

GUIDE POUR LA
MÉDIATION
INTERCULTURELLE
DANS LES **SOINS**
DE SANTÉ



PRÉFACE

En tant que prestataires de soins, vous essayez toujours d'aider vos patients le mieux possible. L'origine de ces patients, leur ethnicité, leur nationalité, leur langue, ... importent peu. Tout le monde a droit à des soins de qualité, c'est le point de départ. Mais cette règle de base, traduite dans la pratique, n'est pas toujours aussi simple.

La diversité dans notre société a fortement augmenté durant les dernières décennies. Aujourd'hui, des grandes villes comme Bruxelles et Anvers comptent plus de 170 nationalités différentes. Cette diversité de cultures, d'histoires et de langues est très enrichissante pour notre pays. Mais elle apporte en même temps avec elle d'importants défis de société, entre autres dans les soins de santé. Comment, en tant que prestataires de soins, pouvez-vous administrer les meilleurs soins si une barrière de la langue et/ou de la culture existe ? C'est une question à laquelle plus d'un prestataire de soins a déjà été confronté.

Afin d'aider à combler l'écart entre les prestataires de soins et les patients d'une autre origine, la fonction de médiateur interculturel a été introduite il y a un quart de siècle dans nos soins de santé : un professionnel qui assiste le patient et le médecin pour traduire aussi bien les mots, que les sensibilités culturelles et les nuances. Depuis lors, de plus en plus d'hôpitaux ont commencé à faire appel à la médiation interculturelle et en première ligne, ce principe commence lentement mais sûrement à faire son entrée. Une tendance que je ne peux que saluer, car la recherche scientifique montre une augmentation de la 'sensibilité à la culture' dans les institutions et chez les soignants qui font appel à la médiation interculturelle.

La gestion de la diversité est cependant une compétence que vous devez constamment améliorer si vous êtes soignants ou médiateurs interculturels. C'est pourquoi, ce 'Guide de la médiation interculturelle dans les soins de santé' est une référence à portée de main qui tire parti des meilleures pratiques des 25 dernières années. Je voudrais remercier sincèrement aussi tous ceux qui ont contribué à ce guide, depuis les collaborateurs du SPF Santé Publique et autres experts jusqu'aux médiateurs interculturels et professionnels des soins sur le terrain. Grâce à leur enthousiaste collaboration à cette initiative, nous pouvons encore améliorer la qualité et l'accessibilité de nos soins de santé.

Et le gagnant est ? Le patient !

Maggie De Block

Ministre des Affaires Sociales et de la Santé Publique

CONTENU

1.	INTRODUCTION	6
1.1	Objectifs du guide pour la médiation interculturelle	6
1.2	Genèse du texte	7
2.	POINTS DE DÉPART ET DÉFINITION DU PROGRAMME DE LA MÉDIATION INTERCULTURELLE	9
2.1	Points de départ	9
2.2	Définition de la médiation interculturelle	10
2.3	Principes directeurs de la médiation interculturelle	11
3.	TÂCHES DU MÉDIATEUR INTERCULTUREL	13
3.1	Le modèle de l'échelle	13
3.2	Interprétation linguistique	14
3.3	Faciliter	15
3.4	Défense des patients (advocacy)	20
4.	STANDARDS POUR LES TÂCHES DU MÉDIATEUR INTERCULTUREL	23
4.1	Préliminaires	23
4.2	Standards pour l'interprétation linguistique	24
4.3	Standards pour la facilitation	29
4.4	Standards pour la défense des patients	34

5.	ASPECTS DÉONTOLOGIQUES	35
5.1	Secret professionnel et informations confidentielles	35
5.2	Transparence	37
5.3	Neutralité et impartialité	37
5.4	Responsabilité et professionnalisme	38
5.5	Limites	38
5.6	Rôle du médiateur interculturel en cas de conflits	39
6.	ORGANISATION DU SERVICE DE MÉDIATION INTERCULTURELLE	41
7.	COLLABORATION AVEC LA CELLULE MÉDIATION INTERCULTURELLE ET SUPPORT DE LA POLITIQUE	44
7.1	Demande de financement – enregistrement des activités – rapports d'activités	44
7.2	Présence aux formations – Supervisions	44
7.3	Engagement de nouveaux médiateurs interculturels	45
7.4	Absence de longue durée – maladie	46
8.	BIBLIOGRAPHIE	47



1. INTRODUCTION

1.1 OBJECTIFS DU GUIDE POUR LA MÉDIATION INTERCULTURELLE

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

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

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

Après la description des tâches, vous trouverez une partie décrivant les règles pour leur bonne exécution. Ces standards donnent un point de référence pour les médiateurs interculturels et le personnel soignant dans l'évaluation des missions effectuées. Cela implique une attention accrue à une série de problèmes qui peuvent se présenter dans le travail du médiateur interculturel..

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

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

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

1.2 GENÈSE DE CE TEXTE

Le texte ci-après est fortement influencé par le travail qui a été fait dans ce cadre aux Etats-Unis, au Canada et en Suisse en lien avec l'interprétariat médical et la médiation interculturelle. Nous nous sommes fortement inspirés des idées développées par la recherche médico-sociale et médico-anthropologique¹. Notre approche est pour l'essentiel basée sur le travail du médecin américain Robert Putsch, l'anthropologue canadien Joseph Kaufert (Kaufert & Putsch, 1997) et l'expert suisse Alexander Bischoff (Bischoff, 2007). Le Guide est aussi inspiré des textes et standards publiés par les organisations américaines d'interprètes médicaux, en particulier l'Association Internationale des Interprètes Médicaux (IMIA), l'Association Californienne des Interprètes Médicaux (CHIA), le Conseil national de l'interprétariat dans les soins de santé (NCIHC)². Pour autant que nous puissions le vérifier, c'est la première fois au monde que des standards ont été développés spécifiquement pour le travail de médiateur interculturel dans les soins de santé.

¹ Voir entre autre Kleinman, Eisenberg & Good, 1978 ; Kleinman, 1988; Greenhalgh, 2006

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

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

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

L'analyse des situations-problèmes a été également confrontée à la littérature pertinente et à l'avis d'experts externes. Les rapports de ces discussions forment la base d'une première version du texte qui a été à son tour discutée avec les médiateurs interculturels et leurs responsables et par après adaptée et corrigée.

