

la Santé en action

PRÉVENTION/PROMOTION/ÉDUCATION

Interculturalité,
médiation,
interprétariat
et santé

Décembre 2017 / Numéro 442



LA SANTÉ EN ACTION

la revue de la prévention,
de l'éducation pour la santé
et de la promotion de la santé

Tous les trois mois, 52 pages d'analyse

- actualité et expertise
- pratiques et actions de terrain
- méthodes d'intervention et aide à l'action
- interviews et témoignages

Une revue de référence
et un outil documentaire pour

- les professionnels de la santé,
du social et de l'éducation
- les relais d'information
- les décideurs

Rédigée par des professionnels

- experts et praticiens
- acteurs de terrain
- responsables d'associations et de réseaux

LA SANTÉ EN ACTION

est disponible gratuitement :

- en format papier sur abonnement pour
les lieux collectifs d'exercice et d'accueil du public
(établissements scolaires, centres de santé, hôpitaux,
communes et collectivités, bibliothèques, etc.)
- en format numérique pour tous les publics,
professionnels ou non, collectifs ou individuels

Rendez-vous sur www.santepubliquefrance.fr



la Santé en action

est éditée par :

Santé publique France
12, rue du Val d'Osne
94415 Saint-Maurice Cedex – France
Tél. : 01 41 79 67 00
Fax : 01 41 79 67 67
www.santepubliquefrance.fr

Directeur de la publication :
François Bourdillon

RÉDACTION

Rédacteur en chef :
Yves Géry
Assistante de rédaction :
Danielle Belpaume

RESPONSABLES DE RUBRIQUES

**Sandrine Broussouloux, Michel Condé,
Nathalie Houzelle**
Lectures : **Centre de documentation**
<doc@santepubliquefrance.fr>

COMITÉ DE RÉDACTION

Yaëlle Amsellem-Mainguy (Injep), **Jean-Christophe Azorin** (enseignant - formateur), **Judith Benrekassa** (Santé publique France), **Mohamed Boussouar** (Ireps Rhône-Alpes), **Alain Douiller** (Codes de Vaucluse), **Laurence Fond-Harmant** (Luxembourg Institute of Health - LIH), **Emmanuelle Hamel** (Santé publique France), **Laetitia Haroutunian** (Santé publique France), **Zoë Heritage** (Réseau français des villes-santé de l'OMS), **Laurence Kotobi** (université Bordeaux), **Zekya Ulmer** (FNMF), **Éric Le Grand** (sociologue), **Nathalie Lydié** (Santé publique France), **Mabrouk Nekaa** (DSDEN Loire), **Dr Stéphane Tessier** (Regards), **Hélène Therre** (Santé publique France).

FABRICATION

Conception graphique : **offparis.fr**
Réalisation graphique : **Jouve**
Photographies : **Raphaël Helle / Signatures ;
David Giancatarina, Philippe Migeat, Michael
Herling / Aline Gwose, André Morin, image SAAM,
image AKAG, The Solomon R. Guggenheim
Foundation / RMN-Grand Palais ; Adagp**
Impression : **Groupe Morault**

ADMINISTRATION

Gestion des abonnements :
Marie-Josée Bouzidi (01 71 80 16 57)
sante-action-abo@santepubliquefrance.fr
N° ISSN : 2270-3624
Dépôt légal : 4^e trimestre 2017
Tirage : 6 000 exemplaires

Les titres, intertitres et chapeaux sont
de la responsabilité de la rédaction

Prévention du décrochage scolaire

4 _ « Pour que les élèves
ne décrochent pas, il faut
aussi accrocher les parents »

Entretien avec Véronique Piperaud

Familles et petite enfance

6 _ Sol En Si : Accompagner
les familles précaires
touchées par le VIH/sida

Entretien avec Maxime Lartas



© Ville de Marseille, Dist. RMN-Grand Palais / David Giancalina © Adagp, Paris, 2017

3

Dossier

INTERCULTURALITÉ, MÉDIATION, INTERPRÉTARIAT ET SANTÉ

Coordination :

Stéphane Tessier, Laurence Kotobi,
Mohamed Boussouar

Introduction

8 _ Stéphane Tessier, Laurence Kotobi,
Mohamed Boussouar

**Médiation en santé :
des origines à de nouvelles
perspectives ?**

10 _ Pascal Revault

**De l'interculturalité
aux « situations d'altérité »**

13 _ Stéphane Tessier

**L'interprétariat médico-social :
une exigence éthique**

15 _ Laurence Kotobi

**Mieux prendre en compte
la pudeur et la diversité
culturelle à l'hôpital**

18 _ Lucile Renaud

**Former des professionnels
de santé aux pratiques
avec interprète**

21 _ Gwen Le Goff,
Julia Maury de Feraudy,
Halima Zeroug-Vial

**Former les soignants
à prendre en charge
la diversité des publics**

23 _ Stéphane Tessier

**Travailleurs migrants vivant
en foyers : éducation
thérapeutique
pour les patients diabétiques**

25 _ Stéphane Tessier

Place et limites de la laïcité

26 _ Stéphane Tessier

**Laïcité et prise en compte
de l'interculturalité
dans la relation à l'usager**

27 _ Pierre Lénéel, Zahia Kessar

**Médiation scolaire
transculturelle : accompagner
les enfants de tous horizons
vers la réussite scolaire**

29 _ Adeline Sarot, Marie Rose Moro

**Interculturalité à l'école :
apprendre et vivre ensemble**

32 _ David Muller

**Collège Évariste-Galois
à Nanterre : des pairs tuteurs
et médiateurs au service
des élèves allophones**

34 _ Entretien avec Carole Merlet

Pour en savoir plus

36 _ Laetitia Haroutunian

Accès aux soins

41 _ Centre municipal de santé
de Gennevilliers : « Offrir à tous
une médecine moderne de qualité »

Entretien avec Alain Tyrode

Permanences d'accès aux soins

43 _ Mineurs étrangers isolés :
enquête sur leur vécu et leur
représentation des soins

Marion Guégan, Elisabeth Rivollier

Santé mentale

47 _ Permanence d'accès
aux soins Psy :
« Nous accompagnons
les patients »

Entretien avec Sylvia Hloschek

49 _ Groupement
d'entraide mutuelle
à Lyon : « Un lieu
qui soigne en permettant
de retrouver la confiance
en soi et dans les autres »

Entretien avec Stéphane Masset

Lectures

51 _ Laetitia Haroutunian, Sandie Boya

« Pour que les élèves ne décrochent pas, il faut aussi accrocher les parents »

Entretien avec Véronique Piperaud,

principale du collège Jean-Renoir, Bourges.

La Santé en action : Votre projet d'établissement vise à favoriser « l'accrochage scolaire ».

Pourquoi ne pas parler de lutte contre le décrochage scolaire ?

Véronique Piperaud : Lorsqu'on intervient sur le décrochage scolaire, il est souvent trop tard. Le poids du déterminisme social dans la réussite des élèves est important et nécessite de prendre des mesures très en amont. C'est pourquoi notre projet d'établissement « Vivre, apprendre et réussir ensemble » (mis en œuvre à partir de 2014) focalise l'action sur les classes de sixième et de cinquième ; il concerne tous les élèves, pour ne pas stigmatiser ceux qui sont déjà en difficulté scolaire. Ce projet comporte deux volets : le dispositif « *Set and Change* » propose des ateliers pédagogiques culturels, artistiques et sportifs, dont le but est de permettre aux élèves de se révéler et d'être valorisés ; le dispositif « Classe passerelle » accueille une dizaine de jeunes handicapés moteurs et mentaux de 12 à 16 ans en classe ordinaire ou dans certains ateliers. Celui-ci prolonge l'initiative « La parenthèse », engagée par mon prédécesseur en 2008.

« L'ÉVALUATION POSITIVE ROMPT AVEC LA CULTURE DU CLASSEMENT ET ÉVITE LA SPIRALE DE L'ÉCHEC PAR LES MAUVAISES NOTES QUI RENVOIENT L'ÉLÈVE À UNE IMAGE DE NULLITÉ. »

S. A. : Comment se passe l'intégration des jeunes handicapés ?

V. P. : Ils participent notamment aux cours de technologie. Avec les autres élèves, ils travaillent sur des projets informatiques – création de diaporamas, de blogs, etc., à partir de thèmes motivants, comme le parcours de grands aventuriers, tel Serge Girard qui fait le tour du monde en courant. Ils viennent à l'atelier céramique, animé deux heures par semaine par une artiste, à la chorale, à l'atelier numérique du centre de documentation et d'information (CDI), où ils travaillent la recherche sur Internet et la lecture. Ils se rendent deux heures par semaine au centre régional d'éducation populaire et de sport (Creps) de Bourges, qui dispose d'un pôle sport et handicap pour pratiquer du sport partagé avec une demi-classe de quatrième. Ces moments sont bénéfiques pour tous. Vivre comme les autres élèves, y compris se détendre dans la cour de récréation, permet aux jeunes handicapés de pouvoir s'insérer plus facilement dans la société. Pour nos élèves, c'est accepter la différence, apprendre la tolérance ; ils seront sans doute plus sensibles au handicap dans leur future vie de citoyen.

Parfois, cette mixité produit des résultats au-delà de nos espérances. Huit élèves ont ainsi décidé d'aider Tom, un jeune handicapé moteur très dépendant ; avec les enseignants de technologie, au moment de la pause déjeuner, ils ont inventé une commande gestuelle pour son fauteuil. Cette invention a remporté, notamment, la médaille d'or au

Concours des jeunes inventeurs et créateurs de Monts-en-Touraine et, en octobre 2017, le prix du président du Concours Lépine européen (coupe et médaille d'or)¹, la médaille d'argent de la Société française de médecine et du sport et celle du ministère des Solidarités et de la Santé.

S. A. : Des ateliers sont proposés aux élèves de sixième et cinquième ; quel est leur degré de participation ?

V. P. : Ces ateliers sont extrêmement variés puisque, outre ceux que j'ai cités précédemment, nous avons des activités photo, patrimoine, cinéma, arts plastiques, sophrologie, médias, jeux d'échec et bridge. L'atelier théâtre est réalisé en partenariat avec une compagnie. Nous avons également un partenariat avec la maison de la culture de Bourges pour l'atelier formation du spectateur, qui permet d'assister aux spectacles et de rencontrer les artistes. Il y a aussi un atelier solidarité, avec l'association Medina. Les élèves ne s'inscrivent que si les parents sont d'accord ; nous devons donc mener auprès de ces derniers un travail important pour les convaincre. Ces ateliers ne sont pas du divertissement. Quand les élèves s'engagent, c'est pour l'année scolaire ; à la fin, ils ont une restitution à produire, qu'il s'agisse d'un spectacle ou d'une exposition. C'est utile pour affermir cette thématique de l'engagement, par ailleurs utile dans le travail scolaire. Près de 80 % des élèves de sixième et de cinquième y participent, ce qui est un très bon résultat. Ils touchent aussi la bonne cible, puisque les élèves qui ne s'inscrivent pas sont essentiellement ceux qui ont déjà beaucoup d'activités culturelles ou sportives à l'extérieur.

L'ESSENTIEL

► Dans le cadre du projet d'établissement « Vivre, apprendre et réussir ensemble », les élèves de sixième et de cinquième apprennent en particulier à partager leurs compétences dans le cadre d'ateliers pédagogiques culturels, artistiques et sportifs. Ces activités les enrichissent et leur apportent confiance en eux.

► Globalement, les élèves développent plusieurs compétences psychosociales : mieux communiquer, avoir de l'empathie, prendre des décisions, gagner en esprit critique, gérer son stress.

► Les mauvaises notes, qui renvoient l'élève à une « image de nullité » sont proscrites au profit d'une évaluation positive, les élèves en difficulté ont accès à un soutien spécifique (aide aux devoirs jusqu'à 18 heures), les parents sont partie prenante des conseils de classe.
Le mot d'ordre : trouver des solutions ensemble, à l'école ou à la maison, pour que l'enfant progresse.

► Par ailleurs, des jeunes handicapés sont intégrés dans une classe passerelle qui leur permet de partager des activités avec les autres élèves.

S. A. : Avez-vous évalué les effets concrets de ces ateliers sur la prévention du décrochage scolaire ?

V. P. : L'an passé, nous avons interrogé les élèves concernés par questionnaire sur le vécu de leur année, et les retours ont été très positifs : ils disent avoir appris beaucoup de choses, avoir pris confiance en eux, et ils ont apprécié de faire des activités différentes qui les enrichissent avec d'autres élèves que ceux de leur classe. Ils ont toutefois mentionné un point négatif à leurs yeux : cela leur prend trop de temps. Si chacun dispose d'une tablette numérique en classe, nous ne tolérons pas les téléphones portables personnels, afin que les jeunes ne s'isolent pas devant leur écran. Avec les ateliers, ils disposent de moins de temps pour faire ce qu'ils aiment, être sur les réseaux sociaux et jouer à des jeux sur écran. Globalement, les élèves développent plusieurs compétences psychosociales : mieux communiquer, avoir de l'empathie, prendre des décisions, gagner en esprit critique, gérer son stress, etc. Trois ans après la mise en place



© Raphaël Helle/Sigatures

de notre projet d'établissement, nous n'avons pas d'élèves décrocheurs, même si un certain nombre d'entre eux sont en difficulté. Mais celui-ci ne se résume pas à la création des ateliers, financé à hauteur de 27 000 euros par la Fondation de France ; c'est une démarche globale qui est mise en œuvre.

S. A. : Quels sont les autres volets de cette démarche ?

V. P. : Elle repose sur la pédagogie différenciée et l'évaluation par compétences des élèves. Les enseignants adaptent leurs cours à la diversité des enfants, en multipliant les supports – écrits, visuels, audio – et misent sur les travaux de groupe afin de favoriser l'intelligence interpersonnelle. L'évaluation positive rompt avec la culture du classement et évite la spirale de l'échec par les mauvaises notes qui renvoient l'élève à une image de nullité. L'année est divisée en deux semestres pour donner du temps aux apprentissages ; cela demande un accompagnement et un suivi plus poussés des élèves. Toutes les disciplines contribuent à évaluer le socle commun de connaissances et de compétences exigé en fin de troisième, selon quatre niveaux de maîtrise : insuffisant, fragile, satisfaisant et très satisfaisant.

S. A. : Comment gérez-vous les élèves qui rencontrent des difficultés importantes ?

V. P. : Nous avons fait évoluer le conseil de classe qui s'attache au traitement de la difficulté scolaire et au parcours de ces élèves. Nous invitons désormais leurs parents à y participer.

Il ne s'agit pas de les culpabiliser ou de porter un jugement, mais de trouver des solutions ensemble, à l'école ou à la maison, pour que leur enfant progresse. Par exemple, garder l'élève après les cours, dans le cadre de l'aide aux devoirs, si les parents ne sont pas en mesure de les aider. Nous leur présentons les outils d'évaluation et de suivi, afin qu'ils aient une connaissance plus précise de ce qui se passe au collège et de ses codes et qu'ils retrouvent ainsi confiance dans cette institution.

D'une certaine façon, pour que les élèves ne décrochent pas, il faut aussi accrocher les parents. Avec ce moment d'échange, les enseignants cernent aussi davantage la situation sociale des familles. En outre, la réunion hebdomadaire de l'équipe relais – assistante sociale, infirmière, conseillère psychologue, conseiller principal d'éducation (CPE), direction – passe en revue le cas de tous les élèves qui ont rencontré les uns ou les autres la semaine précédente, pour des raisons plus ou moins graves. C'est un moment de vigilance pour prévenir le décrochage. Ce projet demande beaucoup d'investissement et de mobilisation de la part des enseignants et de l'ensemble de l'équipe. Le plus difficile, c'est de combiner en même temps toutes ces dimensions dans le but précis de faire réussir tous les élèves. ■

Propos recueillis par Nathalie Quérue, journaliste.

1. www.concours-lepine.com/inventions/2017/8-college-jean-renoir-html.html

Sol En Si : Accompagner les familles précaires touchées par le VIH/sida

Entretien avec Maxime Lartas,

président de l'association Sol En Si.

La Santé en action : Quel est le rôle de l'association Sol En Si depuis sa création en 1990 ?

Maxime Lartas : Nous accompagnons les familles touchées par le VIH¹/sida et/ou les hépatites dans leur parcours, à partir de deux lieux d'accueil en France : à Bobigny (Seine-Saint-Denis) et à Marseille, villes situées dans les régions les plus touchées par l'épidémie [1]. L'objectif est de maintenir l'unité familiale et de renforcer le lien parent-enfant dans des familles prises entre le quotidien de la maladie et la précarité. Sol En Si comprend 29 salarié.e.s – équivalent à 22 temps-plein – et peut s'appuyer sur 80 volontaires adhérents. Nous proposons un accompagnement global dans la durée, sans obligation ni injonction, pour donner à chacun les moyens de mieux vivre au quotidien. Concernant le sida, la donne a changé avec les traitements qui améliorent considérablement l'espérance de vie.

Malgré tout, les difficultés perdurent. En France, un tiers des personnes souffrant du VIH/sida et/ou d'hépatites vivent avec les minima sociaux ou sont sans ressources [2]. Notre public est caractérisé par une grande précarité ; ce sont majoritairement des femmes seules, avec enfant(s), qui ont découvert leur séropositivité pendant leur grossesse. Pour être en capacité de se soigner sur le long terme, il est nécessaire d'évoluer dans un environnement stable. Pour que les personnes prennent soin d'elles, il faut un minimum d'estime de soi,

de bien-être matériel et de lien social. C'est cette approche qui guide nos interventions.

Il faut souligner que l'essentiel des financements de Sol En Si sont apportés par les partenaires institutionnels².

S. A. : Par quelles actions répondez-vous aux besoins des familles ?

M. L. : Le principe de nos lieux d'accueil est double : un accueil psychosocial pour les adultes, associé à des crèches/multi-accueil pour leurs enfants jusqu'à l'âge de 4 ans. Cette structure est ouverte à d'autres : des enfants du quartier ou des enfants souffrant d'autres maladies chroniques. Notre connaissance de la réalité de la vie avec la maladie est reconnue par les professionnels médico-sociaux, du fait de nos relations professionnelles et associatives – des médecins de ville et d'hôpital ont fait partie de la création du projet – ou de conventions passées avec des centres de protection maternelle et infantile (PMI).

Nous tenons beaucoup à ce choix de favoriser la mixité afin d'éviter une forme de ghettoïsation. Il est important pour les mères séropositives ou malades de comprendre que les troubles ou les difficultés de leur(s) enfant(s) ne sont pas liés au VIH/sida, mais sont les problématiques de tout parent.

S. A. : Comment accompagnez-vous les adultes ?

M. L. : Dans plusieurs dimensions : soutien psychologique, à la parentalité, à la compréhension de l'infection au VIH et du fonctionnement du système de soins ; soutien à l'insertion dans un parcours de soins ; aide à l'accès aux droits, à la culture et aux loisirs ; aide matérielle pour le lait maternisé,

les couches ; accès aux produits de la banque alimentaire. Nous nous tenons aux côtés des personnes pour les écouter et les accompagner dans leurs démarches, mais nous ne faisons rien à leur place. En instaurant un lien de confiance, nous favorisons leur parole et pouvons ainsi mieux appréhender leur situation personnelle et proposer des solutions adaptées et respectueuses de leur volonté.

Les personnes savent qu'elles seront accueillies sans jugement et en toute confidentialité par des salariés et des volontaires experts dans le champ du VIH. Notre équipe est pluridisciplinaire : psychologues, éducatrices et aides éducatrices, auxiliaires de puériculture, assistantes sociales, animateur de prévention, etc. Lors du premier rendez-vous, l'accueillante sociale présente la structure, ses actions et écoute les demandes. Puis un second entretien est mené par la coordinatrice des familles pour analyser le parcours de vie, les situations médicale, psychologique, sociale et définir le cadre de notre intervention. La première demande est souvent d'ordre pratique, liée à la dureté des conditions de vie : manque de nourriture, absence d'hébergement. L'aide matérielle que nous procurons est souvent une « porte d'entrée » permettant une première prise de contact, qui ouvre ensuite la voie à un travail d'accompagnement global. La volonté de rompre l'isolement dans lequel elles se trouvent est aussi une des raisons qui poussent les personnes à venir nous voir. Nos associations sont souvent le seul endroit où, hormis dans le cabinet du médecin, on peut « dire son VIH » – sachant que les rendez-vous médicaux sont désormais souvent très espacés dans le temps.

S. A. : Comment favorisez-vous ce cheminement vers l'autonomie ?

M. L. : En premier lieu, nous proposons un accompagnement à l'ouverture des droits sociaux et de santé. En parallèle, nous animons de nombreuses activités où les parents sont acteurs. L'atelier « nutrition-cuisine », animé par un diététicien volontaire de l'association, valorise le savoir-faire des participantes pour accommoder les denrées basiques de la banque alimentaire, tout en apportant des connaissances sur les aliments et leurs qualités nutritionnelles. Le travail de soutien à la parentalité, assuré par la psychologue des familles, se réalise notamment via des ateliers « maman-bébé » pour travailler le lien mère-enfant(s) et offrir un espace de socialisation à ces derniers, et des sorties parents-enfants qui sont des temps de partage et de découverte en commun. Les groupes de parole, importants, se tiennent une fois par mois et sont animés par une psychologue ; ils rassemblent à chaque fois une dizaine de femmes. Des sorties culturelles, des repas festifs, des temps de détente – comme le « moment bien-être » dans un spa – sont aussi organisés afin que les femmes rompent leur isolement et créent des liens entre elles.

S. A. : Quel bilan dressez-vous de votre action ?

M. L. : En Île-de-France, 189 familles ont été accompagnées en 2016, dont 131 familles monoparentales, et 44 nouvelles familles ont été accueillies. En Provence-Alpes-Côte d'Azur, 93 familles, dont 13 nouvelles, ont été suivies. En 2016 toujours, la crèche de Bobigny a accueilli chaque jour 24 enfants, et celle de Marseille, 20 enfants. En Seine-Saint-Denis, 75 personnes sont sorties de la file active³ en 2016. Ces sorties positives sont le signe d'une avancée sur la voie de l'autonomie et de la socialisation pour les bénéficiaires de l'action de Sol En Si, qui est menée en lien avec de nombreux partenaires : le réseau associatif, les comités régionaux de lutte contre le VIH, les acteurs de l'hébergement d'urgence, les travailleurs sociaux des hôpitaux, du conseil départemental, du planning familial, etc.

S. A. : N'y a-t-il pas un risque de démobilité autour du VIH ?

M. L. : Effectivement, certes l'on meurt moins du sida aujourd'hui en France, mais 6 000 nouvelles

contaminations sont encore recensées chaque année, et nous vivons au quotidien les conséquences de la vie avec le VIH : précarité, isolement, comorbidités... Les décès de quatre mères que nous avons accompagnées au cours des dernières années sont liés à une comorbidité au cancer... Nous devons aussi réfléchir collectivement – le groupe interassociatif Traitements et Recherche thérapeutique (TRT-5⁴) y travaille – au vieillissement des personnes vivant avec le VIH. Quelles comorbidités, quelle place et quel accueil en maison de retraite pour eux ? Enfin, la maladie a beau devenir chronique, elle reste toujours stigmatisante, provoquant le rejet dans la société civile, par la famille et par les amis. Nous constatons chaque année plus de pauvreté, de cumul de vulnérabilités (sociale, en santé, pour le logement, face à la violence) et de lenteur pour l'obtention d'un premier titre de séjour pour soins (six mois au moins).

S. A. : Quels sont vos objectifs prioritaires pour l'avenir ?

M. L. : Tout d'abord, il convient de souligner que Sol En Si est très reconnaissante de la considération et du soutien des financeurs et du public, même si notre financement reste très précaire. Beaucoup de familles accompagnées ont réussi à accéder, après un long combat, à une situation stable. Nous voyons des situations s'améliorer, mais cela prend beaucoup de temps. Aussi, nous accompagnons des personnes dans leur parcours de vie, même si ces derniers sont parfois très chaotiques. Et, démonstration de notre pérennité, nous accueillons, aujourd'hui, des bébés nés de jeunes femmes qui ont elles-mêmes été accueillies enfants à la crèche...

Par ailleurs, il est toujours possible d'initier des microprojets. Par exemple, en 2016, nous avons créé en partenariat un jardin pédagogique agroécologique sur le site de Bobigny pour éveiller les enfants au jardinage, au rythme des saisons et à une alimentation saine et équilibrée. En partenariat avec une autre association de lutte contre le sida, Actions Traitements, et bientôt avec Basiliade – association avec laquelle nous avons créé en 2014 une association de gestion : Alliance pour une gestion solidaire (AGS), afin de mutualiser nos coûts de gestion –, nous avons mis en place depuis fin 2016 un programme d'éducation thérapeutique

du patient afin de favoriser l'observance des traitements médicaux ; il combine des ateliers collectifs animés par un médecin infectiologue et des entretiens individuels menés par ce médecin et la psychologue des familles.

En revanche, par manque de fonds propres, il est plus compliqué de mettre en œuvre des projets d'envergure qui nous tiennent à cœur, comme d'ouvrir de nouveaux lieux d'accueil dans d'autres départements ou une autre crèche en Seine-Saint-Denis ou à Marseille. Nous souhaitons également pouvoir proposer notre expertise dans l'accompagnement global des familles et le soutien à la parentalité à un public plus large – les personnes vivant avec des pathologies chroniques lourdes. Mais cela requiert des moyens nouveaux et garantis de la part des financeurs publics, ce dont nous ne disposons pas pour l'instant. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, journaliste.

1. Virus de l'immunodéficience humaine.
2. Organismes financeurs :
 - les caisses d'allocations familiales (CAF) des Bouches-du-Rhône et de la Seine-Saint-Denis à travers les prestations de service des crèches ;
 - les agences régionales de santé Île-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur ;
 - la Direction générale de la santé ;
 - les conseils départementaux des Bouches-du-Rhône et de la Seine-Saint-Denis ;
 - les régions Île-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur ;
 - la caisse primaire d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône ;
 - la politique de la ville ;
 - les villes de Bobigny, Marseille et Paris ;
 - des partenaires historiques de lutte contre le VIH/sida : Sidaction et Solidarité sida.
3. Toutes les personnes ayant eu recours à l'action de Sol En Si au moins une fois dans l'année.
4. Ce groupe rassemble 10 associations de lutte contre le sida. En ligne : www.trt-5.org

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE

[1] Le VIH/sida en Île-de-France : l'enjeu du dépistage précoce <http://invs.santepubliquefrance.fr/fr/Publications-et-outils/Bulletin-de-veille-sanitaire/Tous-les-numeros/Île-de-France/Bulletin-de-veille-sanitaire-Île-de-France.-n-1-décembre-2017>

[2] Vivre avec le VIH : premiers résultats de l'enquête ANRS-VESPA 2, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, Institut de veille sanitaire, 2 juillet 2013, numéro thématique 26-27 : p. 283-324. En ligne : http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2013/27/pdf/2013_26-27.pdf



Interculturalité, médiation, interprétariat et santé

Interculturalité, médiation, interprétariat et santé : par l'utilisation résolue de ces trois termes, le propos de l'ensemble de ce dossier central est d'envisager les relations de soins et d'éducation dans un contexte interculturel élargi. De fait, les institutions qui sont en contact avec les usagers, en première ligne, organisent leurs relations interculturelles de façon empirique, que ce soit dans les dimensions d'âge, de genre,

de classe sociale. Or, le plus souvent, la dimension interculturelle reste méconnue, notamment dans les principes théoriques qui la caractérisent et les enjeux qui l'accompagnent.

