lieu dans des entretiens en face-à-face. Il s'agit dans ce cas d'une traduction orale qui instaure une situation d'interaction en triade.

L'ensemble des services d'interprétariat institutionnalisés en Suisse propose ce type d'interprétariat.

3.2.2 L'interprétariat par écrit.

Les services qui proposent leurs prestations dans le secteur social et médical assurent généralement aussi des traductions de documents écrits.

Ce type d'interprétariat propose des services de traducteurs pouvant servir d'« écrivains publics » et qui assument des mandats de traduction écrite. Cette offre s'adresse en particulier aux analphabètes de langue étrangère et vise à leur faciliter la communication écrite avec les services et les administrations publics.

En Suisse, presque tous les centres existants offrent un service de traduction écrite (à l'exception du Centre de Santé-Migrants à Genève et du Service d'interprétariat proposé par le Dr. Peter Flubacher à Bâle).

3.2.3 L'interprétariat par téléphone.

Contrairement aux traductions orales et écrites, l'interprétariat téléphonique est un service très rarement proposé et n'existe pas jusqu'à présent en Suisse.

Par contre, ce service existe dans autres Pays, comme en France (Inter-Service Migrants à Paris), en Allemagne (Ethno-Medizinisches Zentrum à Hanovre), en Grande-Bretagne (Language Line à Londres), en Suède (Tolkförmedling à Stockholm) et aux Pays-Bas (Stichting Tolkenentrum).

Dans ces pays, l'interprétariat par téléphone est particulièrement apprécié pour sa flexibilité. Ces services téléphoniques sont en effet assurés 24 heures sur 24 et accessibles sans délai d'attente. Mais il est tout à fait évident que ce type d'interprétariat propose un service qui ne constitue, la plupart du temps, qu'une offre complémentaire parmi d'autres et non pas une prestation isolée. En effet, il ne faut pas oublier que l'interprétariat téléphonique implique des inconvénients majeurs.

3.3 LES FORMES D'INTERPRÉTARIAT ET LES DEFINITIONS DU RÔLE DU MEDIATEUR CULTUREL INTERPRETE DANS LE SYSTEME SANITAIRE SUISSE

En ce qui concerne les formes d'interprétariat proposées par ces services d'interprétariat institutionnalisés en Suisse, il faut établir une distinction entre traduction mot à mot et traduction visant à restituer le sens.

La traduction mot à mot implique que « *les mots prononcés dans une langue soient rapportés le plus fidèlement possible dans l'autre langue* ».

La traduction visant à restituer le sens implique en plus « *une activité de médiation qui permet de faire passer les éléments culturels pouvant faciliter la compréhension mutuelle* » (Weiss et Stuker, « Interprétation et médiation culturelle dans le système de soins », 1998, p. 101).

Dans le Tableau 3, on peut constater qu'en Suisse plus de la moitié des institutions d'interprétariat pratique une combinaison entre les deux formes d'interprétariat.

Selon la situation et les circonstances où se passe la consultation d'interprétariat, l'interprète choisira et adoptera plutôt une traduction mot à mot ou plutôt une traduction visant à restituer le sens.

Tableau 3 : Les formes d'interprétariat dans le système sanitaire suisse
(tiré de Weiss et Stuker, « Interprétariat et médiation culturelle dans le système de soins », 1998, p. 103, traduit et réorganisé par l'auteur du travail).

| | <u>Traduction mot à mot</u> | <u>Traduction visant à restituer le sens</u> |
|--|-----------------------------|--|
| Bâle Service d'interprétariat en milieu hospitalier (EPER). | ❖ | ❖ |
| Bâle Service d'interprétariat proposé par le Dr. Peter Flubacher. | | ❖ |
| Berne Service d'interprétariat de l'Hôpital universitaire de l'île. | ❖ | ❖ |
| Berne Centre de thérapie pour les victimes de tortures (CRS). | ❖ | ❖ |
| Zurich Centre d'intervention en faveur de la promotion interculturelle de la santé auprès des immigrants turcs et kurdes (DERMAN). | ❖ | ❖ |
| Genève Centre de Santé-Migrants. | | ❖ |
| Lausanne Association Appartenances. | | ❖ |

Les centres qui proposent exclusivement des formes d'interprétariat visant à restituer le sens et la médiation culturelle sont l'Association Appartenances (Lausanne), le Centre de Santé-Migrants (Genève) et le Service d'interprétariat proposé par le Dr. Peter Flubacher (Bâle).

La forme d'interprétariat choisie détermine inmanquablement la définition du rôle des interprètes.

Il est tout à fait évident qu'« *une forme de traduction qui vise à restituer le sens et une fonction de médiation culturelle vont de pair avec une valorisation du statut de la personne qui les assure. On parle alors de médiateur culturel, voir de co-thérapeute* » (Weiss et Stuker, « Interprétariat et médiation culturelle dans le système de soins », 1998, p. 102). Le médiateur culturel représente donc quelque chose de plus d'un « interprète » assurant une simple traduction littérale (donc une traduction mot à mot).

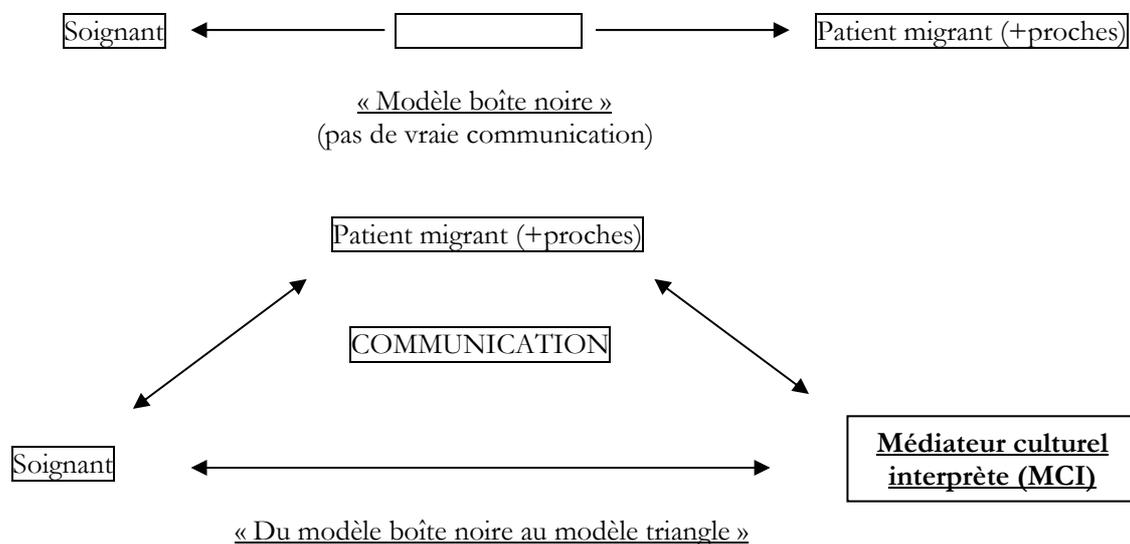
Si l'on considère l'interprétariat en tant qu'une fonction de médiation culturelle (dont l'objectif principal est de restituer le sens et non les mots tels que le migrant les a prononcés), les interprètes sont davantage respectés en tant que personnes.

4. LE ROLE SOCIAL DU MEDiateUR CULTUREL INTERPRETE (MCI) DANS LE SYSTEME SANITAIRE

4.1 LE MCI ET LA FORMATION DE LA TRIADE (PATIENT MIGRANT-MCI-SOIGNANT)

Selon Alexandre Bischoff et Louis Loutan, « *l'introduction du MCI dans le contexte thérapeutique transforme de façon considérable la consultation médicale ordinaire* » (dans « A mots ouverts. Guide de l'entretien médical bilingue à l'usage des soignants et des interprètes », 1998, p. 51).

En effet, lorsque les soignants et les patients migrants communiquent par le biais du MCI, l'entretien à deux se transforme en « dialogue à trois ». On passe donc du dialogue au trilogue.



La présence d'une tierce personne dans l'entretien médical apporte un enrichissement dont il faut savoir tirer profit. Si, dans un premier temps, le but de la rencontre entre patient et soignant est de pouvoir parler et communiquer, l'étape suivante est de construire une relation plus approfondie.

Le MCI joue un rôle-clé dans ce développement. Ce rôle peut être valorisé par le soignant en partageant les observations et les impressions et en clarifiant ensemble les étapes qui mènent à une meilleure compréhension. Par rapport au modèle de la boîte noire où l'interprète n'est que le relais obligé de ce que dit le patient ou le soignant, on favorisera une communication en triangle de façon à ce que le dialogue devienne un trilogue où un véritable partenariat peut se construire.

Travailler à trois signifie partager la parole. C'est peut-être « perdre le monopole de la parole », mais c'est aussi « avoir part à la parole ». C'est enrichir l'entretien, multiplier les échanges ; c'est parler moins, écouter davantage et faire confiance.

Là où cette collaboration du tandem MCI-soignant s'est établie, le type d'interprétariat peut être adopté en fonction des besoins du patient et du soignant.

Traduction mot à mot (qui rapporte fidèlement ce que dit le patient) ; médiation culturelle (qui intègre ce qui est dit dans le contexte culturel du patient) ; rôle d'avocat du patient (tenu par le MCI pour renforcer la demande du patient) ; ou une co-responsabilité thérapeutique (assumée par le MCI) ?

Au soignant et au MCI de choisir quel type d'interprétariat adopter. Cet éventail peut être adapté à chaque situation de traitement et permet une communication très différenciée entre soignant et patient selon les besoins. Néanmoins, jongler avec ces différents types d'interprétariat requiert une bonne pratique de l'art de l'entretien médical bilingue. D'où l'importance d'une formation à la pratique de l'entretien médical bilingue.

Analysons plus en détail les acteurs de ce triangle.

Le médiateur culturel interprète (MCI).

C'est le premier des trois acteurs de l'entretien médical bilingue.

A l'origine, le rôle primordial du MCI est de « com-prendre ». Il prend et rapproche deux mondes, celui du patient migrant et celui du soignant. A l'interface des cultures, il est le décodeur de l'une et de l'autre et facilite leur rencontre.



Le MCI sert de passerelle, de cordon entre deux individus ; il est le vecteur de communication à double sens entre deux cultures, deux modes d'être et de penser. Il est celui qui est au milieu et essaie de faire se rencontrer les deux côtés.

Le MCI est au centre de l'entretien. Il est le seul qui comprend tout ce qui se dit. Néanmoins, il doit trouver sa place entre les deux interlocuteurs. Sa présence démontre constamment que l'on a fait appel à lui parce qu'il est le seul à comprendre les deux autres ; sans lui le soignant et le patient sont incapables de communiquer. Comme tel, le MCI peut être mal ressenti. Par contre, sa présence peut être vue comme une chance et un enrichissement. Le MCI devient alors une personne qui aide à parcourir la distance séparant le soignant du patient.

Selon Alexandre Bischoff et Louis Loutan (dans « A mots ouverts. Guide de l'entretien médical bilingue à l'usage des soignants et des interprètes », 1998, p. 31), les caractéristiques des MCI travaillant en milieu médical ou médico-social peuvent être résumées de la façon suivante :

1. « La langue utilisée pendant la consultation est généralement la langue maternelle du MCI ».
2. « Parfois le MCI a, lui aussi, eu un parcours identique à celui des patients migrants dont il traduit les paroles ».
3. « Son intégration dans le pays d'accueil est généralement plus avancée que celle du patient migrant ; étant là depuis plus longtemps, il peut mieux comprendre le nouvel environnement dans lequel le patient commence à vivre ».
4. « Sa motivation l'aura poussé à être utile dans la communauté comme MCI ».
5. « Le MCI a lui aussi des émotions et des attentes. Le soignant devra en tenir compte ».
6. « Le MCI devrait être considéré comme l'égal du soignant, chacun ayant toutefois une responsabilité différente ».
7. « Le MCI est souvent un migrant. Cependant, il peut y avoir des écarts entre le patient migrant et le MCI. Le statut d'étranger du MCI est clarifié (il possède un permis de séjour ou un permis de travail, par exemple), tandis que celui du patient ne l'est souvent pas ».
8. « Même si le MCI est souvent un migrant de même origine, il peut y avoir des différences de classes sociales, d'appartenances ethniques, de sexe, de positions politiques, qui influencent les rapports entre ce dernier et le patient ».

Le MCI est confronté à des dilemmes. En effet, il doit faire face à deux pièges, à savoir jouer « le rôle d'éponge » ou « le rôle de boîte ».

Le MCI-éponge : « il absorbe tout ce qu'il entend, il ne réussit pas à faire passer les messages, il les garde, soit en ne les traduisant que partiellement, soit en gardant le poids de la souffrance de l'histoire du patient sans s'en débarrasser. Il se laisse envahir par le récit du patient ».

Le MCI-boîte : « si l'interprétation neutre et détachée de toute implication personnelle est souhaitable en milieu politique, elle ne l'est pas en milieu médico-social. Une traduction mot à mot ne suffirait pas. La présence du MCI en tant que personne est indispensable » (Bischoff et Loutan, « A mots ouverts. Guide de l'entretien médical bilingue à l'usage des soignants et des interprètes », 1998, p. 32).

Le patient migrant.

C'est le deuxième des trois acteurs de l'entretien médical bilingue.

Le patient migrant arrive souvent fragilisé à la consultation. S'il se trouve à la fin d'un parcours de migration pénible, il vit des deuils multiples (proches décédés ou restés au pays, patrie, profession, avenir) et il se sent isolé. Il est en mal de communication.

Sa propre langue (c'est-à-dire son moyen de rompre l'isolement) est une langue étrangère dans un pays d'accueil et, à chaque instant, elle lui rappelle qu'il est un étranger.

Il réalise qu'il faut un professionnel supplémentaire pour l'aider à se faire comprendre et échanger. Il se trouve en situation de « minorité ». Il a souvent un sentiment de gêne, parfois d'infériorité par rapport à ceux « qui savent ».

Des questions sont donc légitimes.

Quelles sont les attentes du patient migrant ?

Délibérément ou non, il cherche l'alliance ou même une collusion avec le MCI qui le comprend, qui parle sa langue, qui est peut-être de son ethnie. A-t-il vraiment des attentes précises ? Peut-être pas. Peut-être se sent-il timide devant deux « professionnels » ? A-t-il trop d'attentes en face de ces deux représentants du système de santé ? Ou se sent-il si dépendant qu'il ne peut pas formuler ses attentes ?

