



**ADAPTER LA FORMATION DES SOIGNANTS EN VUE DU DEVELOPPEMENT D'UNE  
COMPÉTENCE INTERCULTURELLE : UNE VOIE POUR L'AUGMENTATION DE LA COHESION  
SOCIALE A TRAVERS LA PRISE EN COMPTE DE LA DIFFERENCE CULTURELLE DANS LES  
INSTITUTIONS DE SANTE**

Marie Baraud<sup>1</sup>  
Nadja Maria Acioly-Régnier<sup>2</sup>

**RÉSUMÉ**

Cet article propose une réflexion sur la pertinence de la mise en place d'une sensibilisation aux problématiques liées à la différence culturelle dans la formation des professionnels de santé. Il s'appuie sur les travaux de plusieurs auteurs sur la médiation interculturelle et sur la compétence interculturelle afin de formuler une définition de celle-ci. Suite à cette réflexion, cet article tente de montrer quelles sont les difficultés de compréhension et de communication engendrées dans le domaine de la santé par des situations de différence culturelle à la fois lorsque les patients sont étrangers et lorsque les soignants le sont. Enfin, il propose une réflexion sur les modalités pratiques de la mise en place de cette sensibilisation aux questions interculturelles dans la formation des soignants.

**Mots-clés** : Compétence interculturelle, identité professionnelle, santé, soignants.

**ADAPTING HEALTH-CARE PROFESSIONALS' TRAINING TO DEVELOP AN INTERCULTURAL  
COMPETENCE : A WAY TO ENHANCE SOCIAL COHESION THROUGH CONSIDERING  
CULTURAL DIFFERENCES IN HEALTH INSTITUTIONS**

**ABSTRACT :**

This article puts forward a reflection on the relevance of the implementation of a specific training course to raise health workers' awareness regarding cultural difference and its issues. It is based on several authors' previous works on intercultural cultural mediation and on intercultural competence to define it more precisely. Based on this reflection, this article intends to show which understanding and comprehension difficulties are caused by cultural difference in health care with foreign patients as well as with foreign professionals. Finally, it offers a reflection on the practical modalities implied by the implementation of specific training courses dedicated to developing intercultural awareness.

**Key-words:** Intercultural competence, professional identity, health, care-givers.

**INTRODUCTION**

<sup>1</sup>Université Lumière – Lyon2 Laboratoire « Santé Individu Société » EAM-SIS-HCL 4128 – Email: marie.brd@gmail.com

<sup>2</sup>Université Lumière – Lyon1 Laboratoire « Santé Individu Société » EAM-SIS-HCL 4128 – Email: acioly.regnier@wanadoo.fr



A partir d'une revue de la littérature, cet article proposera une réflexion sur la pertinence de la mise en place, dans la formation des professionnels de santé, d'une sensibilisation aux problématiques interculturelles en vue du développement de *compétences interculturelles*. En effet, la question de la différence culturelle dans la prise en charge des patients est une interrogation de plus en plus présente en France même si l'on recense peu de travaux dans ce domaine à l'heure actuelle. Ainsi, nous mettrons en évidence divers enjeux de la sensibilisation des professionnels de santé à ces questions et tenterons de réfléchir aux différents aspects pouvant avoir une influence sur la cohésion sociale et l'équité au sein de services de soin, à travers le fait que l'amélioration de l'accès aux soins et de la communication en matière de santé peut-être perçue comme un moyen de réduire les inégalités et la marginalisation de ces populations. Nous verrons que la question de l'interculturel peut se poser dans les métiers de la santé selon deux axes principaux : le premier axe concerne la confrontation de ces professionnels à des usagers de cultures différentes de la leur et la nécessité d'une sensibilisation à ces situations dans leur formation. Nous aurons recours à des concepts provenant de recherches en linguistique et en sciences de l'éducation, afin de proposer des pistes concernant le développement de compétences relationnelles et de communication à travers la formation de ces soignants. Le deuxième axe concerne la confrontation de ces professionnels à des situations interculturelles à travers leur propre vécu migratoire et à travers le fait de collaborer avec des collègues migrants. Cet axe de questionnement implique de s'interroger sur la façon dont la différence culturelle influence l'identité professionnelle des soignants et sur l'existence d'éventuelles souffrances identitaires au travail.