2.

POINTS DE DÉPART ET DÉFINITION DU PROGRAMME DE MÉDIA- TION INTERCULTURELLE

2.1 POINTS DE DÉPART

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

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

En conformité avec la littérature scientifique sur le sujet, nous partons du principe que l'accessibilité et la qualité des soins pour les MEM's souffre en grande partie de l'existence de barrières linguistiques, de barrières socio-culturelles et des effets des tensions interethniques, du racisme et de la discrimination. Si nous voulons offrir aux MEM's une égalité d'accès et de qualité des soins, nous devons dès lors réduire le plus possible ces obstacles. Si nous ne le faisons pas, la compétence interculturelle³ de nos institutions de soins est bien souvent trop faible pour garantir des soins de qualité. Cela peut à son tour mener à la création ou à la poursuite de différences ethniques dans les soins de santé.

Par ailleurs, les experts ont démontrés que le recours à des intermédiaires⁴ était une des stratégies les plus importantes afin d'améliorer les soins aux patients d'origine étrangère (Devillé et al.2011). Les effets les plus importants sont : moins de problèmes de communication,

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

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

le patient est mieux informé sur sa situation et son traitement et le résultat de la prise en charge est meilleur. Grâce au déploiement d'intermédiaires, il semble désormais possible d'offrir aux patients parlant une autre langue une même qualité des soins que pour les patients parlant la langue du soignant (Flores, 2005 ; Karliner et al, 2007). Le gouvernement belge a fait le choix de mettre en place des médiateurs interculturels parce que, du fait de leur paquet de tâches élargies, ils peuvent non seulement régler la barrière de la langue mais également les autres barrières évoquées plus haut, au moins en partie.

2.2 DÉFINITION DE LA MÉDIATION INTERCULTURELLE

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

A côté du fait de surmonter la barrière linguistique et socio-culturelle, une dimension importante de la médiation interculturelle est la facilitation de la relation thérapeutique entre un patient et un soignant (Qureshi, 2011). La médiation interculturelle va, selon Chiarenza (cité dans Pöckhacker, 2008) aussi aider les organisations dans l'organisation des services pour les MEM 's afin de mieux répondre à leurs besoins.

⁵ Dans ce texte, nous utilisons le terme 'médiateur inter-culture' pour désigner un médiateur (masculin) mais aussi une médiatrice (féminin).

Le médiateur interculturel⁵ est un membre à part entière du personnel de l'hôpital et membre de l'équipe qui au sein de l'institution est chargé du traitement et du soin des patients. Cela a des implications sur un certain nombre de dimensions déontologiques de son travail qui seront abordées plus tard dans ce texte.

2.3 PRINCIPES DIRECTEURS DE LA MÉDIATION INTERCULTURELLE

1. Le médiateur interculturel a, comme membre de l'équipe qui prend en charge le patient, la responsabilité de contribuer au bien-être et à la santé du patient.
2. Une relation positive entre le soignant et le patient est dans beaucoup de cas nécessaire afin d'assurer des soins efficaces et de qualité. Pour ces raisons, le médiateur interculturel va stimuler et soutenir une telle relation dans la mesure du possible.
3. Une bonne médiation interculturelle implique de réussir à créer une situation pour le soignant autochtone et le patient allochtone dans laquelle les effets négatifs des barrières précitées sur la qualité des soins disparaissent. Cela devrait permettre au soignant de donner les mêmes soins et au patient de recevoir les mêmes soins que si c'était un patient autochtone. Pour ces raisons, par exemple, si un patient autochtone reçoit une explication concernant son affection d'un médecin, ce dernier devra donner ces mêmes informations à un patient allochtone. En d'autres mots, il n'est pas acceptable que pour le patient allochtone, cette tâche soit déléguée au médiateur interculturel. L'intervention du médiateur interculturel se déroulera dans ce cas en présence du médecin et du patient ('en triade').
4. Une bonne médiation interculturelle fait en sorte que le médiateur interculturel s'efforce d'intervenir au minimum dans la relation entre le soignant et le patient, ceci afin d'affecter le moins possible l'autonomie du patient. Lorsque l'interprétation linguistique permet à la fois au patient et au soignant de travailler ensemble de manière efficace et efficiente, alors, le travail du médiateur interculturel sera limité à cette tâche. Seulement si ce n'est pas le cas, le médiateur interculturel pourra effectuer un certain nombre d'autres tâches qui sont décrites plus loin dans ce texte. La médiation interculturelle doit respecter et stimuler le plus possible l'autonomie du patient et du soignant. Le but ultime est donc alors, aussi bien pour le soignant que pour le patient, qu'ils puissent prendre leurs rôles respectifs comme des partenaires équivalents. Dans la mesure

où nous réussissons cela, nous pouvons évaluer la médiation interculturelle comme étant de qualité.

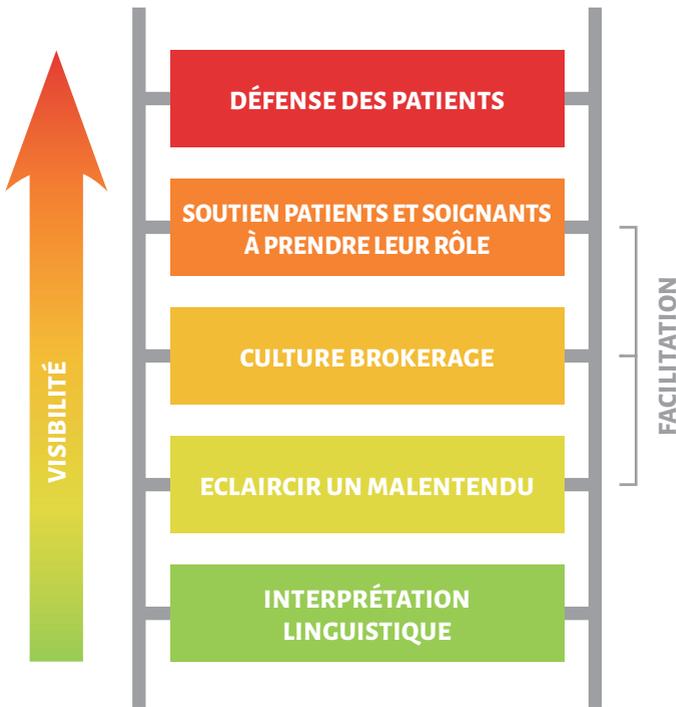
5. La nature spécifique et le contexte de travail du médiateur interculturel peut mener à ce qu'il soit le seul à constater une erreur. Sa responsabilité concernant la santé et le bien-être du patient et de la relation patient/soignant peut nécessiter de pointer certains problèmes et (si possible), de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

3.