La richesse du migrant (et il faut tenir compte de cet aspect en tant que soignant) est sa migration, son mouvement, ses expériences, la rencontre de deux langues / cultures en lui, sa conception des cultures, sa « friction fructueuse » quand deux langues se rencontrent.

Le soignant.

C'est le troisième des acteurs de l'entretien médical bilingue.

Dans le cadre d'une consultation avec un MCI, le soignant n'est plus seul. Une tierce personne, le MCI, interfère dans la relation.

Le soignant faisant appel à un MCI s'octroie un appui qui facilite l'échange d'informations précises et détaillées. Cet échange sur la santé du patient migrant fait partie des exigences d'un travail professionnel adéquat, sans lequel la qualité des soins ne peut être assurée. De plus, la présence du MCI permettra au patient migrant de donner libre cours pour raconter son histoire, pour exprimer ses besoins ou répondre aux interrogations du soignant.

Il y a des éléments fondamentaux que le soignant ne doit pas oublier pendant la consultation (Bischoff et Loutan, « A mots ouverts. Guide de l'entretien médical bilingue à l'usage des soignants et des interprètes », 1998, p. 47).

1. *« Le MCI fait son travail à titre professionnel comme le soignant ».*
2. *« Le MCI est souvent tiraillé des deux côtés (entre le soignant et le patient) ».*
3. *« Le MCI est probablement plus à l'aise avec le patient migrant qu'avec le soignant ».*
4. *« Le MCI a besoin de temps pour établir une relation et une coopération entre lui-même et le soignant ».*
5. *« Le MCI n'est pas responsable du comportement et des plaintes du patient migrant ».*
6. *« Le MCI n'a pas la responsabilité de diriger et de maintenir l'entretien sous contrôle ».*

Le soignant a intérêt à éviter le jargon professionnel, les commentaires ambigus, les abstractions, les expressions idiomatiques et les formes conditionnelles telles que « si », « peut-être », « pourrait ». Il doit s'assurer que le MCI connaît les termes médicaux utilisés dans l'entretien, soit en les expliquant avant la consultation, soit en commentant chaque nouveau terme introduit au cours de l'entretien, ou encore en les illustrant si le soignant constate que le MCI éprouve des difficultés à traduire le terme dans la langue du patient. Si une explication est nécessaire, le MCI peut informer le patient de la raison de l'interruption de l'entretien.

Il est très utile de dresser une liste de quelques termes techniques qui reviennent souvent lors d'une consultation et appartiennent à des domaines divers (tels que : anatomie, physiologie, pathologie, comportement, contexte de violence, renseignements culturels). Le soignant peut aussi s'aider de documents avec illustrations (planches anatomiques).

Un langage simple est indispensable. On facilite la tâche du MCI si l'on maîtrise bien sa propre langue.

Un langage simple permet une traduction précise et évite des essais de traduction répétés.

Pour conclure, on peut sans doute affirmer qu'un entretien bilingue de qualité implique que les trois acteurs (soignant, patient migrant et MCI) acceptent de travailler ensemble et respectent les règles du jeu. Cela suppose évidemment que le MCI et le soignant soient formés à l'entretien médical bilingue.

Cet art invite à un apprentissage continu.

Pour le MCI c'est apprendre les techniques de traductions. Pour le soignant c'est apprendre quelques notions culturelles et apprendre à travailler sous le regard d'une autre personne. Pour le patient migrant, enfin, c'est apprendre à connaître la culture et le système de santé du pays d'accueil.

Les malentendus interculturels se paient cher : en temps (du patient et du personnel de santé) ; en souffrance supplémentaire inutile du patient ; en dépenses superflues (résultant d'un diagnostic erroné ou d'un traitement inadéquat).

Selon Bischoff et Loutan (dans « A mots ouverts. Guide de l'entretien médical bilingue à l'usage des soignants et des interprètes », 1998, p. 43), le soignant ne doit pas oublier que travailler avec un MCI signifie :

1. « Réduire le gaspillage médical » (rendez-vous répétés, traitements mal expliqués, mal compris et mal pris, investigations inutiles et erreurs de diagnostic).
2. « Améliorer la compliance ».
3. « Élargir un dialogue à un trilogue ».
4. « Diminuer les sentiments d'exclusions ».
5. « Faire de l'interculturel à trois ».
6. « Disposer d'autres sources d'informations ».
7. « Faire des économies et améliorer la qualité des soins ».
8. « Gratifier le soignant de satisfactions professionnelles et humaines ».
9. « Donner au patient migrant la satisfaction d'être compris » (et donc d'être bien soigné).
10. « Améliorer l'accès aux soins des migrants ».

Les publications sur la consultation à trois révèlent des tendances à l'idéalisation ou, à l'inverse, à la mise en évidence des complications. Le potentiel effectif de la triade ne semble pas être exploité à fond et les ajustements au niveau des techniques et de la méthodologie font rarement l'objet de réflexions.

J'aborderai ces questions en mettant en rapport les concepts théoriques sur la triade et ceux qui sont relatifs à l'interprétariat au sein du système de santé.

4.2 QUELLES SONT CONCRÈTEMENT LES FONCTIONS SOCIALES DU MCI ?

D'un point de vue sociologique, la triade peut être définie comme « une constellation particulière d'interactions qui attribue aux protagonistes des positions distinctes dites lieux sociaux » (Weiss et Stuker, « Interprétariat et médiation culturelle dans le système de soins », 1998, p. 42). Ces rôles ou positions sont intéressants dans une perspective micro et macrosociologique du fait que l'agir social se reflète en eux.

Le rôle joué par une personne ne peut être expliqué dans une perspective purement individuelle, mais doit être également compris comme une relation sociale.

« Les processus d'interaction présentent en outre des aspects particuliers liés à la situation donnée. Ils ne peuvent être appréhendés ni sous le seul angle individuel ni sous l'angle du contexte macrosociologique. Ils sont la résultante de l'enchevêtrement réciproque de tous les protagonistes dans leur interaction. Cet enchevêtrement se traduit par des états cognitifs qui ne peuvent être maintenus que dans un échange actif » (Weiss et Stuker, « Interprétariat et médiation culturelle dans le système de soins », 1998, p. 43).

Goffman définit ces états comme « un ensemble de sentiments, humeurs, savoirs et représentations du corps, étroitement liés dans l'agir social.

En raison des liens entre processus micro et macrosociologiques, les conflits de communication et de hiérarchie, inhérents à la société et au système de santé, se prolongent dans l'interaction à trois. Ces conflits sont toutefois fréquemment réduits à des conflits « culturels » et traités comme tels. Il arrive souvent alors, que dans un déplacement des responsabilités, on attende des MCI la résolution de ces conflits. (Goffman, 1994, p. 56, dans Weiss et Stuker, « Interprétariat et médiation culturelle dans le système de soins », 1998, p. 43).

Les fonctions du MCI travaillant dans le contexte médical peuvent être multiples.

Les ressources inhérentes à ces fonctions ne sauraient toutefois être exploitées avec profit qu'à la condition que ces rôles soient clarifiés, explicités et acceptés par toutes les personnes impliquées.

Je vais analyser maintenant les fonctions attribuées aux MCI dans des modèles théoriques.

En effet dans la pratique, les différentes fonctions sont juxtaposées, consécutives, enchevêtrées et combinées. Et, toujours dans la pratique, ces fonctions ne sont pas isolables. Les multiples ressources du MCI (comme par exemple ses expériences personnelles et ses stratégies pour appréhender la problématique de la migration) ont rarement été reconnues et intégrées dans les concepts jusqu'ici.

Les fonctions du MCI ne sont pas réductibles à la traduction de messages d'une langue à l'autre. Une brève élaboration de ce rôle de « traducteur de messages » amènera à définir trois autres fonctions du MCI : celle de médiateur culturel ; celle d'« avocat du patient » ; celle de co-thérapeute.

On peut synthétiser l'ensemble des fonctions attribuées aux MCI dans les travaux théoriques de nombreux auteurs (Métraux et Alvir, « L'interprète : traducteur, médiateur culturel ou co-thérapeute, 1995. Bischoff et Loutan, « A mots ouverts. Guide de l'entretien médical bilingue à l'usage des soignants et des interprètes », 1998, p. 52. Weiss et Stuker, « Interprétariat et médiation culturelle dans le système de soins », 1998, p. 43. Rossi, « Médiation culturelle et formation des professionnels de la santé. De l'interculturalité à la co-disciplinarité », 1999, p. 290) de la manière suivante :

Tableau 1 : Les différentes fonctions des MCI.

| | |
|---|---|
| <p>① <u>Fonction de traduction mot à mot</u></p> | <p>② <u>Fonction de médiation culturelle</u></p> |
| <p>③ <u>Fonction d'« avocat du patient »</u></p> | <p>④ <u>Fonction de co-thérapie</u></p> |

4.2.1 La fonction de traduction mot à mot.

Selon Jean-Claude Métraux et Spomenka Alvir, la fonction première du MCI est de transmettre un message. Toutefois, il ne faut pas oublier que « *un message n'est pas simplement une suite de mots unis par une syntaxe : il prend un sens par le contexte dans lequel il est transmis. Nous ne pouvons donc pas faire abstraction du contexte thérapeutique, social et pédagogique qui est nôtre et de la valeur qu'y prend le langage (...).*

Au cours de consultations thérapeutiques ou d'interventions sociales ou pédagogiques, le langage est outil d'un travail sur soi, propice au développement personnel, à la reconnaissance et au traitement de sa souffrance, à la construction et à la transformation de repères sociaux. Au-delà du contenu des messages transmis, c'est l'écoute qui contribuera à donner à l'usager un sentiment de légitimité à même de l'aider à transformer le regard qu'il porte sur son corps, ses pensées, son savoir et son insertion sociale. Cette dimension d'écoute ne saurait être altérée par la participation d'un MCI aux entretiens » (dans « L'interprète : traducteur, médiateur culturel ou co-thérapeute », 1995).

Lorsqu'il s'agit de maladie, la traduction mot à mot n'a pas de sens. Il n'existe en effet pas deux langues dont les expressions pour présenter des explications ou des récits s'appuient sur des images et des symboles similaires. Les coupures incessantes pendant la consultation donnent au patient migrant l'impression de ne pas être écouté, surtout lorsqu'il est en train de parler de sa souffrance et de sa maladie. Le MCI ne peut donc pas espérer traduire des séquences brèves, courtes et uniformes dans la durée.

Lorsqu'un migrant est en train d'expliquer sa maladie, ses douleurs, sa situation sanitaire en général, « *le MCI ne peut pas arbitrairement interrompre le cours lorsque ses capacités de mémoire arrivent à saturation. Il ne pourra donc traduire ce long message que dans une forme non littérale et les omissions seront évidemment inévitables* » (Métraux et Alvir, « L'interprète : traducteur, médiateur culturel ou co-thérapeute », 1995).

La fonction du MCI sera donc de restituer le sens du message. Le MCI ne devra pas oublier d'y inclure toutes ses composantes affectives et émotionnelles. Il devra être attentif à ce qu'il y a au-delà des mots ; il devra comprendre le sens que le patient attribue à une expérience à forte composante émotionnelle (la maladie, les pertes de personnes chères, etc.).

4.2.2 La fonction de médiation culturelle.

En tant que médiateur culturel, « *l'interprète donne accès aux informations et explications, émanant du contexte, qui sont indispensables (à côté de la traduction linguistique) à une compréhension mutuelle entre les partenaires de l'interaction. Ce contexte est défini par le terme de « culturel », la culture étant comprise dans un sens large.*

Le MCI vise à établir la médiation entre personnes vivant des contextes sociaux, économiques et culturels distincts » (Weiss et Stuker, « Interprétariat et médiation culturelle dans le système de soins », 1998, p. 45).

La médiation culturelle vise à « rendre compréhensible » le contexte respectif des deux interlocuteurs. Ceci est très important pour l'entretien.

L'inventaire des divers éléments que le MCI est censé transmettre reflète la notion répandue de « contexte culturel » ; « celui-ci inclut le langage non-verbal, le contexte juridique et politique du pays d'accueil, des règles et des normes sociales, des modèles spécifiques d'interaction ainsi que des paramètres propres au système de santé, tels que la terminologie médicale et le setting thérapeutique (Métraux, 1995, dans Weiss et Stuker, « Interprétariat et médiation culturelle dans le système de soins », 1998, p. 46).

Le MCI a donc une fonction de médiation culturelle. Il déchiffre des codes culturels et exprime en mots les principales représentations traditionnelles de la maladie qui pourraient être présentes mais non verbalisées par les patients. Il apporte ainsi du matériel culturel dans la thérapie.

Le MCI devra donc interroger les cultures respectives du patient migrant et du soignant pour les mettre en perspective et aider ces deux partenaires à découvrir des points communs.

Le MCI devra aussi contribuer à diminuer l'asymétrie entre le patient migrant et les professionnels soignants.

« La tâche du MCI sera alors aussi de faire entendre la voix (...) du patient migrant de même origine que lui. Lui proposer d'exprimer son mécontentement à l'égard du professionnel s'il en détecte des traces au travers du langage non-verbal, lui faire connaître ses droits, téléphoner à sa place à un autre service consulté par le migrant (...) » (Métraux et Alvir, « L'interprète : traducteur, médiateur culturel ou co-thérapeute », 1995).

4.2.3 La fonction d' « avocat du patient ».

Dans la littérature anglaise, on utilise ici le terme de « Patient-Advocacy ».

Dans cette fonction, le MCI est plus proche du patient que dans sa fonction de médiateur culturel.

Le MCI est ici très actif ; il soutient le patient par des interventions propres et il tente de renforcer l'argumentation.

Le concept d'avocat du patient confère aussi au MCI une mission de soutien en dehors de l'institution, comme par exemple l'accompagnement du patient lors de sa visite à d'autres institutions.

Kaufert, Koolage et O'Neill, anthropologues médicales canadiens, considèrent le rôle d'avocat comme une conséquence logique d'une situation d'interaction inégalitaire. Par rapport aux soignants, les patients se trouvent a priori dans une position d'infériorité qui peut s'expliquer en grande partie par le contexte historique et politique dans lequel a lieu l'interaction (dans Weiss et Stuker, « Interprétariat et médiation culturelle dans le système de soins », 1998, p. 47).