Nous montrerons que ces deux axes renvoient à des questions individuelles autant qu'institutionnelles, concernant les choix de formation et les politiques des structures de soin concernant la prise en compte ou la non prise en compte des questions interculturelles dans les professions du domaine de la santé. Ces choix et politiques ont une influence sur la cohésion sociale et l'équité d'une part pour l'accès aux soins des populations migrantes et d'autre part pour l'accès et le bien-être au travail des soignants migrants. Ainsi, nous verrons que le premier axe est particulièrement d'actualité en France dans la mesure où plusieurs départements, dont le département du Rhône, ont mis en place un plan spécifique d'action en vue de l'accès aux soins des populations migrantes. Toutefois, cette volonté se retrouve au niveau européen de manière générale puisqu'il a fait l'objet d'une

recommandation du Comité des ministres du Conseil de l'Europe concernant l'accès aux soins des populations migrantes.

## **DE LA COMPÉTENCE CULTURELLE À LA COMPÉTENCE INTERCULTURELLE**

Le but de cet article étant de réfléchir aux moyens pouvant être mis en œuvre afin de sensibiliser les professionnels de santé à la question de la différence culturelle et d'introduire, au sein de leur formation, le développement de compétences spécifiques en vue de faire face au mieux à des situations où cette différence est en jeu, il convient de définir certaines notions. Puisqu'il est question de différence culturelle, il nous semblait utile de rappeler la nécessité d'une conception évolutive et non statique du concept de culture. Les cultures ne peuvent être envisagées comme isolées et immuables dans la mesure où elles sont portées par des individus, en constante interaction avec d'autres individus de culture parfois différente, ayant la possibilité d'adopter ou non différents savoirs et différentes pratiques. De plus, il est important de rappeler que la culture est inconsciente et que la confrontation à l'altérité est plus susceptible de provoquer un sentiment d'étrangeté et d'incompréhension qu'une prise de conscience. En effet, la confrontation à l'autre, au différent de soi peut engendrer des malentendus dans la mesure où les individus ne partagent pas les mêmes symboles et n'accordent pas forcément la même signification aux événements. A cela vient parfois s'ajouter une différence linguistique pouvant rendre la communication d'autant plus difficile.

Williams (2006) a décrit quatre grands types d'approches et de définitions de la compétence culturelle chez les travailleurs sociaux, correspondant à quatre paradigmes différents. Ceci permet de comprendre quels sont les enjeux de cette problématique dans la formation des professionnels de santé en établissant un parallèle entre leur position et celle des travailleurs sociaux face à la différence culturelle.

Premièrement, il recense des approches correspondant à un paradigme post-positiviste selon lequel la compétence culturelle peut être décrite comme l'acquisition de connaissances approfondies à propos d'une culture donnée. Il s'agit d'une approche que l'on peut qualifier d'anthropologique ou ethnologique, les professionnels sont capables d'ajuster leur pratique à partir de leur connaissance de la culture des patients. Cette approche part

d'observations, ce qui entraîne un risque d'apparition de stéréotypes et de malentendus. Cette approche revient de plus à envisager la culture comme une caractéristique figée des individus.

Deuxièmement, Williams repère des approches relevant d'un paradigme constructiviste selon lequel la connaissance qu'on les professionnels de la culture des patients ne peut pas se baser sur des connaissances à propos d'observations réalisées dans le passé mais doit au contraire provenir d'une immersion actuelle dans le contexte culturel correspondant afin de favoriser une position émique et une approche selon des normes culturelles valides pour le patient. Ceci conduit à des pratiques consistant à chercher une correspondance entre la culture des patients et celle des soignants, ce qui présente plusieurs deux inconvénients : premièrement, les professionnels concernés risque de se voire attribuer systématiquement le même public et deuxièmement, il n'est pas possible de savoir de quelle façon un professionnel pourra mettre à profit son appartenance culturelle dans sa pratique professionnelle.