TÂCHES DU MÉDIATEUR INTERCULTUREL

3.1 LE 'MODÈLE DE L'ÉCHELLE'

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



Le choix d'une échelle comme représentation schématique du paquet de tâches du médiateur interculturel est motivé par une analyse systématique des avantages et des inconvénients associés à l'exécution des différentes tâches. Au plus la tâche se trouve haut sur l'échelle, au plus elle est complexe. Lors de l'exécution des tâches les plus hautes sur l'échelle, le médiateur devient aussi plus 'visible'. Il exercera une

influence croissante sur l'interaction entre le prestataire de soins et le patient et sur la progression des soins (Angelelli, 2004).

Lors de l'exécution de la tâche 'interprétation linguistique', le médiateur interculturel ou l'interprète médical sera, selon le modèle de Angelelli (2004) le 'moins visible'. Il interviendra personnellement le moins possible dans la communication entre le soignant et le patient.

C'est également une tâche pour laquelle il existe une large gamme de standards sur la manière d'exécuter cette tâche professionnellement et en respectant la qualité. Parce que les tâches situées plus haut sur l'échelle sont plus complexes, il est dès lors plus difficile de formuler des standards précis. Le risque de conséquences négatives pour le processus de soins est beaucoup plus grand. Pour ces raisons, les tâches situées plus haut sur l'échelle seront effectuées uniquement si cela s'avère vraiment nécessaire.

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

3.2 INTERPRÉTATION LINGUISTIQUE

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

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

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

3.3 FACILITER

Les partisans de l'emploi d'intermédiaires qui peuvent fournir exclusivement une assistance linguistique (interprète 'pur sang'), comptent sur le fait que la tâche du prestataire de soins soit de résoudre les barrières socio-culturelles dans les soins. - (Bot & Verrept, 2013). Lorsque des malentendus apparaissent au cours de la consultation, ils doivent être perçus et corrigés par les partenaires de la consultation. L'intermédiaire, selon eux, n'a aucun rôle à jouer dans ce cas.

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

C'est pourquoi, les médiateurs interculturels effectuent un certain nombre d'autres tâches qui sont pour le médiateur interculturel plus complexes, plus risquées et exigent de sa part une plus grande capacité de jugement. Il s'avère que les standards pour effectuer ces tâches ne sont disponibles ni dans la littérature, ni sur le terrain.

Les trois tâches que vous retrouvez sur l'échelle juste au-dessus de l'interprétation linguistique ont toutes comme objectif de faciliter le contact entre le soignant et le patient. Parce que ces tâches – étant donné leur complexité et le manque important de normes générales et reconnues – sont plus difficiles et contiennent plus de risques, nous les avons placées plus haut sur l'échelle et sur un fond de couleur orange. Lorsque les médiateurs assumeront ces tâches, ils partageront la responsabilité, avec le soignant, de réaliser une communication compréhensible et une collaboration effective entre le patient et le soignant ⁶.

⁶ C'est aussi l'opinion du National Council on Interpreting in Health Care (NCIHC, 2014)

Le médiateur interculturel effectuera de préférence ces tâches en présence d'un prestataire de soins (triade). Si le patient ou le soignant n'est pas présent lors de l'entretien, le médiateur interculturel veillera alors à ce que la personne absente soit informée de ce qui aura été discuté.

3.3.1 Eclaircir un malentendu

'Eclaircir un malentendu' implique que le médiateur interculturel signale aux interlocuteurs l'existence d'un possible malentendu et essaye aussi de le clarifier pour remettre l'entretien sur le droit chemin. Dans cet esprit, il n'est pas souhaitable de perdre une partie du (précieux) temps dévolu aux soins pour laisser persister des malentendus qui peuvent entraîner un réel risque pour le résultat des soins et la relation thérapeutique.

3.3.2 Culture brokerage

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

Ci-dessous, quelques exemples pour expliquer cette tâche :

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

La gestion des différences culturelles est sans aucun doute très utile afin d'augmenter les compétences culturelles des soignants mais également l'efficacité et l'efficacité thérapeutique. C'est pour cela que cette tâche est reprise dans la description de fonction de la plupart des interprètes médicaux aux États-Unis⁷. Gustafsson et al. (2013) vont même jusqu'à dire que la gestion des différences culturelles est inévitable car elle fait partie intégrante du processus d'interprétation.

⁷ Voir par exemple les standards IMIA (www.imia.org), CHIA (www.chiaonline.org), NCIHC (www.ncihc.org).

Il y a cependant des risques associés. En effet, d'un point de vue anthropologique, il n'est pas aisé de savoir comment on peut former quelqu'un à l'exécution de cette tâche. Au sein du programme de médiation interculturelle du SPF, nous travaillons essentiellement avec des médiateurs interculturels issus des groupes ethniques pour lesquels ils ont été engagés. Cette ethnicité partagée ne signifie pas automatiquement que la personne engagée est familière avec toutes les croyances, les valeurs, les habitudes à l'intérieur de leur propre groupe ethnique. Des facteurs personnels et familiaux et des variations intra-culturelles peuvent mener à ce que le médiateur interculturel ne dispose pas d'une connaissance approfondie de sa culture. Cela signifie que, dans certains cas, le médiateur interculturel pourra parfois identifier et expliquer les barrières culturelles et dans d'autres cas pas⁸. Donner des informations d'ordre culturel peut également mener à la création d'une image stéréotypée du patient.

⁸ Du point de vue anthropologique, il n'est certainement pas évident de savoir ce que 'connaître une culture' signifie. Cela ne veut pas forcément dire qu'une certaine familiarité avec la culture de quelqu'un peut être utile dans le contexte des soins.