Interculturalité

Ainsi, même si la relation soignant-soigné ou éducateur-éduqué est par nature d'essence interculturelle, l'étrangeté de l'utilisateur y ajoute

**Dossier coordonné par
Stéphane Tessier,**

médecin de santé publique,
chercheur associé des laboratoires centre
de recherches,
Éducation et Formation Nanterre-Ouest,
et Éducatifs et Pratiques
de santé, Paris-13 Sorbonne.

Laurence Kotobi,

anthropologue,
maître de conférences Hdr,
UMR 5319 Passages CNRS-
Univ. de Bordeaux.

Mohamed Boussouar,

directeur des programmes,
instance régionale d'éducation
et de promotion de la santé (Ireps),
Auvergne-Rhône-Alpes (ARA), Lyon.

un certain désordre. Il est confortable pour l'institution de répondre à ce désordre de façon stéréotypée en élaborant des protocoles normés, en promouvant des attitudes déterminées. Mais ces normes et ces protocoles, de par leur rigidité et leur unilatéralisme, aboutissent souvent à des blocages, des malentendus, voire de francs conflits qui vont parfois mobiliser jusqu'à des formes de résolution autoritaires (telle l'intervention de forces de sécurité). Ces blocages, d'une part, génèrent une insatisfaction et entachent la fonction de soin, d'autre part sont à l'origine de nombreux questionnements et de grandes souffrances de la part des professionnels. Ceux-ci exercent en effet leur métier avec toute leur personnalité et leur professionnalisme et peuvent se sentir d'autant plus démunis, voire blessés dans la mesure où leur institution ne leur ouvre que trop rarement des espaces pour en parler.

Les outils de médiation, d'interprétariat comme les réflexions autour de la diversité culturelle ou de l'interculturalité ont pour objectif d'améliorer cette relation entre institution et

usagers. Ce thème suscite une multiplicité d'approches, depuis l'analyse anthropologique du rapport à l'Autre à la description des mécanismes institutionnels qui doivent être dépassés, en passant par les pièges de la traduction. Le dossier tente de refléter la diversité des analyses et des points de vue selon les institutions concernées ; les lecteurs pourront ainsi prendre la mesure de ces contrastes et de cette diversité.

Médiation

Médiation ? Encore faut-il s'entendre sur le terme. Si, comme on l'a vu plus haut, l'interculturalité ne se limite pas aux exotismes étrangers, il en est de même pour la médiation. S'interposant entre l'institution et l'individu, la médiation est utile aux personnes âgées, aux personnes en situation de précarité, de fragilité, etc., qui toutes ont en commun de ne pas forcément être « adaptées » aux schémas de fonctionnement de l'institution. Au-delà des migrants, construits comme la figure archétypale de l'altérité, c'est avec des parties (dans le sens catégories) de la population que ces pratiques de médiations sont à élaborer et à penser dans l'éducation et la promotion de la santé et dans les soins en France, suivant les âges, les territoires ou les modes de vie. Et ce d'autant plus que sous la pression des rationalisations budgétaires liées aux politiques publiques, les institutions se figent de plus en plus autour de protocoles de bonnes pratiques et d'évaluation quantitative de leurs performances, au détriment du sens de la maladie ou des risques perçus par les publics destinataires.

Interprétariat

L'interprétariat, quant à lui, renvoie à la question du langage : un professionnel de santé qui jargonne face à un patient rend toute compréhension inaccessible. La prédominance d'un support diagnostique technique (IRM, échographie, prise de sang) au préjudice d'une verbalisation rend impossible l'appropriation par l'utilisateur des interventions qui sont faites sur sa santé. Cette

absence de verbalisation ne permet pas à l'utilisateur de mobiliser ses compétences. On a coutume de dire que « traduction égale trahison », au sens où les mots n'ont jamais strictement le même sens et où les représentations véhiculées sont éminemment plus riches que ce qu'un dictionnaire peut offrir. Mais, outre cette méfiance, l'interprétariat dans le domaine de la santé a ceci de spécifique qu'il peut aider à se poser des questions fondamentales relativement à la pudeur, aux effets discriminants sur le choix des traitements par exemple, que des rapports inégaux instaurent lorsqu'il y a une barrière linguistique. Par ailleurs le recours à l'interprète peut avoir comme effet négatif de créer une dette symbolique entre soignés et interprètes, effet dont des professionnels non avertis n'ont pas assez conscience.

Dans ces domaines délicats, de nombreuses expériences ont vu le jour et se développent avec plus ou moins de bonheur et de succès, dus à un certain bricolage, faute d'être suffisamment organisées collectivement ou soutenues par les institutions. Ce dossier a pour ambition de se faire l'écho du dynamisme et de la force de certaines initiatives qui émanent du quotidien, pour l'améliorer et rendre les soins plus accessibles et de meilleure qualité. Malheureusement, on constate que, trop souvent, l'institution ne se saisit pas véritablement de cet enjeu périlleux et fragile qui ne tient souvent qu'à une personne volontaire ou à un petit nombre de personnes engagées ; un départ ou une absence prolongée font s'effondrer l'initiative.

Tout l'enjeu de ce dossier est donc de donner des outils aux professionnels pour aborder sereinement, mais de façon volontariste cette vision interculturelle qui sous-tend l'humanisme, voire l'humanisation des soins et de notre système de santé ; il vise également à mobiliser les institutions pour que cette dimension interculturelle soit pleinement intégrée dans leur projet d'établissement, au titre d'une éthique qu'il s'agit de défendre. ■

Médiation en santé : des origines à de nouvelles perspectives ?

Pascal Revault, directeur opérationnel, Comité pour la santé des exilés (Comede).

Fin des années 1990 : la faculté de médecine de Bichat (Paris 8), à travers l'Institut de médecine et d'épidémiologie appliquée (Iméa), héberge l'un des premiers programmes de médiation en santé en France, soutenu par la Direction générale de la santé. Cette expérimentation se nourrit des expériences de la médiation familiale et de la médiation judiciaire. Elle consiste, à travers la formation et l'échange avec les médiatrices et les médiateurs, à préciser le contour et la spécificité de la médiation en santé.

Favoriser la capacité à agir

Ce projet a mis à jour une approche sanitaire dominante, révélatrice d'une continuation du bio-pouvoir – pouvoir sur les corps de la naissance à la mort, d'après Michel Foucault [1]. Cette approche sanitaire constitue l'un des risques de la médiation, en la limitant ; par exemple à amener les malades à se faire soigner, à agir pour diminuer le nombre de « perdus de vue », à assurer des mesures d'hygiène et de bonne observance du traitement, etc. Or l'intérêt de ce projet est d'impulser une nouvelle dynamique au sein du système de santé, en favorisant la capacité singulière du sujet à agir et à prendre soin de soi et des autres. Comment la médiation peut-elle transformer un ensemble de relations, défini par des emplacements prédéterminés limitatifs, en créant des formes d'interactions qui échappent à celles du bio-pouvoir ?

Des dynamiques concomitantes

Les objectifs initiaux des promoteurs du programme¹ sont confrontés à des remises en cause, issues des contraintes d'intervention, des acteurs partenaires et, bien sûr, des discussions avec les médiateurs eux-mêmes. Toutefois, trois dynamiques sont identifiées, et des réponses opérationnelles sont posées.

- Une première dynamique éclaire le concept d'interculturalité avec un sens précis : prendre en compte la diversité des pratiques entre les acteurs de la prévention et du soin, et également entre ces acteurs et ceux qui s'adressent à eux, comme détenteurs d'un savoir profane, voire d'une expertise propre. Ainsi, l'ensemble de ces acteurs – et donc pas seulement les professionnels – participent au système de santé. Autrement dit, il n'y a pas d'un côté les pourvoyeurs de soin et de l'autre les usagers du système, mais différents interlocuteurs dont les cultures peuvent rendre difficile la mise en œuvre des soins et de la prévention. La médiation intervient donc sur la facilitation d'une compréhension mutuelle, freinée par des pratiques et des recours aux soins différents. Ainsi, l'on identifie des éléments-clés et quotidiens de l'exercice de la médiation : l'éclairage des éléments asymétriques de la relation, l'explicitation des représentations croisées entre les acteurs ou encore la mobilisation d'un interprète pour faciliter la compréhension d'une situation, d'un parcours.

- La seconde dynamique vise à faciliter l'inscription dans le système de santé des personnes vulnérables qui subissent des discriminations, qui en sont éloignées sur le plan économique

et/ou géographique, ou encore qui n'en maîtrisent pas les conditions d'accès, alors qu'au même moment les premières permanences d'accès aux soins de santé (Pass) sont créées. Il faut souligner ici l'intérêt de former et de professionnaliser des personnes – comme les médiateurs – ayant l'expérience, voire un vécu de ces situations. Il s'agit donc aussi de transformer des parcours de vulnérabilités, en valorisant les capacités du médiateur à travers l'exercice d'une médiation.

- Enfin, la troisième dynamique interroge la question des rapports entre pouvoir et savoir. Elle insiste sur la nécessaire transformation non seulement des représentations et pratiques des soignants, mais aussi de la relation entre personnes soignées et soignantes, en référence à l'analyse de Daniel Defert [2], qui place la personne soignée comme réformatrice sociale. En ce sens, le médiateur est finalement aussi un partenaire en santé, en capacité de révéler les dysfonctionnements du système de santé comme de faciliter une impérieuse évolution sociétale de la relation entre soignant et soigné, sans négliger le travail sur et avec les institutions.

Trois évolutions seraient ainsi à l'œuvre dans cette médiation en santé initiale :

- facilitation des communications et clarification des postures interculturelles ;
- transformation de la relation de pouvoir entre soignants et soignés ;
- inclusion des personnes en situation de vulnérabilité et subissant des discriminations.

Pour déboucher sur un partenariat en santé qui améliore l'accès à la prévention et aux soins.

L'ESSENTIEL

▣ Outre le rôle de la médiation en santé auprès de toute personne qui a des difficultés pour accéder sans aide aux soins et à la prévention, comment faciliter l'évolution des interactions entre les différents acteurs du système de santé ?



© Centre Pompidou, MNM-CCI, Dist. RMN-Grand Palais / Philippe Migon © Adagh, Paris, 2017

Les formations des médiateurs ont ainsi intégré – outre le fonctionnement du système de santé et la discussion des enjeux en santé publique – la pratique de différents modes d'entretiens et l'éthique de la médiation, la documentation des situations, le suivi et l'accompagnement des personnes, enfin la coconstruction de projets de médiation en santé avec les différents acteurs.

Une inscription dans la loi

Après ce travail initial et d'autres non cités ici, souvent plus tardifs, mais tout aussi importants, la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016² a donné un cadre de référence ainsi qu'une définition de la médiation en santé³, qui la différencie clairement de l'interprétariat et insiste sur l'autonomie dans le parcours de santé et sur l'accès aux droits. La médiation en santé y est désignée comme « *la fonction d'interface assurée entre les personnes vulnérables éloignées du système de santé et les professionnels intervenant dans leur parcours de santé, dans le but de faciliter l'accès de ces personnes aux droits prévus au présent titre, à la prévention et aux soins* [...] ».

Encadrée par un référentiel

Ainsi, la médiation en santé s'adresse tant aux institutions et aux professionnels du soin et de la prévention qu'aux personnes qui en sont éloignées et exclues ; en particulier pour la Haute Autorité en santé (HAS) qui a publié en octobre 2017 un référentiel spécifique [3], les populations décrites comme fragilisées sont en premier lieu les « *habitants des zones urbaines sensibles et départements d'outre-mer, populations immigrées ou descendants d'immigrés, les "travailleuses pauvres" [...], les enfants et les jeunes, les personnes âgées de 55 – 85 ans en situation de difficulté financière, les populations sans logement personnel, le milieu carcéral* », caractérisées lors de la Conférence nationale de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale par le groupe de travail Santé et Accès aux soins [4]. Finalement, la charte déontologique du médiateur en santé, réalisée par l'atelier Santé-Ville (ASV) de Marseille, citée par la HAS, pose dans son premier article que « *le médiateur ou la médiatrice est susceptible d'intervenir auprès de toute personne dont la situation ne permet pas – sans aide – d'accéder au soin, et aux actions de prévention et de promotion de la santé* [5] ». La HAS précise également

que la médiation est un processus temporaire de « *l'aller vers* » et du « *faire avec* » pour renforcer l'équité en santé, participer à un changement des représentations et des pratiques, tout en ayant une connaissance fine du territoire d'intervention et des acteurs, ce qui nécessite de participer à un diagnostic initial.

Déontologie, axes d'intervention et contenu de la formation

Tout en exposant le cadre déontologique des médiateurs, la Haute Autorité (HAS) en santé appelle à la rédaction d'une charte spécifique nationale, en retenant trois grands principes : confidentialité et secret professionnel, non jugement, respect de la volonté des personnes. Un socle de compétences est exposé en cohérence avec des modules et un contenu de formation. Enfin, la HAS inscrit quatre axes d'intervention de la médiation en santé :

- (re)créer la rencontre avec les populations concernées (populations vulnérables et professionnels – institutions) à travers le repérage, « l'aller vers » et une présence de proximité ;
- faciliter la coordination du parcours de santé en informant et en orientant, en ouvrant – si besoin – les droits en

santé et, de façon plus générale, en favorisant les relations entre le public et les professionnels de santé ;

- favoriser les actions collectives de promotion de la santé, toujours en direction des populations vulnérables et des professionnels du soin et de la prévention ;

- assurer un retour d'information sur l'état de santé, les attentes, représentations et comportements des « publics spécifiques » vers les professionnels locaux ou à l'échelle nationale et alerter les autorités compétentes sur les dysfonctionnements dans la prise en charge et les risques pour la santé.

Des écueils à éviter

Si le référentiel de compétences assoit enfin la médiation en santé après son inscription dans la loi de santé publique, il n'en demeure pas moins des interrogations et des risques qu'il faudra lever. Au regard du référentiel de la Haute Autorité en santé (HAS), il serait tout d'abord dommage qu'un focus sur

l'interprétariat, certes indispensable, obère la médiation, qui serait ainsi et par exemple limitée à une action dans des lieux de soin, sans être développée en lien avec les acteurs du territoire. Il serait également préjudiciable d'une part de ne pas pouvoir documenter efficacement les dysfonctionnements et d'autre part de ne pas approfondir l'indispensable travail en réseau pluri-acteurs. Un autre risque significatif est une focalisation sur le travail social dans les structures de soin (aide à l'ouverture des droits, recherche d'un hébergement, travail d'écrivain public...), parfois dans un contexte de survie au quotidien des personnes vulnérables. En effet, la médiatrice et le médiateur ne sont pas des travailleurs sociaux, et leur posture professionnelle est bien différente. Enfin, le risque que le médiateur soit cantonné à un rôle de « courroie de transmission » du système de santé est également important. Il pourrait s'agir de la réalisation, par les médiateurs, du dépistage, de la communication d'information médicale ou encore d'entretiens pour améliorer l'observance. Le médiateur, là encore, ne serait donc plus en position de médiation.

Ceci peut avoir pour conséquence de mettre à l'écart la question des représentations comme celle des pratiques des soignants et des personnes vulnérables. La question du bio-pouvoir pourrait ainsi revenir en force en lieu et place de l'autonomie du sujet.

Conclusion

Le renforcement de la coconstruction entre acteurs de projets animés par les médiateurs doit donc être érigé en priorité. Les compétences des médiateurs devraient s'enrichir de contenus en sciences sociales, indispensables pour cerner ces enjeux et définir une pratique critique de l'élaboration de projets en santé publique, de leurs modalités et aussi du sens de la participation des acteurs.

Contact : pascal.revault@comede.org

UN PROGRAMME DE MÉDIATRICES EN GUYANE EN LIEN AVEC LE BRÉSIL

Le projet Oyapock coopération santé (OCS) avec des personnes touchées par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) illustre tout le potentiel de la médiation. Les équipes soignantes de la ville de Saint-Georges en Guyane et d'Oyapock au Brésil ont travaillé avec les médiatrices qui y font évoluer les pratiques de soin et de prévention en participant aux réunions de l'équipe soignante et en discutant des situations et des représentations, ce qui améliore la qualité des soins et diminue le renoncement aux soins. Ces médiatrices se font l'écho des dysfonctionnements administratifs qui ont pour conséquence de limiter l'accès aux soins. Elles renforcent également l'autonomie des femmes, qu'il s'agisse des rapports de genre ou des violences intrafamiliales. Cette action de médiation est finalement rendue possible par la rencontre d'acteurs institutionnels publics, de soignants et de la société civile, de part et d'autre de la frontière, au profit des personnes touchées par le VIH.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Foucault M. *Il faut défendre la société. Cours au collège de France, 1976*. Paris : éditions EHESS, Gallimard, Seuil, coll. Hautes Études, 1997 : cours du 17 mars 1976, p. 213-235.

[2] Defert D. Un nouveau réformateur social : le malade. [Communication] V^e internationale sur le sida, Montréal, 4-9 juin 1989, *Actes*, 1990, n^{os} 5-8.

[3] Haute Autorité en santé. *Référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques. La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et du soin*. Paris : HAS, octobre 2017 : 69 p. En ligne : <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/>

1. Sur la base des premières discussions entre Kemal Chérabi (Association de recherche, de communication et d'action pour l'accès aux traitements – Arcat-sida), Emmanuel Ricard (Centre régional d'information et de prévention du sida et pour la santé des jeunes – Crips) et Pascal Revault (Groupe de recherche et de réalisation pour le développement rural dans le tiers-monde – GRDR). Voir aussi le document à la fin de cette expérimentation :

Direction générale de la santé. *Évaluation des actions de proximité des médiateurs de santé publique et de leur formation dans le cadre d'un programme expérimental mis en œuvre par l'Iméa*, juillet 2006 : 136 p. Téléchargement en ligne : https://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwicmYP8hvPXAHCWxQKHfC6AqQQFggnMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.cfmsp.org%2FIMG%2Fdoc%2FRAPPORT_FINAL_Evalua_IMEArapp_fin_0310_1_-2.doc&usq=AOvVaw2e--OoDT_w9S2f5iS2zAyS

2. Dans son article 90, introduisant un nouvel article L1110-13 dans le Code de la santé publique.

3. Article D. 1110-5 du Code de la santé publique, issu du décret n^o 2017-816 du 5 mai 2017.

[pdf/2017-10/la_mediation_en_sante_pour_les_personnes_eloignees_des_systemes_de_preve....pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-10/la_mediation_en_sante_pour_les_personnes_eloignees_des_systemes_de_preve....pdf)

[4] Legros M. (pilote du groupe de travail). Santé et accès aux soins. Pour un accès plus égal et facilité à la santé et aux soins. *Conférence nationale de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale*, Paris, 28 novembre 2012. Paris : ministère des Affaires sociales et de la Santé, 2012 : 53 p. En ligne : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/sante_couv.pdf

[5] Haute Autorité en santé. *Référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques. La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et du soin*. Op.cit. Annexe 4, p. 48.

De l'interculturalité aux « situations d'altérité »

Stéphane Tessier,

médecin de santé publique, président de l'association REGARDS, chercheur associé des laboratoires centre de recherches Éducation et Formation (CREF) Nanterre-Ouest, et Éducatifs et Pratiques de santé (LEPS), Paris-13 Sorbonne.

Face à leur public, les travailleurs de première ligne (éducation, santé, social, justice, etc.) ne sont jamais aussi isolés qu'ils le ressentent. Leur cadre d'exercice est, en effet, une institution professionnelle qui a une (longue) histoire, des références précises élaborées sur la base de nombreuses expériences collectives, des protocoles qui, tous, engendrent un comportement normé et balisé face aux usagers. Dans ce sens, leur solitude est celle d'être entre le marteau de l'institution qui les porte et l'enclume de l'utilisateur qui les attend.

Relations institution-utilisateur

Dès lors que lui est présenté un désordre individuel, l'institution va procéder de la même façon, quel que soit son domaine (médical, éducatif, social, judiciaire...): remettre en ordre collectif. On trouve au demeurant les mêmes mécanismes à l'œuvre dans les religions, car ils sont, au sens très large, fondateurs de toutes les sociétés humaines¹.

La première étape institutionnelle va être de mettre un nom sur le désordre afin de le faire rentrer dans le cadre de référence établi par l'histoire et les réflexions dont les professionnels sont porteurs. Les frontières disciplinaires à priori négociées avec les autres institutions engendrent des façons de nommer spécifiques. En Occident,

l'éducation va ainsi identifier des *lacunes*, la médecine des *pathologies*, la justice des *délits* ou *crimes*, le social des *besoins*, etc. De ce geste va se déduire le nom de « l'utilisateur » : *élève, malade, justiciable, bénéficiaire*, etc. Le protocole peut dès lors se mettre en place en mobilisant les réponses spécifiques au registre institutionnel retenu.

Ces limites peuvent ne pas être partagées par toutes les sociétés humaines. Ainsi, des sociétés non occidentales condamneront les malades, d'autres soigneront les délinquants ; bref, ces frontières ne sont pas universelles. Même en France, une certaine porosité existe dans le sens où l'institution qui va prendre en compte le désordre peut varier. Ainsi un jeune « à problème » pourra être pris en charge par un psychiatre ou par le juge des enfants. Et il n'est pas possible de préjuger lequel de ces deux registres sera le plus favorable au jeune et à son avenir.

Appliqué par tous les professionnels, parfois à leur insu, ce mécanisme de résolution des désordres est exigé par l'institution porteuse qui met en place toutes sortes de normes et de contrôles pour en vérifier le correct exercice.

Pour être efficace, le protocole doit transiter par la *croissance* dont l'utilisateur investit l'institution et qui va en fonder toute la légitimité. Une institution sans croissance devient *ipso facto* illégitime et donc inefficace. On doit croire en la valeur « École », en la médecine, en la justice, dans le social pour que ces institutions exercent valablement leur office. Le professionnel est donc, par la relation même qu'il engage avec l'utilisateur, porteur de cette croissance, même à son corps défendant. Il doit en prendre conscience pour n'en faire que bon usage.

L'ESSENTIEL

■ **Échanger sur l'interculturalité et les situations d'altérité mobilise à parts égales l'utilisateur et l'institution dans une relation équilibrée où l'utilisateur « étranger » peut sereinement assumer son étrangeté et où l'institution accepte sa responsabilité pour y répondre efficacement.**

■ **Une telle réflexion engage à revisiter l'acte de soigner, d'éduquer, de soutenir, en prenant conscience de l'asymétrie foncière de la relation entre un utilisateur, par définition, isolé et une institution, elle aussi par définition, collective et puissante.**

On comprend dès lors l'importance de deux sortes d'obstacles, parmi d'autres :

● Le premier est le *déni* par l'utilisateur, le refus de parler ou l'absence de prise de conscience de son problème, de son dés-ordre. Ce déni prive l'institution du premier geste de nommer, laquelle perd ainsi toute capacité d'action. C'est la raison pour laquelle ce fameux déni est tant pourchassé par les professionnels qui se trouvent démunis face à cette absence, voire deviennent inutiles, *discredités*.

● Le second obstacle est celui qui nous intéresse : que faire d'un désordre constitué par l'*étrangeté* de l'utilisateur, sa bizarrerie, éventuellement son problème de langue, bref, une différence qui ne rentre pas directement dans les cadres de référence établis par l'institution ?



© BPK, Berlin, Dist. RMN-Grand Palais / Michael Heering / Aline Grosse

Malheureusement, le premier réflexe souvent constaté chez les professionnels est de mobiliser spontanément (et souvent ingénument) le registre de son institution pour qualifier cette différence. Ainsi, le fait d'être un étranger va tour à tour être analysé comme un manque éducatif (une lacune, des parents « démissionnaires »), un désordre mental (un obstacle aux soins, voire une pathologie comme le « syndrome méditerranéen »)², un problème de faciès (un délit du même nom, voir à ce sujet les réflexions stéréotypées sur la composition ethnique de la population pénale), une incapacité de se débrouiller dans la société (un besoin social), et son corollaire d'« assistanat »...

Si la situation de migration rajoute une dimension d'altérité, il est bon de rappeler que ce n'est pas seulement la migration qui fait l'étranger, mais surtout l'accueil qui est réservé à l'utilisateur par les professionnels qui représentent l'institution. Il faut, en effet, un regard (ne prenant pas en compte l'altérité) pour faire de l'Autre un étranger. Or, c'est ce même regard qui structure verticalement la relation éducative, soignante, judiciaire ou sociale entre un professionnel institutionnel sachant et un usager réputé ignorant, donc par nature étranger aux logiques de l'institution.

En analysant les relations institutions-utilisateurs dans cette perspective, on comprend mieux comment une telle pression institutionnelle – ou un tel regard – pèse sur les personnes « migrantes », et de quelle façon les stéréotypes peuvent se conforter chez les professionnels de première ligne.

Changer de paradigme : la « situation d'altérité »

C'est pourquoi il semble important de modifier le déséquilibre de cette relation, en travaillant non plus sur la seule qualité de l'utilisateur comme migrant, ce qui recouvre une infinité de réalités très différentes, mais en raisonnant en termes de *situation d'altérité*. L'altérité est la prise en compte de tout ce qui est autre que moi. La construction en situation d'altérité crée une symétrie entre l'institution et l'utilisateur qui doivent accepter leurs différences réciproquement.

Ces situations peuvent être très éloignées les unes des autres. Le chef d'entreprise expatrié en France qui a maille à partir avec l'URSSAF est dans une situation d'altérité, tout comme le SDF devant la Caisse d'assurance maladie ou la personne étrangère aux urgences hospitalières. Il s'agit dès lors de mobiliser l'institution pour qu'elle prenne sa part de responsabilité

dans cette relation et ne fasse pas tout reposer sur les seules épaules du « migrant » qui doit coûte que coûte s'adapter.