Troisièmement, Williams mentionne des approches basées sur le paradigme de la « théorie critique » ou *critical theory*, selon lequel la réalité est produite par des processus sociaux et politiques basés sur des faits historiques. Cette approche vise à insister sur les rapports de domination et d'oppression pouvant exister entre groupes sociaux et ayant des conséquences sur l'évolution des cultures. Il s'agit plus de s'intéresser aux phénomènes de discrimination et aux inégalités desquelles peuvent être victimes les patients. D'après Williams, selon cette perspective, la compétence culturelle correspond à une aptitude à refléter une identité culturelle positive, à donner aux individus et aux groupes la possibilité de négocier avec des structures sociales discriminatoires.

Enfin, le quatrième type d'approche décrit par Williams correspond à une approche postmoderniste selon laquelle toute identité culturelle est construite, et par conséquent, modifiable selon les expériences des individus, elle est en constante évolution et soumise à différence contingences externes et internes. Ceci correspond à la définition que donne Denoux (1995) de l'identité interculturelle. Cette conception a pour conséquence que le praticien se doit de cultiver une attitude d'ouverture et de respect face à l'expérience culturelle. Il s'instaure entre l'utilisateur ou le patient et le praticien un rapport dialogique, la priorité dans ce type d'approche est la prise en compte de l'intersubjectivité. Elle rend difficile selon Williams de donner une définition de la compétence culturelle dans la mesure

où il s'agit d'une approche basée sur le fait de « ne pas savoir ». Cependant, nous verrons qu'il s'agit d'une approche que l'on peut qualifier de *compétence interculturelle*.

Ainsi, l'approche à laquelle nous proposons de réfléchir se rapproche de cette dernière conception de la notion de compétence culturelle dans la mesure où nous cherchons à proposer un modèle visant à introduire une négociation à partir de la différence culturelle afin de favoriser une meilleure compréhension entre patients et professionnels de santé, pour à terme garantir un accès équitable aux services de santé aux populations migrantes sur la base d'une connaissance de leurs besoins spécifiques mais aussi de leur garantir un apport d'information satisfaisant concernant leur parcours de soin. Afin de proposer un modèle pertinent, il nous semble approprié de parler de compétence interculturelle voire d'approche interculturelle (COHEN-EMERIQUE, 2011) plutôt que de compétence culturelle. En effet, les travaux de Windmüller (2010) sur la notion de compétence interculturelle et ses applications dans l'enseignement des langues fournissent une définition de cette notion que nous pouvons adapter à notre approche et à notre questionnement. Windmüller définit la compétence culturelle comme « un champs de savoirs thésaurisés » (2010, p. 135), c'est à dire comme la connaissance d'un ensemble de faits et pratiques attribués aux membres d'une culture donnée et difficilement opérationnalisables. Elle mentionne également une approche envisageant la compétence culturelle comme une « composante socioculturelle de la compétence de communication » (*ibid.*) regroupant un « ensemble de connaissances implicites exprimées sous forme d'allusions dans le langage, d'usages sociolinguistiques et socioculturels qui régissent les interactions verbales » (*ibid.*) Il s'agirait donc d'une capacité à adapter ses modalités de communication en fonction de la culture de ses interlocuteurs sur la base de ces connaissances implicites, la compétence culturelle est donc envisagée ici seulement autour de questions de communication et comme un ensemble de connaissances que le sujet applique aux situations qu'il rencontre. Afin de proposer une approche plus adaptée de cette problématique et d'en proposer des applications pour l'enseignement des langues, Windmüller formule une définition de la *compétence interculturelle* : il s'agit d'une « démarche qui tend vers la compréhension et la reconnaissance des cultures dans leur diversité en s'appuyant sur une approche cognitive du système de références maternelles de l'apprenant. » (2010, p. 136) Elle insiste sur la nécessité de développer un ensemble de capacités permettant une réflexion, une compréhension de soi et des Autres, une

décentration (Ibid.) et ainsi, d'être à même de s'adapter à l'autre à partir d'une démarche visant à la prise de conscience des logiques ainsi que des dysfonctionnements des systèmes culturels. Il s'agit de parvenir à communiquer non pas en appliquant un ensemble de comportements appris mais en mettant en place une démarche réflexive, qui se voudrait finalement réciproque et co-construite.