Selon O'Neill, dans l'interaction entre médecin et patient migrant, le MCI peut alors développer (en guise de réaction à des rapports de pouvoir inégaux au plan social et politique) une stratégie de l'interprétariat tendant à renforcer la position du patient migrant. Les MCI fournissent alors au patient des informations complémentaires fondamentales mais non intégrées dans la partie explicite des échanges et donc non retraduites. A l'insu des patients et des médecins, leurs propos sont modifiés par les MCI pour être reliés à des conceptions sociales et politiques. Cette forme d'intercession « silencieuse » est qualifiée d'intercession implicite (dans Weiss et Stuker, « Interprétariat et médiation culturelle dans le système de soins », 1998, p. 48).

Les interventions des MCI comportent toutefois le risque de malentendus et de distorsions. L'intercession implicite est ainsi considérée comme une méthode d'interprétariat inadmissible. Toutes les difficultés de la « transparence » sont ici évidentes.

4.2.4 La fonction de co-thérapie.

La fonction de co-thérapie suppose une collaboration clairement définie entre deux thérapeutes.

Au cours de la consultation médicale, le MCI endosse peu à peu le rôle de co-thérapeute. Il devient un proche collaborateur du thérapeute, une tierce personne importante dans la triade.

« Dans des situations particulières, le MCI participe activement au processus thérapeutique en faisant référence à son histoire personnelle. Il permet ainsi l'émergence de « points communs », entre lui et le patient. A cette fin, le thérapeute lui donne explicitement la parole et lui délègue la conduite de l'entretien. La collaboration doit être comprise en termes de « complémentarité » entre le thérapeute et le MCI, d'où la notion de co-thérapie » (Weiss et Stuker, « Interprétariat et médiation culturelle dans le système de soins », 1998, p. 49).

Le MCI intervient dans la thérapie et assume une responsabilité thérapeutique. Cette conception se distingue fondamentalement sur ce point de toutes celles décrites jusqu'ici qui conféraient la responsabilité thérapeutique exclusivement au professionnel soignant en charge du traitement. Une réelle collaboration co-thérapeutique est donc très exigeante soit pour le thérapeute soit pour le MCI.

La co-thérapie peut aussi comporter des inconvénients, avant tout en cas de conflits entre les co-thérapeutes. Les conflits à propos des différences de niveau d'expérience sont en outre considérés comme particulièrement néfastes.

Selon Monsieur Jean-Claude Métraux, « *l'étroite collaboration avec le MCI en tant que co-thérapeute implique une grande confiance réciproque entre le MCI et le professionnel de la santé. Ces deux acteurs doivent avoir un projet commun et préciser les conditions de l'intervention de l'un ou de l'autre* » (Métraux, 1995, dans Weiss et Stuker, « Interprétariat et médiation culturelle dans le système de soins », 1998, p. 50).

Selon Métraux, il y a trois règles/conditions que les MCI doivent suivre pour que la collaboration dans un contexte de co-thérapie soit réalisable :

1. L'acceptation par le MCI de normes éthiques et déontologiques en vigueur dans les institutions concernées. C'est en particulier le cas du secret professionnel.
2. Le respect du devoir d'information. C'est la règle de la transmission des informations. Tout dialogue ayant lieu entre le MCI et la famille fait partie du contexte de la co-thérapie et doit donc être transmis à l'intervenant concerné.
3. Le devoir de transparence. C'est la règle de la clarté. Les deux règles précédentes doivent être explicitement formulées au patient migrant ou aux parents afin que ceux-ci connaissent les règles du jeu.

Une co-thérapie réussie requiert une formation spécifique permettant d'exercer et de prendre conscience des divers rôles possibles.

Dans cette partie j'ai donc mis en évidence les principaux aspects des diverses fonctions du MCI.

Les rôles du MCI correspondent à des attitudes et des fonctions idéalement bien définis. Dans la réalité, ils n'apparaissent cependant toujours qu'en variations et combinaisons. Au cours d'un entretien les rôles changent en fonction de l'objectif, du thème et des facteurs inhérents à la situation de l'interaction.

Les divers rôles se distinguent quant à leur degré d'activité et d'autonomie (Weiss et Stuker, « Interprétariat et médiation culturelle dans le système de soins », 1998, p. 50) :

1. « *La traduction mot à mot attribue au MCI un rôle très passif au sens d'un instrument humain à disposition du soignant* ».
2. « *Le rôle de médiateur culturel implique que le MCI dispose d'une certaine marge de manoeuvre pour ce qui concerne la décision et l'intervention* ».
3. « *En tant qu'avocat du patient migrant et de co-thérapeute, le MCI gagne en influence et en pouvoir (toujours en respectant sous certaines conditions), mais se situe plutôt du côté du patient ou plutôt du côté du soignant* ».

Dans la pratique, les diverses fonctions du MCI supposent la présence de trois éléments considérés essentiels pour le bon déroulement et la réussite de l'entretien médical : la flexibilité, la confiance, des ajustements clairs.

4.3 LE POUVOIR ET LE STATUT DU MCI : UN MANQUE DE RECONNAISSANCE SOCIALE ET PROFESSIONNELLE FORMELLE

La question du pouvoir et du statut du MCI constitue une thématique centrale dans la triade thérapeutique avec traduction. L'accent, je crois, doit être mis sur la relation entre les professionnels de la santé (soignants) et les MCI.

Selon Regula Weiss et Rahel Stuker (dans « Interprétariat et médiation culturelle dans le système de soins », 1998, p. 52), entre médecin et MCI, il y a un rapport de pouvoir.

« *Les conflits spécifiques de pouvoir sont générés par la combinaison de deux facteurs :*

1. *Le manque de reconnaissance formelle de l'activité de MCI.*
2. *Le pouvoir que la situation confère au MCI dans le processus de traduction* ».

Même si le médecin, pendant la traduction, doit céder une part de la maîtrise et donc du pouvoir au MCI pour que l'entretien avec le patient migrant puisse avoir lieu, les principales compétences décisionnelles appartiennent au soignant.

Le médecin est en position de supériorité. Mais il se trouve dans un rapport de dépendance à l'égard du MCI dont le statut est inférieur. Cette situation peut susciter chez le médecin des sentiments d'incompétence et d'impuissance. La décision quant à la sélection des informations appartient au MCI. Cela va lui attribuer une fonction de « gate-keeper ».

Ce renversement de la hiérarchie du pouvoir peut provoquer chez le médecin le besoin de manifester par un passage à l'acte son statut plus élevé. A l'inverse, le MCI peut faire mauvais usage de sa position de force en gardant pour lui des informations fondamentales pour le médecin (et pour le patient, par conséquent).

Selon Weiss et Stuker (dans « Interprétariat et médiation culturelle dans le système de soins », 1998, p. 52), ces luttes de pouvoir pourraient être résolues de trois manières :

1. « *Les conflits de pouvoir pourraient être désamorçés par l'amélioration du statut social et professionnel du MCI, par la reconnaissance de sa fonction moyennant une formation et une rémunération adéquates* ».
2. « *Les conflits de pouvoirs pourraient être réduits par la mise en place d'une relation de confiance stable entre médecin et MCI* ».
3. « *Les conflits de pouvoirs pourraient être partiellement éliminés si on tient compte de l'importance des discussions avant et après les consultations médicales ; un dialogue clair et sincère doit s'instaurer entre médecin et MCI* ».

La reconnaissance sociale et professionnelle du MCI dans le domaine du système sanitaire reste sans doute partout (en Suisse comme à l'étranger) encore très faible.

Selon Regula Weiss et Rahel Stuker (dans « Interprétariat et médiation culturelle dans le système de soins », 1998, p. 53), les raisons de ce déficit peuvent se résumer comme suit :

1. « *Les professions sociales jouissent d'un prestige très limité au sein du système de santé* ».
2. « *Le travail avec et pour les personnes migrantes représente, dans une perspective de plan de carrière, un domaine particulièrement ingrat* ».
3. « *Le public confond encore trop souvent les activités exercées dans ce domaine avec les oeuvres caritatives* » (le travail de MCI n'est pas du bénévolat).
4. « *Les MCI ne sont généralement pas bienvenus du fait qu'ils sont considérés comme une source d'efforts et de problèmes nouveaux dans le travail médical* ».
5. « *Le recours à des MCI a un prix. Et dans le contexte des pressions pour réduire les coûts dans le domaine de la santé, de nouveaux prestataires de service ne suscitent guère de sympathie* ».

L'activité du MCI reflète les multiples handicaps des personnes migrantes, comme des conditions de travail caractérisées par des salaires médiocres, des horaires de travail irréguliers et un travail sur appel (absence de contrats), l'absence de prestations sociales complémentaires et le manque de reconnaissance sociale et professionnelle formelle.

« *Le statut des MCI dans le système des soins se reflète dans les conditions d'engagement et dans les concepts de collaboration professionnelle. Bien que le travail du MCI soit une activité exigeante et lourde, il est peu considéré et pas rémunéré à sa juste valeur* » (Weiss et Stuker, « Interprétariat et médiation culturelle dans le système de soins », 1998, p. 54).

4.4 QU'EN PENSENT LES MCI ?

Pendant une réunion organisée par l'Association Appartenances à Lausanne (samedi le 24 juin 2000), j'ai eu l'occasion de rencontrer et d'interviewer plusieurs MCI de culture différente (Sri-Lanka, Pakistan, Afrique noire, etc.). Grâce à cette rencontre j'ai pu constater concrètement ce manque de reconnaissance sociale et professionnelle des MCI. Cette rencontre m'a permis de recueillir des informations très intéressantes quant à ce que les MCI pensent de leur travail.

Pendant la réunion avec les MCI, deux feuilles étaient distribuées ; sur la première feuille, les MCI devaient noter les éléments positifs de leur travail de médiateur ; sur la deuxième feuille, ils devaient au contraire noter les éléments négatifs. Voici les résultats de cette enquête :

« Ce que j'aime le plus dans mon travail de MCI »

- Connaissance d'autres communautés et cultures.
- Pouvoir développer et établir des contacts et des rencontres nouveaux.
- Pouvoir utiliser l'expérience personnelle de la migration pour aider les gens qui ont besoin.

- Vivre ensemble une expérience (partager la souffrance, les joies, les douleurs).
- Présence d'une complicité tacite qui unit au delà de la traduction.
- Sentiment d'être utiles pendant la consultation médicale (favoriser l'établissement du dialogue et de la compréhension).
- Pouvoir « tendre la main ».
- Profession qui permet un contact vif avec les gens (pas seulement la mise en place d'une simple discussion).
- Sentir que les patients migrants font confiance aux MCI.
- Possibilité de créer un pont entre les deux cultures.
- Constater les progrès de la mise en place de la triade (compréhension majeure, diminution de l'anxiété, participation plus active du patient migrant dans l'explication de sa situation sanitaire).
- Satisfaction des résultats (des conséquences du travail personnel).

« Ce que je déteste le plus dans mon travail de MCI »

- Manque de reconnaissance sociale et professionnelle du travail de MCI de la part des institutions.
- Absence de reconnaissance réelle et concrète de ce travail de médiateur culturel interprète. C'est un travail sur appel et il y a absence de contrat formel.
- Pas de statut social et économique. Il y a une non reconnaissance absolue de ce travail de MCI : pas de contrats et travail sur appel signifie qu'on considère les MCI seulement quand on en a besoin.
- Se transformer et devenir un outil de l'institution (« instrument du médecin »).
- Transmettre des mauvaises nouvelles (maladies graves, par exemple).
- Sentiment d'impuissance quand on a le sentiment de ne pas réussir à satisfaire la demande tant du patient migrant que du soignant (sentiment d'échec).
- Mal à l'aise quand on ne réussit pas à traduire exactement ce que le patient migrant veut dire (par exemple quand il y a la présence de doutes).
- Absence de soutiens politiques (pas de syndicats, etc.).
- Non reconnaissance de la part des institutions de la formation qu'on reçoit (à l'Association Appartenances à Lausanne, par exemple, on fait suivre une formation de plusieurs années aux MCI, mais les institutions l'ignorent et ne la reconnaissent pas officiellement).
- Certains professionnels de la santé sont méfiants face aux MCI et par conséquent ils ne les mettent pas à l'aise pendant la consultation médicale avec le patient migrant.
- Parfois présence de préjugés, racisme, discrimination et idées fixes (de la part des institutions, des médecins et du personnel soignant en général).
- Parfois mauvaise interprétation qui a pour conséquence une mauvaise compréhension de la situation.
- Les médecins veulent souvent la traduction exacte de ce que le patient migrant dit. Mais la traduction mot à mot est impossible, parce qu'il y a des façons de s'exprimer qui sont différentes d'une culture à l'autre.
- Manque de moyens financiers (les institutions n'aident pas ou très peu).

5. LE ROLE ECONOMIQUE DU MEDiateUR CULTUREL INTERPRETE (MCI) DANS LE SYSTEME SANITAIRE

5.1 L'ORGANISATION JURIDIQUE ET LE TYPE D'INSTITUTION DES SERVICES D'INTERPRETARIAT

En Suisse, tous les services d'interprétariat sont des organisations privées. Ils sont majoritairement rattachés à des oeuvres d'entraide. Seule Appartenances à Lausanne dépend d'une association.

A l'étranger, la plupart des services d'interprétariat sont aussi des organisations privées et la moitié de ces services sont gérés par des associations d'utilité publique.