Parler de situations d'altérité mobilise ainsi à parts égales l'utilisateur et l'institution dans une relation équilibrée où l'utilisateur « étranger » peut sereinement assumer son étrangeté et où l'institution accepte sa responsabilité pour y répondre efficacement, en n'imposant pas la vision d'un « désordre d'être étranger ».

Une telle réflexion prolonge celles visant à modifier les relations soignant-soigné, éducateur-éduqué, etc. qui mobilisent les professionnels de première ligne depuis très longtemps. Elle dépasse aussi la notion d'accueil du migrant et même celle de traduction. Elle engage à revisiter l'acte de soigner, d'éduquer, de juger, de soutenir, en prenant conscience de l'asymétrie foncière de la relation entre un utilisateur, par définition, isolé et une institution, elle aussi par définition, collective et puissante. Elle induit une responsabilité majeure de la part de l'institution et des professionnels qui l'animent pour ne pas enfermer l'utilisateur dans des clichés, voire agir sciemment ou non de façon discriminatoire.

Faute d'une telle posture, ces situations d'altérité rentrent dans le cortège si habituel des interventions institutionnelles inefficaces, voire contre-productives, des malentendus, des conflits, des frustrations professionnelles. Au bout du compte, elles vont alimenter le cercle vicieux des stéréotypes qui ne voient dans l'expérience concrète que ce qui les renforce et sont aveugles à ce qui pourrait les contredire.

C'est dire l'enjeu de cette prise de conscience devant une population française de plus en plus diversifiée et l'importance de faire de la gestion de ces situations d'altérité un sujet collectivement porté parmi les professionnels de toute institution prétendant agir en première ligne. ■

1. Ces réflexions s'inspirent des écrits de Pierre Legendre repris en partie dans son dernier ouvrage *Leçons X : Dogma : instituer l'animal humain. Chemins réitérés de questionnement* ; Fayard 2017.
2. Exagération de l'expression de la douleur au sein de la population dite méditerranéenne (il s'agit d'un ressenti non fondé de certains soignants).

L'interprétariat médico-social : une exigence éthique

Laurence Kotobi,
anthropologue,
maître de conférences Hdr,
UMR 5319 Passages CNRS-Université
de Bordeaux.

D'un point de vue anthropologique, la question du plurilinguisme n'est pas nouvelle et se pose différemment selon les sociétés et les époques. Elle donne à voir le rapport à l'Altérité qu'élaborent les groupes sociaux dès lors qu'ils sont en contact. L'histoire a montré comment les langues arabe, anglaise, portugaise ou encore chinoise ont participé à véhiculer et diffuser des savoirs, des influences, des valeurs et à asseoir une puissance politique, religieuse, économique, en situation coloniale, de découvertes ou d'expansion. De nos jours, certaines sociétés multiculturelles (Australie, Canada, Bolivie) favorisent la coexistence des langues, tandis que d'autres – au-delà de la diversité qui les constitue – ont adopté une langue nationale dominante, comme c'est le cas du français dans notre république. Ces choix ne sont pas neutres et intéressent l'anthropologue qui tente de saisir l'orientation des sociétés dans ce rapport universel de l'homme et du langage.

Du brassage des langues et des savoirs dans l'histoire

Élément de culture à part entière, la langue agit comme un révélateur des identités en présence, qui doivent trouver un langage commun à travers lequel groupes et individus vont communiquer. Mis à part les gestes, mimes

ou dessins que les individus utilisent pour communiquer, ce sont les interprètes qui jouent le rôle de passeurs des mots, idées et nuances exprimés. S'agit-il d'ailleurs d'interprétariat ou d'interprétation ?

La difficulté de cet art complexe, résumée dans la célèbre formule « traduire, c'est trahir », tient de la responsabilité éthique pour rendre compte au mieux du message communiqué. En effet, il ne s'agit pas d'être approximatif tant l'exercice est exigeant. C'est grâce à cette activité érudite d'interprétation que les synthèses et les découvertes scientifiques ont pu enrichir les savoirs savants dont l'humanité dispose. Certains mots – ceux qui sont intraduisibles – ont résisté, quand d'autres sont passés d'une langue à l'autre, et de nouveaux ont été créés sous l'effet du métissage linguistique. De même, l'interprétation simultanée de conférence, qui a pris naissance au XX^e siècle, a permis une meilleure communication entre les États (conférence de la paix en 1919, Société des Nations) ou dans des instances juridiques internationales (procès de Nuremberg). Enfin, le droit ou la possibilité de s'exprimer dans sa langue ou de comprendre ce qui se dit marque aussi les histoires individuelles, comme le montre le travail quotidien des interprètes professionnels en santé ou dans les procédures de demandes d'asile.

L'interprétariat médico-social n'est pas perçu comme une priorité française

La « barrière de la langue » est tantôt posée en France comme un problème politique d'intégration au modèle

national républicain, tantôt comme un facteur de distanciation à l'Autre par la différence culturelle irréductible qu'une telle expression mobilise. Courante chez les soignants, elle indique un « obstacle » qu'ils cernent dans la qualité des soins.

Dans notre pays, reconnaître la place essentielle de l'interprétariat dans le champ de la médecine, de la santé et du social est une question qui ne va pas de soi. La question linguistique a du mal à être pensée et organisée, même si, sur un principe d'égalité, de nombreuses structures (hôpitaux, centres de protection maternelle et infantile – PMI, Caisses primaires d'assurance maladie – CPAM, centres sociaux, centres de planification et d'éducation familiale – CPEF, etc.) accueillent parmi leur public des populations allophones. Historiquement portée par la société civile en France, cette activité s'est vue largement déployée, mieux formalisée et mieux reconnue dans les pays anglo-saxons qui ont, semble-t-il, bénéficié d'une écoute plus attentive des États.

Dans une perspective militante, l'association Inter Service Migrants (ISM) interprétariat a, dès ses débuts, considéré que l'interprétariat professionnel médico-social est un outil de lutte contre les exclusions, puis contre les inégalités d'accès à la prévention et aux soins des populations immigrées [1], et proposé une offre spécialisée et accessible par téléphone 7 jours sur 7, 24 heures sur 24, dans plus de 300 langues aujourd'hui ; elle a également ouvert récemment un service de visioconférence. Le tissu associatif s'est mobilisé au sein d'un

L'ESSENTIEL

- ▶ **Par manque d'organisation et de soutien financier, la possibilité de recourir à un interprète formé demeure peu connue en France et peu accessible aux professionnels du secteur médico-social.**
- ▶ **Pourtant, l'interprétariat est indispensable pour que tout patient puisse être – dans l'accès aux soins et à la prévention – sur un pied d'égalité avec l'ensemble de la population. Tout patient doit comprendre ce qu'on lui propose, ne serait-ce que pour pouvoir donner son consentement éclairé et prendre en charge au mieux sa santé. Le langage est donc une clé.**
- ▶ **Très récemment, un décret gouvernemental a défini précisément les fonctions de l'interprète linguistique. Et le référentiel de la Haute Autorité de santé (HAS) précise les compétences et les formations requises, en vue de mettre en œuvre des pratiques pertinentes.**



© Centre Pompidou, MNM-CCI, Dist. RMN-Grand Palais / André Merin

Groupe de travail national. Il a organisé plusieurs colloques, dont celui de 2010, au cours duquel la ministre de la Santé Roselyne Bachelot rappelait que l'interprétariat « *n'est pas un luxe accessoire offert au patient* », mais « *une pratique qui obéit à des impératifs éthiques, avec lesquels on ne saurait transiger.* »

La conférence nationale de Strasbourg sur « L'interprétariat médical et social professionnel » (2012) a donné naissance à une charte¹ qui a permis de sensibiliser les associations et les institutions signataires à la nécessité de rendre visible et lisible ce métier d'interface, en vue de garantir un meilleur accès aux droits et aux soins pour les populations non francophones ou peu familières avec notre système de santé et de protection sociale.

Les enjeux multiples de l'interprétariat professionnel

À Bordeaux, le colloque « L'interprétariat en santé : traduire et passer les frontières » (2016) a tenté de montrer les passerelles possibles entre les différents champs que l'interprétariat recouvre : au-delà de la seule médecine, il s'agissait de penser ensemble la traduction, la linguistique et l'interculturalité pour améliorer les pratiques, y compris celles des interprètes. L'anthropologie médicale [2] a montré en effet qu'il existe aussi une exigence à distinguer les souffrances. Les représentations sociales et culturelles des maux sont plus complexes qu'il n'y paraît. Donner la possibilité aux populations peu familières avec le système de santé du pays d'accueil ou de résidence d'exprimer ses maux tient d'une posture éthique et de justice sociale.

Mieux accueillir, mieux soigner, mieux prévenir ou promouvoir la santé demande aux acteurs du secteur médico-social de réfléchir au sens des actions menées. Et cela passe inévitablement par une adhésion des publics destinataires à qui il est indispensable de traduire ce que l'on propose, pour au moins les en informer et obtenir leur consentement éclairé (qui plus est, quand il doit être écrit). Le fait de travailler avec un interprète demande aussi à être formé à cette relation triangulaire peu habituelle.

Les enjeux se situent donc bien aussi dans les pratiques à l'œuvre. Une recherche-action a été menée en 2011 dans trois établissements hospitaliers du nord parisien [3] recevant une forte proportion de patients étrangers ou allophones ; les observations pointaient des pratiques approximatives et

improvisées liées au manque de règles formelles dans les structures investiguées.

L'interprétariat simultané pratiqué dans les consultations (en face à face ou par téléphone) est un exercice difficile d'ajustement d'un contexte culturel à un autre, que les acteurs et les autorités sanitaires commencent à reconnaître. La place et le rôle des multiples interprètes recensés doivent être mieux définis, en regard de leur besoin impératif de formation (neutralité, confidentialité, déontologie), car ils sont le plus souvent confrontés à des situations complexes. Souvent eux-mêmes issus du même pays que les patients, ils ont vécu une expérience migratoire qui n'est pas suffisamment prise en compte dans les interactions.

Il existe aussi des non-dits culturels, des malentendus qui, s'ils ne sont pas repérés par les soignants, mettent l'interprète dans des situations de tension, parfois extrêmes ; cela d'autant plus lorsqu'il s'agit d'un interprète occasionnel (voir, dans les hôpitaux, les listes des personnels parlant une langue étrangère), de fortune – un accompagnant, parfois un enfant, quelqu'un pris dans la salle d'attente – qui peut être amené à faire de graves contresens.

À l'inverse, ne pas recourir à un interprète peut participer à une forme de déni des soignants comme des soignés : lorsqu'on observe une difficulté à dire ou à annoncer comme à entendre un diagnostic grave. Des attitudes d'évitement existent également lorsqu'il s'agit d'évoquer certains éléments tabous (la mort, la sexualité, la violence) dans la relation thérapeutique ou d'accompagnement. À cet égard, l'étude mentionnée ci-dessus [3] avait souligné la rareté de la mobilisation d'un interprète professionnel, ce dernier intervenant le plus souvent en dernier recours.

D'autres recherches ont pointé une tendance à associer les difficultés linguistiques – dans les soins ou les suivis – à la lourdeur des prises en charge – en termes de temps, de personnes à mobiliser et de moyens financiers. Contrairement au Québec et aux pays anglo-saxons, il existe à ce jour en France peu d'études mesurant le coût et l'efficacité de cette activité à partir de l'évaluation médico-économique des dispositifs d'interprétariats [4].

L'intérêt inégal et le peu de moyens jusqu'ici accordés aux dispositifs d'interprétariat, tant par les institutions que par les professionnels, participent à constituer une offre très disparate selon les structures, les régions (métropole, départements et territoires d'outre-mer – DOM-TOM), renforçant les inégalités géographiques de santé. Certains territoires ne sont pas couverts par une offre fiable d'interprétariat en santé, tandis que d'autres fonctionnent depuis plusieurs années en réseau (permanences d'accès aux soins, associations, hôpital, médecins généralistes). De même, les crédits octroyés – mais pas toujours reconduits – par les conseils départementaux ont permis de financer des systèmes d'interprétariat dans certaines maternités et PMI, ce qui évite de faire appel à des proches, voire aux enfants des familles (Roms en particulier).

Au manque d'organisation et de directives, la Haute Autorité de santé (HAS) répond par un référentiel

Des initiatives se sont largement déployées dans différentes régions de France pour tenter de répondre aux besoins croissants, mais les associations rencontrent des problèmes chroniques de financement, qui les fragilisent.

Les politiques publiques sanitaires ont redessiné l'offre de soins et le système de santé français, et depuis très récemment seulement, un décret² définit les fonctions respectives d'interprétariat linguistique et de médiation sanitaire. Si, le 26 octobre dernier, la HAS a publié sur son site les référentiels de compétences, de formation et de bonnes pratiques relatifs à ces deux activités, qui encadrent les modalités d'interventions des acteurs³, il n'en reste pas moins que celles-ci demeurent à ce jour peu connues et peu accessibles aux professionnels du secteur médico-social et aux personnes concernées ou qui souhaiteraient y recourir, par manque d'organisation et de soutien financier.

Les outils numériques de traduction et les applications gratuites téléchargeables participant à faciliter l'exercice remportent du succès parmi les soignants et les travailleurs sociaux. Mais, même ponctuellement utilisés,

ils ne sont bien entendu pas suffisamment élaborés pour suppléer cette activité humaine d'interculturalité si spécifique et si sensible – demandant parfois des compétences de médiation. L'interprétariat est indispensable pour que chaque partie prenante assume sa responsabilité, ainsi que pour assurer la fiabilité des informations échangées. ■

1. Charte de l'interprétariat médical et social professionnel en France, adoptée par le Groupe de travail national interassociatif à Strasbourg en 2012. En ligne : <http://www.unaf.fr/IMG/pdf/charte-sig-nee-scan19-12-2012.pdf>

2. Décret n° 2017-816 du 5 mai 2017 relatif à la médiation sanitaire et à l'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé, *Journal officiel*, 7 mai 2017. Cette initiative fait suite à l'article 90 de la loi de modernisation de notre système de santé (LMSS) du 26 janvier 2016, qui a introduit dans le Code de la santé publique (CSP) l'article L. 1110-13, visant à développer le cadre pratique des acteurs participant à des dispositifs de médiation sanitaire et d'interprétariat linguistique.

3. HAS, référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques. *Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé*. Oct 2017. 55 p. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-10/interpretrariat_dans_le_domaine_de_la_sante_-_referentiel_de_competences...pdf

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Tabouri A. L'interprétariat dans le domaine de la santé. Une question aux enjeux souvent ignorés. *Hommes & Migrations*, 2009, n° 1282 : p. 102-106. En ligne : <https://hommesmigrations.revues.org/456#text>

[2] Kleinman A. *The Illness Narratives: Suffering, Healing and the Human Condition*. New York : Basic Books Inc., 1988 : 304 p.

[3] Kotobi L., Larchanché S., Kessar Z. Enjeux et logiques du recours à l'interprétariat en milieu hospitalier : une recherche-action autour de l'annonce d'une maladie grave. *Migrations santé*, 2013, n° 146-147 : p. 53-80.

[4] Schwarzwinger M. *Usage et opportunité du recours à l'interprétariat professionnel dans le domaine de la santé – Analyse des pratiques d'interprétariat en matière de prévention et de prise en charge du VIH/sida, de la tuberculose et du diabète*. [Rapport d'étude] Paris : Direction générale de la santé, décembre 2012. En ligne : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/164000116.pdf>. Pour le Québec, voir Brisset C., Leanza Y. *et al.*, 2013.

Mieux prendre en compte la pudeur et la diversité culturelle à l'hôpital

Lucile Renaud,
chargée de l'action culturelle,
centre hospitalier universitaire
de Bordeaux.

L'hôpital public est un lieu où cohabite une pluralité de cultures. Il accueille des patients de multiples origines géographique, ethnique, sociale, religieuse et également de générations différentes. Cette diversité s'exprime par des façons de penser, d'agir, de concevoir le monde, la maladie, le soin qui souvent diffèrent de la norme médicale, entrent en contradiction avec les protocoles uniformisés de l'hôpital, avec les représentations des soignants, et provoquent des malentendus, des tensions.

C'est en partant de ce constat que le centre hospitalier universitaire (CHU) de Bordeaux décide en 2013, dans le

cadre de sa politique culturelle¹, de faire appel à une anthropologue. Celle-ci interrogera ce rapport à la diversité et mettra en place des actions au sein de l'établissement, qui favoriseront sa meilleure prise en compte dans les soins. Des contacts sont pris avec Laurence Kotobi, anthropologue, maître de conférences² à l'université de Bordeaux, avec qui un projet de recherche-action

se coconstruit. En explorant l'étendue du champ et la multiplicité des approches possibles, c'est une entrée au cœur du soin qui a été retenue en 2014 : questionner la diversité culturelle par le biais de la pudeur, un angle d'approche original permettant de croiser l'intime et le social.

Le projet de recherche-action élaboré dans le cadre de ce partenariat s'intitule *Pudeur et diversité culturelle dans les soins*. Il ne doit pas seulement consister à réaliser une étude ethnographique au sein du CHU pour mettre en évidence et expliciter les situations problématiques vécues par les patients, leurs proches et les soignants. Il s'agit d'aller plus loin en aidant l'établissement à y répondre par l'élaboration d'outils qui favoriseront le changement de pratiques et de regards. Pour ce faire, il prévoit l'intervention de deux anthropologues, Laurence Kotobi et Aïcha Lkhadir³, qui ont croisé leurs observations.

Le projet a été déposé en réponse à l'appel à projets Humanisation des soins 2014 de la Fondation de France. Il inclut également l'inscription, dans le plan de formation du CHU, de nouvelles sessions de formation à la prise en compte de la pudeur et de la diversité culturelle dans les soins. Retenu pour son originalité et l'implication de l'hôpital, il a été financé pour deux années : 2015 et 2016.

Une dynamique collective, participative et transversale

Conjointement, un groupe de travail « bibliographie-lecture », réunissant des professionnels hospitaliers, les

anthropologues et des étudiant.e.s en anthropologie réalise une première revue de la littérature sur le sujet. De plus, un appel à candidatures lancé dans l'établissement permet de constituer, sur la base du volontariat, un groupe-ressource d'une quinzaine de professionnels provenant de divers services du CHU : des infirmier.ère.s, des aides-soignant.e.s, des médecins, une cadre de santé, une assistante sociale, une conseillère conjugale. Initiés aux méthodes de recherche anthropologique et, notamment, à l'observation participante, ces professionnels collaboreront à une première collecte de données présentées lors d'un séminaire public en avril 2015.

Ce groupe-ressource sera maintenu, puis élargi progressivement aux soignants ayant bénéficié des sessions de formation et se réunira tous les deux mois pendant plus de deux ans. Animé par la coordinatrice scientifique du projet, Laurence Kotobi, il sera l'instance au sein de laquelle seront restitués, au fur et à mesure de leur avancée, les résultats de l'enquête ethnographique, les bilans des séances de formation ; y seront relatées et analysées des situations vécues ou observées, des pratiques effectuées, des lectures d'ouvrages sur le sujet.

Des outils complémentaires pour favoriser le changement de regard et l'amélioration des pratiques

Début 2016, alors que le rapport intermédiaire du projet est remis à la Fondation de France, le groupe-ressource analyse et synthétise ces échanges

L'ESSENTIEL

▣ **Au centre hospitalier universitaire (CHU) de Bordeaux, une partie du personnel est formée à la diversité culturelle à partir d'un sujet concret : l'approche du soignant par rapport à la pudeur du patient est analysée et reconsidérée collectivement, avec l'aide d'anthropologues qui ont mené sur place une enquête ethnographique avec un groupe-ressource de professionnels variés.**

▣ **Pour soutenir cet échange entre différentes cultures professionnelles, des outils spécifiques ont été créés afin de favoriser le changement de pratiques et de regards.**



© Centre Pompidou, MNM-CCI, Dist. RMN-Grand Palais / André Morin

Dossier Interculturalité, médiation, interprétariat et santé

collectifs en prenant en compte les expériences de chacun. Il propose alors un certain nombre d'outils pour améliorer les pratiques. Parmi ceux-ci, le CHU retiendra quatre axes de travail.

- Une réflexion concrète est menée autour du respect de l'intimité et de la confidentialité : la dotation en paravents et le recours à d'autres matériels (par exemple la pose de stickers ou de films occultants dans certains lieux) sont améliorés ; une sensibilisation est réalisée auprès du

personnel soignant les invitant à utiliser de nouvelles blouses désormais fermées au dos ; pour les unités de réanimation, des blouses spécifiques sont créées, comportant des boutons-pression aux manches qui évitent de déshabiller entièrement le patient lors des gestes techniques ; et une charte de bienveillance est élaborée à l'usage des personnels soignants.

- Un partenariat avec des comédiens et une vidéaste permet la réalisation de cinq films courts⁴ présentant de

manière très fine des situations problématiques, vécues par les patients et par les soignants, qui ont été observées par les anthropologues lors de leur enquête ethnographique. Ce support pédagogique est destiné aux formations des professionnels et des futurs professionnels du CHU.

- Un visuel intitulé *L'Arbre de la diversité* est créé avec l'aide de la graphiste du CHU. Il symbolise un arbre vivant, enraciné, dont le tronc nourrit des branches caractérisées par une pluralité

de formes et de couleurs, et portant des mots-clés (respect, écoute, empathie, langues...). Esthétique et poétique, cette affiche est offerte à la vue des usagers et du personnel de l'hôpital dans certains services. L'outil, qui constitue également un support pédagogique dans le cadre de formations, est une autre façon d'encourager une posture réflexive et de décentrement, et une attention aux aspects culturels du soin.

● Enfin, un important travail est initié sur l'interprétariat. La recherche anthropologique, les formations ainsi qu'un sondage⁵ portant sur les pratiques des professionnels et les difficultés qu'ils rencontrent à ce sujet ont montré des pratiques de recours à l'interprétariat souvent aléatoires et des soignants se sentant très souvent démunis face à des patients non francophones. Un guide de l'interprétariat à visée interne est élaboré pour les sensibiliser à l'importance de ce type de démarche inhérente à la qualité des soins, les informer des ressources disponibles et les orienter parmi celles-ci.

L'apport de l'anthropologie

L'approche anthropologique et la méthodologie participative, transversale et ascendante – assez innovante pour une institution hospitalière,

réputée cloisonnée et hiérarchisée – ont permis, à partir de situations très concrètes, de proposer des outils ou des actions en adéquation avec les pratiques des professionnels, alors acteurs de leur propre changement. Ils sont nombreux à avoir donné de leur temps personnel pour s'investir dans ce projet qui, comme l'ont indiqué certains d'entre eux, « *redonne du sens* » à leur métier, dans un contexte où la technique est souvent mise en valeur au détriment des aspects relationnels du soin.

Cette expérience de coopération avec des anthropologues eux aussi impliqués et également, plus largement, avec le monde universitaire et avec des artistes a permis au personnel et à l'institution de se décentrer de leurs propres pratiques et représentations, de leur propre héritage culturel pour mieux appréhender l'autre et les rouages concrets de l'interculturalité.

Le travail autour de la prise en compte de la diversité culturelle s'est poursuivi au travers d'un colloque organisé au CHU de Bordeaux le 30 novembre 2017, et d'une réflexion à mener sur la question de l'accès à des outils d'interprétariat qui s'est révélé crucial. ■

Contact : culture@chu-bordeaux.fr

OBSERVATION ETHNOGRAPHIQUE

En passant dans un couloir, l'anthropologue est attirée par une scène : deux soignants (sans doute médecins) parlent très fort à un homme d'une quarantaine d'années qui a un accent d'Europe de l'Est ; ils lui expliquent qu'il doit faire avec sa femme, présente à ses côtés, tel examen avant de revenir. Tout en parlant, l'un des médecins fait des gestes qui semblent ponctuer ses phrases et mime une prise de sang. En accompagnant l'homme et la femme vers les ascenseurs, le soignant plus jeune (qui porte des sabots de bloc opératoire) sort son téléphone portable et trouve le mot en turc, qu'il essaie de prononcer en montrant son écran à l'homme. Ce dernier hoche la tête, sans trop comprendre. L'anthropologue n'entend pas tout, mais capte le mot « thalassémie », énoncé clairement et à haute voix par le premier médecin qui livre au patient le nom de la maladie recherchée. La scène se déroule devant les portes restées ouvertes de l'ascenseur dans lequel cinq personnes (dont l'anthropologue) descendent vers le rez-de-chaussée. Un couple qui a entendu se regarde, grimace et commente : « Ça, c'est une sale maladie pour les enfants ! C'est consanguin. »

Source : Kotobi L., Lkhadir A. Une ethnographie hospitalière autour de la pudeur et de la diversité culturelle. [Extrait du rapport de recherche anthropologique remis à la Fondation de France], CHU de Bordeaux, mars 2017.

1. Depuis plusieurs années, le CHU de Bordeaux développe une politique culturelle qui contribue à la prise en charge globale des patients et à l'ouverture de l'hôpital sur la cité. Elle se concrétise par un certain nombre de projets artistiques et culturels mis en œuvre chaque année avec le personnel soignant et en partenariat avec des structures culturelles de la région. Pour en savoir plus : <https://www.chu-bordeaux.fr/CHU-de-Bordeaux/Projets-et-stratégies/La-culture-au-CHU-de-Bordeaux/>

2. Responsable d'un master 2 en anthropologie intitulé *Santé, migrations, médiations*. Deux étudiantes de ce master ont été associées à la démarche.

3. Anthropologue et psychologue, salariée du CHU de Bordeaux dans le cadre des consultations transculturelles proposées par l'association de médecine transculturelle Mana, qui travaille en étroite collaboration avec l'hôpital. Une équipe pluridisciplinaire de Mana anime une consultation qui accueille des personnes migrantes en difficulté. L'association met également à disposition de l'hôpital des interprètes professionnels. En ligne : <http://www.cliniquetransculturelle-mana.org>

4. Ce projet, initié par l'auteur de l'article, a obtenu un financement de la direction régionale des affaires culturelles, de l'agence régionale de santé et de la région Nouvelle-Aquitaine dans le cadre du dispositif Culture et Santé en 2016, permettant de rendre l'idée possible et de fédérer plusieurs nouveaux acteurs pour sa réalisation concrète (la compagnie *Donc y chocs* et la vidéaste Marthe Poumeyrol de l'association *La Troisième Porte à gauche*).