Ainsi, la compétence interculturelle peut être comprise comme un ensemble de capacités de réflexion et d'adaptation basée sur une compréhension de l'expérience de la différence culturelle et sur la négociation autour de cette différence.

## **LA MÉDIATION INTERCULTURELLE**

La médiation interculturelle relève plutôt d'une approche visant à ce que les patients bénéficient d'intermédiaires issus de la même culture qu'eux afin de les aider à communiquer avec les soignants, ce qui correspond pour Williams (2006) à un paradigme constructiviste et ne relève pas entièrement d'une compétence interculturelle. Toutefois, il nous semblait utile de citer ce type de pratiques dans la mesure où celles-ci sont à même de nous fournir de nombreux éléments de réflexion, notamment sur la fonction d'intermédiaire entre deux cultures permettant d'opérer un passage de l'une à l'autre. On trouve un nombre relativement important de travaux sur les médiateurs interculturels en Belgique, aux Pays-Bas et au Canada, en France en revanche les recherches sur cette question sont peu nombreuses et les interventions de médiateurs culturels sont plutôt ponctuelles. Là encore, l'intervention de médiateurs interculturels fait partie des recommandations du Conseil de l'Europe.

Premièrement, Es-Safi (2001) propose une réflexion sur un projet mis en place en Belgique en 1997 suite à une décision du Ministère des Affaires Sociales Belge et visant à introduire des médiateurs interculturels dans une vingtaine d'hôpitaux. Ceux-ci avaient pour rôle d'améliorer la communication entre patients et soignants et devaient pour cela posséder un ensemble de compétences linguistiques et sociolinguistiques, des connaissances culturelles approfondies, une aptitude à donner des informations sur le système de santé ainsi que des attitudes préconisées par la médiation (empathie, neutralité) (ES-SAFI, 2001, p. 29). Cependant, l'intégration des médiateurs culturels à l'hôpital s'est

parfois révélée difficile bien que d'une utilité avérée. En effet, ceux-ci n'ayant pas de formation et de diplôme reconnus, leur place à l'hôpital est parfois mal comprise et la légitimité de leur présence permanente remise en question. Enfin, d'après Es-Safi, le recours au médiateur interculturel « n'est pas une fin en soi mais un moyen de tendre vers l'autonomisation des patients » (2001, p. 32). Ainsi, le médiateur interculturel doit être vu comme le moteur d'une série d'actions en vue de cette autonomisation comme par exemple la mise en place de « formations spécifiques dispensées au personnel médical et paramédical » (*Ibid.*, p. 33).

Deuxièmement, Van Dijk (2007) rapporte la mise en place aux Pays-Bas du projet « Nouvelle Trace » en 1996 qui a consisté à recruter 25 médiateurs interculturels. Il s'agissait de personnes immigrées, à qui la communauté d'origine étrangère accorde sa confiance, et qui ont une connaissance suffisante à la fois du système de santé néerlandais, de la langue néerlandaise, et de la langue maternelle et des pratiques culturelles des usagers. Les objectifs du projet, décrits par Van Dick étaient les suivants : faciliter la communication entre les patients et les professionnels de santé et aider à l'instauration d'une relation de confiance en établissant des liens avec l'institution mais aussi permettre aux médiateurs de participer à l'élaboration de dispositifs accroissant le bien-être de la population migrante. La compétence de ces médiateurs devait se baser sur un « *empowerment* » du patient, en vue de « toucher aux ressources de l'autre pour soutenir et laisser se développer l'individu et son système de référence » (Van Dijk, 2007, p. 63). Cette approche correspond au paradigme de *critical theory* décrit par Williams (2006) et montre qu'une partie de la compétence interculturelle se fonde sur une capacité à accompagner l'autonomisation du patient.