Tableau 1 : L'organisation juridique des services d'interprétariat en Suisse
(tiré de Weiss et Stuker, « Interprétariat et médiation culturelle dans le système de soins », 1998, p. 90, traduit et réorganisé par l'auteur du travail).

| <u>Organisation privée</u> | <u>Organisation publique</u> |
|---|-------------------------------------|
| <u>Bâle</u> Service d'interprétariat en milieu hospitalier (EPER). | |
| <u>Bâle</u> Service d'interprétariat proposé par le Dr. Peter Flubacher. | |
| <u>Berne</u> Service d'interprétariat de l'Hôpital universitaire de l'île. | |
| <u>Berne</u> Centre de thérapie pour les victimes de tortures (CRS). | |
| <u>Zurich</u> Centre d'intervention en faveur de la promotion interculturelle de la santé auprès des immigrants turcs et kurdes (DERMAN). | |
| <u>Genève</u> Centre de Santé-Migrants. | |
| <u>Lausanne</u> Association Appartenances. | |

Tableau 2 : L'organisation juridique des services d'interprétariat à l'étranger
(tiré de Weiss et Stuker, « Interprétariat et médiation culturelle dans le système de soins », 1998, p. 90, traduit et réorganisé par l'auteur du travail).

| <u>Organisation privée</u> | <u>Organisation publique</u> |
|---------------------------------------|---|
| Stockholm (Tolkförmedling) | |
| Paris (Inter-Service Migrants) | |
| Edimbourg (LITST) | |
| Londres (Language Line) | |
| Copenhague (Indvandreprojekter) | |
| Hanovre (Ethno-Medizinisches Zentrum) | |
| | Hollande (Stichting Tolkencentrum) |
| | Norvège (Tolketjenesten Innvandrerkontoret) |

Des institutions publiques n'existent qu'en Hollande (Stichting Tolkencentrum) et en Norvège (Tolkjetjenesten Innvandrerkontoret). Lorsque l'organisation juridique relève de l'Etat, cela indique que la nécessité d'assurer une offre d'interprétariat aux personnes de langue étrangère est officiellement reconnue.

En ce qui concerne le financement, les conditions d'engagement ou le type d'offre d'interprétariat, il s'avère néanmoins difficile de déterminer les différences entre privé et public. En effet, à elle seule, une reconnaissance officielle de l'opportunité de mettre à disposition un service d'interprétariat n'implique pas automatiquement de bonnes conditions pour les interprètes.

Dans les institutions destinées spécifiquement aux migrants, l'interprétariat n'est souvent qu'un service parmi d'autres proposés aux migrants et aux personnes qui sont en contact avec eux (le service d'interprétariat fait donc partie intégrante d'un centre pour migrants).

En Suisse, la quasi totalité des institutions dépendent d'oeuvres caritatives, et les différences entre elles tiennent avant tout aux différents destinataires de leurs offres.

A Bâle, le Service d'interprétariat en milieu hospitalier (EPER) propose un service d'interprétariat essentiellement aux hôpitaux et, depuis sa création il y a dix ans, son offre couvre maintenant huit langues différentes.

A Genève, le Centre de Santé-Migrants fournit des prestations qui sont comparables à celles proposées par l'EPER de Bâle. Lié à la Croix-Rouge genevoise, le Centre passe des contrats avec chacun des hôpitaux ou divisions hospitalières pour les prestations fournies.

A Zurich, le Centre d'intervention en faveur de la promotion interculturelle de la santé auprès des immigrants turcs et kurdes (DERMAN) propose ses services exclusivement aux migrants turcs et kurdes et/ou aux personnes qui sont en rapport avec eux.

A Berne, le Centre de thérapie pour les victimes de tortures (CRS) propose des traitements destinés aux victimes de tortures et de violences. Sa clientèle est constituée en majorité de réfugiés reconnus comme tels. Le Centre a lui-même recours régulièrement aux services d'interprètes qu'il met également à la disposition d'autres institutions.

A Lausanne, l'Association Appartenances, à travers un centre de consultation psychosociale et de promotion de la santé destiné aux migrants, a intégré les interprètes dans son offre thérapeutique et les met également à la disposition d'autres institutions, comme par exemple les hôpitaux.

A côté du secteur de la santé, les services d'interprétariat sont proposés, de manière inégale selon les institutions, aux secteurs social, judiciaire, policier et scolaire.

De manière générale, les centres existants dans les pays étrangers ne sont pas spécialisés dans un secteur particulier et mettent des services d'interprétariat à disposition de l'ensemble des institutions relevant du service public.

En ce qui concerne les institutions actives en Suisse, elles proposent les services de leurs interprètes exclusivement dans les secteurs de la santé et du social au sens large, mais pas dans ceux de la justice, de la police et des écoles.

Seules exceptions, le Service d'interprétariat en milieu hospitalier (EPER) à Bâle et le Centre d'intervention en faveur de la promotion interculturelle de la santé auprès des immigrants turcs et kurdes (DERMAN) à Zurich qui proposent également leurs services à la justice et à la police. Le Centre DERMAN à Zurich et l'Association Appartenances à Lausanne proposent aussi, de plus en plus, des services d'interprétariat dans le secteur scolaire.

5.2 LE MODE DE FINANCEMENT DES SERVICES D'INTERPRETARIAT

En ce qui concerne le mode de financement, il n'y a pas de différence fondamentale entre les services publics et les services privés. Mais on peut affirmer que, dans leur grande majorité, les services d'interprétariat sont régis par des modèles de financement assez compliqués.

Le mode de financement des services publics.

Le Stichting Tolkencentrum (Hollande) est entièrement financé par l'Etat. Le coût est supporté essentiellement par l'Office fédéral de la santé et du sport et accessoirement par d'autres administrations publiques.

Le Tolketjenesten Innvandrerkontoret (Norvège) est lui aussi financé par l'Etat. Les moyens financiers nécessaires sont garantis par la commune de Bergen et par d'autres communes de la région qui ont recours aux services proposés.

Le mode de financement des services privés.

La plupart des services privés bénéficient de soutiens financiers multiples, dont des subventions publiques. Dans la plupart des cas, il s'agit d'une combinaison entre moyens institutionnels, soutien privé et/ou subventions publiques.

En Suisse, une bonne moitié des institutions présentent ainsi des structures de financement mixtes de ce type. C'est le cas de l'Association Appartenances à Lausanne, du Centre de Santé-Migrants à Genève et du Centre d'intervention en faveur de la promotion interculturelle de la santé auprès des immigrants turcs et kurdes (DERMAN) à Zurich qui touchent des subventions de la Confédération et/ou des cantons.

Tableau 3 : Les modèles de financement appliqués en Suisse
(tiré de Weiss et Stuker, « Interprétariat et médiation culturelle dans le système de soins », 1998, p. 93, traduit et réorganisé par l'auteur du travail).

| <u>Subventionné</u> | <u>Contrats spécifiques avec des services publics</u> | <u>Autofinancé</u> |
|--|--|---|
| | Bâle Service d'interprétariat en milieu hospitalier (EPER). | |
| | | Bâle Service d'interprétariat proposé par le Dr. Peter Flubacher. |
| | | Berne Service d'interprétariat de l'Hôpital universitaire de l'Île. |
| | | Berne Centre de thérapie pour les victimes de tortures (CRS). |
| Zurich Centre d'intervention en faveur de la promotion interculturelle de la santé auprès des immigrants turcs et kurdes (DERMAN). | Zurich Centre d'intervention en faveur de la promotion interculturelle de la santé auprès des immigrants turcs et kurdes (DERMAN). | |
| Genève Centre de Santé-Migrants. | Genève Centre de Santé-Migrants. | |
| Lausanne Association Appartenances. | | Lausanne Association Appartenances. |

Le Service d'interprétariat en milieu hospitalier (EPER) à Bâle est financé par l'entraide protestante suisse (EPER) et par des contrats fixes avec les hôpitaux.

Le Service d'interprétariat proposé par le Dr. Peter Flubacher à Bâle ne reçoit aucune subvention.

Il y a autofinancement (financement comptabilisé dans les frais annexes du cabinet : est le médecin lui-même qui paie son service d'interprétariat).

Le Service d'interprétariat de l'Hôpital universitaire de l'Île à Berne est financé par un fonds spécial de l'hôpital (autofinancement). Ce fonds est alimenté par diverses fondations et par des donateurs. Il y a fr. 1000.- par année qui sont à disposition des différentes cliniques de l'hôpital.

Le Centre de thérapie pour les victimes de tortures (CRS) à Berne est autofinancé par la Croix-Rouge Suisse.

Le Centre d'intervention en faveur de la promotion interculturelle de la santé auprès des immigrants turcs et kurdes (DERMAN) à Zurich est subventionné d'une part par l'Oeuvre suisse d'entraide ouvrière et d'autre part par des subventions nationales versées par l'Office fédéral des réfugiés (OFR), ainsi que par le service cantonal des oeuvres sociales (subventions cantonales des Services sociaux). Il y a aussi un contrat avec l'Hôpital Triemli à Zurich.

Le Centre de Santé-Migrants à Genève est financé d'une part par la Croix-Rouge genevoise et d'autre part par le biais d'un modèle très compliqué de subventionnements divers. Il y a aussi des contrats spécifiques avec les hôpitaux.

L'Association Appartenances à Lausanne fonctionne essentiellement sur les moyens propres de l'Association (autofinancement par l'Association). Les cursus de formation (voir un des sous-points du chapitre 5) bénéficient cependant de subventions cantonales (PMU, CHUV, PPU, DAMPS et FAREAS) et de subventions nationales (OFSP et FNRS).

5.3 L'ENGAGEMENT DES MCI

5.3.1 Les modalités d'engagement des MCI.

En général, il y a deux modalités d'engagement possibles :

1. Les MCI peuvent être engagés sur la base d'un contrat fixe.
Dans ce cas, les MCI perçoivent un salaire fixe et ils bénéficient alors généralement de prestations sociales complémentaires.
2. Les MCI peuvent fonctionner sur appel au titre de travailleurs indépendants.
Dans ce cas, les MCI sont rétribués à l'heure et ne bénéficient en général d'aucune prestation sociale ni de dédommagement de leurs frais.

Dans le Tableau 4 sont présentées les modalités d'engagement des MCI dans les différents services d'interprétariat en Suisse.

Tableau 4 : Les modalités d'engagement des MCI en Suisse
(tiré de Weiss et Stuker, « Interprétariat et médiation culturelle dans le système de soins », 1998, p. 97, traduit et réorganisé par l'auteur du travail).

| <u>Engagements fixes uniquement (contrat)</u> | <u>Indépendants (appel) et engagem. fixes (contrat)</u> | <u>Indépendants uniquement (appel)</u> |
|--|---|---|
| Bâle Service d'interprétariat en milieu hospitalier (EPER). | | |
| Bâle Service d'interprétariat proposé par le Dr. Peter Flubacher. | | |
| | | Berne Service d'interprétariat de l'Hôpital universitaire de l'île. |
| | | Berne Centre de thérapie pour les victimes de tortures (CRS). |
| Zurich Centre d'intervention en faveur de la promotion interculturelle de la santé auprès des immigrants turcs et kurdes (DERMAN). | | |
| | | Genève Centre de Santé-Migrants. |
| | Lausanne Association Appartenances. | |

Les institutions qui ont recours exclusivement aux MCI au bénéfice d'un engagement fixe (contrat fixe) sont au nombre de trois.

Le Service d'interprétariat en milieu hospitalier (EPER) à Bâle et le Centre d'intervention en faveur de la promotion interculturelle de la santé auprès des immigrants turcs et kurdes (DERMAN) à Zurich engagent des interprètes sur la base d'un contrat prévoyant les heures de travail à effectuer et comprenant le versement des prestations sociales.

L'EPER à Bâle assure de plus le versement intégral de leur salaire aux MCI au bénéfice d'un engagement fixe en cas de maladie et durant les jours fériés. Chez DERMAN à Zurich, on prend en compte l'ensemble des charges sociales, ainsi que les frais généraux, les absences en raison de maladie ou d'annulation, ainsi que les frais liés au temps de déplacement et d'attente.

Les MCI de l'EPER à Bâle, qui interviennent essentiellement à l'hôpital, ont des conditions de travail particulièrement bonnes, dans la mesure où ils y disposent d'un local spécialement prévu à cet effet. Cela permet aux membres du personnel soignant à la fois de collaborer toujours avec le même interprète, de planifier et d'annoncer à l'avance les entretiens qui nécessitent la présence d'un interprète.

Pour les interprètes eux-mêmes, cette modalité d'engagement est également avantageuse. En effet, cela leur permet d'avoir des heures de travail fixes et également de s'assurer, dans une certaine mesure, un statut reconnu au sein de l'institution hospitalière.

L'interprète qui travaille avec le Dr. Peter Flubacher à Bâle est elle aussi engagée sur la base d'un contrat fixe. Elle est présente au cabinet du généraliste un jour par semaine, à des heures déterminées, afin de servir d'interprète aux patients turcs et kurdes du médecin. Elle touche un salaire fixe, déterminé en fonction de ses heures de travail.

Les institutions qui ont recours exclusivement aux MCI travaillant comme indépendants (sur appel) en les rémunérant à l'heure sont également au nombre de trois.

Il s'agit du Centre de Santé-Migrants à Genève, du Service d'interprétariat de l'Hôpital universitaire de l'île à Berne et du Centre de thérapie pour les victimes de tortures (CRS) à Berne.

Une seule institution en Suisse a recours à la fois aux MCI au bénéfice d'un engagement fixe (contrat fixe) et à des indépendants (sur appel).

Il s'agit de l'Association Appartenances à Lausanne. Plus de 50% de MCI bénéficient d'un contrat fixe.

Au niveau international, l'Inter-Service Migrants (Paris) dispose de plus de 20% de MCI ayant des postes fixes. Dans les services de l'Ethno-Medizinisches Zentrum (Hanovre), du LITST (Edimbourg), du Stichting Tolkenentrum (Hollande), du Tolkförmedling (Stockholm) et du Tolketjenesten Innvandrerkontoret (Norvège), il y a une faible proportion (moins de 20%) de MCI au bénéfice d'un contrat fixe. La seule institution qui a recours aux MCI uniquement sur appel est la Language Line (Londres).

Pour les MCI, il est en principe moins intéressant d'être engagés comme indépendants que comme employés fixes, car ils ne peuvent pas compter sur un salaire fixe.

De plus, la réglementation concernant les questions touchant aux prestations sociales, aux dédommagements en cas de maladie, d'annulation des rendez-vous et d'attente, ainsi qu'au temps et aux frais de déplacement diffèrent grandement d'une institution à l'autre et s'avère globalement insuffisante.

5.3.2 Les exigences et les conditions nécessaires pour l'engagement des MCI.

Les exigences et les conditions requises pour le recrutement d'un MCI se rapportent d'une part aux connaissances préalables et aux expériences, et d'autre part aux devoirs.