5. Les résultats ont été analysés dans le cadre d'un projet tutoré avec des étudiants en santé publique de l'université de Bordeaux.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Bologne J.-C. *Histoire de la pudeur*. Paris : Hachette, coll. Pluriel, 2011.
- Cagnet M., Montgomery C. *Éthique de l'altérité. La question de la culture dans le champ de la santé et des services sociaux*. Laval : Presses de l'université de Laval, coll. Société, cultures et santé, 2007 : 282 p.
- Kessar Z. Anthropologie et démarche de soins, *Objectif Soins*, 1996, n° 39 : p. 2-30.
- Kotobi L., Larchanché S., Kessar Z. Enjeux et logiques de recours à l'interprétariat en milieu hospitalier : une recherche action autour de l'annonce d'une maladie grave. *Migrations santé*, 2013, n°s 146-147 : p. 53-80.
- Le Breton D. La relation au corps à l'hôpital, *Écarts d'identité*, 1995, n°s 72-73, p. 2-4. En ligne : http://www.revues-plurielles.org/_uploads/pdf/6_72_2.pdf

Former des professionnels de santé aux pratiques avec interprète

Gwen Le Goff,

politiste, directrice adjointe,

Julia Maury de Feraudy,

psychologue coordinatrice,

Halima Zeroug-Vial,

psychiatre, directrice,

Orspere-Samdarra.

« / m'est arrivé de recevoir une personne étiquetée délirante, hallucinée, et en fait, elle était vietnamienne. C'était ça, le problème. En fait, elle ne parlait que le vietnamien. Moi, quand je l'ai reçue, je me suis dit : "cette femme, elle n'est pas malade, elle n'est pas folle." » La dureté de cet exemple, rapporté par un psychiatre, nous interpelle sur les conséquences de l'incompréhension linguistique lors d'un diagnostic et plus largement dans le soin.

La nécessité de recourir à un interprète professionnel lors des consultations médicales avec des patients allophones était jusqu'alors ressentie par des associations militantes¹ ou des professionnels « engagés ». Elle a été reconnue et inscrite récemment dans le droit français. La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 promeut ainsi la médiation sanitaire et l'interprétariat linguistique visant à « améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, en prenant en compte leurs spécificités². »

Cette même loi a confié à la Haute Autorité de santé (HAS) l'élaboration d'un référentiel de compétences, de

formation et de bonnes pratiques sur l'interprétariat en santé³. Si la version soumise à la consultation publique au début de l'année 2017 mentionne uniquement la formation des interprètes, on peut également s'interroger sur l'importance de sensibiliser les professionnels de santé au travail avec un interprète. Absent de la formation initiale des soignants et considéré comme une activité à la marge de leur pratique, l'interprétariat en santé ne va pourtant pas de soi. À l'appui de ce cadre législatif, l'enjeu est donc de permettre l'élaboration d'un cadre professionnel partagé.

Former, sensibiliser

Depuis 2016⁴, et grâce au soutien de l'agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes, l'Orspere-Samdarra, observatoire national sur les problématiques de santé mentale et les vulnérabilités, coordonne une action de formation des interprètes et des soignants aux pratiques de l'interprétariat en santé. Un module est proposé aux interprètes et un autre aux soignants⁵. Ces formations se terminent par un temps d'échange entre soignants et interprètes autour des pratiques de chacun, à partir de l'analyse croisée de consultations médicales filmées. En 2017, l'Orspere-Samdarra a donc l'expérience de deux années de formation, soit huit sessions dans sept villes⁶, ce qui représente 124 interprètes formés et 95 professionnels de santé sensibilisés. La formation est proposée gratuitement. Les professionnels y participant (voir tableau ci-contre) ont une activité professionnelle ou bénévole

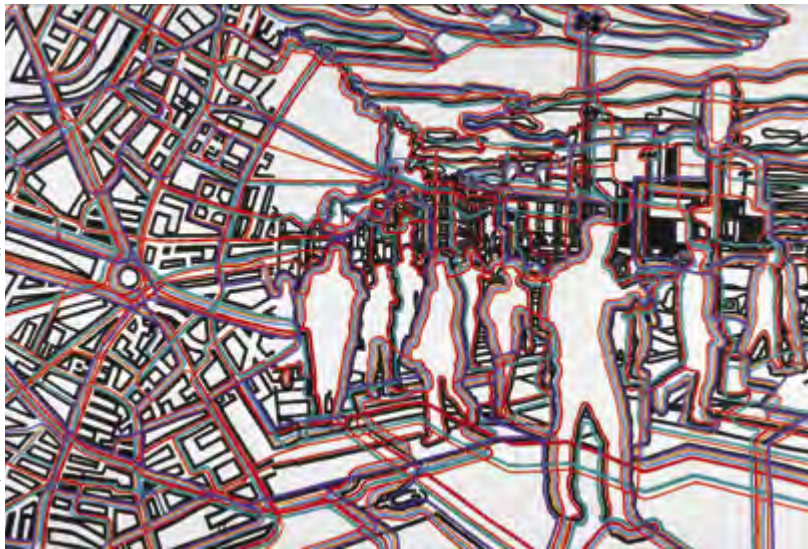
en lien avec les publics allophones. Il s'agit de professionnels libéraux, de structures hospitalières, de dispositifs tels que les permanences d'accès aux soins de santé, des équipes mobiles ou des associations humanitaires.

Changer les mentalités

À la question « Pourquoi vous êtes-vous inscrit à cette formation ? », les soignants répondent : « je fais de plus en plus d'entretiens avec interprètes et j'avais besoin d'entendre le point de vue de l'interprète » ; « pour échanger avec les interprètes et mieux connaître leurs difficultés, leurs questionnements, leurs ressentis et leurs cadres de travail » ; « afin d'échanger sur la pratique de l'interprète, de croiser les regards sur l'interprétariat en santé, de comprendre le rôle de l'interprète et les enjeux de l'entretien à trois, d'échanger avec d'autres professionnels ». Ces citations révèlent le désir des professionnels de santé de s'ouvrir à ce métier d'interprète peu connu et pourtant de plus en plus présent dans certains dispositifs de soins. Se former au travail avec

Tableau 1. Profil des participants les plus représentés lors des huit sessions de formation.

Infirmi.er.ère	46
Psychologue	16
Assistant.e social.e de structures hospitalières	7
Médecin généraliste	7
Psychiatre/Pédopsychiatre	7
Puéricultrice	4
Sage-femme	3



© Centre Pompidou, MNM-CCI, Dist. RMN-Grand Palais / Philippe Miget

un interprète devient donc un choix pour ces professionnels de santé, dans la mesure où cette pratique semble s'installer durablement et n'est plus considérée comme secondaire dans certains services.

Les professionnels de santé attendent une « meilleure collaboration » avec les interprètes, selon les propos d'un médecin. Pourtant, la plupart des soignants considèrent que cette pratique est une source de problèmes. En effet, introduire un tiers interprète dans une consultation médicale rompt

avec le colloque singulier, marqué par une relation asymétrique dans laquelle l'un est en position de savoir et de maîtrise, et l'autre est en position de dépendance. Le professionnel de santé se retrouve à la place, inhabituelle, de celui qui ne sait pas et en position d'avoir besoin d'un autre : l'interprète.

Face à cette complexité, liée à la nécessité de composer avec l'autre, les soignants attendent alors souvent de l'interprète qu'il « fasse son métier » afin qu'eux puissent exercer le leur dans les

meilleures conditions. Pour certains soignants, l'idéal serait un interprète « machine », qui pourrait « tout traduire », sans perte de sens, un interprète qui serait totalement « neutre » et sans émotion, qui pourrait presque s'effacer de la relation. L'interprète serait alors réduit à un outil technique, nécessaire mais encombrant⁷.

Le premier module proposé lors des formations à destination des professionnels de santé invite les soignants à faire abstraction de leur méthode de travail habituelle et à réfléchir au cadre de travail des interprètes pour « s'ouvrir à l'autre ».

Lors des formations, les professionnels de santé font état de situations où ils se retrouvent désemparés. Que fait-on lorsque l'interprète est « débordé » par l'histoire du patient ? « Je ne peux pas soigner en même temps le patient et l'interprète », affirme avec assurance un soignant en santé mentale. Que faire lorsque l'on s'aperçoit que le patient n'ose s'exprimer en présence de l'interprète ? Ou alors quand l'interprète et le patient communiquent tellement qu'ils semblent pouvoir se passer du soignant ?

Les temps de formation permettent aux professionnels de santé de prendre conscience des difficultés des interprètes, souvent en première ligne et insuffisamment « outillés ». Les temps d'échange entre interprètes et soignants sont l'occasion de s'interroger mutuellement sur les cadres professionnels et les limites de chacun. Bien souvent, lors des consultations, les intervenants en santé n'ont pas la possibilité d'explicitier le cadre de l'entretien. Ces échanges avant et après

la consultation importent pour les soignants comme pour les interprètes. Ces deux temps de cadrage et de reprise sont ceux de l'harmonisation nécessaire au bon déroulement de la consultation⁸.

Croiser les expériences, partager les savoirs

Il y a donc un intérêt à travailler avec les soignants à l'exercice de leur mission avec interprète et d'accompagner le mouvement de professionnalisation de l'interprétariat en santé, en veillant à saisir la diversité des pratiques. Il importe également de prendre en compte la parole singulière des personnes en situation de migration. Ainsi, en complément de la formation croisée entre interprètes et soignants, il semble essentiel de comprendre ce qu'éprouvent les personnes allophones et de l'inclure dans les prochaines sessions de formation. Afin d'y parvenir, l'Orspere-Samdarra a constitué un groupe d'échange et de travail, avec des personnes migrantes, intitulé « Paroles, expériences et migrations », depuis septembre 2017. ■

Contacts : gwen.legoff@ch-le-vinatier.fr ; julia.maury-de-feraudy@ch-le-vinatier.fr

Pour en savoir plus

- orspere-samdarra@ch-le-vinatier.fr
- www.ch-le-vinatier.fr/orspere-samdarra

1. Au rang de celles-ci, on peut citer le Comité pour la santé des exilés (Comede).
2. Code de Santé publique, article L. 1110-13.
3. HAS, référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques. Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé. Oct 2017. 55 p. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-10/interpretariat_dans_le_domaine_de_la_sante_-_referentiel_de_compетенces...pdf
4. Conjointement à une recherche financée par l'Agence nationale de la recherche (ANR): Rémilas (réfugiés, migrants et leurs langues face aux services de santé), portée par des chercheurs du laboratoire en linguistique Interactions, corpus, apprentissages, représentations (ICAR). En ligne: <http://www.icar.cnrs.fr/sites/projet-remilas/>
5. Pour les interprètes, deux thématiques sont proposées : « Migrations et vulnérabilités » et « Psychopathologies et migration : les spécificités liées à la prise en charge ». Pour les soignants, le module présente les contours du métier d'interprète.
6. Annecy, Chambéry, Clermont-Ferrand, Lyon, Saint-Étienne, Grenoble et Valence.
7. Les diverses contributions du *Rhizome* n° 55 sur « l'interprétariat en santé mentale » documentent bien cette tension.
8. Comme explicité dans la vidéo *L'Interprétariat en santé*, réalisée en 2017 par l'Orspere-Samdarra (en ligne sur le site Internet).

L'ESSENTIEL

► L'incompréhension linguistique est préjudiciable aux patients qui ne maîtrisent pas la langue du soignant. À partir de ce constat, l'Observatoire national santé mentale, vulnérabilités et sociétés (Orspere-Samdarra) a formé, depuis 2016, 124 interprètes et 95 professionnels de santé à l'interprétariat.

► La formation inclut un temps d'échange précieux entre interprètes et professionnels de santé dans une visée de « s'ouvrir à l'autre », de s'interroger sur les apports et les limites de chacun.

► L'interprète ne peut pas tout traduire ni s'effacer de la relation. Ces formations ont l'objectif de prendre en compte les paroles et les vécus des patients allophones, au centre de cette collaboration entre interprète et professionnel de santé.

Former les soignants à prendre en charge la diversité des publics

Stéphane Tessier,

médecin de santé publique, président de l'association REGARDS, chercheur associé des laboratoires centre de recherches Éducation et Formation (CREF) Nanterre-Ouest, et Éducatrices et Pratiques de santé (LEPS), Paris-13 Sorbonne.

La diversité des publics accueillis dans les structures de soin françaises, aujourd'hui de plus en plus visible, fait – pour de multiples raisons – rarement l'objet de réflexion en dehors de la psychiatrie. Elle est encore moins l'objet de préoccupations dans le cadre des formations initiales, malgré l'invocation récurrente – dans les référentiels – des cultures et des religions¹, voire de la prise en compte de la laïcité. Le sujet semble à la fois trop complexe et potentiellement source de violents conflits. La crainte de favoriser le communautarisme, la peur du racisme ou la simple ignorance font que, le plus souvent, ce thème est laissé de côté au profit d'une clinique « objective ».

Pour autant, en formation continue, dès lors que les professionnels se rendent compte de l'importance pratique du sujet, l'interculturalité se résume souvent à une mise en catalogue de stéréotypes qui figent et caricaturent la réalité : résumer en une journée l'Afrique, le lendemain l'Asie, etc. Plus rarement, aborder l'interculturalité peut aussi prendre la forme d'une complexification infinie² particulièrement paralysante et démotivante.

Stéréotypes enfouis dans l'imaginaire collectif

La diversité de la population française est en grande partie issue des anciennes colonies, sollicitant des

stéréotypes et des représentations profondément enfouis dans les imaginaires collectifs respectifs qui n'ont pas été véritablement revisités depuis les indépendances. Comme tout ce qui est refoulé, ces représentations vont trouver à s'exprimer au plus mauvais moment et de la plus mauvaise façon, lorsqu'émerge un conflit, une angoisse ou une situation de péril imminent. En l'absence de réflexion adaptée, ces stéréotypes se constituent et s'autoentretiennent au sein des équipes soignantes.

Ainsi, les professionnels se retrouvent souvent empêtrés dans des contradictions entre les exigences cliniques – formalisées *via* des protocoles – auxquelles ils sont formés, et des usagers porteurs de revendications sous-tendues par des argumentations aux atours culturels ou religieux. La rationalité clinique est dès lors mise en échec, contraignant à bricoler des solutions plus ou moins satisfaisantes.

Dénouer sereinement les malentendus et conflits

Les propositions pédagogiques visent donc à outiller les professionnels pour d'abord se sentir légitime à l'égard du thème des cultures : savoir reconnaître les éléments de culture et/ou de religion qui interagissent avec le soin (au sens large) ; être capable d'identifier ce qui n'en relève pas, malgré certaines apparences trompeuses, et de dénouer sereinement les malentendus ou les conflits.

Comme cela est présenté dans l'introduction de ce dossier central, le postulat initial de la prise en compte de la diversité des publics est que la question des cultures ne se limite pas à l'« étrangéité » (à ce qui est étranger à son propre pays, *NDLR*). Elle inclut les

L'ESSENTIEL

■ **En l'absence de réflexion adaptée, les stéréotypes peuvent perdurer au sein des équipes soignantes. Les professionnels sont en difficulté pour concilier d'un côté le protocole et l'intervention clinique, de l'autre le patient et ses représentations.**

■ **D'où la nécessité de les former, pour qu'ils disposent des connaissances leur permettant de s'adapter à ce qu'est la véritable demande du patient ici et maintenant, devant une situation clinique toujours renouvelée. En tout lieu de soin, un espace de parole doit être créé pour résoudre, en collectif, les difficultés rencontrées.**

différences de cultures entre soignant et soigné, entre genres, entre âges, ceci même si la visibilité des exotismes donne aux conflits et aux litiges une coloration indélébile, tant du fait des usagers qui s'expriment sous ces formes que dans le regard des professionnels. L'idée centrale des enseignements et donc de la formation des professionnels est de faire glisser le concept « d'accueillir un migrant » vers celui de « gérer une situation d'altérité ». S'échappant de la vision du migrant comme archétype de l'étranger bousculant l'institution, cette notion renvoie les responsabilités à parts égales entre la personne et l'institution.

L'éthique et la posture d'ouverture à l'Autre

Appliquée dans plusieurs contextes de formation initiale d'infirmiers, de cadres de santé, de puéricultrices [1] et de formation continue (infirmières

scolaires et divers séminaires de formation), la démarche a toujours suivi le même schéma :

- un rappel initial sur l'importance de l'éthique du soin et de l'éducation, prolongé, au travers de plusieurs exercices pédagogiques, par la prise de conscience de la vivacité du refoulé colonial dans les imaginaires des participants. Cette prise de conscience est accompagnée d'un processus de déculpabilisation en observant l'omniprésence des stéréotypes dans la société contemporaine. Le but est de légitimer la réflexion interculturelle en la débarrassant de cette gangue du non-dit ;

- la deuxième étape consiste à reboucler sur l'éthique en recommandant une posture d'ouverture à l'Autre. La variabilité des constats doit bien alerter sur le danger d'assigner telle ou telle habitude « culturelle » systématiquement à certaines origines ou religions. Il s'agit de laisser au personnel soignant la flexibilité nécessaire pour s'adapter à ce qu'est la véritable demande du patient ici et maintenant, devant une situation clinique toujours renouvelée ;

- le décryptage des situations selon quatre axes (cultures, identités, communautés, appartenances) est éclairé dans la plupart des cas par le traitement de vignettes cliniques qui partagent un certain nombre de caractéristiques, quels que soient les contextes d'enseignement ;

- ces situations concrètes décryptées font ainsi ressortir très fréquemment une souffrance personnelle – souffrance ou désarroi exprimé par les étudiants – ou professionnelle – impossibilité ou difficulté de mettre en œuvre les protocoles de soins prévus – engendrée par ces questions culturelles, d'autant plus lourdes qu'aucun espace de parole ne permet de les verbaliser ;

- symétriquement, certaines situations montrent que culture ou religion sont parfois invoquées à tort ou du moins de façon quelque peu abusive. Il peut s'agir de relations de couple, entre belle-mère et l'accouchée, ou de problèmes psychologiques qui prennent la culture comme mode d'expression, alors qu'ils devraient être traités comme toute souffrance ou dysfonctionnement familial ;

- plusieurs processus stigmatisants apparaissent : diagnostic de « *syndrome méditerranéen* » (voir p. 14), rejet d'une mère dont « *la nourriture sent mauvais* », projection négative sur des gens du voyage alors que, contrairement aux attentes affirmées, ils n'étaient ni trop nombreux ni bruyants... On touche ainsi du doigt les mécanismes de renforcement des stéréotypes.

Retours des étudiants

Lors des évaluations en fin de formation, il ressort que l'objectif de créer un temps fort de réflexion au sein du cursus semble atteint, « *temps de se poser et parler... enfin de sujets importants.* » La formation permet aussi de dédramatiser certaines situations, de prendre confiance en ses propres compétences et de s'autoriser à en parler afin de trouver une solution acceptable pour toutes les parties « *Cela nous aide à dépasser nos a priori et à savoir engager le dialogue pour expliquer notre discours,* », « *[mettre] en évidence l'importance des stéréotypes que nous avons tous et qui sont souvent intériorisés et dont nous n'avons pas toujours conscience.* »

« *Cette formation devrait être obligatoire pour tous les corps de professions de la fonction publique. [...], je m'attendais à ce que le formateur juge les coutumes, cultures et les religions ; mais à ma grande surprise, j'en suis sortie ravie, heureuse que vous fassiez propager un message de tolérance, de respect des valeurs et principes des uns et des autres, même si ceux-ci ne sont pas les nôtres, l'importance de l'écoute d'autrui, du fait de chercher à comprendre, dans certaines situations, certains comportements qui peuvent paraître complexes et souvent choquants.* »

« *...formation très riche en enseignements sur notre propre histoire collective.* »

« *...bien que je sois, depuis le début de ma carrière, attachée à la lutte contre les stéréotypes et particulièrement dans un contexte de soin, j'ai, en l'espace d'une matinée, réalisé que cette lutte devait être davantage travaillée et conscientisée par les soignants.* »

Est également exprimée la prise de conscience de ce que la « culture » peut masquer : « *la culturalité peut cacher d'autres problèmes.* »

Les critiques portaient surtout sur le souhait de disposer de plus de détails sur les « *différentes cultures, religions et*

rites » et de recettes, alors même que dès le départ, les étudiants étaient informés que ce n'était pas l'objectif. Ainsi l'un d'eux souhaite disposer d'un « *petit fascicule sur les différentes pratiques, coutumes et religions* » Un autre souligne : « *J'ai cependant apprécié de connaître certaines particularités inhérentes à certaines populations, cela éclaire sur certaines réactions.* »

Cette recherche d'« essentialisation³ » des cultures est le principal obstacle opposé à cette démarche pédagogique. Les mécanismes à l'œuvre sont trop complexes pour être décrits ici, mais cette recherche renvoie précisément au refoulé colonial évoqué.

Quelques critiques plus ciblées traduisent un certain malaise personnel ressenti à l'égard d'une thématique toujours déstabilisante. « *Propos de tolérance sur l'excision choquants* », « *Parler d'intégrisme en religion m'a choquée* », traduisant une incompréhension des débats.

Faire prendre conscience de la diversité et de la mouvance des situations que rencontrent les professionnels rend utopique le souhait d'une connaissance exhaustive, muséographique des cultures. Au total, il apparaît souhaitable que de tels cadres de discussion puissent être régulièrement mobilisés afin d'autoriser les échanges et de permettre d'élaborer de façon pérenne des cadres d'intervention cohérents, qui apportent un soutien et rassurent les équipes. ■

Contact : sftessier@free.fr

Pour en savoir plus

- <http://dautresregards.free.fr>

1. Le référentiel de formation du diplôme d'état infirmier de 2009 (arrêté du 30 juillet 2009) prévoit d'aborder la question de l'ethnologie dans le cadre de l'unité d'enseignement (UE) 1.1 S2, avec la sociologie et la psychologie. L'objectif, louable, d'être capable « d'explorer la signification de la santé dans un contexte de diversité culturelle et sociale, diversité des valeurs et des croyances » doit être atteint avec tous ceux des deux autres disciplines en 25 heures de cours, 10 heures de travaux dirigés (TD) et 15 heures de travaux pratiques (TP), ce qui apparaît être une gageure...

2. Comme le site canadien sur l'allaitement maternel interculturel : <http://allaiter.free.fr/presse/multiculturel.html#Cultures%20africaines%20de%20diff%C3%A9rentes%20origines>

3. Volonté de tout décrire et prétendre comprendre des cultures et des identités.

Travailleurs migrants vivant en foyers : éducation thérapeutique pour les patients diabétiques

Stéphane Tessier,
*médecin de santé publique,
président de l'association REGARDS,
chercheur associé des laboratoires
centre de recherches Éducation
et Formation (CREF) Nanterre-Ouest,
et Éducatifs et Pratiques de santé (LEPS),
Paris-13 Sorbonne.*

La ville de Vitry-sur-Seine (Val-de-Marne) abrite trois résidences sociales (anciens foyers de travailleurs migrants) qui accueillent aujourd'hui une bonne partie de retraités. Parmi elles, la résidence sociale Manouchian, 550 places officielles, héberge des travailleurs principalement maliens dont beaucoup sont aujourd'hui retraités. Nombre de ces personnes sont diabétiques avec des suivis thérapeutiques plus ou moins fiables, même si tous déclarent avoir un médecin traitant.

De fait, les processus hospitaliers d'inclusion dans les protocoles d'éducation thérapeutique mentionnent la non-francophonie comme critère d'exclusion, privant ces patients de l'accompagnement éducatif qui leur serait nécessaire et accroissant ainsi de façon systémique les inégalités sociales de santé. Ne sachant pas toujours en quoi consiste leur traitement ou comment mesurer leur glycémie, les suivis sont aléatoires, ou encore non ajustés en fonction des besoins, avec toutes les complications inhérentes.

L'objectif du projet mis en place à partir du printemps 2017 par le service promotion de la santé de la ville était donc de faire intervenir sur place des professionnels de santé pour faire de l'éducation thérapeutique pour les patients diabétiques et d'apporter ainsi au sein même du foyer la dynamique éducative collective, en mettant à profit les connaissances linguistiques de certains résidents. En effet, le déplacement au sein même de l'établissement permet

de surmonter les obstacles physiques et/ou psychologiques à la consultation et de créer les conditions pour un véritable dialogue. Une première réunion d'information en avril 2017 dans le foyer, animée par un médecin de santé publique et une interne en médecine générale, a permis d'identifier une petite dizaine de patients diabétiques (type 2 surtout) et de mesurer leur mobilisation potentielle.

Une médiatrice et des interprètes

Deux interprètes (en bambara et en soninké) ont ensuite été identifiés au sein du conseil des résidents. Une réunion de sensibilisation a permis de fixer avec eux le cadre de la traduction (confidentialité, ne pas surinterpréter, absence de rémunération...) et de les former succinctement à la maladie diabétique. Une série de dessins animés¹ leur a été projetée et installée sur l'ordinateur de la médiatrice sociale afin de pouvoir être consultée.

Préparées par un déroulé écrit, transmis en amont aux interprètes pour qu'ils puissent réfléchir à la traduction, cinq séances de 2 heures ont été organisées de mai à octobre 2017, rassemblant six à huit patients. Les thèmes abordés furent :

- présentation de la maladie, ramadan et diabète ;
- comment poursuivre son traitement pendant les vacances, précautions à prendre ;
- activités physiques, soins des pieds ;
- diabète et alimentation ;
- santé buccodentaire et diabète.

Les résultats montrent une forte mobilisation des patients, sous l'effet initialement de la sollicitation importante de la médiatrice sociale, mais devenant une réelle motivation personnelle au fil des séances. Il faut souligner l'intérêt croisé entre les patients eux-mêmes sur leurs vécus respectifs de la maladie et les solutions apportées, ainsi que de nombreuses interrogations enfin résolues grâce à l'interprétariat (par exemple faire la différence entre guérison et équilibre de la

L'ESSENTIEL

▶ **À Vitry-sur-Seine, les services de santé de la ville organisent, dans les foyers hébergeant des migrants retraités, des séances d'éducation thérapeutique pour améliorer la qualité de vie des patients diabétiques.**

▶ **Deux interprètes faisant partie de la communauté et une médiatrice sociale assurent un lien indispensable avec ces patients qui n'ont pas accès à un suivi de droit commun.**

glycémie). Les interprètes, très intéressés par le sujet, sont à leur tour devenus des personnes-ressources en matière de diabète, incitant certains patients dans le doute (dépiétés une fois, mais pas confirmés, tout en assistant à toutes les séances) à renouveler leur dépistage. Interprètes et patients sont ainsi devenus des personnes relais permettant aux personnes diabétiques non participantes de disposer de sources d'information fiables. Les limites de l'exercice sont l'absence de contact avec leurs médecins traitants, tous libéraux et peu disponibles, et la nécessité de reposer entièrement sur l'engagement exceptionnel de la médiatrice sociale de l'établissement pour identifier et mobiliser les patients.