Troisièmement, d'après Cohen-émérique & Fayman (2005), les médiateurs interculturels sont souvent des femmes, issues d'un milieu associatif et elles-mêmes migrantes. D'après les auteurs, celles-ci ont une fonction de « passerelle », de médiatrices de la transition culturelle du fait de leur expérience migratoire et de leur position intermédiaire leur permettant de faciliter la communication entre patients et soignants. Elles ont une fonction d'accompagnement du phénomène d'acculturation grâce à leur trajectoire personnelle. Elles partagent avec les patients leurs stratégies concernant l'adaptation au pays d'accueil, mais aussi concernant l'institution dans laquelle ceux-ci sont pris en charge. Cet article apporte un élément de réflexion majeur dans la mesure où il souligne le fait que la fonction de médiateur interculturel se base plutôt sur une expérience commune de la

différence et de l'altérité que sur une appartenance culturelle partagée. Ces éléments sur la fonction et les pratiques des médiateurs culturels nous permettent de dégager une des composantes centrales de la notion de compétence interculturelle qui est la fonction médiatrice, permettant d'opérer une transition et d'établir une « passerelle » entre la culture du patient et la culture du professionnel de santé, non pas grâce au partage de références culturelles communes mais grâce à une compréhension mutuelle, et à la construction dialogique de la différence, d'une relativisation de celle-ci permettant à chacun de se comprendre dans une co-construction de la différence et de la ressemblance. C'est-à-dire que la compétence culturelle du praticien réside dans sa capacité à faciliter le dialogue avec le patient en identifiant des facteurs possibles d'incompréhension et en réduisant la part d'asymétrie de la relation attribuable à la différence culturelle afin de rendre le patient acteur de son traitement.

## **LES BESOINS DES PATIENTS**

Lorsqu'un patient d'origine étrangère se trouve pris en charge à l'hôpital, celui-ci se trouve dans une situation de vulnérabilité à la fois physique et psychique – au même titre qu'un autre patient – mais sans doute accrue par les difficultés de compréhension, les stéréotypes voire les comportements de discrimination auxquels il peut être confronté. Ainsi, d'après Es-Safi (2001, p. 30), les patients allochtones sont généralement hospitalisés pour une durée plus longue que les patients autochtones, notamment du fait des difficultés de compréhension rencontrées par les personnels soignants. Ces difficultés ne sont pas uniquement d'ordre linguistique mais peuvent également relever d'aspects culturels puisqu'une hospitalisation peut questionner le rapport au corps, à la maladie, à la guérison, à la mort etc. de chacun. Des questions de rapports de genre peuvent aussi entrer en jeu avec des interprétations différentes des rapports de genre pouvant entraîner des incompréhensions. De plus, la question des relations interpersonnelles et des interactions à l'hôpital est complexe également du fait de l'existence de « scripts », c'est-à-dire de modèles d'interaction, appris et culturellement déterminés régissant les rapports entre patients et soignants (COSNIER, 1993). Le décalage entre les scripts des patients étrangers et ceux des soignants constitue une piste de compréhension de ces difficultés de communication. De



plus, la question du rapport à la culture et au savoir relève de ce que Taylor (2003) nomme *culture of no culture*, où le savoir médical est considéré comme strictement scientifique et dépourvu de tout apport culturel. Or, selon Laplantine (1993), ce savoir ne peut être exempt, pour tout médecin, de l'influence de sa propre expérience de la maladie et des transmissions culturelles qui lui ont été faites. Elle dépend au contraire de ses représentations. Ainsi, "les processus d'échange entre soignants et soignés ne s'effectuent-ils pas seulement ... entre l'expérience vécue du malade et le savoir scientifique du médecin, mais aussi entre le savoir du malade sur sa maladie et l'expérience vécue du médecin." (p. 23) Cet aspect pourrait être mis à profit dans la sensibilisation des professionnels de santé à la question de la différence culturelle et la prise de conscience de l'existence de ses propres représentations pourrait constituer un moyen de développer une compétence interculturelle. Ainsi, les patients d'origine étrangère ont des besoins spécifiques et qu'une façon d'y répondre serait de développer des compétences interculturelles chez les professionnels de santé.

## **LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ**

Après avoir exploré la question concernant les patients et le rôle que peut jouer sur leur prise en charge une sensibilisation des soignants aux questions interculturelles et le développement de compétences culturelles, nous allons voir que ces questions ont leur place et leur importance également dans le milieu professionnel. Les professions de santé constituent un domaine vaste, comprenant de nombreuses professions et divers domaines d'application. Nous avons choisi de nous intéresser en particulier aux infirmières et aux médecins, ceux-ci étant les plus représentés dans ces professions avec les aides-soignants et étant également largement concernés par les migrations professionnelles.