1. Les connaissances préalables attendues des MCI concernent à la fois des qualifications linguistiques et professionnelles, ainsi qu'une expérience du social et des processus de migration et d'intégration. Les qualifications linguistiques impliquent une connaissance approfondie de deux langues, la maîtrise orale des deux langues étant prioritaire. Des connaissances préalables de l'interprétariat sont parfois demandées et la langue étrangère doit en général être la langue maternelle du MCI. Les conditions d'engagement des MCI impliquent aussi fréquemment que ceux-ci doivent disposer d'une expérience de la migration et d'expériences professionnelles en milieu social.

L'Association Appartenances à Lausanne donne la préférence à des migrants qui disposent d'une formation universitaire et souhaite tout particulièrement offrir un moyen d'intégration professionnelle aux migrants qui sont au chômage.

L'Association Appartenances et le Service d'interprétariat en milieu hospitalier (EPER) à Bâle engagent de préférence des migrants séjournant en Suisse depuis trois à dix ans (Appartenances) ou depuis au moins cinq ans (EPER). L'application de ce critère est censé garantir que les MCI ne se trouvent pas tout au début de leur propre processus d'intégration, tout en n'ayant pas encore pris trop de distance par rapport à cette expérience vécue. L'expérience personnelle de l'intégration dont dispose le MCI est alors considérée comme une ressource pour son travail.

Le Centre d'intervention en faveur de la promotion interculturelle de la santé auprès des immigrants turcs et kurdes (DERMAN) à Zurich exige au contraire essentiellement des expériences professionnelles dans les secteurs médical et social.

A côté des expériences dans le domaine social et de la migration, il arrive aussi que des services exigent une certaine connaissance du pays d'accueil et notamment de l'organisation de son service public.

2. En ce qui concerne les devoirs des MCI.

En règle générale, les MCI sont soumis au même devoir de garder le secret que le personnel médical. Ils sont informés par écrit de ce devoir, qui fait partie de leur contrat.

Un autre devoir des MCI est de se soumettre à la « règle d'abstinence », tant vis-à-vis des patients que par rapport à une activité dans d'autres domaines. *« La règle de l'abstinence en psychothérapie se rapporte d'une part à la mise en jeu, dans le cas de la thérapie, d'opinions et de valeurs personnelles qui pourrait induire les patients à se soumettre à des règles normatives analogues. D'autre part, Freud a tenté, de cette manière, de bannir le risque d'abus (pas seulement de nature sexuelle) au cours de la thérapie. S'agissant de l'interprétariat, l'abstinence est conçue plutôt dans le sens d'éviter des contacts en dehors du setting thérapeutique »* (Weiss et Stuker, « Interprétariat et médiation culturelle dans le système de soins », 1998, p. 99).

Le Centre de thérapie pour les victimes de tortures (CRS) à Berne recommande explicitement aux MCI d'éviter tout contact avec les patients en dehors du setting thérapeutique, tout comme au Centre de Santé-Migrants à Genève. De plus, à Genève, les MCI doivent s'engager à ne pas exercer en même temps d'autres activités d'interprétariat, par exemple auprès des tribunaux et lors d'interrogations menés par la police des étrangers.

5.3.3 Les procédures d'engagement des MCI.

Ils existent différents types de procédures d'engagement.

Le plus souvent, l'engagement est fondé sur un entretien d'embauche.

Il arrive aussi quelquefois que l'on demande aux candidats d'avoir réussi un test oral (complété le cas échéant par un entretien).

En Suisse essentiellement, on évoque par ailleurs les feed-backs du personnel soignant, d'autres interprètes et des patients comme étant des critères d'engagement.

A côté de l'évaluation qualitative évoquée, nombre de services font signer, lors de la procédure d'engagement, un contrat réglant les directives professionnelles à suivre, les droits et les devoirs, ainsi que l'obligation de garder le secret.

Le Tableau 5 montre les différents types de procédures d'engagement existants dans les services d'interprétariat institutionnalisés en Suisse.

Au niveau international, les procédures d'engagement des MCI sont les suivantes.

L'Ethno-Medizinisches Zentrum (Hanovre) procède par test oral.

Le Stichting Tolkencentum (Hollande) utilise le test oral et le test écrit. Mais ce service d'interprétariat engage les MCI en utilisant aussi le contrat.

Le Tolkförmedling (Stockholm) procède par test oral.

L'Inter-Service Migrants (Paris) engage les MCI en utilisant le feed-back.

Tableau 5 : Les procédures d'engagement des MCI en Suisse
(tiré de Weiss et Stuker, « Interprétariat et médiation culturelle dans le système de soins », 1998, p. 100, traduit et réorganisé par l'auteur du travail).

| <u>Entretien d'embauche</u> | <u>Test oral</u> | <u>Feed-back</u> | <u>Contrat</u> |
|---|---|---|--|
| <u>Bâle</u> Service d'interprétariat en milieu hospitalier (EPER). | | <u>Bâle</u> Service d'interprétariat en milieu hospitalier (EPER). | |
| <u>Bâle</u> Service d'interprétariat proposé par le Dr. Flubacher. | | | |
| <u>Berne</u> Service d'interprétariat de l'Hôpital universitaire de l'Île. | | <u>Berne</u> Service d'interprétariat de l'Hôpital universitaire de l'Île. | <u>Berne</u> Service d'interprétariat de l'Hôpital universitaire de l'Île. |
| <u>Berne</u> Centre de thérapie pour les victimes de tortures. | | <u>Berne</u> Centre de thérapie pour les victimes de tortures. | <u>Berne</u> Centre de thérapie pour les victimes de tortures. |
| <u>Zurich</u> Centre d'intervention en faveur de la promotion interculturelle de la santé auprès des immigrants turcs et kurdes (DERMAN). | | <u>Zurich</u> Centre d'intervention en faveur de la promotion interculturelle de la santé auprès des immigrants turcs et kurdes (DERMAN). | |
| <u>Genève</u> Centre de Santé-Migrants. | <u>Genève</u> Centre de Santé-Migrants. | <u>Genève</u> Centre de Santé-Migrants. | |
| <u>Lausanne</u> Association Appartenances. | | | |

5.3.4 Les conditions salariales des MCI.

A partir des modalités différentes d'engagement des MCI et de la différence de gestion des prestations sociales et des dédommagements, il est donc difficile de comparer les conditions salariales des MCI.

En Suisse, le salaire à l'heure des MCI se situe entre 35 et 55 francs nets. Les frais sont remboursés en sus.

Bâle

Le Service d'interprétariat en milieu hospitalier (EPER) facture les services de ses MCI à fr. 39.- à l'heure. Le Dr. Peter Flubacher verse à son interprète fr. 55.- à l'heure pour son service d'interprétariat.

Berne

Le Service d'interprétariat de l'Hôpital universitaire de l'Île paie ses interprètes fr. 1.- par minute.

Une consultation avec interprétariat durant de 1 à 30 minutes donnant lieu à un forfait de fr. 30.- et une consultation de 30 à 60 minutes à un forfait de fr. 60.-.

Le Centre de thérapie pour les victimes de tortures (CRS) paie les services de ses MCI fr. 31.- à l'heure + 1 heure de frais par jour.

Zurich

Le Centre d'intervention en faveur de la promotion interculturelle de la santé auprès des immigrants turcs et kurdes (DERMAN) rétribue ses interprètes selon l'échelle des salaires de l'Oeuvre suisse d'entraide ouvrière (OSEO). Il y a un salaire fixe d'environ fr. 40-50.- à l'heure.

Genève et Lausanne

Le Centre de Santé-Migrants et l'Association Appartenances paient leurs MCI fr. 45.- à l'heure.

Au niveau international, j'ai eu connaissance du salaire-horaire des interprètes de l'Ethno-Medizinisches Zentrum (Hanovre), qui est de l'ordre de fr. 35.- et celui du Stichting Tolkenentrum (Hollande), qui est de fr. 27.-.

5.4 LA FORMATION

5.4.1 La formation initiale et la formation continue des MCI.

La formation initiale « *consiste en cours par lesquels des personnes n'ayant aucune formation professionnelle ou formées à une toute autre profession se préparent à faire de l'interprétariat dans le domaine social* ».

La formation continue « *comprend l'ensemble des cours dans lesquels sont transmis des compétences et savoirs spécifiques relevant des différentes dimensions de l'action sociale, par exemple la formation à l'interprétariat en milieu médical* » (Weiss et Stuker, « Interprétariat et médiation culturelle dans le système de soins », 1998, p. 103).

La qualité et l'intensité des cours de formation initiale et continue offerts aux MCI varient fortement d'un service d'interprétariat à l'autre.

Les offres de formation existants se distinguent par plusieurs aspects : le cadre institutionnel, l'investissement en temps, le financement, le contenu, les priorités, les thèmes abordés, les examens et les diplômes.

Le Tableau 6 présente les offres de formation existantes en Suisse.

On constate que l'Association Appartenances à Lausanne est la seule qui dispose d'une offre de formation initiale.

Quatre des autres organismes proposant un service d'interprétariat se limitent à offrir à leurs collaborateurs des cours de formation continue. Il s'agit du Service d'interprétariat en milieu hospitalier (EPER) à Bâle, du Centre de thérapie pour les victimes de tortures (CRS) à Berne, du Centre de Santé-Migrants à Genève et de l'Association Appartenances à Lausanne.

Tandis que le Service d'interprétariat proposé par le Dr. Peter Flubacher à Bâle, le Service d'interprétariat de l'Hôpital universitaire de l'Île à Berne et le Centre d'intervention en faveur de la promotion interculturelle de la santé auprès des immigrants turcs et kurdes (DERMAN) à Zurich ne proposent aucune formation, ni initiale ni continue, et ce pour des raisons financières essentiellement.

A l'étranger, la situation est différente. En effet, la majorité des institutions offrent à leurs interprètes aussi bien des cours de formation initiale que continue (Tolkförmedling à Stockholm, l'Ethno-Medizinisches Zentrum à Hanovre, l'Indvandrersprojekter à Copenhague, le Tolketjenesten Innvandrekontoret en Norvège, etc.).

Tableau 6 : Les offres de formation initiale et de formation continue en Suisse
(tiré de Weiss et Stuker, « Interprétariat et médiation culturelle dans le système de soins », 1998, p. 106, traduit et réorganisé par l'auteur du travail).

| | <u>Formation initiale</u> | <u>Formation continue</u> |
|--|---------------------------|---------------------------|
| Bâle Service d'interprétariat en milieu hospitalier (EPER). | | ❖ |
| Bâle Service d'interprétariat proposé par le Dr. Peter Flubacher. | | |
| Berne Service d'interprétariat de l'Hôpital universitaire de l'Île. | | |
| Berne Centre de thérapie pour les victimes de tortures (CRS). | | ❖ |
| Zurich Centre d'intervention en faveur de la promotion interculturelle de la santé auprès des immigrants turcs et kurdes (DERMAN). | | |
| Genève Centre de Santé-Migrants. | | ❖ |
| Lausanne Association Appartenances. | ❖ | ❖ |

Le temps investi dans la formation continue varie d'une offre inexistante, due au manque de ressources financières (Service d'interprétariat du Dr. Peter Flubacher à Bâle, Service d'interprétariat de l'Hôpital universitaire de l'Île à Berne, Centre d'intervention en faveur de la promotion interculturelle de la santé auprès des immigrants turcs et kurdes (DERMAN) à Zurich), jusqu'à des cycles de formation continue s'étendant à plusieurs demi-journées, en passant par des journées de perfectionnement organisées sur une base annuelle (Service d'interprétariat en milieu hospitalier (EPER) à Bâle, Centre de thérapie pour les victimes de tortures (CRS) à Berne et Centre de Santé-Migrants à Genève).

Toutes les formations offertes en Suisse ne prévoient pour l'heure ni examens ni certifications officielles (diplômes).

Le financement des offres de formation continue proposées par les services d'interprétariat eux-mêmes se fait de manière interne et dépend donc dans une large mesure des possibilités financières du service concerné.

Le cursus de formation initiale mis sur pied par l'Association Appartenances à Lausanne bénéficie en revanche de subventions cantonales et fédérales.

Comme je l'ai déjà évoqué plus haut, l'unique offre de formation initiale existant en Suisse émane de l'Association Appartenances à Lausanne.

L'interview que j'ai menée avec Madame Spomenka Alvir, responsable de la formation des MCI à l'Association Appartenances à Lausanne, m'a permis de mieux comprendre la façon dont cette formation initiale (appelée aussi formation de base) des MCI est organisée. Au total, la formation initiale/de base comprend 110 heures de cours.

Cette formation prévoit trois volets :

1. *« Les expériences personnelles comme source de connaissance ».*

Cette première partie, considérée comme la plus importante de la formation, permet de travailler en groupes sur les expériences personnelles des participants en matière de migration, afin d'en faire des ressources pour la médiation culturelle dans des contextes difficiles sur le plan émotionnel. La langue utilisée à l'intérieur des différents groupes est toujours le français.

2. *« La théorie ».*

La deuxième partie est consacrée à des questions théoriques proches de la pratique, telles que les aspects sociaux propres à la migration, les fonctions et les rôles des MCI, les techniques de traduction et les fondements d'une éthique professionnelle (déontologie).

3. *« La pratique ».*

La dernière partie a pour objectif d'exercer les savoirs acquis en situation d'interprétariat. Il fait l'objet d'un suivi (supervision) de dix heures.

Le prix de cette formation de base s'élève à fr. 1000.-. Des arrangements sont possibles pour les MCI n'ayant pas un emploi régulier. De manière générale, le MCI doit payer fr. 250.- de sa poche, tandis que les fr. 750.- restant sont couverts par des subventions cantonales et fédérales.

Cette formation initiale ne couvre évidemment que les besoins des MCI francophones.

De plus, elle n'est pas très accessible en raison de la distance géographique (les lieux des cours se trouvant à l'Association Appartenances à Lausanne et à Yverdon).

De manière générale, on peut donc affirmer que la situation en matière de formation professionnelle est très insatisfaisante pour les MCI oeuvrant en Suisse.

C'est pourquoi diverses instances revendiquent en ce moment une professionnalisation accrue des activités de truchement linguistique.

La plupart des institutions helvétiques concernées souhaitent et/ou prévoient de mettre sur pied des cours de formation initiale/de base, des cours de formation continue et des cours de perfectionnement destinés aux MCI et, en partie, également au personnel soignant.