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

3.3.3 Soutenir le soignant et le patient à prendre leur rôle

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

Cette troisième tâche, incluse dans la facilitation, est également expliquée en faisant référence à quelques exemples :

- (1) Le discours du soignant dans sa version traduite n'est pas compréhensible pour le patient parce qu'il contient trop de mots issus du jargon médical ou parce que le patient a un niveau d'instruction très faible ou bien parce que le discours est intraduisible car il n'existe pas de terme équivalent dans la langue du patient. Dans ce cas, le médiateur interculturel devra développer des stratégies qui augmenteront les chances d'une compréhension mutuelle. Il peut demander au soignant de simplifier son discours ou de faire un dessin afin de clarifier son discours. Le médiateur interculturel peut aussi sous certaines conditions (cfr plus loin) simplifier lui-même le message. A ce niveau, il s'agit essentiellement d'une sorte de culture brokerage entre la culture médicale du soignant et la culture laïque du patient – dans beaucoup de cas le patient a un niveau de formation peu élevé.
- (2) Le soignant pose une question au patient, par exemple pour compléter une liste de questions d'ordre psychologique, qui pour le patient, peu habitué avec ce genre d'instrument, ne veut rien dire. Dans ce cas, le médiateur interculturel peut l'indiquer au soignant et chercher avec lui des pistes de travail alternatives.
- (3) Lorsqu'un patient se sent inhibé par la présence du soignant et ne pose aucune question ou ne dit pas qu'il n'a pas compris certaines choses, le médiateur interculturel peut l'encourager à poser des questions et à dire s'il n'a pas compris. Il peut donner des conseils au patient pour préparer la consultation en apportant les médicaments qu'il prend, en écrivant une liste de questions qu'il veut poser, ou ses symptômes, ...
- (4) Le patient ne sait pas comment prendre rendez-vous chez un médecin ou un kinésithérapeute, quels documents il doit prendre avec lui s'il est hospitalisé, Le médiateur interculturel peut l'aider ou lui donner les informations nécessaires.

3.3.4 Quelques considérations sur la facilitation

Les trois tâches que nous reprenons sous le terme de 'faciliter' peuvent être toutes les trois effectuées aussi bien durant un contact en triade que durant un contact non triadique. Aussi, un médiateur interculturel peut durant un contact individuel avec un patient ou un soignant repérer

une mauvaise compréhension et la corriger. La gestion des différences culturelles peut survenir durant une intervention en triade aussi bien que durant une discussion avec le patient seul ou durant une session de formation pour un groupe de soignants. Le soutien du patient ou du soignant à prendre leurs rôles respectifs peut aussi se réaliser en-dehors de la triade, par exemple pendant la préparation de l'intervention avec le soignant (comment allons-nous gérer au mieux le dialogue avec ce patient) ou pendant un contact individuel avec un patient.

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

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

3.4 DÉFENSE DES PATIENTS (ADVOCACY)

Tout en haut de l'échelle, sur un fond de couleur rouge, on trouve la défense des patients. La 'défense des patients' a été définie comme étant le fait de parler ou d'intervenir dans l'intérêt de quelqu'un d'autre' (Van Esterik, 1985). Le 'National Council on Interpreting in Health Care' (2005)⁹ décrit la défense des patients comme une tâche réalisée par quelqu'un d'autre, qui va plus loin que faciliter la communication et avec l'objectif d'arriver à un bon résultat des soins. En général, cela signifie qu'une troisième personne (dans notre cas le médiateur interculturel) défend la cause du patient et dans beaucoup de cas quitte sa position impartiale. Les deux définitions sous-entendent que l'intermédiaire reçoit le mandat de prendre l'initiative de poser certaines questions ou actions lorsque la qualité des soins ou les intérêts du patients le nécessite.

⁹ Texte disponible sur www.ncihc.org

La défense des patients peut trouver sa place dans un contexte totalement pacifique, sans conflit, mais aussi dans un contexte où apparaît l'hostilité ou un conflit ouvert, comme dans les exemples ci-dessous.

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

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

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

Cependant, nous constatons aussi que dans beaucoup de cas, la défense des patients est mentionnée – implicitement ou explicitement – dans la description des tâches des interprètes médicaux¹⁰. Etant donné les risques associés à cette tâche – quand le médiateur interculturel va quitter sa position impartiale durant l'intervention – elle va être effectuée avec une grande prudence et en étroite concertation

¹⁰ Dans les standards IMIA, c'est implicite, dans ceux du Conseil National de l'Interprétariat en Soins de Santé et de l'Association Californienne de l'interprétariat dans les Soins de Santé, c'est explicite (voir : www.imia.org, www.ncihc.org, www.chiaonline.org)

avec son responsable. Lorsque cela s'avèrera nécessaire, les problèmes seront relayés au médiateur de plaintes de l'hôpital.

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

4.

STANDARDS POUR LES TÂCHES DU MÉDIATEUR INTERCULTUREL

4.1 PRÉLIMINAIRES

Les frontières entre les différentes tâches ne sont pas toujours faciles à établir. Bischoff (Bischoff, 2007 ; Bischoff & Dahinden, 2008) est également de cet avis et il suggère même que la séparation complète de ces deux rôles dans des situations concrètes est impossible et pas souhaitable. Ingleby (2011) souligne à ce propos que les barrières de la langue comprennent aussi presque toujours des barrières culturelles. En outre, nous constatons que le paquet de tâches de la plupart des intermédiaires dans les soins de santé que nous appelons 'interprètes' vont au-delà de fournir une assistance linguistique pour faciliter la communication (Bot & Verrept, 2013 ; Souza, 2016)¹¹.

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

Vous remarquerez que nous avons inclus différents types de standards : comment une tâche doit ou ne doit pas être effectuée, d'autres donnent aux médiateurs interculturels le mandat explicite de pouvoir effectuer certains types d'interventions.

¹¹ Dans son doctorat sur 458 interprètes médicaux originaires de 25 pays, Souza (2016) a constaté que presque la quasi-totalité (>99%) ont indiqué qu'ils ont activement contribué à la communication en effectuant des tâches qui vont au-delà des tâches de l'interprète. Voir aussi Tipton & Furmanek (2016).