A l'heure actuelle, selon un rapport de l'OCDE datant de 2008, on constate en France une augmentation de la demande de soins associée à un manqué de personnels soignants dans certaines régions et pour certaines spécialités. Cette demande de personnel tend de plus à augmenter au cours des prochaines années, en particulier dans le domaine gériatrique, principalement du fait de l'augmentation de l'espérance de vie et du vieillissement de la population. Il existe de plus de nombreuses inégalités de répartition des personnels soignants sur le territoire mais aussi selon leurs spécialisations, et les postes

vacants sont répartis de manière inégale en fonction des spécialités. Différentes solutions ont été mises en place pour répondre à cette demande, et notamment un recours important à des emplois temporaires. Une solution alternative réside également dans le recrutement de personnels de santé immigrés, et dans la régularisation du statut des praticiens exerçant en France et ayant obtenu leur diplôme hors de l'Union Européenne. La reconnaissance des diplômes et le recrutement des personnels de santé étrangers sont soumis à différentes conditions, qu'il s'agisse de médecins, d'infirmiers ou d'autres professions. Les migrations des personnels de santé, et plus particulièrement des médecins, ont fait l'objet de travaux démographiques mais peu de recherches concernant leur intégration et les « souffrances » et questions identitaires professionnelles et personnelles dans un contexte migratoire ont été entreprises. C'est pourquoi il nous a semblé pertinent de se questionner sur leur trajectoire et les implications psychiques de leur vécu migratoire, en lien avec leur insertion professionnelle.

Le travail réalisé par Bertossi et Prud'homme (2011) concernant des services de gériatrie où les aides-soignants et les infirmiers issus de l'immigration sont majoritaires, permet de dégager différents éléments de compréhension de cette question. Dans un premier temps, les auteurs soulignent qu'il est nécessaire de prendre en compte le fonctionnement spécifique de l'institution hospitalière et l'importance de l'identité de soignant. Selon eux, en effet, la mission de soin et le « professionnalisme » sont prioritaires dans la construction de l'identité de ces professionnels, et leur différence culturelle peut être mise au service de ce professionnalisme ou au contraire effacée au profit d'une neutralité culturelle. Cependant, il nous faut comprendre les enjeux psychiques de chacune de ces attitudes. Ainsi, il devient nécessaire pour chacun d'articuler une identité commune de soignants et des particularismes. Le fonctionnement institutionnel a pour conséquence l'instauration de rapports sociaux et hiérarchiques spécifiques. Ceux-ci font appel à la question du sentiment d'appartenance des professionnels au groupe de travail, ainsi qu'à la question de leur sentiment de légitimité et de reconnaissance (Sainsaulieu, 1977) autant par les pairs que la hiérarchie ou les patients. De plus, d'après Bertossi et Prud'homme, malgré cette identité et ce projet commun de soigner, certains membres du personnel sont plus éloignés que d'autres « certains statuts et services se caractérisent par une surreprésentation sociale – une concentration de personnel immigré, issu de l'immigration ou originaire des Dom-Tom dans les échelons les moins élevés et les moins prestigieux de

l'institution. À l'inverse, au « sommet de la pyramide », on trouve une sous-représentation de la « diversité » qui vient renforcer la double image d'une hiérarchie socioculturelle et institutionnelle » (2011, p. 55).

Ces éléments amènent un questionnement sur les phénomènes de discrimination que ces professionnels peuvent rencontrer dans leur pratique professionnelle et dans la construction de leur identité professionnelle en rapport à leur identité culturelle. Ainsi, il conviendrait de s'interroger sur cet aspect dans le développement d'une compétence interculturelle chez les professionnels de santé également en rapport avec la différence culturelle pouvant intervenir entre professionnels. Ceci amène des questionnements autour du bien-être et de la qualité de vie au travail, mais aussi à la question de la reconnaissance de ces professionnels. Cet aspect pourrait faire l'objet d'une réflexion sur la place de la culture dans la formation et la pratique de ces professionnels et être partie intégrante d'une compétence culturelle. Ces professionnels pouvant également être confrontés à des attitudes de discrimination de la part de certains patients, ceci pourrait également faire l'objet d'une sensibilisation et être mis à profit dans une démarche de médiation.