Un renouvellement de l'exercice est programmé en 2018 autour de l'hypertension artérielle et des maladies cardio-vasculaires. ■

1. <http://etp-hn.webnode.fr/autour-des-outils/les-outils-en-ligne2/>

Remerciements : Madame Hawa Ba, médiatrice sociale à l'ADEF, Messieurs Niakaté et Fofana, interprètes, tous trois pour leur engagement sans faille, et à Madame Anaëlle Lindivat, interne en médecine générale pour son investissement dans le projet.

Place et limites de la laïcité

Stéphane Tessier,

médecin de santé publique, président de l'association REGARDS, chercheur associé des laboratoires centre de recherches Éducation et Formation (CREF) Nanterre-Ouest, et Éducatrices et Pratiques de santé (LEPS), Paris-13 Sorbonne.

Le principe de laïcité est régulièrement convoqué pour faire barrage à ce qui est présenté et ressenti comme des références religieuses excessives ou des comportements pouvant porter préjudice aux soins. C'est faire un bien mauvais usage d'un concept qui est en réalité un pacificateur social. Dès son origine, qui date de l'Antiquité, la notion de laïcité signifie « hors des religions », c'est-à-dire hors des dogmes. La loi de 1905 de séparation des Églises et de l'État ne fait rien d'autre que d'autoriser toutes les religions, l'État s'interdisant d'en favoriser une et, en regard, interdisant aux religions de s'ingérer dans les affaires publiques.

Agents du service public et usagers : neutralité pour les uns, laïcité pour les autres

La véritable portée de la laïcité est de garantir à chacun sa liberté de croire ou de ne pas croire (de gérer son rapport intime avec la transcendance¹) et de s'abstenir d'un quelconque prosélytisme². Elle n'a d'exigence qu'à l'égard des agents de service public qui doivent observer une stricte neutralité à l'égard des religions, quelles qu'elles soient, et ne rien montrer de leur propre appartenance religieuse. Cette séparation stricte entre le pouvoir immanent³ et la transcendance est un gage de pacification, car on sait quelles passions irrationnelles peuvent se déchaîner au nom d'une transcendance dogmatique ! S'y ajoutent la liberté de blasphémer, donc de critiquer les dogmes dans les limites de la décence, la non-discrimination ou la non-diffamation. En juillet 2017, un arrêt du Conseil d'État⁴ à propos des formations dans

l'enseignement paramédical a jeté le trouble dans les esprits des formateurs. Cet arrêté distingue en effet la posture « d'usager de service public », que revêt l'étudiant, de celle « d'agent de service public », qu'il porte lorsqu'il est en stage. Dans le premier cas, il est libre d'afficher ses croyances, alors que le second lui impose une stricte neutralité. Concrètement, cet arrêté qui fait force de loi va exiger une importante pédagogie auprès des formateurs et des étudiants pour que les uns et les autres comprennent bien et tolèrent ces différences.

Nécessité de bien appréhender le principe de laïcité et ses limites

Pour éviter tout contresens et toute confrontation dogme contre dogme, les limites de la laïcité doivent être régulièrement affirmées. Ainsi, à aucun moment ce principe de laïcité ne prétend gérer la place et le rôle des femmes dans la société. En 1905, ces dernières ne disposaient pas du droit de vote... De même, il ne prétend pas décider de la validité de tel ou tel culte. Tant que celui-ci ne tombe pas sous le coup de la loi⁵, la laïcité garantit son libre exercice. Raëliens, révélateurs d'Arès et autres Mandaroms ont autant droit à avoir pignon sur rue que les religions classiques.

Expliquer la laïcité aux peuples issus de pays mêlant pouvoir et religion

Cette idée de séparation entre les pouvoirs immanent et transcendant est loin de faire l'unanimité sur l'ensemble de la planète. Elle relève même d'une sorte d'exception française, dont l'histoire religieuse a été particulièrement violente. Ainsi, même en Europe, les constitutions d'Andorre, de Grèce, d'Irlande, de Monaco, de Norvège ou de Suisse mentionnent explicitement la référence à une religion soit d'État,

soit majoritaire. Les mots « laïc » ou « séculier » n'apparaissent que dans les constitutions népalaise, russe, turque, et de la majorité des pays subsahariens lusophones et francophones. Ce constat justifie qu'un important effort pédagogique soit déployé pour expliquer le sens et les limites de la notion de laïcité aux personnes issues d'univers politiques dont elle est totalement étrangère. En effet, lorsqu'elle est invoquée à contre-usage, la laïcité peut être ressentie comme un dogme oppressant, suscitant des réactions de rébellion parfois violentes. ■

Contact : sftessier@free.fr

1. Qui se situe au-delà du perceptible et des possibilités de l'intelligible.

2. Zèle ardent pour recruter des adeptes, pour tenter d'imposer ses idées.

3. Le réel, le tangible, qui est contenu dans un être, qui résulte de la nature même de cet être et non pas d'une action externe.

4. Arrêté n° 390740 du 28 juillet 2017. En ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriAdmin.do?oldAction=rechJuriAdmin&idTexte=CETATEXTO00035317186&fastReqId=602194802&fastPos=1>. Pour en savoir plus : <http://dautresregards.semi-k.net/2017/08/08/8-aout-2017-le-conseil-detat-et-les-signes-religieux-dans-les-etablisements-denseignement-paramedicaux/>

5. L'absence de définition de la secte n'efface pas la réalité de l'existence de victimes des dérives de certains mouvements sectaires. À défaut de définir juridiquement ce qu'est une secte, la loi réprime tous les agissements qui sont attentatoires aux droits de l'homme ou aux libertés fondamentales, qui constituent une menace à l'ordre public, ou encore qui sont contraires aux lois et aux règlements, commis dans le cadre particulier de l'emprise mentale. Source : <http://www.derives-sectes.gouv.fr/quest-ce-qu'une-dérive-sectaire/que-dit-la-loi/le-dispositif-juridique-français>

Laïcité et prise en compte de l'interculturalité dans la relation à l'utilisateur

Pierre Lénéel,

sociologue et formateur, laboratoire interdisciplinaire de sociologie économique (Lise) – unité mixte de recherche du Centre national de la recherche scientifique (CNRS) et du Centre national des arts et métiers (Cnam) –, Paris,

Zahia Kessar,

anthropologue, psychosociologue et formatrice indépendante, Paris.

Parmi les professionnels soignants, il existe une diversité de représentations de la laïcité ; de la tolérance et l'acceptation de toutes les pratiques religieuses à l'interdiction pure et simple de toute expression de sa foi, le spectre des conceptions est large, et leurs contours souvent flous. Cette diversité peut constituer la source de nombreux malentendus et difficultés pouvant perturber le bon accomplissement des missions des professionnels.

Clarifier le sens de la laïcité française

La notion de laïcité se situe en réalité à mi-chemin entre ces deux représentations : la laïcité garantit la liberté de conscience (le droit de croire ou de ne pas croire) et met à égalité toutes les convictions, religieuses ou non. Il s'agit moins d'une opinion que de la liberté d'en avoir une. En revanche, elle interdit tout prosélytisme (que l'on peut entendre comme le zèle ardent déployé pour propager sa religion) et pose comme principes le respect de la neutralité et la non-discrimination ; pour résumer, l'égalité de traitement.

La circulaire du 2 février 2005¹ apporte quelques repères aux professionnels des établissements publics de santé. Celle-ci permet de disposer de points d'appui aidant à décliner de manière plus concrète les grands principes. Si les professionnels doivent se positionner en référence à des principes explicites vis-à-vis des pratiques et des demandes émanant des patients et de leur famille, ceux-ci ont cependant besoin d'éléments plus opérationnels (livrets d'accueil, charte du malade hospitalisé) leur permettant d'énoncer plus facilement ce qu'il est possible, ou non, de faire.

Frontière entre intime et privé

Par exemple, il est très souvent utile de rappeler que le principe de laïcité souligne le droit à l'expression religieuse, y compris dans l'espace public, à la condition que cette expression ne trouble pas l'ordre public. En parallèle, la frontière entre l'intime et le privé est en permanence mise en jeu ; ainsi en est-il par exemple de la notion de chambre comme espace privé – ou non.

Une fois qu'on a compris son sens, le principe de laïcité n'est pas pour autant simple à traduire en pratique. Chaque situation concrète est bien sûr porteuse de doutes et d'incertitudes sur le « bon » comportement à adopter. L'institution est alors sollicitée pour apporter « la » bonne réponse. Certains soignants se plaignent du fait que chacun a sa lecture et appropriation personnelle de ce que signifie la laïcité (« *chacun fait selon ce qui lui semble juste* »). Ces mêmes soignants déplorent aussi que cette problématique soit insuffisamment débattue en équipe.

L'ESSENTIEL

▣ À l'hôpital, les professionnels peuvent avoir, en toute bonne foi, des conceptions différentes de ce que l'on peut ou doit accepter en termes de laïcité et d'expression religieuse.

▣ Dans l'urgence de la pratique, il est difficile de tenir compte des patients et du sens qu'ils accordent aux pratiques culturelles et religieuses : cela nécessite l'acquisition et l'assimilation de connaissances qui doivent constamment être tenues à jour. Donc, les professionnels doivent être formés.

▣ Surtout, cela requiert un travail en équipe sur le rapport à la différence et à l'interculturalité. Or, cette question essentielle est insuffisamment abordée collectivement dans les établissements de santé.

Ce point est central, car il est susceptible d'engendrer des tensions entre professionnels qui, en toute bonne foi, peuvent avoir des conceptions différentes de ce que l'on peut ou de ce que l'on doit accepter.

En effet, dans l'urgence de la pratique, il est difficile et complexe de tenir compte à la fois des personnes et du sens qu'elles accordent aux pratiques culturelles et religieuses ; du droit des usagers ; du principe de laïcité et du cadre institutionnel. Cela nécessite l'acquisition et l'assimilation de certaines connaissances qui doivent être constamment tenues à jour.

Surtout, cela requiert un travail en équipe sur les questions essentielles du rapport à la différence et



© Smithsonian American Art Museum, Washington, DC, Dist. RMN-Grand Palais / image SAMM © Adagp, Paris, 2017

de l'interculturalité, problématiques souvent peu débattues formellement. En réalité, la question de la laïcité ne doit pas être détachée du cadre plus général que constitue la rencontre interculturelle.

Interculturalité, rapport à la différence et bon positionnement

Les préoccupations en lien avec la prise en compte des différences dans le soin ne sont pas nouvelles. Mais l'on peut constater qu'elles concernent plus spécifiquement la religion aujourd'hui, alors qu'elles portaient davantage sur des questions de culture il y a une quinzaine d'années.

Cette centralité du religieux tient aussi au fait qu'il a acquis en France une valeur de référent. Les personnes se définissent en effet de plus en plus par rapport à leur religion, et dans certains cas, il s'agit davantage d'un processus identitaire que d'une culture religieuse transmise par les parents. Pour autant, si la religion est l'une des dimensions de la culture, l'identité de l'individu ne peut se réduire à sa seule appartenance religieuse. Il arrive d'ailleurs que l'on attribue à la religion des pratiques qui relèvent de la culture, voire qui sont réprouvées par la religion. C'est par exemple le cas du tatouage, pratique culturelle traditionnelle courante au Maghreb et en Afrique de l'Ouest, mais qui est désapprouvée par la religion musulmane.

Interroger son rapport à la différence

Or, pour être en mesure d'interroger son rapport à la différence et de communiquer de façon professionnelle

« POUR ÊTRE EN MESURE D'INTERROGER SON RAPPORT À LA DIFFÉRENCE [...] IL EST NÉCESSAIRE D'AVOIR PRÉALABLEMENT IDENTIFIÉ SES PROPRES REPRÉSENTATIONS [ET] COMPRIS SES RÉACTIONS. »

en situation interculturelle, il est nécessaire d'avoir préalablement identifié ses propres représentations, compris ses réactions et pris conscience de ses valeurs et normes, tant culturelles que professionnelles.

Se parler en équipe, dans les instances d'échange conduites par l'encadrement, s'avère un élément central d'un dispositif qui vise à élaborer une mise en œuvre de la laïcité dans une perspective interculturelle. De ce point de vue, le rôle des cadres de proximité est décisif, car ce qui n'est pas dit ou travaillé en équipe s'exprime souvent en dehors, dans des propos qui échappent et qui peuvent provoquer des tensions entre collègues ou entre soignants et patients.

Au cours de nos formations auprès des professionnels du soin ou des éducateurs spécialisés, les pratiques religieuses ou culturelles et les interrogations et les situations vécues qu'elles suscitent sont fréquemment évoquées. Ainsi, les représentations autour des prières effectuées dans la chambre du patient sont source de questionnements très divers ; « *la prière est-elle autorisée dans les chambres ?* » est une question que l'on entend à de multiples reprises.

Or, les vécus des soignants diffèrent en fonction du rapport de chacun à la religion et à son propre

héritage religieux. Au regard des formes nouvelles de christianisme, de type évangéliste par exemple, des jugements très vifs, touchant leur caractère potentiellement prosélyte, ont été observés en particulier chez des soignants qui avaient reçu une éducation catholique, mais qui avaient pris une distance critique vis-à-vis de cet héritage.

Trouver la bonne distance et une certaine neutralité

Aussi, l'expression des vécus touchant telle ou telle manifestation religieuse (prière, port de foulard) permet un travail réflexif sur les représentations qu'on en a, de les reconnaître, d'en comprendre l'origine et de les faire évoluer. À tout le moins, ce travail amène à effectuer un pas de côté qui permet de se décentrer et ainsi, le plus souvent, de trouver la bonne distance et une certaine neutralité dans la relation au patient et à sa famille, tout en reconnaissant les différences.

Enfin, dans de nombreux cas, le malaise des soignants face à des pratiques religieuses tient au fait qu'elles sont vécues comme venant s'opposer aux soins ou mettre à l'écart les soignants. Dans des situations de fin de vie par exemple, les proches qui entourent le malade d'une présence intense et souhaitent limiter celle des soignants suscitent alors chez ces derniers un sentiment d'exclusion.

Envisager la laïcité dans une perspective interculturelle permet d'une part de se décentrer par rapport à l'espace médiatico-politique et d'autre part de prendre en compte sereinement toutes les diversités (culturelles, religieuses, professionnelles...) de nos sociétés. Ainsi, la laïcité peut devenir le support d'un monde commun, d'un vivre ensemble permettant la libre expression de chacun. ■

Pour en savoir plus

● Kessar Z., Lenel P. La laïcité en établissements de santé. *L'Aide-soignante*, juin-juillet 2017, no 188 : p. 14-17.

1. Circulaire n° DHOS/G/2005/57 du 2 février 2005 relative à la laïcité dans les établissements de santé. En ligne : <http://www.legirel.cnrs.fr/IMG/pdf/050202.pdf>

Médiation scolaire transculturelle : accompagner les enfants de tous horizons vers la réussite scolaire

Adeline Sarot,

psychologue clinicienne
à la Maison de Solenn,
maison des adolescents de l'hôpital Cochin,
centre Babel, Institut national
de la santé et de la recherche
médicale (Inserm) UMR 1178,
attachée temporaire d'enseignement
et de recherche (ATER)
à l'université Lumière Lyon 2,

Marie Rose Moro,

professeure de psychiatrie
de l'enfant et de l'adolescent,
université Paris-Descartes,
université Sorbonne-Paris-Cité (USPC),
cheffe de service à la Maison de Solenn,
maison des adolescents de l'hôpital Cochin,
directrice de la revue transculturelle
L'Autre.

Pour beaucoup de migrants, l'institution scolaire constitue la première institution d'accueil, celle qui permet de rencontrer l'accueillant, d'apprendre sa culture, sa langue et de se construire un avenir meilleur dans un monde nouveau par le biais de la réussite scolaire [1]. De son côté, l'institution scolaire, depuis sa création, n'a cessé d'évoluer vers l'inclusion [2]. Aujourd'hui, l'hétérogénéité des classes constitue le défi majeur à relever pour l'Éducation nationale. Depuis la loi de février 2005 concernant la scolarisation des enfants en situation de handicap, les directives vont dans le sens de l'inclusion scolaire : qu'ils soient concernés par le handicap, un haut potentiel ou une origine culturelle diverse, tous les enfants ont aujourd'hui leur place à l'école. Elle doit respecter leur droit à la différence, les

accueillir dans leur singularité et permettre leur réussite, sous peine de devenir elle-même source de handicap. Mais cette ouverture à l'altérité implique des compétences nouvelles de la part des professionnels scolaires. Par ailleurs, le genre, l'orientation sexuelle, le handicap et les origines culturelles et religieuses, qui constituent les différents visages de l'altérité, continuent de susciter des discriminations au sein de l'institution scolaire [3]. De même, malgré la motivation partagée pour la réussite scolaire, les élèves issus de l'immigration sont au moins deux fois plus susceptibles de compter parmi les élèves en difficulté (enquêtes PISA¹).

Délicate confrontation à l'altérité

Métisco, premier dispositif de médiation scolaire d'orientation transculturelle [4], a été développé afin d'aider les enseignants à appréhender sereinement l'altérité pour qu'ils puissent, en retour, accompagner leurs élèves. Il vise à transmettre aux professionnels scolaires les connaissances et les compétences pour accompagner enfants et adolescents vers la réussite scolaire. Métisco permet de les soutenir dans leur fonction éducative et de soutenir également la fonction parentale afin de faciliter l'instauration ou la restauration d'une nécessaire alliance éducative entre les différents partenaires éducatifs autour de l'enfant. L'instauration d'une telle alliance requiert notamment la valorisation, au sein de l'institution scolaire, de l'ensemble des savoirs – familiaux comme scolaires –, permettant ainsi

à l'enfant de se sentir légitime pour pouvoir s'y référer, en dehors de tout conflit de loyauté.

Le dispositif Métisco repose sur différents cadres complémentaires, animés par un psychologue clinicien spécialisé en clinique transculturelle.

- Les médiations scolaires : elles réunissent, au sein de l'école, un élève en difficulté – sur le plan des résultats, du comportement ou des relations famille-école –, sa famille et des membres de son équipe éducative, en présence d'un interprète médiateur culturel ;
- les médiations collectives : il s'agit d'interventions en classe entière, avec un ou plusieurs enseignants, pour aborder des problématiques groupales – conflits entre élèves, entre élèves et professionnels, harcèlement, etc. ;
- la formation classique et la supervision des professionnels scolaires ;
- les groupes de parole pour les parents d'élèves en difficulté ou exclus.

Ces actions peuvent se déployer dans tout établissement scolaire, de la maternelle au lycée. Il s'agit donc d'un espace non clinique, mais à visée thérapeutique et permettant éventuellement de repérer les besoins cliniques et d'accompagner vers le soin, ce qui, concernant les familles migrantes, reste un défi que l'institution scolaire est la mieux à même de relever [5].

La médiation scolaire transculturelle

Au sein des médiations scolaires, le principe consiste tout d'abord à revenir sur toute l'histoire de l'enfant ou de l'adolescent avec l'école, depuis le début ; puis sur celle de ses parents, qui

s'y trouve fortement liée et, à travers elle, sur certains éléments de l'histoire familiale. La présence de l'interprète, quel que soit le niveau de maîtrise de la langue française des parents, permet de valoriser la langue maternelle et, à travers elle, l'ensemble des savoirs familiaux. L'interprète permet une intervention en trois temps : la traduction, la médiation et l'interprétation.

L'ESSENTIEL

► **Former les professionnels scolaires et soutenir la fonction parentale des familles permet l'instauration ou la restauration d'une nécessaire alliance éducative entre les différents partenaires éducatifs autour de l'enfant.**

Il s'agit dans un premier temps de traduire le discours de chacun, au plus proche de ce qui est dit, pour permettre la communication et la compréhension réciproque. L'interprète est ensuite sollicité en tant que média-

teur culturel : il apporte son éclairage culturel à la compréhension du symptôme, qui peut alors être interprété dans sa dimension globale.

Les médiations scolaires nous permettent de confirmer l'existence d'un manque de transmission transgénérationnelle lié à la hiérarchisation coloniale des cultures, qui vulnérabilise considérablement les enfants et les adolescents dans leur rapport à l'autre,

aux savoirs et à l'institution scolaire. Elles permettent alors de resituer les symptômes scolaires dans leurs dimensions familiale, sociale et géopolitique. Par ailleurs, deux autres dispositifs sont utilisés : les médiations collectives et les groupes de parole pour les éducateurs (voir encadré ci-dessous).

En matière de promotion de la diversité et du dialogue interculturel, de lourdes attentes sociales pèsent sur les professionnels scolaires, notamment depuis les attentats de 2015 et la prise de conscience de la nécessité de prévenir les désaffiliations qui mènent à la radicalisation. Les attentats sont venus attiser les conflits entre les peuples et complexifier le processus de métissage des adolescents. Ils ont eux aussi entraîné des comportements incompris par les professionnels scolaires : passages à l'acte pour tenter de se protéger (pulvérisateur de parfum utilisé comme bombe lacrymogène) et menaces proférées concernant un départ en Syrie, etc. Les attentats semblent également avoir réactivé des angoisses existentielles trop peu questionnées faute de transmission familiale, les parents considérant souvent que les protections traditionnelles sont devenues caduques à Paris, investi comme un monde sans esprits, sans sorcellerie. Les élèves expriment ainsi fréquemment leurs angoisses quant à

la sorcellerie sous toutes ses formes culturelles – djinns, spiritisme, etc. –, formes que les professionnels scolaires ne sont pas prêts à entendre et tendent à nier, aggravant ainsi le conflit de loyauté entre culture scolaire et culture familiale.

Les enseignants, ces passeurs

Les actions Métisco permettent ainsi la mise en œuvre des préconisations internationales, qui vont dans le sens de la promotion de la diversité et du dialogue interculturel [6]. Ces préconisations posent particulièrement problème en France, où leur mise en œuvre reste perçue comme une menace des valeurs de la République [7]. Les préjugés dans le domaine du handicap, du genre, de l'orientation sexuelle et de l'origine persistent et se situent tant dans les interactions entre les adultes et leurs élèves que dans les orientations et les contenus scolaires, comme le montre le rapport présenté par A. Rebeyrol [3]. L'auteur dénonce cette logique d'exclusion, qui mène à des situations de harcèlement ou à des dérives identitaires. Les attentats, depuis 2015, nous montrent qu'il est urgent d'agir pour prévenir. L'école laïque, précisément parce qu'elle est laïque et censée être à l'abri de dérives idéologiques, doit permettre aux enfants et aux adolescents de faire face

MÉDIATIONS COLLECTIVES ET GROUPES DE PAROLE

Dans le cadre des médiations collectives, un tour de table est tout d'abord effectué où chacun est amené à se présenter en abordant l'ensemble des éléments relatifs à l'altérité, sources d'angoisse, d'incompréhension et parfois de rejet : ainsi, les origines culturelles et les croyances de chacun sont interrogées. Dans chaque classe rencontrée ont été évoquées les difficultés des adolescents dans la confrontation à l'altérité, sous toutes ses formes. Ces difficultés peuvent s'exprimer par des insultes – sexistes, raciales, religieuses – et des passages à l'acte, comme autant d'appels à l'aide aux adultes, qui restent souvent incompris et obtiennent des réponses répressives plus que constructives. Pourtant, les insultes ne visent jamais à nuire à l'autre, mais au contraire à l'aider à affirmer fièrement son identité, quelle

qu'elle soit, qu'il s'agisse de camarades ou d'enseignants. Les élèves se disent ainsi souvent soit français, voire parisiens – c'est-à-dire, selon eux, n'ayant « pas d'origine » –, soit maliens par exemple – c'est-à-dire « pas français », quand bien même ils sont nés en France. Ils se disent très rarement français et maliens. Finalement, la question qu'ils se posent est celle de leur propre légitimité dans le cadre scolaire : pour eux, un Français est un blond, qui s'appelle Jean-Michel, est descendant de Louis XIV et bourgeois. Comment, alors, se sentir légitime au sein d'une école faite par et pour de tels Français ?

Les adultes ont besoin d'être accompagnés face à ces exigences nouvelles, pour pouvoir ensuite accompagner à leur tour les enfants et les adolescents. C'est ce qui est fait dans

le cadre des supervisions avec les professionnels scolaires, et dans celui des groupes de parole avec les parents. Ces deux cadres permettent d'aborder le rapport, souvent complexe, des adultes à l'institution scolaire. Chacun peut alors exprimer ses craintes et sa colère, finalement partagées par les parents et les enseignants et liées à une mise à mal de leur autorité éducative par l'institution elle-même. Il peut s'agir des menaces de placement reçues par les parents ou de l'absence de soutien aux enseignants face aux difficultés actuelles, liées à l'injonction de « ne pas faire de vagues », dont pâtissent les enseignants comme les chefs d'établissement. Pour eux aussi, les seules réponses institutionnelles relèvent de sanctions stériles, car dépourvues d'aide à l'élaboration.

et de débattre autour de ces tensions actuelles qui clivent les mondes. Les enseignants sont les mieux placés pour expliquer la laïcité, comme un principe nécessaire pour accueillir et non pour exclure, pour unir tout en valorisant la différence. Cette lutte contre les discriminations implique un changement sociétal, par une politique d'élévation collective [8] : une société qui intègre se transforme autant qu'elle transforme celui qui s'intègre, dans un processus de coconstruction identitaire. Selon Thierry Tuot, conseiller d'État, spécialiste de l'immigration, l'inclusion ne s'oppose plus alors à l'exclusion mais à la prédation, fondée sur la domination de certains, qui conduit toujours à l'explosion sociale et politique. Pour lui, corriger les inégalités de fait ne suffit pas, il faut donner accès aux savoirs et compenser les inégalités concernant l'essentiel : être, croire, aimer. Il s'agit de se défaire de l'emprise des origines en en conservant la fierté. Il rappelle que « sur le long terme nous sommes tous d'origine étrangères et avons tous vocation à devenir autochtones » et que « ce que construire une société inclusive nous apporte dépasse immensément, en bénéfique, ce que peut nous coûter cet effort ». Mais le changement est intrinsèquement anxiogène pour tous et nécessite d'être accompagné, notamment par l'accès à des lieux d'élaboration du contre-transfert face à l'altérité quelle qu'elle soit, pour en faire une source d'enrichissement mutuel et non plus d'angoisse et de rejet. Le dispositif de médiation scolaire constitue un tel lieu d'élaboration et de coconstruction d'une alliance éducative entre professionnels et familles, pour autoriser l'accès de l'enfant aux savoirs scolaires et l'accompagner dans son processus de métissage des lignées, des générations et des cultures. Ce processus, bien que plus visible du fait de la migration, est valable pour tout adolescent. Les enseignants deviennent ces « passeurs », suffisamment bons et authentiques [9], dont les enfants et les adolescents ont tant besoin dans le cadre scolaire comme dans le cadre familial. L'altérité peut devenir une source de créativité par le collectif, pour un changement émancipateur et humanisant [10, 11]. La diversité devient alors une chance pour tous. ■

Contact : adeline.sarot@gmail.com

Pour en savoir plus

● Cet article reprend des extraits d'une publication antérieure : Sarot A., Moro M. R. L'école, première institution d'accueil de l'altérité : pour une société inclusive. *Le Sujet dans la cité, L'Harmattan*, 2016, vol. 2, n° 7 : p. 65-76. En ligne : <http://www.cairn.info/revue-le-sujet-dans-la-cite-2016-2-page-65.htm>

1. PISA, programme international pour le suivi des acquis des élèves.

POUR MARIE ROSE MORO, L'ÉCOLE PRIMAIRE, PORTE DÉTERMINANTE VERS LE SAVOIR

Pour elle, l'école de la République a été plus qu'un ascenseur social. Née en Espagne, Maria del Rosario Moro vient avec sa mère, à l'âge de neuf mois, rejoindre son père qui avait émigré aux Mazures (Ardennes) pour y travailler en tant que bûcheron. Sa mère conserve le souvenir du bon accueil qu'elle a reçu. La famille s'installe à Pouru-aux-Bois – 150 habitants – près de Sedan, alors qu'elle a cinq ans. De l'école, elle conserve le souvenir d'un couple d'instituteurs géniaux, très Troisième République et soucieux de transmettre le savoir à tous : communauté espagnole, Polonais, quelques familles maghrébines et, bien sûr, les enfants des paysans ardennais. Ces derniers avaient un rapport au savoir peut-être plus difficile que les enfants de migrants, pour lesquels l'école était une porte d'entrée dans ce monde français qui les fascinait globalement plus que les enfants d'agriculteurs. L'école primaire a été déterminante pour Marie Rose Moro en ce qu'elle l'a autorisée à entrer dans le monde du savoir français. Elle poursuit ses études au collège, puis au lycée Pierre-Bayle de Sedan ; elle conserve le souvenir du grand esprit de liberté qui y régnait. Elle met à profit les congés du mercredi pour aller à Charleville-Mézières, sur les traces de Rimbaud. Elle part ensuite à Nancy pour suivre des études de médecine, un cursus de philosophie, puis un double cursus de psychiatrie et anthropologie.