4.2 STANDARDS POUR L'INTERPRÉTATION LINGUISTIQUE

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

- §1 Le médiateur interculturel se limitera au rôle d'interprète si ce rôle est suffisant pour réaliser l'objectif de la médiation interculturelle.
- §2 Le médiateur interculturel va préparer l'intervention de sorte que les chances d'avoir une interprétation de qualité soient optimales. Cela sous-entend que les standards ci-dessous soient respectés (§2.1 à §2.5) :
 - § 2.1 Le médiateur interculturel s'efforcera toujours d'avoir avec le soignant une discussion ou un petit mot préalable à l'intervention de médiation. Cette discussion peut se résumer à demander : 'Y a-t-il quelque chose que je dois savoir avant l'intervention ?'
 - § 2.2 Le médiateur avertira le médecin avant l'intervention s'il est déjà intervenu pour le patient auparavant ou s'il est important que le médecin sache quelque chose à propos du patient.
 - § 2.3 Le médiateur interculturel s'efforcera, avant le début de l'intervention, d'avoir une vue globale de la problématique qui sera abordée ; cela doit lui donner la possibilité de préparer l'intervention ou de pouvoir la refuser (en raison par exemple de problèmes de terminologie ou pour des raisons émotionnelles).
 - § 2.4 Le médiateur interculturel s'efforcera, avant le début de l'intervention, d'avoir une vue d'ensemble des personnes présentes durant l'intervention et de leurs relations mutuelles. Dans ce contexte, on portera une attention plus particulière aux conflits existants entre les personnes, à l'interprétariat pour un groupe de personnes, à l'interprétariat pour un groupe dont certaines personnes maîtrisent le français et d'autres pas.

- § 2.5 Le médiateur interculturel essaiera d'éviter si possible de passer du temps avec le patient avant le début de l'intervention en triade, par exemple dans la salle d'attente. Cela pour éviter que le patient ne raconte son histoire au médiateur interculturel et par après, qu'il n'ait plus envie de communiquer son message au soignant. Le patient risque aussi de communiquer quelque chose au médiateur interculturel et demander explicitement de ne pas le dire au soignant.
- § 3** Le médiateur interculturel va prendre en main la gestion du tour de parole de manière à optimiser la qualité de l'interprétation. Cela sous-entend que les standards ci-dessous soient respectés (§3.1 - §3.6) :
- § 3.1 Au début de l'intervention d'interprétariat, le médiateur interculturel précise explicitement son rôle : tout sera traduit, il n'y a pas de place pour des apartés avec le soignant ou le patient, il est tenu au secret professionnel et est neutre. Il va expliquer son rôle aussi bien au soignant qu'au patient.
- § 3.2 Le médiateur interculturel encouragera les participants à interagir directement entre eux comme si il n'y avait pas de barrière de la langue.
- § 3.3 Le médiateur interculturel encourage les participants à se regarder durant l'entretien.
- § 4** Le médiateur interculturel fait en sorte que le soignant et le patient puissent bien le voir et l'entendre durant l'intervention, sans gêner le contact direct entre eux. Aussi, lorsque l'entretien se déroule à un bureau, il va s'assurer que les participants se fassent face et lui-même se mettra sur le côté; de cette manière les participants pourront bien se voir et le contact direct entre le soignant et le patient sera stimulé.
- Il s'efforcera de s'asseoir à égale distance entre les participants afin de montrer de cette manière sa neutralité et son impartialité. Si le patient éprouve des difficultés à s'exprimer ou est malentendant, le médiateur interculturel se rapprochera du patient. Il doit pouvoir adapter sa position en fonction de la situation rencontrée.

- § 5 Le médiateur interculturel utilisera, dans la mesure du possible, la première personne du singulier 'je' pour traduire, car cela contribue à une communication directe entre le soignant et le patient. Il ne va déroger à cette règle que si l'interprétation à la première personne du singulier mène à une confusion chez les participants.
- § 6 Lorsque le médiateur interculturel n'a pas compris le message du soignant ou du patient, il va demander à celui-ci de le clarifier.
- § 7 Lorsque le patient raconte une histoire décousue et qu'il saute du coq à l'âne, le médiateur interculturel ne va en aucun cas modifier l'histoire du patient en lui apportant, par exemple, une structure logique. S'il fait cela, il sera impossible pour le soignant de se forger une image correcte du patient.
- § 8 Le médiateur interculturel fera tout pour créer une situation de dialogue qui garantit une bonne qualité d'interprétation et une bonne communication. De même, dans une situation où il est impossible de bien interpréter/réaliser une médiation, le médiateur interculturel va proposer des stratégies et des approches qui lui permettront de maintenir la qualité de l'intervention. Lorsque le médiateur interculturel ne réussit pas à créer une situation qui garantit une bonne communication et une bonne qualité d'interprétation, il mettra fin à l'intervention en avertissant les parties impliquées et son responsable de la situation.

Une bonne communication est seulement possible quand :

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

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

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

- § 10** Lorsque le patient utilise des termes vulgaires parce que dans sa langue il n'existe pas d'autre terme pour désigner les parties du corps, le médiateur interculturel pourra modifier le registre afin de trouver l'équivalent qui passera le mieux à l'intérieur du contexte de soins.
- § 11** Quand le médiateur interculturel traduit pour un groupe (par ex. le patient et quelques membres de la famille) dans lequel certaines personnes parlent bien le français/néerlandais et d'autres pas, il va s'assurer qu'aucun des participants ne se sent exclu de la communication parce qu'il ne comprend pas.
- § 12** Lorsque le médiateur interculturel a l'impression que le patient a besoin d'informations supplémentaires à la fin de l'entretien, il en référera également au soignant. Le médiateur peut demander au patient à la fin de l'entretien s'il a tout compris et s'il a encore des questions à poser au soignant. Si le médecin est déjà parti, le médiateur pourra répéter ce qui a été dit en consultation mais se référera au médecin pour répondre à d'autres questions posées par le patient (et éventuellement, il prendra un nouveau rendez-vous avec le médecin).

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

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

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

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

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

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

§ 14 Lorsque le soignant se fâche contre le médiateur interculturel à propos du message du patient, le médiateur interculturel va indiquer au soignant que le message ne vient pas de lui. La même stratégie sera utilisée quand le patient sera fâché contre le médiateur interculturel à propos du message du soignant.