### **COMPÉTENCES INTERCULTURELLES ET FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ**

La question de la gestion de la différence culturelle à l'hôpital, tant du côté des patients que du côté des soignants est liée au discours et à la volonté politique concernant les populations migrantes ainsi qu'au fonctionnement des institutions et à leurs possibilités de mettre en place de tels dispositifs. D'après Bertossi et Prud'homme, les valeurs de la société ne sont pas toujours en accord avec celles du fonctionnement hospitalier, ainsi le débat sur la « diversité » à l'hôpital nécessiterait de prendre en compte son fonctionnement institutionnel propre. Il nous semble que cela implique au niveau identitaire une négociation entre l'hôpital et l'extérieur qu'il faut prendre en compte. Ainsi, comme nous avons pu le voir avec l'exemple de la Belgique, où l'introduction de médiateurs interculturels résulte d'une décision ministérielle, les gouvernements peuvent introduire des dispositifs de ce type à l'hôpital. Toutefois, à partir des exemples de Van Dijk (2007) et de Cohen-Emerique et Fayman (2005), nous avons pu voir également que ce type d'initiative provenait parfois d'associations ou d'organismes privés. A l'échelle européenne, l'accent semble être mis sur

des politiques visant à développer une cohésion sociale, c'est-à-dire à garantir le bien-être de tous, en réduisant les inégalités et en prenant en compte les spécificités culturelles et individuelles de chacun. Ceci a des conséquences sur les décisions prises notamment en matière de santé et d'organisation des systèmes de soin. En France, plusieurs départements français, et notamment le département du Rhône, font l'objet d'un plan de prise en charge de la population migrante. L'accès aux soins et au système de santé fait partie des objectifs de ce plan, ce qui montre une volonté du gouvernement de répondre aux difficultés d'accès aux soins de ces populations. Il s'agit d'une question d'actualité mais comme nous l'avons vu précédemment, les solutions à envisager sont complexes dans la mesure où elles introduisent la possibilité d'une remise en question de l'identité professionnelle des intervenants ainsi qu'un bouleversement des représentations du soin. Il nous semble en effet qu'un moyen de développer l'accès aux soins des populations migrantes serait de sensibiliser les professionnels de santé aux questions interculturelles et d'adapter leur formation afin de développer des compétences interculturelles. Une façon de procéder serait selon Cohen-Emerique et Fayman d'apporter quelques concepts anthropologiques et sociologiques à ces professionnels afin qu'ils puissent analyser cet aspect de leur pratique. Cependant, les formations étant conçues différemment d'une profession à l'autre certains disposent en partie de ces connaissances. Une autre piste de formation a été proposée par Kumagai & Lyson (2009) qui introduisent la notion de « conscience culturelle critique » qui se rapproche de la définition que nous avons donnée de la compétence interculturelle. Ces auteurs donnent l'exemple de groupes de réflexion mis en place à la Faculté de Médecine de l'Université du Michigan afin de développer chez les étudiants en médecine cette conscience culturelle critique. Cette approche privilégie le dialogue en petits groupes, plus adapté selon les auteurs qu'un cours magistral. Enfin, il nous semble qu'une formation passant par des techniques d'auto-confrontation croisée (CLOT, 2008) pourrait permettre de faire un lien direct entre le groupe de réflexion et la pratique professionnelle. Ce type de techniques, introduites dans la formation à partir de situations où la différence culturelle est en jeu et engendre des difficultés pourrait être un outil de formation utilisable autant pour des professionnels déjà en poste que pour des étudiants en stage. L'intérêt de cet outil dans le contexte que nous étudions réside en effet dans l'utilisation d'une vidéo d'une situation de travail, ce qui permettrait d'avoir une trace de l'activité en question et de mettre en évidence lors de la phase d'auto-confrontation. Une réflexion critique pourrait alors être

envisagée à partir de situations concrètes de travail.