Compte tenu du plurilinguisme helvétique et de la petitesse du pays, il conviendrait d'élaborer des offres de formation au plan régional et de concentrer les ressources disponibles.

5.4.2 La formation continue du personnel soignant.

Si les MCI disposent de différentes filières de formation, le personnel soignant se voit offrir de plus en plus souvent des cours de formation continue en vue d'optimiser la collaboration avec les professionnels du truchement linguistique.

Le Centre de Santé-Migrants à Genève et le Service d'interprétariat de l'Hôpital universitaire de l'Île à Berne, par exemple, prévoient de mettre en place des formations continues destinées au personnel médical.

6. CONCLUSIONS ET PROPOSITIONS

6.1 PROMOUVOIR UN SERVICE D'INTERPRETARIAT PROFESSIONNELLEMENT QUALIFIE AU SEIN DU SYSTEME DE SANTE ET DANS LE DOMAINE SOCIAL

Le recours aux MCI est de plus en plus répandu dans les traitements en milieu hospitalier et dans les cabinets privés. Cependant les offres d'interprétariat au sein du système de santé suisse ne couvrent pas le besoin croissant. Elles sont insuffisantes sur le plan qualitatif comme sur le plan quantitatif. Leur financement est, de plus, encore problématique. La difficulté du financement joue en effet un rôle non négligeable parmi les obstacles à l'intervention de MCI.

Pour qu'un service d'interprétariat professionnellement qualifié au sein du système de santé et dans le domaine social puisse être mis en place, pour qu'une offre d'interprétariat conforme aux règles de la profession puisse être assurée, tous les établissements sanitaires suisses devraient disposer de plusieurs conditions structurelles. En effet, un certain nombre de conditions doivent être remplies préalablement à la mise sur pied d'offres d'interprétariat adéquates en Suisse.

Ces conditions structurelles peuvent être résumées sous ces six points :

1. Eviter le recours aux membres de la famille (en particulier dans les situations où leur présence pourrait être ressentie par les patients comme pesante ou compromettante).
2. Rénoncer à faire appel à des membres du personnel hospitalier recrutés pour remplir la fonction de MCI, notamment à des employés ne bénéficiant d'aucune formation médicale.
3. Donner la préférence aux MCI formés.
4. Assurer la formation et le soutien professionnel des MCI (= reconnaissance sociale et économique).
5. Prévoir le perfectionnement des médecins traitants et des membres du personnel soignant appelés à collaborer avec les MCI.
6. Garantir aux MCI des conditions d'engagement adéquates permettant une constance dans la collaboration. Accorder la préférence à des consultations fixes avec un même MCI plutôt qu'à des listes de personnes disponibles sur appel.

6.2 TROUVER UN MODE DE FINANCEMENT ADEQUAT

D'autres questions devraient aussi être traitées au niveau suisse, notamment des clarifications juridiques et le problème du financement.

Pour ce qui est des clarifications juridiques, « *les initiatives visant à faire reconnaître la nécessité de disposer, pour les personnes de langue étrangère, de MCI dans les domaines de la santé et du social font défaut jusqu'ici, tant sur le plan politique qu'au niveau juridique. Une clarification de la base légale serait nécessaire pour cela. Cet aspect est fondamental au niveau du financement* » (Weiss et Stuker, « Lorsque patients et soignants ne parlent pas la même langue », 1998, p. 16).

Pour ce qui est du financement, les offres d'interprétariat doivent être prises en compte dans les considérations d'économie en matière de santé en ce qui concerne la prise en charge médicale de l'ensemble de la population. Il s'agit à cet égard, d'une part de traiter des questions touchant à la rentabilité, d'autre part d'apprécier quelle instance est la plus appropriée (dans une perspective de politique de la santé) pour supporter les coûts d'une telle offre.

Le financement des MCI est encore très incertain. Cette prestation n'est en effet pas remboursée par les caisses et ne figure nulle part dans les budgets des hôpitaux. Dans certains endroits (voir chapitre 5), des oeuvres d'entraide, des institutions religieuses ou des fonds privés assument, dans une mesure limitée, le coût des MCI. Il y a donc une très grande urgence à clarifier d'autres possibilités de financement, afin de faciliter l'accès aux prestations des MCI (= reconnaissance sociale et économique).

Il faudrait examiner notamment dans quelle mesure la compétence pour l'interprétariat relèverait des caisses-maladies ou des pouvoirs publics.

Ursula Steiner-König (Dr. Médecin, membre du comité central de la FMH) affirme : « *Il s'agit donc de trouver un mode de financement. C'est ainsi seulement que nous pourrions éviter une médecine à deux vitesses, au détriment des patients migrants. Même s'il n'est pas réalisable actuellement, un remboursement par les assurances sociales est souhaitable à long terme. Dans l'immédiat, il s'agit de trouver d'autres solutions* » (Weiss et Stuker, « Lorsque patients et migrants ne parlent pas la même langue », 1998, p. 5).

6.3 LES BASES POUR LA REUSSITE D'UNE RECONNAISSANCE SOCIALE ET ECONOMIQUE DES MCI

La professionnalisation des MCI dans le système de soins semble constituer aujourd'hui une des solutions les plus appropriées pour résoudre les difficultés de communication interculturelle et améliorer ainsi la prise en charge des patients migrants, notamment de ceux qui ne maîtrisent pas la langue du pays d'accueil. Il s'agit ainsi de dépasser l'amateurisme qui règne dans nombre d'institutions, où le recours aux MCI repose en grande partie sur le bénévolat et sur la collaboration ponctuelle, sans aucun cadre professionnel de référence. Il est donc indispensable d'organiser, au niveau national, une formation de qualité pour les MCI, une formation consacrée spécifiquement à la médiation culturelle dans le monde des soins. Et cette formation, nécessaire pour que le service d'interprétariat puisse être de qualité, doit être reconnue au niveau national. Des MCI formés doivent assurer la qualité du service, raison pour laquelle l'organisation de la formation doit être faite de façon sérieuse (sur des bases juridiques, légales, politiques, ...) pour que sa reconnaissance au niveau suisse puisse être validée.

Le professionnalisme de l'interprétariat au sein du système de santé présuppose donc la formation des MCI. En ce qui concerne les MCI au sein du système de santé, ils souhaitent expressément bénéficier d'une meilleure préparation et d'un meilleur soutien à leur activité. Mais le besoin d'offres d'interprétariat adéquats et de formation à l'intention des MCI est également signalé par les milieux scientifiques (responsables médicaux, ...). En effet, de nombreux professionnels déplorent actuellement que le recours aux MCI formés soit si difficile.

En Suisse, une coordination nationale s'impose donc en matière de formation des MCI. Les cursus devraient être réglementés par des directives élaborées, puis appliquées au plan national. Il est indispensable aussi que les lieux et les contenus de cette formation soient adaptés aux particularités de chaque région linguistique. Une formation ad hoc pour les MCI signifie donc jouir d'une reconnaissance sociale et économique jusqu'ici inexistante.

Il semble aussi qu'une formation soit nécessaire pour les professionnels de la santé. Les professions médicales sont aujourd'hui confrontées à des changements importants. Notre époque est en effet caractérisée par des mutations sociales et culturelles. Le pluralisme culturel caractérise de plus en plus nos sociétés. Un élargissement de leurs compétences est donc indispensable. En effet, les soignants, par la relation qu'ils entretiennent avec leurs patients migrants, sont obligés de modifier leur attitude personnelle ainsi que leur culture professionnelle. Il faut donc offrir une formation destinée à fournir des outils aux professionnels de la santé pour leur travail avec les MCI.

Dans la triade, les connaissances et les pratiques changent et s'inscrivent plus généralement dans la problématique santé et migration. Le contenu de la formation doit ainsi porter tant sur les discours, les pratiques et les modalités de prise en charge des migrants, que sur les discours et les pratiques des MCI, des patients et de leurs milieux.

Selon l'anthropologue Ilario Rossi (dans « Médiation culturelle et formation des professionnels de la santé. De l'interculturalité à la co-disciplinarité », 1999, p. 292) « *toute démarche de formation des professionnels de la santé devrait poursuivre, en complément à une formation médicale spécifique, au moins trois objectifs majeurs, à savoir la sensibilisation aux enjeux interculturels, la communication interculturelle et les modalités du travail avec un MCI* ».

Il faut donc centrer les programmes d'interprétariat en milieu médical aussi sur la sensibilisation et le perfectionnement du personnel soignant.

Si l'on veut assurer la pertinence des MCI en milieu médical et social, il faut remplir des conditions qui, en Suisse, sont encore trop peu reconnues.

Selon Regula Weiss et Rahel Stuker (dans « Interprétariat et médiation culturelle dans le système de soins », 1998, p. 114), ces conditions sont les suivantes :

1. « *Le droit des malades migrants de langue étrangère, de bénéficier de services d'interprétariat* ».
2. « *La nécessité de sensibiliser les autorités et les responsables sanitaires à cette problématique* ».
3. « *Une prise de conscience de la nécessité d'offrir une formation spécialisée aux MCI oeuvrant dans ce milieu et de la nécessité d'offrir des cours de formation continue au personnel soignant* ».
4. « *Garantir des conditions d'emploi décentes pour les MCI* ».
5. « *La nécessité d'élaborer des méthodes spécifiques et de définir les rôles pour chaque domaine et contexte en jeu* ».

Les chances des personnes étrangères de participer activement à tous les domaines de la vie publique devraient être améliorées. Cela implique notamment le développement de mesures politiques efficaces.

Les mesures politiques en matière de migration et d'intégration ont en effet une grande incidence sur l'offre d'interprétariat destinée aux étrangers. Les possibilités effectives de créer des structures adéquates sont étroitement liées aux principes qui sous-tendent ces politiques.

Plus ces politiques sont de type participatif et plus elles visent à l'égalité des chances en défendant une approche multiculturelle, plus la possibilité d'offrir aux migrants les prestations nécessaires augmente.

Dans l'ensemble, les conditions de travail des MCI restent assez mauvaises, en Suisse comme à l'étranger.

La plupart des programmes font appel à des indépendants engagés sur la base de mandats ponctuels. Situation précaire, horaires irréguliers, salaires horaires, frais annexes pas intégralement remboursés et mauvaise couverture sociale sont des choses courantes.

La plupart des services, en Suisse, qui ne sont pas entièrement subventionnés par l'Etat bénéficient d'un financement mixte, c'est-à-dire de fonds publics combinés avec des fonds privés. Seule une petite minorité des institutions s'auto-financent totalement et se passent donc des subventions.

En Suisse, la question du financement des offres de truchement linguistique et de la formation d'intervenants qualifiés dans ce domaine reste ouverte. En donnant au droit à ces prestations des fondements politiques et juridiques, on faciliterait certainement leur financement. Il est donc nécessaire qu'une personne compétente clarifie les bases légales existantes.

6.4 PROPOSITION D'UN MODELE DE FORMATION POUR LES MCI EN MILIEU SANITAIRE

Il existe déjà des propositions de modèles de formation.

Regula Weiss et Rahel Stuker donnent leur avis en disant que « *les petits projets mal coordonnés ont peu de chances de profiter de possibles synergies et ne parviendront donc jamais à se doter de bases financières solides. Il devient dès lors indispensable de développer des stratégies communes, aussi bien du point de vue strictement méthodologique que pour des raisons de santé publique et de politique professionnelle. A l'avenir, les efforts devraient converger vers la création d'une plate-forme d'action, dont un premier objectif pourrait être l'élaboration d'un concept de formation pour l'ensemble de la Suisse* » (dans « Interprétariat et médiation culturelle dans le système de soins », 1998, p. 118).

Weiss et Stuker ont donc imaginé un modèle de formation qui pourrait s'appliquer dans toute la Suisse.

Ce modèle s'inspire des systèmes étrangers, tout en respectant les expériences et les structures spécifiques à notre pays (voir Schéma 1, chapitre Annexes).

Il existe également des propositions de formation initiale et continue du personnel soignant et des autres usagers. La question de l'interprétariat doit également être intégrée dans le plan de formation de toutes les formations initiales dans les métiers de la santé.

Médecins et psychologues, écoles de soins infirmiers, de physiothérapie et d'ergothérapie et hautes écoles spécialisées en travail social sont particulièrement concernés à cet égard.

« *En complément des formations de base, il faudrait également développer les offres de formation continue centrées sur la collaboration entre médiateurs culturels interprètes et malades de langue étrangère.*

Les points forts de ces cours seraient les suivants (Weiss et Stuker, « Interprétariat et médiation culturelle dans le système de soins », 1998, p. 144).

1. *Migration et retombées psychosociales.*
2. *Interactions au sein de la triade, gestion des jeux de pouvoir et des besoins de contrôle.*
3. *Adaptation méthodologique (rôles, coopération, outils thérapeutiques et techniques d'interprétariat).*
4. *Réflexion sur sa propre appartenance à un système donné (par exemple le système médical) ».*

Alexandre Bischoff et Louis Loutan (dans « A mots ouverts. Guide de l'entretien médical bilingue à l'usage des soignants et des interprètes », 1998, p. 11) proposent aux soignants les points-clés pour qu'ils puissent travailler avec succès avec un MCI (voir Schéma 2, chapitre Annexes).

6.5 CONCLUSIONS

Il est urgent, à nos yeux, de promouvoir un service d'interprétariat qualifié dans le domaine de la santé et du social destiné aux migrants ne parlant aucune langue nationale.

Pour y parvenir, il faut une reconnaissance politique du problème, des coûts humains, sociaux et économiques qu'il engendre lorsqu'il n'est pas résolu (soins inadéquats, traitements non suivis, consultations multiples, séquelles graves, psychiatrisation, mise à l'AI, etc.). Cette reconnaissance politique devrait permettre à la fois l'élaboration d'un statut légal de la profession de MCI légitimant une formation reconnue sur le plan national et la mise en place d'un mode de financement adéquat (caisses maladies, budget des hôpitaux, etc.).