4.3 STANDARDS POUR LA FACILITATION

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

4.3.1 Standard pour éclaircir un malentendu

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

4.3.2 Standards pour 'culture brokerage'

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

§ 17 Le médiateur interculturel donnera une explication sur le comportement non verbal du patient si le soignant n'arrive pas à l'interpréter et que cela constitue une menace pour la qualité de la communication/des soins.

§ 18 Lorsque le médiateur interculturel a l'impression que les barrières culturelles rendent plus difficile la communication ou les soins, il en avertira le soignant. Il discutera avec le soignant de quelle manière ces obstacles peuvent être surmontés afin que des soins culturellement compétents puissent être prodigués. Le médiateur interculturel visera toujours dans ce cas à respecter les règles de transparence.

§ 19 Lorsque le médiateur interculturel se rend compte que le soignant n'a pas compris le message traduit du patient (par ex. sur les modèles explicatifs de la maladie, différentes thérapies alternatives, référence à des aspects de la religion) parce qu'il n'est pas familier avec le contexte culturel du patient, il le signalera au soignant et lui expliquera de manière concise les phénomènes pertinents à cette culture. Il soulignera – si nécessaire – que l'information culturelle donnée est une hypothèse sur l'origine culturelle possible de l'histoire du patient¹².

¹² Cela implique qu'il veillera à ce que toutes les parties présentes soient informées sur ce qu'il communique dans le cadre de culture brokerage.

§ 20 Le médiateur interculturel peut proposer des stratégies de communication qui optimaliseront les chances d'une communication culturellement compétente lorsqu'il l'estime nécessaire dans l'intérêt du respect de la qualité et de la communication/des soins.

§ 21 Lorsque le médiateur interculturel a les compétences requises, il peut informer le soignant sur les éléments religieux et culturels qu'il peut prendre en considération afin d'améliorer la portée des différents messages (par ex. le sexe du soignant n'a pas d'importance si la santé d'un patient musulman est en jeu).

§ 22 Lorsque des patients spécifiques de par leurs croyances religieuses ou les différences culturelles, désirent avoir un soin spécifique ou une attention spécifique (nourriture, ...) liés à leur culture, le médiateur interculturel en informera le soignant et/ou son responsable et apportera les clarifications nécessaires si le patient ne sait pas le faire. Il proposera également différentes stratégies possibles pour répondre à ces souhaits (par exemple : nourriture, sexe du soignant, rituels lors d'un décès, désir de se soumettre à des thérapies alternatives, possibilités de pratiquer sa croyance religieuse, ...).

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

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

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

§ 25 Lorsque le registre linguistique utilisé par le soignant n'est pas transposable dans la langue du patient ou n'est pas compris par le patient (jargon, registre trop élevé).

Il peut, dans ce cas, opter pour les stratégies suivantes :

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

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

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

§ 27 Quand le médiateur interculturel a l'impression que le patient oublie de signaler des éléments importants, le médiateur interculturel peut lui demander s'il n'a pas oublié de le signaler¹³.

§ 28 Le médiateur interculturel peut, en concertation avec le personnel soignant, avoir des contacts individuels avec le patient.

Le médiateur interculturel peut effectuer cette tâche avec les objectifs suivants:

- Pour détecter les difficultés dans la prise en charge de patients individuels.
- Pour offrir une aide pratique pour compléter des documents : il va effectuer cette tâche sans le soignant uniquement si ces documents peuvent être complétés par des patients francophones ayant un bon niveau d'instruction et cela sans l'aide du soignant.
- Pour, à la demande d'un soignant, essayer de convaincre un patient d'une manière culturellement compétente de la nécessité de suivre un traitement, lorsque l'entretien triadique a échoué.
- Pour créer un lien de confiance qui fasse en sorte que la collaboration avec le soignant se passe bien.
- Pour informer le patient sur les aspects des soins sur lesquels ils n'ont aucune connaissance, lié à la barrière de la langue, leur faible niveau d'instruction ou leur background culturel (par exemple : ce que l'on doit apporter pour une visite à l'hôpital, comment se déroulent les soins, comment prendre un rendez-vous, ...)

¹³ Par exemple lors de l'utilisation d'une liste de questions dans laquelle les concepts et les méthodes (ex : échelle de Likert) ne sont pas familiers au patient.

§ 29 Les patients qui ne disposent pas des compétences nécessaires pour prendre leur rôle de patient peuvent être soutenus par le médiateur interculturel. Il peut dans ce contexte utiliser les stratégies suivantes :

- Inciter le patient à poser des questions
- Lui faire savoir que s'il n'a pas compris, il doit demander des explications
- L'inciter à préparer la consultation (par exemple, préparer une liste de questions)
- Lui rappeler différents thèmes qu'il n'aurait pas communiqués au médecin mais bien au médiateur interculturel
- Lui conseiller de noter la posologie de certains médicaments
- Encourager le patient à dire s'il n'est pas d'accord avec le soignant ou avec le traitement
- Souligner au patient l'importance d'être à l'heure au rendez-vous et éventuellement lui rappeler le rendez-vous la veille par téléphone
- A la fin de l'entretien, lui demander s'il a tout compris ou s'il a encore des questions à poser

§ 30 Le médiateur interculturel va informer le soignant concerné des difficultés qu'il a constatées durant une intervention en triade ou une intervention non triadique, ceci durant un entretien post intervention et – si nécessaire – va également informer son responsable.

§ 31 Le médiateur interculturel peut demander une réunion avec le soignant à propos d'un patient et cela aussi bien à la demande du patient lui-même, du soignant ou à sa propre demande lorsqu'il n'est pas possible ou pas souhaitable que certaines choses soient discutées durant un contact triadique.