Les différentes pistes que nous avons pu explorer tout au long de cet article montrent plusieurs possibilités d'introduction de la prise en charge des questions interculturelles dans le domaine de la santé axées sur la formation des professionnels de santé.

## CONCLUSION

Nous avons tenté de montrer à travers cet article quels sont les enjeux de la confrontation à la différence culturelle dans le domaine de la santé et quelles sont ses implications pour la cohésion sociale. Ainsi, nous avons vu que celles-ci peuvent être à l'origine de difficultés d'accès aux soins pour les populations migrantes et de difficultés de compréhension ou de communication lors de leur prise en charge, fragilisant ainsi les liens existant entre les membres d'une même société. Nous avons également vu que la différence culturelle engendrait des décalages autres que linguistiques et que les représentations du soin et de la maladie des patients et des médecins pouvait être source de malentendus. Nous avons également souligné l'existence de problématiques liées aux migrations des professionnels de santé, cependant celles-ci nécessitent un travail plus important que nous réaliserons dans notre thèse de doctorat. Ces différents éléments nous ont permis de proposer une approche basée sur le développement d'une compétence interculturelle, résidant dans une capacité de réflexion et de remise en question de cette différence afin de développer une approche compréhensive de la prise en charge des populations migrantes. Une telle compétence se rapproche du rôle des médiateurs interculturels mais pourrait également être développée à travers différents outils mis en place dans la formation des soignants, le but étant de développer et garantir un accès égal aux soins pour l'ensemble de la population.

## RÉFÉRENCES

BERTOSSI, C., PRUDHOMME, D., Identités professionnelles, ethnicité et racisme à l'hôpital : l'exemple de services de gériatrie, **Gérontologie et société**, 2011/4 n° 139, p. 49-66.

CASH, R., ULMANN, P. (2008) « Projet OCDE sur la migration des professionnels de santé : le

cas de la France », **OECD Health Working Papers**, n°36.

CONSEIL DE L'EUROPE, (2011) **Recommandation CM/Rec(2011)13 du Comité des Ministres aux Etats membres sur la mobilité, les migrations et l'accès aux soins de santé.**

COHEN-EMERIQUE, M., & FAYMAN, S. (2005). Médiateurs interculturels , passerelles d'identité. **Connexions**, 1(83), p. 169–190.

CLOT, Y. **Travail et pouvoir d'agir**. Paris : P.U.F., 2008.

COSNIER, J. Les interactions en milieu soignant. in Cosnier, J., Grosjean, & Lacoste. **Soins et communication, approches interactionnistes des relations de soin** Lyon : P.U.L., 1993.

DENOUX, P. L'identité interculturelle. **Bulletin de psychologie**, 1995, vol. 46, n°419, p. 264-270.

ES-SAFI, L. La médiation interculturelle dans les hôpitaux ou comment rétablir la communication entre les patients d'origine étrangère et le personnel soignant. **Pensée Plurielle**, 2001, 1(3), p. 27–34.

KUMAGAI, A. K., & LYPSON, M. L. Beyond Cultural Competence : Critical Cultural Consciousness, Social Justice, and Multicultural Education. **Academic Medicine**, 2009, 84(6), p. 782–787.

LAPLANTINE, F. (1993). **Anthropologie de la maladie**. Paris : Payot, 1993.

SAINSAULIEU, R. **L'identité au travail**. Paris : Presses de Science Po, 1997.

TAYLOR, J. S. Confronting “Culture” in Medicine's “Culture of No Culture.” **Academic Medicine**, 2003, 78(6), p. 555–559.

VAN DIJK, M. Médiateurs interculturels en Hollande. **Le Journal des psychologues**, 2007, 247(4), p. 62.

WILLIAMS, C. The epistemology of cultural competence. **Families in Society**, 2006, 87(2), p. 209–220.

WINDMULLER, F. (2010). Pour une légitimation méthodologique de la compétence culturelle et interculturelle dans l'enseignement / apprentissage des langues. **Synergies Chine**, (5), p. 133–145.

**RECEBIDO EM 04 DE SETEMBRO DE 2012.**

**APROVADO EM 02 DE NOVEMBRO DE 2012.**