Source : *Grandir dans les Ardennes et s'occuper des enfants et adolescents à Paris* [compte-rendu de la conférence de Mme la professeure Marie Rose Moro], Paris : la Maison de Solenn, 5 février 2013. En ligne : http://ardenneaparis.free.fr/reunions/conf_20130205_JLL_x.htm

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Charlot B. *Du rapport au savoir. Éléments pour une théorie*. Paris : Anthropos, 1997.
- [2] Lahire B. *L'Invention de l'illettrisme*. Paris : La Découverte, 1999.
- [3] Rebeyrol A. *Discriminations à l'école*. [Rapport au ministre de l'Éducation nationale] Paris, 22 septembre 2010 : 38 p. En ligne : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000500.pdf>
- [4] Sarot A. *Pourquoi n'ont-ils pas appris à lire ? Analyse transculturelle des facteurs de vulnérabilité et de protection dans le rapport aux savoirs*. [Thèse de psychologie sous la direction de Marie Rose Moro] Paris : université Paris Descartes, 2016.
- [5] Rousseau C. Le défi du vivre-ensemble : le rôle de l'école pluriethnique dans un contexte de mondialisation conflictuelle. *Vie pédagogique*, octobre 2009, n° 152 : p. 116-122.
- [6] Parlement européen, *Éducation des enfants des migrants* [Résolution]. Bruxelles, 2 avril 2009. En ligne : <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//NONSGML+TA+P6-TA-2009-0202+0+DOC+PDF+V0//FR>
- Parlement européen, *Égalité de traitement entre les personnes sans distinction de religion ou de convictions, de handicap, d'âge ou d'orientation sexuelle* [Résolution]. Bruxelles, 2 avril 2009. En ligne : <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//NONSGML+TA+P6-TA-2009-0211+0+DOC+PDF+V0//FR>
- [7] Commission européenne. Rapport sur la citoyenneté de l'Union. Luxembourg, 24 janvier 2017 : 60 p. En ligne : https://ec.europa.eu/france/news/20170130_rapport_citoyennete_fr
- [8] Tuot T. *La Grande Nation pour une société inclusive*. [Rapport au Premier Ministre sur la refondation des politiques d'intégration]. Paris, 1^{er} février 2013 : 97 p. En ligne : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/134000099.pdf>
- [9] Winnicott D.W. *Conseils aux parents*. Paris : Payot, coll. Science de l'homme, 1995 : 192 p.
- [10] Robinson K., Aronica L. *L'Élément. Quand trouver sa voie peut tout changer !* Paris : Play Bac Éditions, 2013 : 326 p.
- [11] Morin E., Motta R., Ciurana É.-R. *Éduquer pour l'ère planétaire. La pensée complexe comme méthode d'apprentissage dans l'erreur et l'incertitude humaines*. Paris : Balland, 2003 : 157 p.

Interculturalité à l'école : apprendre et vivre ensemble

David Muller,

chef du bureau des contenus d'enseignement et des ressources pédagogiques, Direction générale de l'enseignement scolaire, ministère de l'Éducation nationale, Paris.

Fondée sur une culture républicaine de l'intégration, la France a forgé un modèle politique et social qui intègre les différentes cultures dans un vivre ensemble sous la tutelle de l'État. Si durant une longue période – qui s'ouvre avec les lois de Jules Ferry – l'école se situe au cœur de l'identité nationale, incarnant l'idéal français d'acculturation républicaine, l'accélération de la diversification culturelle, depuis quelques décennies, a opéré des mutations profondes. L'école s'est ouverte à l'interculturalité, les diverses appartenances culturelles des élèves trouvant progressivement leur place au sein de l'institution scolaire¹.

Créés dans les années 1970, les enseignements de langue et de culture d'origine (Elco) et, aujourd'hui, les enseignements internationaux de langues étrangères (Eile) accueillent tous les élèves volontaires, quels que soient leur origine, leur nationalité et leur niveau linguistique initial².

Le dispositif des Eile s'inspire des sections internationales dont l'essor considérable, ces dernières années, à l'école, au collège et au lycée témoigne de l'ouverture du système éducatif français à l'interculturalité³. Ouvertes dans le cadre de partenariats bilatéraux conclus entre la France et les États partenaires, elles accueillent dans une même classe des élèves français et étrangers. Ces sections bilingues disposent d'un programme spécifique en langue et littérature et dans une discipline non linguistique – généralement l'histoire-géographie. Elles ont

ainsi vocation à faciliter l'accueil et l'intégration d'élèves étrangers dans le système scolaire. Ces sections permettent aussi à des élèves français de pratiquer une langue étrangère de façon approfondie et elles favorisent la diffusion des patrimoines culturels.

Scolarisation des élèves allophones

La scolarisation des élèves allophones nouvellement arrivés en France participe également à l'interculturalité à l'école. Son organisation a connu une évolution importante à partir de 2012, dans le cadre du développement des pratiques éducatives inclusives⁴. La mise en place des unités pédagogiques pour élèves allophones arrivants (UPE2A) correspond à une transformation dans la démarche de scolarisation de ces enfants, passant de l'intégration à l'inclusion. Alors qu'ils étaient pris en charge dans un dispositif dédié⁵ et intégrés progressivement à la classe ordinaire, les enfants allophones sont désormais inscrits dans les classes de droit commun et peuvent être regroupés pour recevoir un enseignement de français, langue de scolarisation, durant un temps adapté à leurs besoins.

Socle commun et programmes scolaires

Parallèlement, le socle commun de connaissances, de compétences et de culture, qui identifie ce qui doit être acquis à l'issue de la scolarité obligatoire, et les programmes scolaires encouragent la connaissance de la culture, du mode de vie des peuples et de leur patrimoine⁶. Le domaine « Les représentations du monde et l'activité humaine » du socle commun est par

exemple consacré à la compréhension des sociétés dans le temps et dans l'espace, à l'interprétation de leurs productions culturelles et à la connaissance du monde social contemporain⁷.

À l'école maternelle, les apprentissages sont structurés autour d'un enjeu de formation central pour les enfants : « Apprendre ensemble et vivre ensemble ». La classe et le groupe constituent une communauté d'apprentissage qui « établit les bases de la construction d'une citoyenneté respectueuse des règles de la laïcité et ouverte sur la pluralité des cultures dans le monde⁸. » Parmi les apprentissages menés, il en est un qui ouvre plus particulièrement à la diversité des cultures : le langage. Priorité de l'école maternelle, le domaine « Mobiliser le langage dans toutes ses dimensions » offre un éveil à la diversité linguistique pour que les enfants découvrent, au-delà de la langue française, l'existence de langues différentes de celle(s) qu'ils connaissent.

Le programme de français au cycle 3 (CM1 – CM2 – sixième) indique dans la partie consacrée à la culture littéraire et artistique que le professeur doit veiller à « la diversité des œuvres choisies en puisant dans la littérature française, les littératures francophones et les littératures étrangères et régionales ; on sensibilise ainsi les élèves à la diversité des cultures du monde. » Au cycle 4 (cinquième – quatrième – troisième), le programme de français doit notamment permettre aux élèves d'« établir des liens entre des productions littéraires et artistiques issues de cultures et d'époques diverses. »

L'enseignement de langues vivantes pose quant à lui comme principe cardinal que le travail sur la langue est indissociable de celui sur la culture. Dès

L'ESSENTIEL

► **La démarche de scolarisation des enfants allophones est inclusive : ils sont intégrés à des classes ordinaires avec, en parallèle, des temps d'enseignement du français, adaptés à leurs besoins.**

► **Le socle commun de connaissances, de compétences et de culture et les programmes scolaires donnent une place importante à la pluralité culturelle.**

le CP, bien plus que la simple expérience linguistique, l'apprentissage d'une langue vivante est la rencontre avec une autre culture et la confrontation avec l'altérité. Les programmes indiquent que « *l'enseignement des langues vivantes étrangères ou régionales constitue un moyen de donner toute sa place aux apprentissages culturels et à la formation civique des élèves en s'interrogeant sur les modes de vie des pays ou des régions concernés, leur patrimoine culturel, et en appréhendant les différences avec curiosité et respect* ».

L'histoire et la géographie sont des enseignements qui permettent la construction d'une citoyenneté ouverte à la diversité culturelle grâce à un réel décentrage.

Une réelle ouverture à l'Autre

Dans l'enseignement « Questionner le monde » au cycle 2 (CP – CE1 – CE2), puis en histoire et géographie aux cycles 3 et 4, les élèves sont confrontés à des modes de pensée différents et à la diversité des territoires et des hommes qui les façonnent. Le programme de cycle 2 invite à comparer des modes de vie (alimentation, habitat, vêtements, outils, déplacements...) à différentes époques ou de différentes cultures. Au cycle 3, la géographie, centrée sur la notion « de l'habitat », permet d'observer les façons dont les humains organisent leurs espaces de vie. Au cycle 4, « Chrétientés et islam (VI^e-XIII^e siècles), des mondes en contact », « Transformations de l'Europe et ouverture sur le monde aux XVI^e et XVII^e siècles », l'époque des Lumières et l'ouverture vers des horizons qui poussent à questionner les fondements politiques, sociaux et religieux du monde ou l'étude de la transformation des espaces par la mondialisation sont

autant de thèmes qui permettent aux élèves d'être confrontés à la compréhension interculturelle.

L'acceptation des différences

Enfin, et de façon transversale, le nouvel enseignement moral et civique (EMC) – mis en œuvre à l'école, au collège et au lycée depuis la rentrée 2015 – promeut très largement le principe du vivre ensemble dans une société diversifiée et l'échange de vues fondé sur la compréhension mutuelle entre les individus. Comme l'indiquent les principes généraux de l'EMC, « *tous les enseignements [...] doivent y être articulés en sollicitant les dimensions émancipatrices et les dimensions sociales des apprentissages scolaires, tous portés par une même exigence d'humanisme* ». Les élèves travaillent, entre autres, sur « La sensibilité : soi et les autres », comme composante essentielle de la vie morale et civique. L'acceptation des différences, l'interconnaissance, la tolérance et la compréhension de la diversité des sentiments d'appartenance civiques, sociaux et culturels sont inscrits au cœur de cet enseignement.

L'école d'aujourd'hui poursuit bien une mission essentielle : forger une culture commune, fondée sur des valeurs partagées, sans ignorer la singularité de chacun. ■



© Albricht-Know Art Gallery, Dist. RMN-Grand Palais / Image-AGG © Adagp, Paris, 2017

1. Meunier O. Les approches interculturelles dans le système scolaire français : vers une ouverture de la forme scolaire à la pluralité culturelle ?, *Socio-logos*, octobre 2008, n° 3. En ligne : <https://socio-logos.revues.org/1962>.
2. Circulaire de rentrée n° 2017-045 du 9 mars 2017. *Bulletin officiel de l'Éducation nationale*, 9 mars 2017, n° 10. En ligne : http://www.education.gouv.fr/pid285/bulletin_officiel.html?cid_bo=113978
3. À la rentrée 2017, les sections internationales existent dans 18 langues et cultures : allemandes, américaines, arabes, brésiliennes, britanniques, chinoises, danoises, espagnoles, franco-marocaines, italiennes, japonaises, néerlandaises, norvégiennes, polonaises, portugaises, russes, suédoises et, depuis septembre 2017, coréennes.
4. Organisation de la scolarité des élèves allophones nouvellement arrivés, circulaire n° 2012-141 du 2 octobre 2012. *Bulletin officiel de l'Éducation nationale*, 11 octobre 2012, n° 37. En ligne : http://www.education.gouv.fr/pid2535/bulletin_officiel.html?cid_bo=61536
5. Les classes d'initiation (CLIN) à l'école élémentaire et les classes d'accueil (CLA) au collège.
6. S'agissant des programmes scolaires, on s'appuiera ici sur les programmes de l'école et du collège en vigueur depuis la rentrée 2016. Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche. *Bulletin officiel spécial de l'Éducation nationale*, 26 novembre 2015, n° 11 : 384 p. En ligne : http://cache.media.education.gouv.fr/file/MEN_SPE_11/35/1/BO_SPE_11_26-11-2015_504351.pdf.
7. Décret n° 2015-372 du 31 mars 2015. *Bulletin officiel de l'Éducation nationale*, 23 avril 2015, n° 17. En ligne : http://www.education.gouv.fr/pid285/bulletin_officiel.html?pid_bo=32094
8. Programme de l'école maternelle. Une école où les enfants vont apprendre ensemble et vivre ensemble. *Bulletin officiel spécial de l'Éducation nationale*, 26 mars 2015, n° 2 : p. 3. En ligne : http://cache.media.education.gouv.fr/file/MEN_SPE_2/84/6/2015_BO_SPE_2_404846.pdf

Collège Évariste-Galois à Nanterre : des pairs tuteurs et médiateurs au service des élèves allophones

Entretien avec Carole Merlet,

professeur de lettres au sein de l'unité pédagogique pour les élèves allophones arrivants (UPE2A), collège Évariste-Galois, Nanterre, Ile-de-France.

La Santé en action : **Comment se pose la question de l'interculturalité au collège Évariste-Galois où vous enseignez ?**

Carole Merlet : Le collège est un établissement classé en REP+¹, qui compte environ 400 élèves, dont une partie sont issus de milieux défavorisés. Chaque année, la classe UPE2A² accueille entre 20 et 30 jeunes étrangers, de 11 à 16 ans, pour une période variant de trois mois à une année scolaire. Il y a pratiquement autant de nationalités que d'élèves. Ce « dispositif de remédiation ou d'adaptation », au sein duquel ils suivent des cours intensifs de français, a pour objectif de leur faire intégrer les classes ordinaires où ils doivent être scolarisés, en leur permettant de trouver progressivement leur place avec leur propre bagage culturel et leur propre chemin de vie. Cela passe d'abord par une valorisation de leur biographie langagière³, c'est-à-dire de leurs propres ressources, afin de donner du sens à l'apprentissage de la maîtrise de la nouvelle langue : la langue française. Celle-ci va devenir

une langue partagée par les élèves, afin de pouvoir s'exprimer sur soi, échanger avec les autres et qu'ainsi la culture soit un flux qui circule entre les élèves.

S. A. : **Par quels moyens concrets soutenez-vous ce cheminement ?**

C. M. : Nous avons mis en place un système de tutorat, fondé sur le volontariat. Chaque nouvel arrivant est accompagné par un premier tuteur, qui est un élève plus ancien de la classe UPE2A, puis par un élève de classe ordinaire. Il faut bien comprendre que les nouveaux arrivants n'ont pas tous le même emploi du temps ; certains intègrent rapidement des cours ordinaires, parce qu'ils ont le niveau dans certaines matières, notamment en langues étrangères. La façon dont on prend la parole en classe est différente d'un pays à l'autre ; ce n'est pas moi ou mon collègue de mathématiques qui expliquons comment nous pratiquons ici, mais le tuteur. Le tutorat permet de développer la capacité à aider l'autre, en le guidant dans ce nouvel univers. Il tisse des relations intéressantes entre élèves et crée de la collaboration entre eux. Les nouveaux arrivants bénéficient ainsi d'un autre repère que l'adulte. Nouer un lien social avec des jeunes de leur âge est important pour eux.

Le tutorat est complété par le dispositif de médiation par les pairs, qui est constitué d'élèves également volontaires et formés selon un protocole d'apprentissage, leur permettant

L'ESSENTIEL

■

➤ **Le collège Évariste-Galois à Nanterre a mis en place un dispositif d'accueil spécifique des élèves venus de pays étrangers et ne maîtrisant pas ou peu la langue française.**

➤ **Ces élèves allophones sont tutorés par d'autres élèves, dont certains sont formés et officient comme médiateurs pairs. Les nouveaux arrivants bénéficient ainsi d'un autre repère que l'adulte.**

➤ **Ce dispositif semble avoir une influence bénéfique sur plusieurs indicateurs : taux d'absentéisme très bas, bons résultats au brevet.**

de développer des compétences afin de favoriser le vivre-ensemble, que ce soit à travers les techniques de communication reposant sur la bienveillance, la régulation de conflits et l'apprentissage et la découverte de l'autre. L'origine des tensions entre élèves ne me paraît guère liée à la diversité culturelle, mais davantage aux confrontations classiques propres aux adolescents. Dans ce cadre de dialogue, il est possible d'aborder les différences – par exemple, pourquoi on ne s'embrasse pas dans certains pays pour se saluer. La médiation par les pairs est un moyen d'essayer de comprendre ce que ressent ou vit l'autre et de se familiariser avec les codes de l'école.

S. A. : Avez-vous mis en place un programme pour favoriser l'interculturalité ?

C. M. : Nous n'avons pas de programme estampillé de la sorte. C'est en vivant ensemble dans le respect mutuel des différences que l'interculturalité se développe. En revanche, nous menons de nombreux projets artistiques et culturels. Pour prendre un exemple, comme dans de très nombreux collèges, nous avons une initiative intitulée « Collège au cinéma », au sein de laquelle les trois films visionnés dans l'année servent de base à un dialogue sur des thèmes choisis et emblématiques. *Les Quatre Cents Coups* de François Truffaut ont ainsi permis de travailler sur la culture scolaire française, ce qu'elle était à l'époque et en quoi elle diffère aujourd'hui, y compris de celle d'autres pays. Le film saoudien *Wadjda*, qui raconte l'histoire d'une jeune fille de 12 ans prête à tout pour posséder un vélo dans un pays où il est interdit aux femmes, provoque forcément des réactions diverses chez les élèves. De même que le film français *Tomboy*, où l'héroïne âgée de 10 ans se fait passer pour un garçon dans le nouveau quartier où elle vient d'emménager. Avec des travaux d'expression variée (oraux, écritures, réécritures), nous décryptons les messages que nous avons reçus en tant que spectateurs et les messages que les cinéastes ont voulu faire passer. Notre idée est, dans cet exercice, de ne pas taire la parole de l'élève : ce dernier a le droit d'être choqué par une idée ou une attitude

qu'il juge peu adaptée ou incorrecte. Le défi, c'est de générer une culture commune, sans gommer les cultures respectives, les accents ou les origines, et faire en sorte que des habitudes culturelles différentes n'empêchent pas les nouveaux arrivants de s'épanouir dans le système scolaire français.

S. A. : Quels retours avez-vous des élèves allophones sur la façon dont vous les accompagnez ?

C. M. : Les élèves allophones sont très sensibles à notre projet éducatif qui leur donne confiance en eux. Ils sont parfois surpris – lorsqu'ils intègrent la classe ordinaire – de l'attitude de certains élèves qui n'ont pas fait leurs devoirs, chahutent en cours ou répondent à l'enseignant ! Quelques-uns n'osent pas prendre la parole en classe à cause de leur accent ; le français est une langue difficile à maîtriser, et c'est une source d'appréhension pour eux que de s'exprimer imparfaitement. Il est important de faire comprendre aux non-allophones que si leurs camarades ne parlent pas bien français, ils peuvent en revanche être très bons en anglais ou en espagnol, ou en mathématiques. Et il ne faut d'ailleurs pas longtemps pour que les élèves non allophones se rendent compte des compétences de leurs pairs.

S. A. : Quel bilan pouvez-vous dresser de cette démarche ?

C. M. : Plusieurs indicateurs montrent que cette approche a des effets positifs. Le taux d'absentéisme



© The Solomon R. Guggenheim Foundation / Art Resource, NY / Dist. RMN-Grand Palais / The Solomon R. Guggenheim Foundation / Art Resource, NY © Adagp, Paris, 2017

des élèves de l'UPE2A du collège est très bas, le taux d'obtention, en fin de troisième, du diplôme national du brevet (DNB) est élevé. Une proportion importante d'élèves est toujours scolarisée dans la voie d'orientation choisie après le collège. Nous enregistrons par ailleurs peu de visites à l'infirmerie, ce qui peut être interprété comme un signe de bien-être. Et en outre, nous notons un vrai démarrage de la vie sociale des élèves allophones ; nous les observons dans la cour ou à la cantine avec des copains. Quelques-uns sont devenus délégués de classe ; d'autres participent au conseil de la vie du collège. Ce sont des tendances encourageantes. La réussite de ces élèves comme de ce dispositif à géométrie variable témoignent que l'école remplit magnifiquement sa mission à l'origine de notre République. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, journaliste.

RÉSEAUX D'ÉDUCATION PRIORITAIRE DANS LES QUARTIERS EN GRANDE DIFFICULTÉ SOCIALE

À la rentrée 2016, 364 collèges faisaient partie des réseaux d'éducation prioritaire plus ou REP+, qui concernent les quartiers ou les secteurs isolés connaissant les plus grandes concentrations de difficultés sociales ayant des incidences fortes sur la réussite scolaire. Ces réseaux entrent dans le cadre de la politique d'éducation prioritaire visant à réduire les écarts de réussite entre les élèves scolarisés en éducation prioritaire et ceux qui ne le sont pas. Les enseignants y bénéficient de conditions particulières d'exercice, qui favorisent le travail collectif des équipes : en particulier l'accompagnement et la formation des enseignants pour le développement de pratiques pédagogiques et éducatives cohérentes, bienveillantes et exigeantes, adaptées aux besoins des élèves et inscrites dans la durée. Elles permettent notamment de développer et de faciliter le travail collectif et la formation continue.

Pour en savoir plus

● Rentrée 2016 : modification de la liste des écoles et des établissements inscrits dans le programme REP+ depuis la rentrée 2015. Arrêté du 1^{er} août 2016, paru au *Bulletin officiel* du 25 août 2016. En ligne : http://www.education.gouv.fr/pid285/bulletin_officiel.html?cid_bo=105505

1. Réseau d'éducation prioritaire plus.
2. Unité pédagogique pour les élèves allophones arrivants.
3. « La biographie langagière favorise l'implication de l'apprenant dans la planification de son apprentissage, dans la réflexion sur cet apprentissage et dans l'évaluation de ses progrès. » (Définition du Conseil de l'Europe.)

Pour compléter ce dossier consacré à l'interculturalité, à l'interprétariat et à la médiation, voici un ensemble de ressources organisé en cinq parties : des documents de cadrage (rapports et enquêtes), une sélection bibliographique sur l'interprétariat et l'interculturalité au prisme des relations professionnels de santé-patients, des outils pour les professionnels, une sélection d'organismes-clés du domaine et enfin quelques références complémentaires (revues, dossiers documentaires, colloques et conférences) pour en savoir encore plus.

Laetitia Haroutunian,
documentaliste,
direction de la documentation,
Santé publique France.