4.4 STANDARDS POUR LA DÉFENSE DES PATIENTS

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

5. ASPECTS DÉONTOLOGIQUES

5.1 SECRET PROFESSIONNEL ET CONFIDENTIALITÉ

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

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

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

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

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

§ 38 Le secret professionnel peut être rompu uniquement si :

- Il y a reconnaissance d'un état de nécessité qui inclut un conflit de valeur, par exemple quand l'intégrité physique ou psychique d'une personne est fortement menacée et que cette personne (ou à l'aide d'un tiers) n'est pas en état de la protéger.
- Dans le cas d'un témoignage en justice : le médiateur a le droit de rompre le secret professionnel mais personne ne peut l'y obliger.
- Lorsqu'il y a un risque pour la communauté.
Par exemple : lorsqu'un médiateur interculturel se rend compte qu'un patient ne dit pas la vérité ou tait certaines informations et que cela peut avoir des effets négatifs sur la santé du patient, sur son environnement direct ou celui de la communauté dans son ensemble, le médiateur interculturel le communiquera à son responsable (maladies contagieuses, maladies sexuellement transmissibles).

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

§ 39 Lorsque les patients informent le médiateur interculturel qu'ils ont utilisé la tromperie (ex: utiliser la carte sis de quelqu'un d'autre, mentir au sujet de sa santé), dans ce cas, le médiateur interculturel reste soumis au secret professionnel. Uniquement dans le cas où il y a une urgence reconnue ou que cette information peut avoir des conséquences néfastes pour un tiers ou pour la communauté entière, le secret peut être divulgué. Le médiateur interculturel peut aussi refuser d'être complice d'une tromperie et de poursuivre sa mission. Dans ce cas, il en parlera à son responsable.

§ 40 Lorsqu'il est évident que les renseignements obtenus durant un contact entre le médiateur interculturel et le patient seront utiles dans un contexte de soins, celui-ci encouragera le patient à communiquer ces informations au soignant.

§ 41 Lorsqu'un patient, durant un contact individuel, insiste pour ne pas communiquer certaines choses au soignant, le médiateur interculturel essaiera de convaincre le patient d'en parler lui-même durant un contact avec le soignant. Si le patient refuse toujours, le médiateur interculturel ne pourra pas révéler les secrets du patient étant donné qu'il est soumis au secret professionnel.

5.2 TRANSPARENCE

§ 42 Le médiateur interculturel s'efforcera toujours d'informer toutes les parties concernées durant une intervention triadique sur toutes les activités et messages qui peuvent être partagés (qui vont plus loin que l'assistance linguistique). Ainsi, il va, par exemple, informer le patient qu'il a expliqué un concept inconnu du soignant (dans le cadre de la gestion des différences culturelles), ou il va dire au soignant qu'il a expliqué le terme car il n'existe pas de terme équivalent dans la langue du patient.

§ 43 Le médiateur interculturel va toujours essayer d'éviter de traduire pour des personnes avec qui il a des relations personnelles (membres de sa famille, amis, ...). Si cela s'avère impossible, il va le communiquer au soignant au début de l'intervention.

5.3 NEUTRALITÉ ET IMPARTIALITÉ

§ 44 Le médiateur interculturel restera impartial en toutes circonstances et sera capable d'identifier les biais et croyances qui peuvent influencer cette capacité. S'il ne peut rester impartial, il refusera d'intervenir pour ce patient.

§ 45 Le médiateur interculturel veillera à ce que ses convictions et valeurs personnelles (politiques, religieuses ou autres) n'influencent pas ses interventions. Si c'était le cas et que son impartialité ne puisse plus être garantie, il va demander à un autre médiateur interculturel de réaliser l'intervention et refuser d'intervenir pour le patient concerné.

5.4 RESPONSABILITÉ ET PROFESSIONNALISME

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

5.5 LIMITES

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

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

5.6 RÔLE DU MÉDIATEUR INTERCULTUREL EN CAS DE CONFLITS

- § 56 Le médiateur interculturel, n'est pas un médiateur de conflits. Il peut cependant servir de médiateur dans les conflits quand il est clair qu'ils sont directement attribuables à la barrière de la langue ou de la culture.
- § 57 Lors d'un conflit entre un soignant et un patient, le médiateur interculturel peut informer ce dernier qu'il peut faire appel au médiateur de plaintes.

- § 58** Lorsqu'un patient dépose une plainte auprès du médiateur de plaintes avec l'aide d'un médiateur interculturel, ce dernier va éviter d'intervenir pour ce patient dans le cadre de la médiation de plaintes, surtout s'il a été témoin de l'altercation. Il ne va plus intervenir pour ce patient et le patient prendra dans ce cas un rendez-vous avec un autre médiateur interculturel.
- § 59** Lorsqu'un conflit entre un patient et le médiateur interculturel rend l'intervention impossible, le médiateur interculturel stoppera l'intervention et par après n'effectuera plus d'interventions pour ce patient tant que le conflit ne sera pas réglé.
- § 60** Lorsqu'un médiateur interculturel est menacé par un patient, il va immédiatement le communiquer au soignant présent et à son responsable. Le médiateur interculturel n'effectuera plus d'intervention pour ce patient. Le responsable prendra les mesures nécessaires pour garantir la sécurité du médiateur interculturel et le conseiller sur la marche à suivre dans de telles situations (par exemple, porter plainte).
- § 61** Lors d'un conflit entre un soignant et un médiateur interculturel (par exemple: le comportement d'un soignant que le médiateur juge inacceptable, racisme, manque de courtoisie, ...), le médiateur interculturel prendra contact avec son responsable qui prendra les mesures nécessaires pour essayer de résoudre le conflit.



6.

ORGANISATION DU TRAVAIL DU MÉDIATEUR INTERCULTUREL

§ 62 Au sein de l'institution, une personne est désignée pour être responsable de l'encadrement de la médiation interculturelle. Cette personne fera en sorte de créer les conditions qui favorisent l'utilisation efficiente et effective du médiateur interculturel.

§ 63 Le médiateur interculturel doit avoir accès aux ressources nécessaires pour pouvoir effectuer ses tâches d'une manière efficace et dans le respect de la qualité. Cela implique les éléments suivants:

- Disposer d'un badge de l'hôpital et de cartes de visite avec le nom et les données de contact du médiateur interculturel ;
- Disposer d'un signe distinctif (tablier, badge,...) qui permet d'identifier clairement le médiateur interculturel comme un travailleur de l'hôpital ;
- Pouvoir avoir accès à un ordinateur personnel, une adresse mail et un accès à internet ;
- Disposer d'un téléphone ou d'un GSM personnel afin d'être joignable ;
- Pouvoir disposer d'un ou de dictionnaires et autres ressources (par exemple une encyclopédie médicale dans sa langue maternelle) ;
- Pour les médiateurs qui utilisent une autre typologie, pouvoir disposer d'un clavier adapté afin de pouvoir effectuer des recherches sur internet dans leur langue maternelle ;

§ 64 Au sein de l'institution, les soignants et les patients seront complètement informés sur la disponibilité des médiateurs interculturels, leurs tâches et la façon dont ils peuvent faire appel à eux (affiches, brochures, cartes de visite du médiateur interculturel, ...).