7. ANNEXES

BALE

| <u>Nom</u> | <u>Support juridique et type d'institution</u> | <u>Financement</u> | <u>Conditions de travail</u> | <u>Genre et formes de traduction</u> | <u>Offres de formation</u> | <u>Remarques complémentaires</u> |
|---|--|--|--|---|---|---|
| <p><u>Service d'interprétariat en milieu hospitalier (EPER).</u></p> <p>Depuis 1987.</p> <p><u>Responsables :</u> Petersen Eser</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Soutien privé. • Projet de l'Entraide protestante suisse (EPER) à Bâle. • Service de traduction des hôpitaux dans divers départements de l'Hôpital cantonal et de l'Hôpital Felix-Plattner à Bâle. • Parfois, des traducteurs sont mis en contact avec des médecins du domaine privé. | <ul style="list-style-type: none"> • Financé par l'entraide protestante suisse (EPER). • Par contrats fixes avec les hôpitaux. | <ul style="list-style-type: none"> • Exclusivement des traducteurs fixes. • Indemnité hebdomadaire fixe. • Lieu de travail fixe (pièce dans l'hôpital). • Tarif horaire 39.- • Indemnités pour les maladies et les jours fériés. • Condition : habiter en Suisse depuis au moins cinq ans. • Entretien d'embauche et feed-backs par le personnel soignant et les traducteurs mêmes. | <ul style="list-style-type: none"> • Interprétariat et traduction écrite. • Traduction littérale et traduction libre rendant le sens général. • Traducteurs comme instruments et médiateurs culturels. | <ul style="list-style-type: none"> • Formation continue d'une durée d'une journée. | <ul style="list-style-type: none"> • Expérience de plusieurs années. • Souhait de trouver plus d'argent pour le financement de la formation continue et de la supervision pour les traducteurs. |

BALE

| <u>Nom</u> | <u>Support juridique et type d'institution</u> | <u>Financement</u> | <u>Conditions de travail</u> | <u>Genre et formes de traduction</u> | <u>Offres de formation</u> |
|--|--|--|---|---|--|
| <p><u>Service d'interprétariat proposé par le Dr. Peter Flubacher.</u></p> <p>Depuis 1992.</p> <p><u>Responsable :</u> Flubacher</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Cabinet de médecine générale avec service d'interprétariat pour les patients kurdes et turcs. • Quelques rares fois des traducteurs à l'heure (par le biais de l'EPER). | <ul style="list-style-type: none"> • Comptabilisé dans les frais annexes du cabinet. • Pas de subventions. | <ul style="list-style-type: none"> • Interprète fixe (2 heures par semaine). • Tarif horaire environ 50-60.- • Entretien d'embauche. | <ul style="list-style-type: none"> • Interprétariat. • Traduction libre rendant le sens général. • Médiation culturelle. | <ul style="list-style-type: none"> • Aucunes (impossible pour des raisons financières). |

BERNE

| <u>Nom</u> | <u>Support juridique et type d'institution</u> | <u>Financement</u> | <u>Conditions de travail</u> | <u>Genre et formes de traduction</u> | <u>Offres de formation</u> |
|--|--|--|---|---|--|
| <p><u>Service d'interprétariat de l'Hôpital universitaire de l'Ille.</u></p> <p>Depuis 1990.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Soutien privé (service créé suite à une décision interne de l'hôpital). • Service d'interprétariat sur appel. • Le service social de l'hôpital de l'Ille est responsable de la coordination et du financement. • Pour les expertises, les interprètes collaborent occasionnellement avec d'autres institutions. | <ul style="list-style-type: none"> • Financé par un fonds spécial de l'hôpital. • Ce fonds est alimenté par diverses fondations et par des donateurs. • Il y a 1000.- par année qui sont à disposition des différentes cliniques de l'hôpital. • Les traductions sont offertes gratuitement aux indigents. | <ul style="list-style-type: none"> • Les interprètes travaillent exclusivement sur appel. • Salaire : <ul style="list-style-type: none"> - indemnisation minimale : 30.- pour une traduction durant jusqu'à 30 minutes. - forfaits : 60.- pour des traductions de 30-60 minutes. - 1.- par minute supplémentaire. • Frais de transport et indemnité en cas d'annulation du rendez-vous. • Entretien d'embauche et feed-backs du personnel soignant. • Contrat. | <ul style="list-style-type: none"> • Interprétariat. • Traduction libre rendant le sens général. • Médiation culturelle. | <ul style="list-style-type: none"> • Pas de formation de base ni de formation continue. |

BERNE

| <u>Nom</u> | <u>Support juridique et type d'institution</u> | <u>Financement</u> | <u>Conditions de travail</u> | <u>Genre et formes de traduction</u> | <u>Offres de formation</u> | <u>Remarques complémentaires</u> |
|---|--|--|---|--|---|---|
| <p><u>Centre de thérapie pour les victimes de tortures (CRS).</u></p> <p>Depuis 1995.</p> <p><u>Responsables :</u> Frey Sancar Valach</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Soutien privé. • Projet de la Croix-Rouge Suisse. • Exclusivement pour les réfugiés traumatisés et leur famille. • Offre de thérapie ambulatoire avec traducteurs. • Les traducteurs assurent l'accompagnement et parfois des tâches administratives. • Des traducteurs sont mis en contact avec des tiers. | <ul style="list-style-type: none"> • Financé par la Croix-Rouge Suisse (CRS). | <ul style="list-style-type: none"> • Traducteurs uniquement sur appel. • Salaire horaire 31.- (+ 1 heure pour les frais). • Entretien d'embauche et feed-backs par le personnel soignant, les autres traducteurs. • Un cahier des charges doit être signé et sert de contrat. | <ul style="list-style-type: none"> • Interprétariat et traduction écrite. • Traduction libre rendant le sens général. • Traduction la plus littérale possible. • Après discussion, médiation culturelle. | <ul style="list-style-type: none"> • Formation continue interne (un jour par année). | <ul style="list-style-type: none"> • Souhait d'une formation de base en cours d'emplois centralisée. • Des contrats privés entre interprètes et patients sont à éviter. |

ZURICH

| <u>Nom</u> | <u>Support juridique et type d'institution</u> | <u>Financement</u> | <u>Conditions de travail</u> | <u>Genre et formes de traduction</u> | <u>Offres de formation</u> | <u>Remarques complémentaires</u> |
|---|--|---|--|---|--|---|
| <p><u>Centre d'intervention en faveur de la promotion interculturelle de la santé auprès des immigrants turcs et kurdes (DERMAN).</u></p> <p>Depuis 1994.</p> <p><u>Responsable :</u> Vogel</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Soutien privé. • Projet de l'Oeuvre suisse d'entraide ouvrière (OSEO). • Centre de santé pour une culture spécifique. • Interprètes assumant le rôle de médiateurs interculturels. • Service de traduction des hôpitaux. | <ul style="list-style-type: none"> • Financé par l'Oeuvre suisse d'entraide ouvrière. • Subventions cantonales par les Services sociaux. • Subventions nationales par l'Office Fédéral des Réfugiés (OFR). • Contrat avec l'Hôpital Triemli à Zurich. | <ul style="list-style-type: none"> • Le 100% des interprètes ont un emploi fixe. • Salaire fixe au taux horaire d'environ 40-50.- selon table des salaires OSEO. • Frais de voyage et temps de déplacement, indemnités pour délai d'attente, dédit et maladie. • Conditions : expérience dans le domaine médical ou social. • Entretien d'embauche et feed-backs (par des médecins, des patients et des traducteurs). | <ul style="list-style-type: none"> • Interprétariat et traduction écrite. • Traduction littérale et traduction libre rendant le sens général. • Traducteurs comme instruments et médiateurs culturels. • La supervision est proposée. | <ul style="list-style-type: none"> • Pas de formation continue. | <ul style="list-style-type: none"> • Projet d'avenir : des interprètes supplémentaires sur liste afin d'élargir l'offre et d'être plus flexibles. • Désir de rendre possibles la formation initiale et continue pour les interprètes. |

GENEVE

| <u>Nom</u> | <u>Support juridique et type d'institution</u> | <u>Financement</u> | <u>Conditions de travail</u> | <u>Genre et formes de traduction</u> | <u>Offres de formation</u> | <u>Remarques complémentaires</u> |
|--|---|---|---|---|---|---|
| <u>Centre de Santé-Migrants.</u> Depuis 1993. <u>Responsables :</u> Hervé Loutan Bischoff Tonnerre | <ul style="list-style-type: none"> • Soutien privé. • Projet de la Polyclinique médicale de Genève et de la Croix-Rouge Genevoise. • Centre de santé pour requérants d'asile. • Service de traduction des hôpitaux. | <ul style="list-style-type: none"> • Financement de la Croix-Rouge Genevoise. • Subventions. • Contrats avec les hôpitaux. | <ul style="list-style-type: none"> • Interprètes sur appel exclusivement. • Tarif horaire : 40-50.- environ. • Entretien d'embauche. • Test oral. • Feed-backs des hôpitaux. • Pas d'interprétariat pour la Police des étrangers ni auprès des tribunaux. | <ul style="list-style-type: none"> • Interprétariat. • Traduction libre rendant le sens général. • Médiation culturelle. | <ul style="list-style-type: none"> • Quatre modules de formation ont été proposés. | <ul style="list-style-type: none"> • La Polyclinique médicale de Genève a réalisé une étude au niveau national portant sur la traduction à caractère médical auprès des cliniques médicales et psychiatriques. |

LAUSANNE

| <u>Nom</u> | <u>Support juridique et type d'institution</u> | <u>Financement</u> | <u>Conditions de travail</u> | <u>Genre et formes de traduction</u> | <u>Offres de formation</u> | <u>Remarques complémentaires</u> |
|--|--|--|---|---|---|---|
| <u>Association</u> <u>Appartenances.</u> Depuis 1993. <u>Responsables :</u> Métraux Fleury Alvir | <ul style="list-style-type: none"> • Institution privée (association). • Centre psychosocial et promotion de la santé pour les migrants. • Service de traduction. | <ul style="list-style-type: none"> • Autofinancement par l'Association. • Subventions pour les formations possibles au niveau cantonal (PMU, CHUV, PPU, DAMPS, FAREAS) et national (OFSP et PRN 39). | <ul style="list-style-type: none"> • Plus de 50% des interprètes ont un emploi fixe. • Tarif horaire 40-50.- environ. • Condition : résider en Suisse depuis trois à dix ans. • Entretien d'embauche. | <ul style="list-style-type: none"> • Interprétariat + traduction écrite. • Traduction libre rendant le sens général. • Médiation culturelle et co-thérapie. • Possibilité de supervision. | <ul style="list-style-type: none"> • Depuis 1996, projet pilote de formation interne complète en cours d'emploi pour les interprètes et formation continue pour les usagers. | <ul style="list-style-type: none"> • Les interprètes font partie intégrante de l'équipe thérapeutique. |

(Données tirées de « Interprétariat et médiation culturelle dans le système de soins », de Regula Weiss et Rahel Stuker. Rapport de recherche no.11 du Forum suisse pour l'étude des migrations auprès de l'Université de Neuchâtel, 1998, pages 120-126).

SCHEMA 1: Proposition d'un modèle de formation pour les MCI en milieu médical en trois degrés (Weiss et Stuker, « Interprétariat et médiation culturelle dans le système de soins », 1998, p.143-144).

Première étape : *« Formation initiale en « Community Interpreting ».*

| | |
|-----------------------------------|--|
| <u>Lieu :</u> | <i>Par région linguistique.</i> |
| <u>Forme :</u> | <i>Langues régionales, en cours d'emploi, formation par modules. Organisation commune pour l'interprétariat dans tous les domaines publics (santé, justice, travail social).</i> |
| <u>Prérequis :</u> | <i>Maîtrise de la langue maternelle et d'une autre langue nationale. Stabilité psychosociale.</i> |
| <u>Titre :</u> | <i>Diplôme de « Community Interpreter ».</i> |
| <u>Catégorie salariale :</u> | <i>1</i> |
| <u>Contenus de la formation :</u> | <i>Causes et conséquences des mouvements migratoires. Structures politiques et juridiques suisses. Communication et langages dans différents contextes. Fonctions de l'interprétariat (médiation linguistique et culturelle). Responsabilité, délimitation, principes déontologiques. Médiation dans un processus d'intégration sociale.</i> |

Deuxième étape : *« Perfectionnement « Interprétariat en milieu de santé publique ».*

| | |
|--------------------------------|---|
| <u>Lieu :</u> | <i>Dans un premier temps, par région linguistique, ensuite au plan national.</i> |
| <u>Forme :</u> | <i>En cours d'emploi, par modules de formation. L'objectif : formation en cours d'emploi d'élèves « itinérants ».</i> |
| <u>Prérequis :</u> | <i>Diplôme de « Community Interpreter » (degré 1).</i> |
| <u>Titre :</u> | <i>Diplôme d'interprète en milieu médical.</i> |
| <u>Catégorie salariale :</u> | <i>2</i> |
| <u>Contenus de formation :</u> | <i>Organisation du système de santé et des disciplines spécifiques. Identités professionnelles. Terminologie médicale. Droits des patients et éthique médicale. Santé et maladie. Différentes définitions des rôles. Triade : dynamique, pouvoir et chances. Pratique professionnelle, supervision et formation continue. Interventions et techniques spécialisées, introduction.</i> |

Troisième étape : *« Spécialisation dans un secteur médical particulier ».*

| | |
|-------------------------------------|--|
| <u>Lieu :</u> | <i>Par région linguistique.</i> |
| <u>Forme :</u> | <i>Formation par modules, en cours d'emploi.</i> |
| <u>Prérequis :</u> | <i>Diplôme d'interprète en milieu médical (degré 2).</i> |
| <u>Titre :</u> | <i>Diplôme d'interprète spécialisé en milieu médical.</i> |
| <u>Catégorie salariale :</u> | <i>3</i> |
| <u>Domaines de spécialisation :</u> | <i>Pédiatrie Gériatrie Gynécologie/obstétrique Médecine d'urgence Psychothérapie Psychosomatique Psychiatrie</i> |

Commentaires

Avantages :

- *« Une formation unifiée au plan suisse favoriserait une meilleure reconnaissance de la profession de MCI ».*
- *« La concentration de ressources disponibles (documentation, matériel pédagogique, frais de gestion des projets) et un enseignement commun permettrait de résoudre partiellement la délicate question du financement ».*
- *« La spécialisation des médiateurs culturels interprètes, telle qu'elle est prévue dans ce modèle, permettrait de les faire intervenir de manière plus ciblée en fonction de leurs compétences respectives.
Cette catégorisation par domaines spécifiques correspond à la spécialisation croissante du système de santé. Elle impliquerait toutefois une réflexion méthodologique plus poussée de la part des usagers ».*
- *« Ce modèle de formation prend en compte les expériences professionnelles et personnelles des migrants ».*
- *« Le modèle des trois degrés permet aux médiateurs culturels interprètes d'établir un plan de carrière ».*
- *« La coexistence voulue de divergences méthodologiques entre les différents domaines de spécialisation favorise le développement de nouvelles approches théoriques ».*

Inconvénients ou dangers possibles :

- *« Ce modèle pourrait tendre vers un système de formation complexe ».*
- *« La coordination et la mise en réseau représentent un certain investissement au plan administratif ».*
- *« Comme dans toute nouvelle profession, il se peut que les délimitations entre les domaines d'intervention et les compétences respectives soient encore floues au début mais se clarifient au fur et à mesure que les expériences concrètes se mettent en place ».*
- *« Certains abus seraient possibles au niveau de la formation initiale en raison de la tendance à réduire les coûts ».*

SCHEMA 2 : Comment travailler avec un MCI ?