RAPPORTS ET ENQUÊTES

- **La santé et l'accès aux soins des migrants : un enjeu de santé publique [numéro thématique].** *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* (BEH), septembre 2017, n^{os} 19-20 : p. 373-436. En ligne : <http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/19-20/index.html>
- **Simonnot N., Rodriguez A., Nuernberg M., Fille F., Arana-Fernandez P.E., Chauvin P. L'accès aux soins des personnes confrontées à de multiples facteurs de vulnérabilité en santé dans 31 villes de 12 pays. Rapport 2016 de l'Observatoire du réseau international de Médecins du Monde.** Paris : Médecins du Monde, 2016 : 51 p. En ligne : <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01493902>
- **Jaeger M., Jovelin E., Madoui M., Bogalska-Martin E., Emsellem S. Parcours de vie des personnes âgées immigrées [numéro thématique].** *Vie Sociale*, décembre 2017, n^o 16 : 243 p.
- **Schwarzinger M., Direction générale de la santé. Usage et opportunité du recours à l'interprétariat professionnel dans le domaine de la santé. Analyse des pratiques d'interprétariat en matière de prévention et de prise en charge du VIH/sida, de la tuberculose et du diabète [rapport d'étude].** Paris : ministère des Affaires sociales et de la Santé, décembre 2012 : 139 p. En ligne : http://www.ladocumentationfrancaise.fr/docfra/rapport_telechargement/var/storage/rapports-publics/164000116.pdf
- **Beauchemin C., Hamel C., Simon P. Trajectoires et origines : Enquête sur la diversité des populations en France.** Paris : Institut national d'études démographiques (Ined), coll. Grandes Enquêtes, 2016 : 624 p. En ligne : https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/24668/grande.enquetes_teo_fascicule.fr.pdf
- **Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (Uniopss), Médecins du Monde, Fédération Addiction. Projet de loi santé. Favoriser l'égalité et l'accès à la santé sur les territoires. Plateforme des propositions communes des associations de solidarité intervenant dans le champ de la santé.** Paris : Uniopss, 2015 : 55 p. En ligne : https://www.federationaddiction.fr/app/uploads/2015/03/plateforme_UNIOPSS.pdf
- **Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (Ireps) Rhône-Alpes, Inter-service migrants – Centre d'observation et de recherche sur l'urbain et ses mutations (ISM-CORUM). Étude sur les problématiques d'accès la santé et aux soins des personnes immigrées.** Lyon : Ireps Rhône-Alpes, septembre 2012 : 70 p. En ligne : http://www.pieros.org/wp-content/uploads/2016/05/Etude1395_psante.pdf
- **Vaissade L., Maquinghen S., Observatoire régional de la santé d'Auvergne, direction régionale de la Jeunesse, des Sports, et de la Cohésion sociale d'Auvergne. État des lieux de l'offre et de la demande d'interprétariat et de traduction en milieu socio-médical en Auvergne et pistes d'améliorations : rapport complet.** Clermont-Ferrand : DRJSCS Auvergne, 2012 : 39 p. En ligne : http://auvergne-rhone-alpes.drjscs.gouv.fr/sites/auvergne-rhone-alpes.drjscs.gouv.fr/IMG/pdf/2012-08-09_Rapport_final_etude_interpretariat.pdf
- **Lazarus A. Vers un système de soins universel et adapté aux diversités : les bonnes intentions de l'hôpital mises à l'épreuve par ses utilisateurs migrants. In : Concilier bien-être des migrants et intérêt collectif : état social, entreprise et citoyenneté en transformation.** Strasbourg : éditions du Conseil de l'Europe, coll. Tendances de la cohésion sociale, n^o 19, 2008 : p. 199-222. En ligne : https://www.coe.int/t/dg3/socialpolicies/socialcohesiondev/source/Trends/Trends-19_FR.pdf
- **Enfants et familles sans logement – Rapport d'enquête ENFAMS. Enfants et familles sans logement personnel en Ile-de-France. Premiers résultats de l'enquête quantitative.** *Observatoire du Samu Social de Paris*. 2014. 442 p. En ligne : https://www.samusocial.paris/sites/default/files/enfams_rapport_final.pdf

SÉLECTION BIBLIOGRAPHIQUE

INTERPRÉTARIAT

- **L'interprétariat en santé mentale [dossier].** *Les Cahiers de Rhizome*, février 2015, n° 55 : 97 p. En ligne : http://www.infomie.net/IMG/pdf/rhizome_55.pdf
- **Rose M. Le patient étranger, le soignant et le traducteur.** *Santé mentale*, 2015, n° 200 : p. 56-60.
- **Rouff-Fiorenzi K. Mots à maux.** *Lien social*, 2015, n° 1170 : p. 42-43.
- **Kotobi L., Larchanché S., Kessar Z. Enjeux et logiques du recours à l'interprétariat en milieu hospitalier : une recherche-action autour de l'annonce d'une maladie grave.** *Migrations santé* [dossier : Les soignants face aux migrants : représentations et pratiques cliniques], 2013, n° 146-147 : p. 53-80.
- **Knüsel R. L'interprétariat communautaire, une chance et une obligation pour le développement de la qualité.** *Bulletin des médecins suisses*, 2011, vol. 92, n° 4 : p. 135-136. En ligne : <https://saez.ch/de/resource/jf/journal/file/view/article/saez.2011.15768/2011-04-1076.pdf/>
- **Ben Ameer A. L'interprétariat en milieu social en France. Quarante ans de pratique pour faciliter l'intégration, la communication et la compréhension avec les migrants.** *Hommes & Migrations*, 2010, n° 1288 : p. 86-91. En ligne : <https://hommesmigrations.revues.org/868>
- **Tabouri A. L'interprétariat dans le domaine de la santé. Une question aux enjeux souvent ignorés.** *Hommes & Migrations*, 2009, n° 1282 : p. 102-106. En ligne : <https://hommesmigrations.revues.org/456>
- **Van Meerbeeck P., Jacques J.-P. L'inattendu. Ce qui se joue dans la relation soignant-soigné.** Louvain-la-Neuve : De Boeck Université, coll. Oxalis, 2009 : 335 p.
- **Joss M. Bien plus que l'interprétariat : l'interprétariat communautaire, une base de confiance pour le traitement des patients migrants.** *Bulletin des médecins suisses*, 2008, vol. 89, n° 8 : p. 320-322. En ligne : <https://bullmed.ch/fr/resource/jf/journal/file/view/article/bms.2008.13297/2008-08-009.pdf/>
- **Veïsse A., Mete-Yuva G., Gaudillière B., Tryleski P., Chardin C., Comité médical pour les exilés. L'interprétariat, pour en finir avec les malentendus [dossier].** *Maux d'exil*, 2008, n° 24 : 8 p. En ligne : <http://www.comede.org/download/n24-linterpretariat-pour-en-finir-avec-les-malentendus-septembre-2008/>
- **Sherlaw W. Dimension bio-psycho-socio-culturelle de l'homme : mises en scène et traductions interculturelles de la santé publique** [Thèse en Science de l'information et de la communication]. Nantes :

université de Nantes, 2006 : 215 p. En ligne : <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Individuel/Memoires/2006/theseSherlawWilliam2.pdf>

INTERCULTURALITÉ

- **Chaput-Le Bars C. Histoires de vie et travail social.** Rennes : Presses de l'EHESP, coll. Politiques et Interventions sociales, 2017 : 219 p.
- **Debout C., Dufour D., Davoudian C., Courtois E. L'interculturalité dans les soins.** *Cahiers de la puéricultrice*, août 2013, vol. 50, n° 269 : p. 9-25.
- **Mokrane S., Tilmans-Cabiaux C., Ravez L. Interculturalité et soins de santé. Un questionnement éthique.** Namur : Presses universitaires de Namur, coll. Épistémologie et Éthique du vivant, 2013 : 253 p.
- **L'interculturalité [dossier].** *Les Cahiers dynamiques*, 2012, n° 57 : 122 p.
- **Soleymani D. L'interculturalité en soins et son management.** *La Revue hospitalière de France*, 2012, n° 547 : p. 54-57.
- **Cohen-Emerique M. Pour une approche interculturelle en travail social - Théories et Pratiques.** PRESSES de l'EHESP, Rennes, 2011.
- **Verbunt G. La Question interculturelle dans le travail social : repères et perspectives.** Paris : La Découverte, Coll. Alternatives sociales, 2009, 240 p.
- **Cantelli F. Temps fort du médiateur, temps mort d'une politique : ethnographie des politiques de médiation interculturelle dans les hôpitaux.** *L'Observatoire*, 2011, n° 69 : p. 89-93.
- **Vonarx N., Debout C., Bourdin M.-J., Héron M. La dimension culturelle dans les situations de soins.** *Soins*, 2010, vol. 55, n° 747 : p. 15-39.
- **Jacques B. Soins interculturels.** *Soins gérontologie*, 2010, n° 82 : p. 23-25.
- **Tessier S. dir. Familles et institutions : cultures, identités et imaginaires.** Toulouse : Érès, coll. Pratiques du champ social, 2009 : 314 p.
- **Fond-Harmant L., Tal Dia A. Santé publique et transfert de compétences Nord-Sud : les conditions d'une approche inter-culturelle.** *Santé publique*, 2008, vol. 20, n° 1 : p. 59-67. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2008-1-page-59.htm>
- **La multiculturalité : un défi pour la médecine occidentale [dossier].** *Ethica Clinica*, mars 2008, n° 49 : 79 p.
- **Cognet M., Montgomery C. dir. Éthique de l'altérité. La question de la culture dans le champ de la santé et**

des services sociaux. Québec : Presses de l'université Laval, coll. Société, cultures et santé, 2007 : 282 p.

• Deschamps C. **L'altérité culturelle dans la prise en charge hospitalière.** *Louvain médical*, 2005, vol. 124, n° 1 : p. 46-49.

• Meddour S. **Soin et respect des croyances : ou comment soigner le corps dans le respect des âmes.** *Droit, déontologie et soin*, juin 2005, vol. 5, n° 2 : p. 148-182.

ACCOMPAGNEMENT, PRISE EN CHARGE, FORMATION DES PROFESSIONNELS

• Haute Autorité de Santé. **Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé. Référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques.** Saint-Denis : HAS, coll. Recommandation en santé publique, octobre 2017 : 50 p. *En ligne* : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2801508/fr/interpretariat-dans-le-domaine-de-la-sante-referentiel-de-competences-formation-et-bonnes-pratiques

• Haute Autorité de Santé. **La Médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins. Référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques.** Saint-Denis : HAS, coll. Recommandation en santé publique, octobre 2017 : 56 p. *En ligne* : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2801509/fr/la-mediation-en-sante-pour-les-personnes-eloignees-des-systemes-de-prevention-et-de-soins-referentiel-de-competences-de-formation-et-de-bonnes-pratiques

• Bourgeois B. **La créativité des soignants face à la barrière linguistique.** *L'Aide-soignante*, 2016, vol. 30, n° 176 : p. 26-29.

• Soyer L. **Développer une compétence interculturelle.** *Objectifs soins et Management*, 2016, n° 244 : p. 26-30.

• Piolat J. **L'Action pour la santé en contexte multiculturel.** Bruxelles : Cultures & santé, 2016 : 42 p. *En ligne* : <http://www.cultures-sante.be/component/phocadownload/category/22-pdf-ps-2016.html?download=230:la-sante-en-milieu-multiculturel>

• Tessier S., Marchal J., Bouthelot M., Groslier M.-H. **La puéricultrice face à la diversité des publics : une expérience pédagogique.** *Revue Sociologie et santé* [dossier thématique « Formations, santé, social : la fabrication des nouvelles générations professionnelles »], n° 37, octobre 2014 : p. 157-176.

• Benoit M., Dragon J. **Le travail de soins en situation linguistique minoritaire. Éléments pour une réflexion éthique sur la collaboration interprofessionnelle avec les traducteurs/interprètes au Canada.** *Perspective soignante*, 2013, n° 48 : p. 112-135.

• Gabai N., Furtos J., Maggi-Perpoint C., Gansel Y., Danet F., Monloubou C. *et al.* **Migration et soins**

périnataux : une approche transculturelle de la rencontre soignants-soignés. *Devenir*, 2013, vol. 25, n° 4 : p. 285-307.

• Fortin S., Kotobi L., Larchanche S., El Moubaraki M., Cognet M., Sauvegrain P. **Les soignants face aux migrants : représentations et pratiques cliniques [numéro thématique].** *Migrations Santé*, 2013, n° 146-147 : 176 p.

• Conseil de l'Europe. **Pour construire une culture institutionnelle inclusive : compétences interculturelles dans les services sociaux. Guide méthodologique.** Strasbourg : éditions du Conseil de l'Europe, 2011 : 138 p.

• Kulakowski C. **Au-delà des recommandations, comment mener à bien des projets interculturels ? Avec quels moteurs, quels freins et quels obstacles ? Journée d'étude du CIEP : « Interculturalité : À la croisée des diversités ».** Louvain-la-Neuve, 25 février 2011 : 6 p. *En ligne* : http://www.cbai.be/resource/docsenstock/services_aux_asbl/Kulakowski_CIEP.pdf

• De Jonckheere C., Chalverat C., Rufini Steck L., Elghezouani A. **Le Thérapeute et le Diplomate : modélisation de pratiques de soin aux migrants.** Genève : Institut d'études sociales (IES), coll. Centre de recherche sociale, 2011 : 204 p.

• Lazarus A. **Hôpital Avicenne : comment s'adapter aux patients migrants.** *La Santé de l'homme*, septembre-octobre 2008, n° 397 : p. 43-45. *En ligne* : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/pdf/sante-homme-397.pdf>

• Bouchaud O. **Intégrer les représentations culturelles dans la prise en charge des migrants.** *La Santé de l'homme*, novembre-décembre 2007, n° 392 : p. 25-27. *En ligne* : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/pdf/sante-homme-392.pdf>

• Hagan A. **La compétence culturelle des infirmières.** *Cahiers Metiss*, 2007, vol. 2, n° 1 : p. 9-21. *En ligne* : http://www.csssdelamontagne.qc.ca/fileadmin/csss_dlm/Publications/Publications_CRF/Cahiers-metiss_2_en_ligne.pdf

• Tison B. **Soins et Cultures. Formation des soignants à l'approche interculturelle.** Issy-les-Moulineaux : Masson, 2007 : 256 p.

GUIDES POUR LA PRATIQUE

• **Questionner les représentations sociales en Promotion de la santé.** Bruxelles : Cultures & Santé asbl, 2013 : 54 p. *En ligne* : <http://www.cultures-sante.be/component/phocadownload/category/15-pdf-ps-2013.html?download=133:questionner-les-representations-sociales-en-promotion-de-la-sante>

• Comité pour la santé des exilés (Comede). **Migrants/étrangers en situation précaire. Soins et accompagnement. Guide pratique pour les professionnels.** Paris : Comede, 2015 : 527 p. *En ligne* : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1663.pdf>



© Ville de Marseille, Dist. RMN-Grand Palais / David Giacometti

• **Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes).** *Livret de santé bilingue pour mieux informer et mieux communiquer avec les personnes migrantes.* Saint-Denis : Inpes, 2006 : 96 p. En ligne (disponible en 22 langues) : http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/redir_lsb.asp

• **Assistance publique-Hôpitaux de Paris.** *Kit de communication pour améliorer le dialogue entre les équipes soignantes et les patients.* Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson, 2010 : 65 p.

ORGANISMES

• Association Française et Eugène Minkowski

Créée sous l'égide d'Eugène Minkowski, médecin et philosophe, l'association Française et Eugène Minkowski a pour mission de « soigner, former, transmettre et informer » dans un contexte « d'appréhension de l'individu dans sa singularité et sa globalité ». Ses actions se matérialisent selon trois pôles :

- le centre Française Minkowska, créé en 1962 pour assurer l'accueil de tout migrant et réfugié ayant des besoins de soins en santé mentale (consultations de psychiatrie transculturelle) ;
- un pôle « Formation » destiné aux professionnels rencontrant des personnes migrantes et réfugiées et permettant l'acquisition des compétences pour travailler en situation transculturelle ;
- un pôle « Enseignement et Recherches » : contribution à des enseignements universitaires, mise en place de séminaires scientifiques et réalisation de travaux de recherche en partenariat avec des chercheurs associés.

<http://www.minkowska.com/>

• Comité pour la santé des exilés (Comede)

Créé en 1979, le Comité pour la santé des exilés a pour mission la protection de la santé des exilés et la défense de leurs droits. En plus de permanences téléphoniques pour les particuliers ou

les professionnels, le comité propose plusieurs types d'accompagnement, répartis sur différents sites : les consultations médicales, infirmières, psychothérapeutiques et sociojuridiques au centre de santé (hôpital de Bicêtre) ; la formation, en direction des professionnels de santé, du social et du droit ; l'information, à travers le « Centre-ressources » national ; une assistance juridique par téléphone ou sur rendez-vous pour les particuliers ou les professionnels à l'Espace Santé Droit (ESD, hôpital Avicenne). Chaque année, le Comede édite par ailleurs à destination des professionnels un guide d'accompagnement des migrants/étrangers en situation de précarité dans le système de soins ; il produit également la lettre d'information *Maux d'Exil* (voir partie « Revues »).

<http://www.comede.org/>

• Cultures & santé

Cultures & Santé est une association belge de promotion de la santé, d'éducation permanente et de cohésion sociale. L'association met en œuvre et soutient des actions à destination des personnes vivant dans des contextes où les inégalités sociales se font particulièrement sentir (parmi elles, les migrants). Le site web de l'association propose de nombreuses ressources pour les professionnels : outils et guides d'animation, adaptés à un usage en collectif avec des publics multiculturels et/ou peu scolarisés. La rubrique « Centre Doc » présente également une panoplie de services : accès à une base de données d'outils pédagogiques (« pédagogthèque »), au catalogue de la bibliothèque (accès à près de 7 000 références), à une collection de dossiers documentaires et à des notes de lectures (rubrique « Lu pour vous »). [Source de la présentation : site web Cultures & Santé.]

<http://cultures-sante.be/>

• IRIS, plateforme interprofessionnelle de ressources en interculturelité et santé

Action pilotée par le Comité d'éducation pour la santé du Gard (Codes 30), la plateforme IRIS a pour but de « renforcer et d'améliorer l'accompagnement des personnes immigrées afin

de favoriser leur accès à la santé et aux droits par des actions de sensibilisation, formation et échanges de pratiques en direction des professionnels, et la création d'un outil pédagogique ». La plateforme propose un ensemble de ressources organisé en trois parties : « Comprendre » qui propose des définitions, actualités, les plans et programmes de référence, des données d'enquête sur l'interculturalité ; « Agir » qui présente des guides pratiques pour construire des actions en interculturalité, des outils pédagogiques et un répertoire d'acteurs ; « Pour aller plus loin », une sélection de ressources complémentaire sur les questions d'interculturalité en santé. [Source : site web IRIS.]

<http://www.agisante-gard.org/>

• Migrations santé France : comité médico-social pour la santé des migrants

Migrations Santé France est une association à but non lucratif, dont l'objectif est d'« améliorer l'accès aux soins des migrants et de leurs familles en développant des actions de formation, de recherche et d'information auprès des professionnels de la santé et l'action sociale ». Ses actions se déclinent en plusieurs volets : promotion de la santé – permanences d'orientation socio-sanitaire, d'écoute psychologique, mise à disposition d'information, mise en place de séances de dépistage et diagnostics médico-sociaux, mise en réseaux de partenaires ; formation des professionnels de santé et du social – programme annuel ou « sur-mesure » ; animation scientifique – journées d'études, colloques, séminaires ; mise à disposition d'informations à travers l'édition d'une revue (*Migrations Santé*) et un centre de ressources documentaires, centre de référence sur la thématique Migration/santé/culture. [Source : site web Migrations Santé.]

<https://migrationsante.org/>

• R.E.G.A.R.D.S : Repenser et gérer l'altérité pour refonder la démocratie et les solidarités

R.E.G.A.R.D.S. est une association qui a pour mission le développement d'une réflexion sur l'implication de la culture dans les relations professionnelles et institutionnelles. Réunissant professionnels de santé, sociologues et anthropologues, les actions de l'association sont multiples : élaborer des méthodologies d'intervention dans le travail de proximité ; former et accompagner les professionnels pour la mise en place de dispositifs en interculturalité ; évaluer les interventions des secteurs sanitaire, social, judiciaire, éducatif, dans une perspective interculturelle ; proposer des rencontres thématiques en lien avec l'altérité et la diversité (les « samedis » de REGARDS).

<http://dautresregards.semi-k.net/>

POUR EN SAVOIR ENCORE PLUS

REVUES

• **Hommes & Migrations** est une revue éditée par la Cité nationale de l'histoire de l'immigration, spécialisée sur les faits migratoires et leurs conséquences. Des dossiers consacrés à la santé y sont régulièrement publiés. La revue est publiée en libre accès après un délai de restriction de trois ans.

<https://hommesmigrations.revues.org/>

• **Migrations santé** est une revue trimestrielle éditée par l'association Migrations Santé France ; elle est dédiée à l'information et à la réflexion sur la santé des migrants et de leurs familles.

<https://migrationsante.org/sujets/la-lettre/>

• **Maux d'exil** est une lettre trimestrielle éditée par le Comité pour la santé des exilés (Comede). Elle est destinée aux professionnels de la santé, du social, du droit, de l'administration, de l'enseignement et de la recherche, intervenant auprès de personnes migrantes ou réfugiées. La lettre est gratuite et peut être téléchargée intégralement.

<http://www.comede.org/maux-dexil/>

• **Revue sociologie santé** est une revue thématique créée dans le cadre du Laboratoire de sociologie de la santé à l'université Victor-Segalen Bordeaux 2. Elle est désormais adossée à l'UMR ADES CNRS, devenue l'UMR 5319 Passages-CNRS-université de Bordeaux. Elle présente des résultats de recherches et d'analyses dans les disciplines des sciences humaines au sein du champ socio-sanitaire. À travers une confrontation d'idées entre professionnels de la santé et universitaires, *Revue sociologie santé* développe l'analyse des enjeux collectifs qui déterminent les stratégies des acteurs dans le champ de la santé et appuie la réflexion interdisciplinaire.

<http://www.revue-sociologie-sante.fr>

DOSSIERS DOCUMENTAIRES

• Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes). La santé des migrants [dossier bibliographique]. Paris : Irdes, 2016 : 236 p. En ligne : <http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-sante-des-migrants.pdf>

• Centre de documentation Cultures & Santé. *Relation soignant-soigné en contexte multiculturel* [dossier bibliographique thématique]. Bruxelles : Cultures & Santé asbl, septembre 2011, n° 9 : 31 p. En ligne : <http://www.cultures-sante.be/component/phocadownload/category/6-dossiersthematiques.html?download=47:relations-soignant-soigne>

COLLOQUES ET CONFÉRENCES NATIONALES

• *Interprétariat en santé : traduire et passer les frontières* [colloque]. Bordeaux : université de Bordeaux, 8-9 décembre 2016. En ligne : <https://anthropologie-sociale.u-bordeaux.fr/Agenda/Colloque-Interpretariat-en-sante-traduire-et-passer-les-frontieres>

• Interprétariat, Santé et Prévention [colloque]. Paris : ministère de la Santé, 18 mars 2010. Vidéos du colloque en ligne sur la chaîne YouTube de l'ISM : <https://www.youtube.com/channel/UCqvlrUOdKbrP-oQVKsQtd8Q>

• L'interprétariat médical et social professionnel. Exercice effectif des droits et de la santé dans une société plurielle [conférence]. Strasbourg : École nationale d'administration, 14 novembre 2012. En ligne : <http://www.conference.migrationssante.org>

Les liens mentionnés ont été consultés le 27 octobre 2017. Les références ont été classées en ordre chronologique inversé et les organismes ont été classés par ordre alphabétique.

Centre municipal de santé de Gennevilliers : « Offrir à tous une médecine moderne de qualité »

Entretien avec Alain Tyrode,

médecin-directeur du centre municipal de santé Étienne-Gatineau-Sailliant, Gennevilliers.

La Santé en action : Pourquoi avoir accepté ce poste dans cette ville de la banlieue parisienne, dont vous dites qu'elle vous « prend aux tripes » ?

Alain Tyrode : J'ai été nommé en 1983, à l'âge de 28 ans, peu de temps après la fin de mes études de médecine. J'avais fait un peu de médecine du travail à Bobigny, et puis quelques vacations à Gennevilliers à la demande de mon prédécesseur, Étienne Gatineau-Sailliant, qui voulait me convaincre de prendre sa suite. Je suis un enfant de la balle : mon père, kinésithérapeute, était chef du service kiné au Blanc-Mesnil (93). Médecin engagé et militant, je me suis tout de suite senti « en famille » dans cette ville ouvrière et communiste, pour laquelle les problèmes d'accès aux soins pour tous dans le cadre du service public ont toujours été une constante.

S. A. : Dans quel contexte territorial se situe le centre municipal de santé (CMS), en termes de population et d'offre médicale ?

A. T. : Si la municipalité est relativement riche grâce aux revenus du port autonome, la population ne fait pas partie des catégories sociales les plus aisées. Le taux de chômage avoisine les 20 % ; près de 11 % des personnes perçoivent la couverture maladie universelle (CMU) ; plus de la moitié des foyers ne paient pas l'impôt sur le revenu. Nous avons donc de nombreuses personnes en difficulté sociale. Aujourd'hui, la ville compte 35 médecins généralistes installés en

libéral pour près de 45 000 habitants. Comme dans les zones rurales, nous manquons de spécialistes – ophtalmologues et aussi radiologues, gynécologues, etc. Ces derniers travaillent à l'hôpital ou s'installent dans les quartiers les plus aisés, en secteur 2. Le rôle du CMS est d'offrir à tous une médecine moderne de qualité. Je dis bien à tous, car il ne s'agit pas de stigmatiser les pauvres en leur donnant un accès aux soins au rabais. Le profil des personnes qui fréquentent le centre s'est d'ailleurs peu à peu modifié, jusqu'à accueillir la classe moyenne.

S. A. : Quels services apporte le CMS aux habitants ?

A. T. : Nous disposons, depuis 2012, d'un bâtiment neuf – accessible aux handicapés, avec des codes couleur pour les malvoyants –, une structure à la hauteur de la qualité des soins proposés : la médecine générale en accueil quotidien, une vingtaine de spécialités, une infirmerie, un centre dentaire, un service de kinésithérapie. Nous avons investi dans les technologies les plus modernes, en ophtalmologie et en radiologie notamment. Et le tout est accessible sans dépassement d'honoraires et en réglant le ticket modérateur. Mais ceci est le fruit d'un projet qui a mis de nombreuses années à aboutir, avec plusieurs défis à relever. Le premier a été de recruter des généralistes et quelques spécialistes compétents et motivés ; ce n'est pas évident, au premier abord, d'arriver en banlieue et de se confronter à la souffrance sociale. Mais c'est possible à condition de leur proposer un travail dans une équipe pluridisciplinaire, avec des horaires leur permettant de concilier vie professionnelle et vie privée, un salaire à la hauteur et du matériel de

L'ESSENTIEL

▣ À Gennevilliers, un centre municipal de santé permet à l'ensemble des habitants d'accéder aux soins en médecine générale et en spécialités, à une infirmerie, à un centre dentaire et à un laboratoire d'analyses médicales.

▣ Le centre prend en charge les patients qui règlent le ticket modérateur et sans dépassements d'honoraires.

▣ C'est une alternative aux urgences pour les familles démunies qui n'ont pas les moyens de déboursier les 80 euros nécessaires à la visite à domicile d'un médecin urgentiste. Depuis 2013, des consultations de nuit et les jours fériés permettent une prise en charge via le 115, sans passer par les urgences d'un hôpital.

pointe. L'autre défi, c'était de faire face à la pénurie générale de spécialistes. En 2000, nous nous sommes rapprochés de l'hôpital Louis-Mourier de Colombes pour tisser des liens. Et nous avons signé une convention de partenariat avec l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) en 2002 ; elle organise des consultations avancées de spécialistes dans nos locaux – urologie, rhumatologie, gastroentérologie, pneumologie, etc. Cette convention a été renouvelée à l'été 2017 pour conforter le dispositif et l'amplifier, par exemple en pédiatrie.

S. A. : Quels sont les bénéfices de ces conventions en termes de réduction des inégalités sociales de santé ?

A. T. : Nous offrons un service de proximité pour les malades, y compris pour les personnes atteintes des pathologies les plus lourdes. Le CMS est comme un hôpital, mais sans les lits ! Par exemple, un gastroentérologue est détaché de son service trois heures

Gennevilliers

Un centre municipal de santé qui permet l'accès aux soins

par semaine ici pour des consultations en ambulatoire. Si une opération est nécessaire, nous pouvons prendre en charge le pré- et le post-hospitalier. Cela permet une meilleure programmation des plateaux techniques à l'hôpital, évitant au patient de recommencer les examens quand il s'y rend. Le grand gagnant, c'est l'utilisateur. Cette organisation met la qualité hospitalière aux plus près des gens humbles. C'est une de nos grandes réussites.