- § 65** Lorsque différents soignants ou patients désirent réserver un médiateur interculturel au même moment, la priorité va au soignant qui a réservé le médiateur le premier. Seules de rares exceptions (urgences) peuvent prendre le pas sur des interventions planifiées.
- § 66** Les médiateurs peuvent être réservés sans être dérangés durant une intervention (par exemple, par l'intermédiaire d'un agenda électronique accessible aux soignants). Un temps standard de 30 minutes est prévu par intervention.
- § 67** Au sein de l'institution, une politique est appliquée qui fait en sorte que, dans la mesure du possible, un médiateur interculturel soit appelé lorsque les soignants sont confrontés à une barrière linguistique ou culturelle.
- § 68** L'institution développe des stratégies afin de réduire au minimum les temps d'attente des médiateurs interculturels. Ceci vise à éviter que le médiateur ne soit présent plus de 5 minutes avant l'intervention afin que le médiateur ne patiente pas avec le patient.
- § 69** Lorsqu'il semble impossible qu'un médiateur interculturel soit présent pour une intervention en triade, on proposera des stratégies alternatives (médiation interculturelle à distance via vidéoconférence, interprétariat par téléphone, interprète social sur place).
- § 70** Lorsque le soignant refuse l'intervention du médiateur interculturel alors que le patient l'a demandée, le médiateur le signalera à son responsable. Il va de son côté essayer de savoir pourquoi le médiateur n'a pas pu intervenir et insister pour que le soignant travaille dans l'avenir avec un médiateur interculturel.

- § 71** L'institution veille à ce que les médiateurs interculturels aient accès à un soutien émotionnel quand c'est nécessaire ou souhaitable dans le cadre de leur activité professionnelle. Ce soutien ne sera pas fourni par un travailleur de l'hôpital qui occupe une position hiérarchique supérieure au médiateur interculturel.
- § 72** Les soignants doivent être formés afin de travailler d'une manière efficiente et effective avec les médiateurs interculturels.
- § 73** Uniquement pour les hôpitaux qui offrent un service de médiation interculturelle à distance via vidéoconférence :
- le médiateur interculturel qui intervient à distance par vidéoconférence doit pouvoir disposer pour les interventions d'un casque et d'un espace calme qui respecte le caractère privé de l'intervention entre un patient et un soignant.
 - Le médiateur doit avoir suivi une formation spécifique sur l'interprétariat via le système organisée par le SPF Santé Publique.
 - Durant l'intervention, le médiateur interculturel doit s'assurer que le son et l'image des deux côtés sont assez bons pour effectuer une interprétation de qualité. Lorsque ce n'est pas le cas, le médiateur interculturel stoppera l'intervention.
 - L'institution désigne un responsable pour le projet 'médiation interculturelle par internet'.
 - L'institution se charge de diffuser l'information sur le projet de la médiation à distance (par vidéoconférence) et s'assure d'une bonne connexion internet dans l'hôpital.



7. COLLABORATION AVEC LE SPF

7.1 DEMANDE DE FINANCEMENT – ENREGISTREMENT DES ACTIVITÉS – RAPPORT D'ACTIVITÉS

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

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

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

7.2 PRÉSENCE AUX FORMATIONS ET RÉUNIONS DE SUPERVISIONS

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

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

Les médiateurs interculturels qui ne disposeront pas d'un master en interprétariat ou d'un certificat reconnu d'interprète social, devront suivre une formation de base aux techniques d'interprétariat de liaison.

7.3 ENGAGEMENT DE MÉDIATEURS INTERCULTURELS

Dans le cas d'engagement de médiateurs interculturels:

Le candidat médiateur interculturel sera invité par la Cellule Médiation Interculturelle pour un test de ses compétences en interprétation médicale (sous la forme d'un jeu de rôle). La Cellule Médiation Interculturelle fera ensuite savoir à l'hôpital si le candidat dispose des compétences suffisantes pour être financé en tant que médiateur interculturel. Un responsable de l'hôpital peut être présent durant ce test. L'hôpital reçoit un rapport écrit de ce test. L'hôpital peut également demander une copie de la bande audio.

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

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

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

7.4 ABSENCE DE LONGUE DURÉE – MALADIE DU MÉDIATEUR INTERCULTUREL

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

8.

BIBLIOGRAPHIE

Angelleli C.

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

Bischoff A.

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

Bischoff A., Dahinden J.

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

Bot H., Verrept H.

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

Chiarenza A.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ingleby D.

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

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

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

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

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

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

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

Kleinman, A., Eisenberg, L., & Good, B. (1978).

Culture, illness and care: Clinical lessons, Anthropologic and Cross-cultural research. *Annals of Internal Medicine*, 1978, 88: 251-258.

Kleinman, A.,

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

IMIA

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

Pöchhacker, F.

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

Putsch, R. W. I.

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

Souza I.

Intercultural mediation in health care : from the professional medical interpreters' perspective. S.l.: Xlibris, 2016 : XXIV + 327.

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

Tipton R, Furmanek O.

Dialogue interpreting. A guide to interpreting in public services and the community. Abingdon: Routledge, 2016: XV + 295.

Qureshi, A.

Hermes in the room: challenges and strategies in intercultural mediation in psychiatry. Presentatie op de studiedag 'Interculturele bemiddeling, het internet en andere ontwikkelingen', 7/10/2011, Brussel.

Verrept H, Louckx F.

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

Verrept H.

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



service public fédéral
**SANTÉ PUBLIQUE,
SECURITE DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT**

D/2016/2196/22 - Ed. Resp.: C. Decoster, Place Victor Horta 40 bte 10, B1060 Bruxelles



www.intercult.be