Les points-clés de l'entretien médical bilingue à l'usage des soignants
(Bischoff et Loutan, « A mots ouverts. Guide de l'entretien médical bilingue à l'usage des soignants et des interprètes », 1998, p.11).

Avant l'entretien

| | |
|--------------------------|--|
| <u>Préparation :</u> | <i>Préparez chaque entretien bilingue avec le MCI avant de voir le patient.</i> |
| <u>Contenu :</u> | <i>Informez le MCI de l'objectif de la consultation.</i> |
| <u>Rapports :</u> | <i>Précisez quel genre de collaboration vous désirez avoir avec le MCI.</i> |
| <u>Traduction :</u> | <i>Expliquez ce que vous attendez du MCI en termes de traduction (traduire au plus près ce que dit le patient, traduire au plus près ce que vous dites au patient). Demandez au MCI de relever le poids affectif des mots choisis tant par le patient que par vous même.</i> |
| <u>Culture :</u> | <i>Renseignez-vous auprès du MCI au sujet des aspects culturels à respecter dans le contexte de la consultation.</i> |
| <u>Confidentialité :</u> | <i>Informez le MCI qu'il est soumis au secret de fonction.</i> |
| <u>Temps :</u> | <i>Prévoyez suffisamment de temps. Indiquez au MCI la durée prévue de la consultation.</i> |
| <u>Administration :</u> | <i>Clarifiez les questions administratives.</i> |

Début de l'entretien

| | |
|-----------------------|---|
| <u>Présentation :</u> | <i>Présentez-vous et présentez le MCI au patient. Expliquez son rôle et dites qu'il est soumis au secret de fonction.</i> |
| <u>Accord :</u> | <i>Demandez l'accord du patient quant au choix du MCI.</i> |
| <u>Regard :</u> | <i>Regardez le patient et non le MCI.</i> |
| <u>Disposition :</u> | <i>L'arrangement des sièges en triangle aide à clarifier les rapports : médecin et patient peuvent se regarder directement. Adressez-vous directement au patient, à la deuxième personne (par exemple : « Avez-vous mal ? » et non « A-t-il mal ? »).</i> |

Pendant l'entretien

| | |
|------------------------|--|
| <u>Patience :</u> | <i>Soyez patient. Une traduction précise oblige parfois le MCI à utiliser quelques phrases explicatives supplémentaires.</i> |
| <u>Simplicité :</u> | <i>Utilisez un langage simple. Posez des questions courtes et faites des commentaires brefs. Évitez le jargon professionnel. Assurez-vous que le MCI connaisse les termes cliniques et médicaux que vous utilisez.</i> |
| <u>Compréhension :</u> | <i>Assurez-vous régulièrement que le patient a bien compris et que vous aussi avez bien compris. Gardez le contrôle de la conduite de l'entretien. Encouragez le patient à poser des questions et à prendre la parole.</i> |
| <u>Observation :</u> | <i>Profitez des instants où vous ne parlez pas pour observer le patient, être attentif à ses émotions, à ses gestes ou à sa posture.</i> |

Après l'entretien

| | |
|------------------|--|
| <u>Résumé :</u> | <i>Passez brièvement en revue la consultation, enquêtez-vous des impressions du MCI.</i> |
| <u>Echange :</u> | <i>Prévoyez un moment d'échange avec le MCI après l'entretien. Si l'entretien a porté sur un sujet sensible ou douloureux, soyez attentif à l'effet produit sur le MCI. Proposez-lui d'en parler s'il le désire. Inscrivez dans le dossier médical que vous avez eu recours à un MCI. Notez aussi son nom, téléphone et adresse.</i> |

8. REMERCIEMENTS

Les principales personnes qui ont permis la réalisation concrète de ce mémoire traitant du rôle social et économique des médiateurs culturels interprètes (MCI) dans la problématique de l'hospitalisation des migrants sont les suivantes :

Madame Eliane PERRIN.

Dr. en sociologie, Chargée de cours à l'Université de Lausanne, Chargée de recherche à la division de psychiatrie de liaison et à l'École de Soins Infirmiers et de Sages-Femmes le Bon Secours à Genève, Hôpitaux Universitaires de Genève (et Directeur de mon mémoire).

Monsieur Jean-Claude METRAUX.

Thérapeute de famille, pédopsychiatre, Privat-Docteur à l'Université de Lausanne, Président de l'Association Appartenances (centre migrants) à Lausanne.

Madame Saira-Christine RENTERIA.

Chef de clinique, Policlinique de gynécologie-obstétrique, CHUV.

Madame Charlotte GARDIOL.

Responsable des Sages-Femmes à la Maternité du CHUV à Lausanne.

Madame Maria-Teresa ADJAHO.

Sage-Femme responsable de la Policlinique d'obstétrique et gynécologie au CHUV.

Madame Jayaletchumby GEYMEIER.

Sage-Femme diplômée, Engagée comme Médiatrice culturelle interprète au CHUV et à l'Hôpital de l'Enfance à Lausanne (MCI des migrants du Sri-Lanka).

Madame Spomenka ALVIR.

Interprète, Responsable de la formation des médiateurs culturels interprètes à l'Association Appartenances à Lausanne.

Mademoiselle Abiramy ARULAMBAALAM.

Etudiante à l'Université de Lausanne (Faculté de H. E. C.), Médiatrice culturelle interprète à l'Association Appartenances à Lausanne (MCI des migrants du Sri-Lanka).

Monsieur Mohammed KHALDI.

Médiateur culturel interprète à l'Association Appartenance à Lausanne (MCI des migrants d'Algérie).

Monsieur Masih JAVED.

Médiateur culturel interprète à l'Association Appartenance à Lausanne (MCI des migrants des Indes et du Pakistan).

9. BIBLIOGRAPHIE

1. Beauchard Jacques (1993)
« Médiations et action sociale ».
Ed. Créteil : Erès.
2. Bischoff Alexandre (1997)
« Santé des migrants. L'interprétariat médical, aspect incontournable de la prise en charge ».
Unité de Médecine des Voyages et des Migrations.
Département de Médecine Communautaire.
Hôpitaux Universitaires de Genève.
3. Bischoff Alexandre et Loutan Louis (1998)
« A mots ouverts. Guide de l'entretien médical bilingue à l'usage des soignants et des interprètes ».
Unité de Médecine des Voyages et des Migrations.
Hôpitaux Universitaires de Genève.
4. Bischoff Alexandre, Loutan Louis, Stalder Hans et Tonnerre Claude (1999)
« Language difficulties in an Outpatient Clinic in Switzerland ».
Médecine sociale et préventive. Volume 44 / no.6 / 1999 (pages 283-287).
Département de Médecine Communautaire. Département de Psychiatrie.
Hôpitaux Universitaires de Genève.
5. Bischoff Alexandre, Bernstein Martine, Eytan Ariel, Loutan Louis et Tonnerre Claude (1999)
« Adressing language barriers to healt care, a survey of medical services in Switzerland ».
Médecine sociale et préventive. Volume 44 / no.6 / 1999 (pages 248-256).
Département de Médecine Communautaire.
Hôpitaux Universitaires de Genève.
6. Bischoff Alexandre, Loutan Louis, Moser Jacques et Tonnerre Claude (2000)
« Communication interculturelle et accès aux soins, le défi du multilinguisme dans le contexte médical ».
Unité de Médecine des Voyages et des Migrations.
Département de Médecine Communautaire.
Hôpitaux Universitaires de Genève.
7. Fleury François (1995)
« De l'impossible au possible. La prise en charge thérapeutique des migrants en Suisse ».
Revue InterDIALOGOS no.2 / 1995 (pages 5-12).
Lausanne : Appartenances.
8. Goffman Erving (1994)
« Interaktion und Geschlecht ».
Frankfurt a. M. : Campus.
9. Guex Patrice, Lambert Henry, Molina Marie, Singy Pascal, Stoll Béat et Zobel Frank (1999)
« Réseaux de soins, migration et adaptation interculturelle à Lausanne. Evolution d'une recherche action ».
Médecine sociale et préventive. Volume 44 / no.6 / 1999 (pages 272-279).
Service de psychiatrie de liaison de Lausanne (CHUV).
10. Haug Werner (1995)
« La Suisse : terre d'immigration, société multiculturelle. Eléments pour une politique de migration ».
Berne : Office Fédéral de la statistique.

11. Hauswirth Marulla, Hatt Géraldine et Probst Marie-Corinne (1997)
« Quelques développements sur la notion de traumatisme en lien avec l'accompagnement thérapeutique des migrants ».
 Lausanne : Appartenances.
12. Le Breton David (1989)
« Soins à l'hôpital et différences culturelles ».
 In « Chocs de cultures : concepts et enjeux pratiques de l'interculturel » sous la direction de C. Camilleri et M. Cohen-Emerique (pages 165-191).
 Paris : L'Harmattan.
13. Lehmann Philippe (1988)
« Les inégalités sociales face à la santé et à la maladie en Suisse ».
 Genève : Ed. Médecine et hygiène.
14. Métraux Jean-Claude et Alvir Spomenka (1995)
« L'interprète : traducteur, médiateur culturel ou co-thérapeute ».
 Lausanne : Appatenances.
15. Métraux Jean-Claude (1995)
« Amélioration de l'accès aux soins des populations migrantes. Un droit : s'exprimer dans sa propre langue ».
 Lausanne : Appatenances.
16. Métraux Jean-Claude (1995)
« Entraide et exclusion ».
 Revue médicale de la Suisse romande no. 115 / 1995 (pages 481-483).
 Lausanne : Appatenances.
17. Métraux Jean-Claude (1996)
« Les paradoxes de l'intégration ».
 Revue « Page2 » no.5 / octobre 1996 (pages 8-9).
 Archives de la Ville de Lausanne.
18. Métraux Jean-Claude et Fleury François (1996)
« Promouvoir la santé des immigrants en Suisse ».
 Forum mondial de la Santé, Revue internationale de développement sanitaire, Volume 17 / no.3 / 1996 (pages 263-266).
 Genève : Organisation mondiale de la Santé.
19. Métraux Jean-Claude (1997)
« Des migrants promoteurs de santé communautaire ».
 Revue « La Lettre » no.16 / 1997 (pages 8-9).
 Lausanne : Appatenances.
20. Métraux Jean-Claude et Fleury François (1997)
« La création du futur. La promotion de la santé auprès de communautés migrantes ou affectées par la guerre ».
 Dans « Les politiques sociales », La santé communautaire (pages 98-111).
 Lausanne : Appatenances.
21. Métraux Jean-Claude et Fleury François (1997)
« De l'exclusion à l'entraide ».
 Revue « La Source » no.4 / 1997 (pages 9-10).
 Lausanne : Appatenances.

22. Métraux Jean-Claude et Fleury François (1997)
« L'enfant migrant ».
 Revue médicale de la Suisse romande no.117 / 1997 (pages 753-755).
 Lausanne : Appartenances.
23. Métraux Jean-Claude et Alvir Spomenka (1997)
« Complémentarité entre thérapeute de famille et interprète comme médiateur dans les interventions transculturelles ».
 Lausanne : Appartenances.
24. Métraux Jean-Claude et Alvir Spomenka (1999)
« Les architectes de Babel ».
 Revue « Generations » no.17 / 1999 (pages 46-50).
 Lausanne : Appartenances.
25. Métraux Jean-Claude, Gehri Mario, Géraud Françoise, Hunziker Bernard, Rouffaer Diane, Sage Da Cruz Clara et Sopa Sanjie (1999)
« Les populations migrantes à l'Hôpital de l'Enfance de Lausanne (HEL). Etat des lieux, prise en charge et apport des traducteurs-médiateurs culturels ».
 Médecine sociale et préventive. Volume 44 / no.6 / 1999 (pages 264-271).
 Hôpital de l'Enfance de Lausanne.
26. Nathan Tobie (1993)
« Fier de n'avoir ni pays, ni amis, quelle sottise c'était. Principes d'ethnopsychanalyse ».
 Grenoble : Ed. La pensée Sauvage.
27. Nyer-Mablet Angèle (1995)
« Migration et condition sanitaire ».
 Paris : L'Harmattan.
28. Rossi Ilario (1999)
« Médiation culturelle et formation des professionnels de la santé. De l'interculturalité à la co-disciplinarité ».
 Médecine sociale et préventive. Volume 44 / no.6 / 1999 (pages 288-294).
 Policlinique Médicale Universitaire de Lausanne.
29. Rosenbaum Francine (1997)
« Approche transculturelle des troubles de la communication. Language et migration ».
 Paris : Ed. Masson.
30. Sauvetre Michel (1996)
« L'interprétariat en milieu social ».
 Revue « Accueillir » no.207 / 1996 (pages 34-36).
 Lausanne : Appartenances.
31. Weiss Regula et Stuker Rahel (1998)
« Interprétariat et médiation culturelle dans le système de soins ».
 Rapport de recherche no. 11 du Forum suisse pour l'étude des migrations.
 Université de Neuchâtel.
32. Weiss Regula et Stuker Rahel (1998)
« Lorsque patients et soignants ne parlent pas la même langue. Patients de langue étrangère : interprétariat et médiation culturelle dans le système des soins ».
 Brochure d'information à l'intention des professionnels de la santé et des autorités.
 Université de Neuchâtel.
33. Annuaire Statistique de la Suisse, OFS (2000).