S. A. : Vous avez également mis en place des permanences médicales de soirée et de week-end. En quoi participent-elles à un meilleur accès aux soins pour tous ?

A. T. : Ces consultations, qui ont lieu du lundi au samedi de 20 heures à minuit et les dimanche et jours fériés de 9 heures à 13 heures, ont été ouvertes en mars 2013. Elles répondent à un constat. Les généralistes libéraux n'assurent plus ces permanences ; les familles les plus démunies n'ont pas les moyens de déboursier les 80 euros nécessaires pour recourir à SOS Médecins et se tournent vers les urgences. L'engorgement dans ces services provoque des tensions, des incivilités, voire de la violence. Là aussi, il a fallu du temps pour concrétiser ce projet, avec un projet d'organisation (*business plan*) pertinent. Ces consultations sont effectuées par des généralistes du CMS et par des

libéraux. Pour les convaincre, il fallait leur proposer un « revenu global nuit » attractif. Nous avons mis en place une prime d'astreinte d'un montant élevé, qui assure un minimum quelle que soit la fréquentation, complété par le paiement à l'acte. C'est un système qui fonctionne sur le principe des vases communicants : au fur et à mesure que le nombre de visites augmente – et donc la rémunération à l'acte –, la prime diminue. Et ce afin de maîtriser les coûts. Comme la profession s'est féminisée, nous avons engagé un vigile de nuit pour assurer la sécurité. Ces permanences offrent un service plus adapté et plus opérant qu'aux urgences, sans des heures d'attente, avec le tiers payant intégral. Elles deviennent un vrai recours pour les familles ; en 2016, elles ont accueilli en moyenne 7,15 patients (par jour) contre 3 en 2013.

S. A. : Ce modèle économique n'a-t-il pas un coût conséquent pour la collectivité ?

A. T. : Bien sûr, mais bien moins important que pour la même pathologie traitée aux urgences. Notre coût de revient se situe autour de 80 euros contre 220 euros par patient aux urgences, car il n'y a pas toute la charge financière administrative de l'hôpital, lequel de surcroît mobilise les spécialistes urgentistes sur des pathologies mineures. Le CMS propose globalement une manière de soigner plus efficace et moins coûteuse. Un malade diabétique bénéficie dans un même lieu d'une prise en charge collective, en prévention des complications, avec l'accès à un cardiologue, à un ophtalmo et même à un podologue, et ce sans dépassement d'honoraires. Les huit infirmières du centre font par exemple un travail pluridisciplinaire : elles sont chargées de la répartition des patients et des soins, et elles effectuent également des actes cotés, comme la rétinographie, les consultations d'éducation thérapeutique ou d'apnée du sommeil. Ceci permet à la structure de rentabiliser la masse salariale, tout en enrichissant les tâches des infirmières.

S. A. : Le niveau de fréquentation du centre est-il un critère d'évaluation des différents dispositifs de fonctionnement mis en place ?

A. T. : En 2015, nous avons enregistré 104 218 passages et 26 294 patients, soit environ 1 000 nouveaux patients

depuis 2013. 3 260 d'entre eux bénéficiaient de la CMU et 557 de l'aide médicale de l'État (AME). Ces chiffres montrent que le centre n'est pas dévolu à l'extrême pauvreté ; il est au contraire un facteur d'intégration des personnes en difficulté sociale, qui partagent les mêmes médecins avec des catégories plus favorisées. En 2015, les patients en affection longue durée (ALD) représentaient 4 094 personnes et 432 étaient en invalidité. C'est un pourcentage plus élevé que dans les cabinets médicaux libéraux, et il s'explique certainement par l'offre de spécialités du centre. Par exemple, 2 338 patients ont vu le podologue. Et c'est une spécificité du CMS qui propose l'accès à des professionnels pratiquant des actes peu ou pas remboursés par la sécurité sociale, comme la podologie. Ils sont gratuitement hébergés dans nos locaux, et en contrepartie, le tarif de leurs actes est plafonné. Ainsi, les personnes modestes peuvent accéder à des soins complémentaires qu'elles ne pourraient sans doute pas se payer autrement.

S. A. : Vous faites également de la prévention auprès des habitants des foyers Adoma¹. Quelle est l'importance de cette démarche proactive ?

A. T. : J'anime ces séances collectives d'éducation à la santé avec un interprète en langue arabe et muni d'un diaporama sur le diabète, le cholestérol, l'hypertension, les maladies infectieuses, dont le sida. Et j'y emmène mes internes depuis plus de dix ans. C'est fondamental d'aller sur le terrain, à la rencontre notamment des retraités immigrés qui habitent dans ces foyers. Dire « *la santé, c'est mon affaire* » est une approche très occidentale. Il faut leur donner le mode d'emploi et leur montrer concrètement l'intérêt de se soigner et de consulter, avant d'être gravement malade. Selon les directeurs des foyers, notre action porte ses fruits, puisque le nombre de leurs résidents qui ont désormais un médecin traitant augmente. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, journaliste.

PREMIER CENTRE MUNICIPAL DE SANTÉ À DEVENIR UNE « STRUCTURE HOSPITALIÈRE AVANCÉE »

Le centre municipal de santé (CMS) Étienne-Gatineau-Sailliant de Gennevilliers a, le 12 juillet 2017, signé une nouvelle convention-cadre d'affiliation avec les hôpitaux universitaires du Nord-Val-de-Seine (HUPNVS) de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) Il est ainsi le premier en France à devenir, dans ce cadre, une structure hospitalière avancée de l'AP-HP, au sein d'un territoire densément peuplé et caractérisé notamment par une difficulté d'accès pour les patients à des soins spécialisés en secteur 1. Le centre municipal dispose d'un nouveau label : « Affilié à l'AP-HP ». C'est Martin Hirsch, directeur général de l'AP-HP, qui a signé cette convention. La ministre des Solidarités et de la Santé Agnès Buzyn a assisté à la signature de ce partenariat auquel elle a apporté son soutien, rappelant que l'une de ses priorités est justement de « *mieux articuler les parcours de soins, dans l'intérêt des patients* ».

Source: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cp_partenariat_entre_ap-hp_et_cms_de_gennevilliers_12_juillet_2017.pdf

1. Ex-Société nationale de construction pour les travailleurs algériens (Sonacotral), créée en 1956, l'Adoma est aujourd'hui une société d'économie mixte, filiale du groupe SNI (Caisse des dépôts).

Mineurs étrangers isolés : enquête sur leur vécu et leur représentation des soins

Marion Guégan,

médecin généraliste, Lyon,

Élisabeth Rivollier

praticien hospitalier en médecine polyvalente,

permanence d'accès aux soins de santé (Pass), centre hospitalier universitaire (CHU), Saint-Étienne.

De jeunes étrangers mineurs arrivent sans famille, en quête d'un avenir dans notre pays. Une procédure de protection existe en France, mais les obstacles sont nombreux jusqu'à une protection effective leur permettant de se projeter (voir encadré page 44). En attendant une assurance maladie qui leur permettra un recours au système de droit commun, ces jeunes sont susceptibles de consulter dans les permanences d'accès de santé – Pass [1] (voir encadré ci-contre). Ainsi, des mineurs étrangers se rendent dans ces dispositifs hospitaliers, soit adressés par le conseil départemental, soit accompagnés par des bénévoles. Les motifs de consultation sont variables : troubles somatiques exprimés par le jeune ; suites de traumatismes ; demandes plus ou moins explicites formulées par les accompagnants ; éventuellement, demandes de dépistage.

Le nombre de passages à la Pass est variable selon les besoins de chacun. Les jeunes peuvent venir sans accompagnement pour des soins de médecine générale ambulatoires dispensés sans condition. Quand l'assurance maladie est en place et quand les soins hospitaliers, suite à diagnostic, ont été effectués, le relais dans certains cas est passé à un médecin généraliste.

Certains jeunes patients ont été rencontrés dans le cadre d'une étude qualitative par entretiens individuels

conduits par un médecin. Son objectif ? Connaître le vécu de ces mineurs et leurs représentations des soins depuis leur arrivée en France. Les 21 jeunes inclus dans cette recherche avaient eu recours à des soins curatifs ou préventifs à la Pass du centre hospitalier (CH) de Chambéry ou du centre hospitalier universitaire (CHU) de Saint-Étienne. Puis, ils avaient obtenu une protection au titre de mineurs isolés étrangers (MIE) ; enfin, au moment de l'entretien, ils avaient un médecin

traitant en ville. Ces entretiens se sont tenus dans leurs lieux de vie, en l'occurrence des foyers [2].

Un lieu où on les aide, sans discrimination

Il ressort en particulier de cette enquête que bon nombre des mineurs étrangers isolés ne comprennent pas le rôle et les missions particulières des Pass, et beaucoup assimilent la Pass à l'hôpital. Certains MIE considèrent que consulter à ce moment-là constitue

400 PERMANENCES D'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ SUR LE TERRITOIRE FRANÇAIS

Dispositif peu connu, les permanences d'accès aux soins de santé (Pass) ont été instaurées dans les établissements de santé par la loi d'orientation de lutte contre les exclusions à partir de 1998. Elles proposent un accueil inconditionnel et un accompagnement dans l'accès au système de santé des personnes sans couverture médicale ou avec une couverture partielle. Il s'agit de leur faciliter l'accès au système de santé et donc aux soins, et de les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits.

Environ 400 permanences d'accès aux soins de santé fonctionnent en France, implantées au sein des hôpitaux afin de disposer d'un accès aux plateaux techniques.

Elles travaillent avec les organismes dépendant de l'État, les collectivités et un réseau de professionnels médicaux et sociaux : caisses d'assurance maladie, médecins généralistes, service d'aide médicale urgente (Samu) social, centres de santé ou de vaccination, services municipaux de santé et centres communaux d'action sociale,

centres spécialisés (hébergement, obésité, cancer, virus de l'immunodéficience humaine – VIH, soins d'accompagnement et de prévention en addictologie) ; services de protection maternelle et infantile et planning familial ; centres médico-psychologiques ; ateliers Santé-Ville ; opérateurs privés (laboratoires, sociétés d'imagerie) ; associations humanitaires, etc.

Source : <https://www.ars.sante.fr/les-permanences-daccès-aux-soins-de-santé-0>

Pour en savoir plus

<http://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/lutte-contre-l-exclusion/acces-aux-soins-des-personnes-en-situation-de-precarite/article/precarite-acces-aux-soins>

<http://collectifpass.org/les-pass-des-laboratoires-dun-systeme-de-sante-en-devenir/>

Mineurs étrangers isolés
Enquête sur leur vécu et parcours

une obligation. Certains disent n'avoir pas reçu d'informations sur la Pass, quand d'autres pensent en avoir reçu, mais ne se souviennent plus de quelles informations il s'agit. Certains ont du mal à déterminer quelles personnes ils y ont rencontrées, ne différenciant pas l'assistant social, l'infirmier ou le médecin. En revanche, le dentiste de la Pass est bien identifié et jugé d'accès facile par rapport à celui consulté plus tard en ville.

Les mineurs étrangers isolés perçoivent globalement la Pass comme un lieu de soins gratuits, d'accès aux examens complémentaires et, pour certains, comme un relais vers d'autres professionnels de santé. La majorité d'entre eux ont le sentiment que les Pass sont réservées aux étrangers, ce qui n'est pas le cas. Ils apprécient la gentillesse et la disponibilité des intervenants, le fait de ne pas attendre et l'efficacité des soins. L'accueil et

l'organisation du service sont estimés faciles et bons. C'est un lieu où l'on s'occupe des gens, où on les aide, sans discrimination. Dans ce cadre, certains mineurs étrangers isolés mettent en avant la prise en compte de l'urgence médicale quand cela été nécessaire. Pour beaucoup d'entre eux, il s'agissait du premier contact avec la médecine non traditionnelle.

L'assurance maladie : beaucoup de confusions

Certains mineurs étrangers isolés méconnaissent complètement l'assurance maladie. Pour les autres, elle permet l'accès aux soins, elle est gratuite et rend possible l'obtention des médicaments. La plupart ont une connaissance partielle de son rôle et de son fonctionnement, avec beaucoup d'idées fausses, notamment autour de la question de la durée et du renouvellement de la couverture maladie.

L'un d'entre eux se déclare perdu entre l'aide médicale de l'État (AME) qu'il a obtenue dans un premier temps et la couverture maladie universelle (CMU) à laquelle il a ensuite eu accès. L'un d'eux insiste sur le côté très positif pour lui d'avoir accès à la CMU, car elle lui permet de bénéficier de soins « normaux ». Certains évoquent les limites de la CMU, à savoir que tout n'est pas remboursé.

L'éducateur : pilier de la prise en charge en santé

Les mineurs rencontrés s'en remettent à leurs éducateurs pour toutes les questions concernant leur santé. En effet, selon la réponse donnée par l'éducateur aux demandes du jeune, s'ensuit ou non une prise en charge médicale. Les éducateurs apparaissent donc être des acteurs déterminants de leur accès aux soins. Ils apportent un soutien logistique, notamment

EN 2016, 8 000 MINEURS NON ACCOMPAGNÉS RECENSÉS EN FRANCE

La loi relative à la protection de l'enfant (n° 2016-297 du 14 mars 2016) a rappelé la notion de « *mineurs privés temporairement ou définitivement de la protection de leur famille* » au sein du Code de l'action sociale et des familles (article L. 221-2-2). Les jeunes « *privés temporairement ou définitivement de la protection de leur famille* » entrent dans le droit commun de la protection de l'enfance. Cette notion s'inspire du concept de la Convention internationale des droits de l'enfant (développé dans son article 20-1) : « *Tout enfant qui est temporairement ou définitivement privé de son milieu familial, ou qui dans son propre intérêt ne peut être laissé dans ce milieu, a droit à une protection et une aide spéciales de l'État.* »

Le 7 mars 2016, Les autorités françaises (via le garde des Sceaux lors d'un comité de suivi) ont souhaité modifier la dénomination de mineur isolé étranger (MIE) en mineur non accompagné (MNA) pour être en adéquation avec la directive 2011/95/UE du Parlement et du Conseil européen du 13 décembre 2011. La dépêche conjointe DACG-DPJJ et DACS du 11 juillet 2016 rappelle que le mineur non accompagné est soit un mineur entré sur le territoire français

sans être accompagné d'un adulte et privé temporairement ou définitivement de la protection de sa famille, soit un mineur laissé seul sur le territoire français [1]. 8 054 personnes déclarées mineures non accompagnées entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2016 ont été recensées par les autorités françaises, contre 5 990 en 2015 et 5 033 en 2014 [2]. Au-delà des mineurs recensés par les autorités, il est difficile de collecter des chiffres précis sur le nombre de mineurs isolés étrangers présents en France. D'une part, certains jeunes ne sont pas pris en charge par l'aide sociale à l'enfance (ASE) ou par la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ). Ils ne sont pas repérés ou ne sollicitent pas ces services pour plusieurs raisons : la méconnaissance du droit à la protection, la peur d'être expulsé, ou encore lorsqu'ils sont victimes de réseaux d'exploitation. D'autre part, certains jeunes n'obtiennent pas le statut de mineur non accompagné et ne sont donc pas intégrés dans les données. Ces deux phénomènes entraînent donc une sous-estimation des chiffres. Les mineurs non accompagnés ont la possibilité de faire une demande d'asile. En 2016, parmi les demandeurs d'asile, la France a enregistré 475 mineurs non accompagnés, loin derrière

l'Allemagne (20 520) et l'Italie (6 000) [3]. Le parcours de ces jeunes jusqu'à la reconnaissance de leur minorité, c'est-à-dire jusqu'à une protection effective, est semé d'obstacles [4]. Quand, à l'issue d'une enquête, le jeune est reconnu mineur non accompagné, le juge des enfants prononce une mesure d'assistance éducative (MAE). Le jeune est alors pris en charge au titre de la protection de l'enfance, ce qui lui permet d'être accueilli dans un foyer, scolarisé et d'avoir accès aux soins de santé de droit commun.

[1] Ministère de la Justice. *FAQ Mineurs non accompagnés*. 24 p. En ligne : http://www.justice.gouv.fr/art_pix/FAQ_mineurs_isoles.PDF

[2] Ministère de la Justice. *Rapport annuel d'activité 2016. Mission mineurs non accompagnés*. mars 2017 : 27 p. En ligne : http://www.justice.gouv.fr/art_pix/RAA_MMNA_2016.pdf

[3] Escudé J.-N. *Protection de l'enfance - Asile : les mineurs non accompagnés en baisse en Europe, mais en hausse en France*. *Caisse des dépôts*, 19 mai 2017. En ligne : <https://www.caissesdesdepotsdesterritoires.fr/cs/ContentServer?pagename=Territoires/Articles/Articles&cid=1250279172810>

[4] Jamet L., Keravel E. *Mineurs non accompagnés. Quels besoins et quelles réponses ?* Paris : Observatoire national de la protection de l'enfance, février 2017 : 200 p. En ligne : http://www.justice.gouv.fr/art_pix/1_dossier_mna_web2.pdf

pour la prise de rendez-vous. Dans les entretiens, les jeunes évoquent souvent une relation de confiance avec leurs éducateurs. Les jeunes accompagnés par les éducateurs – y compris dans leurs rendez-vous pour leurs soins – le vivent positivement ; aucun n'évoque l'envie d'avoir des prises en charge médicales confidentielles. La présence de l'éducateur les rassure et leur apporte un soutien moral.

Le généraliste : un rôle flou et une communication parfois difficile

Les mineurs étrangers isolés sont habituellement orientés vers le médecin généraliste par leurs éducateurs, plus rarement par la Pass. Ils apprécient la proximité géographique du médecin traitant. Certains n'ont pas repéré la différence entre Pass et généraliste en ville. Beaucoup associent le médecin à l'obtention de médicaments. Aucun n'évoque son rôle dans la coordination des soins. Plusieurs de ces mineurs expriment une satisfaction quant à leur prise en charge en médecine générale et beaucoup font part des qualités humaines qu'ils rencontrent, avec la notion d'aide ou encore d'éducation dans la société.

Les ressentis et les vécus se calquent sur les données d'autres études qualitatives : la bienveillance, la liberté de livrer ou non son histoire, le manque de disponibilité du médecin, la longueur de l'attente, etc. [3]. Ces mineurs soulignent l'importance de la communication avec le médecin qui apparaît particulière dans leur situation : elle ne s'effectue pas directement, car l'éducateur intervient souvent, elle est difficile en raison de la barrière de la langue¹, ou discontinue quand ils ont affaire à un médecin remplaçant.

La santé physique, jugée primordiale

La majorité des mineurs étrangers isolés interrogés considère qu'une bonne santé est primordiale et permet de ne pas être limité dans ses activités quotidiennes. *A contrario*, quelques rares mineurs placent d'autres priorités avant la santé : la prière, les liens avec leur famille, l'école. Leur santé est source de questionnements, d'inquiétudes et aussi d'incompréhensions. Certains parlent de l'aide psychologique qu'ils ont

acceptée ou refusée. Par ailleurs, très peu de ces mineurs prennent en compte la santé mentale dans la définition de la santé ; ceci est préoccupant compte tenu du fait que les migrants primo arrivants souffrent principalement de pathologie mentales (état de stress post-traumatique, syndrome dépressif majeur...), comme l'indiquent différentes études [4].

Satisfaits, mais en manque de repères

Globalement et en amont de l'accès à la prise en charge, ces jeunes mettent en avant les difficultés rencontrées pour accéder aux soins du fait de leur statut de mineurs isolés étrangers, en insistant principalement sur la difficulté que représente le fait d'être mineur avec la nécessité d'un accompagnement par une personne qui les représente. En revanche, une fois qu'ils sont dans le circuit de prise en charge, même si des motifs d'insatisfaction apparaissent, ils se déclarent globalement satisfaits de leur prise en charge médicale et également sociale. Certains reviennent sur la protection physique obtenue en France une fois que leur statut de mineur isolé est reconnu. Ils évoquent alors en termes souvent très positifs les dimensions humaines de leur prise en charge avec l'apport d'aide, l'attention donnée, le temps consacré et l'attitude des intervenants.

Cependant, pour la grande majorité d'entre eux, l'accès aux soins de santé est vécu comme complexe : en particulier en raison des différentes étapes à passer pour obtenir les médicaments : de la prise de rendez-vous pour la consultation médicale à la délivrance des médicaments par la pharmacie.

Une nécessité : les informer sur leurs droits

Au terme de cette recherche, les mineurs étrangers isolés apparaissent insuffisamment informés sur leurs droits en santé et les parcours de soins. Pour ces questions, ils s'en remettent à leurs éducateurs. L'avenir de ces jeunes étant incertain en France, il est nécessaire qu'ils repèrent davantage les différents professionnels des Pass (assistant social, infirmier, médecin) et le rôle du médecin généraliste traitant. Chacun de ces intervenants doit mieux expliquer ses missions

L'ESSENTIEL

▣ **Des étrangers mineurs sans famille arrivent chaque année en France. Des médecins des permanences d'accès aux soins (Pass) et des chercheurs ont mené des entretiens approfondis avec 21 d'entre eux, pris en charge dans des permanences en région Rhône-Alpes (Saint-Étienne et Chambéry).**

▣ **Ces mineurs se déclarent globalement satisfaits de cette prise en charge. Ils soulignent tout particulièrement le rôle positif déterminant de l'éducateur qui les accompagne tout au long de ce processus.**

et le recours qu'il constitue. Mieux informés, les jeunes pourraient être en capacité, entre autres, de demander eux-mêmes la transmission des informations médicales, notamment après avoir quitté la Pass.

Ces travaux pointent aussi la nécessité de délivrer à ces mineurs des informations sur l'assurance maladie, afin de leur donner toutes les chances de se prémunir des retards de soins quand ils se retrouveront, à leur majorité, livrés à eux-mêmes. C'est en situation concrète de soins que ces informations peuvent être comprises par les patients, souvent perdus dans la complexité de l'organisation des soins. C'est à chacun des intervenants d'éclairer le jeune patient. Les éducateurs ont besoin d'être formés sur les droits en santé et d'être aidés pour qu'ils puissent expliquer à ces jeunes les subtilités du système de prise en charge. Par ailleurs, l'éducation à la santé de ces jeunes gagnerait à intégrer la dimension essentielle qu'est la santé mentale.

Enfin, les jeunes rencontrés lors de cette recherche bénéficiaient d'une protection et d'un accompagnement dont ils nous ont dit tous les bienfaits. Mais combien de jeunes n'ont pas accès à cette protection ? Ici ou là, des citoyens se mobilisent pour leur apporter un soutien et commencer à les aider dans leur quête d'avenir. ■

Contact : elisabeth.rivollier@chu-st-etienne.fr

1. Voir le dossier central de ce même numéro.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Rivollier E., Piégay E., Scanvion A. Exclusion. Quelles prises en compte par l'hôpital ? Quelles liaisons avec le territoire ? *Revue hospitalière de France*, janvier-février 2013, n° 550 : p. 41-46. En ligne : http://collectifpass.org/wp-content/uploads/2013/05/41_Rivollier_RHF550_B-3%5B4%5D.pdf

[2] Guégan M., Rivollier E. Les mineurs isolés étrangers et le système de soins français : étude qualitative. *Santé publique*, 2017, vol. 29, n° 6 : sous presse.

[3] Marron-Delabre A., Rivollier E., Bois C. Relation médecin-patient en situation de précarité économique : point de vue des patients. *Santé Publique*, novembre-décembre 2015, vol. 27, n° 6 : p. 837-840. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2015-6-page-837.htm>

[4] Gerbes A., Leroy H., Lefferand P. Mieux repérer la souffrance psychique des patients migrants primo-arrivants en consultation de médecine générale et limiter les ruptures de suivis psychiatriques. *L'information psychiatrique*, mars 2015, vol. 91 n° 3 : p. 243-254.

PAROLES DE MINEURS ÉTRANGERS ISOLÉS

21 mineurs étrangers isolés ont accepté de parler de leur vécu et de leur ressenti vis-à-vis du système de soins français et, plus largement, de leurs conditions d'accueil et d'accompagnement par les services compétents [1]. Le choix a été fait ci-après de présenter des extraits de témoignages bruts afin de ne pas en altérer l'esprit et les nuances.

L'accès aux soins est mal aisé

« Si c'était facile, on prend pas de rendez-vous. On se rendrait direct chez le médecin : tu prends des médicaments, tu rentres. Mais tu peux pas faire [...] ça : il faut avoir certaines cartes comme la CMU, la carte médicale d'État... Pour avoir ça, c'est pas aussi facile. »
« Là maintenant, si nous sommes malades, je sais pas comment faire, peut-être la Pass, je ne sais pas... Nos droits à la santé en France, on ne nous l'explique pas... »
« Parce qu'il a fallu, avant qu'on ne m'opère, que je voie le juge [...]. Ça a fait beaucoup de disputes, de propos, de menaces, tout ça... avant que je sois opéré[...] Mais après, quand j'ai été confié, tout allait vite. Rien de retardé. »

« On ne nous l'explique pas... Nos droits, on ne connaît pas [...] Oui, je veux changer [de médecin traitant], mais je ne connais pas comment faire. »

L'éducateur facilite l'accès aux soins

« C'est pas que je vais aller à l'hôpital. Exactement, je vais, je vais... chez mon éducateur qui va me dire où je vais aller. »
« Si un jour j'habite tout seul, j'appelais les éduc. »
« C'est un peu facile pour moi, parce que ils sont là, grâce à eux [...] je trouve ça facile. Parce que sinon, si c'est quelqu'un qui n'a pas d'aides comme moi, forcément, il va trouver ça difficile. »

La CMU : des idées très approximatives sur son fonctionnement

« La carte médicale d'État c'était pour les urgences. »
« Ils font souvent des CMU de six mois. Ça se périmait après deux mois, trois mois, six mois, ça dépend. »

Entre deux feux, la confusion des interlocuteurs

« Mais j'ai pas le droit de parler ! On doit parler pour moi. Je dois voir le médecin et

pas que je parle. Parce que une fois, j'ai eu ça, on m'avait demandé d'appeler. C'était par rapport à l'anesthésie. Et ils m'ont demandé d'appeler l'hôpital. Et moi, j'ai pas le droit d'appeler. Le jour où j'ai appelé, ils m'ont dit : "Et vous êtes mineur. Vous avez un éducateur, vous n'aviez pas le droit de nous appeler. C'est à votre éducateur qui doit nous appeler". »

Un accompagnement et des soins appréciés

« Bah à l'hôpital, souvent tu viens, il y a plein de monde ; tu fais la queue, mais après on s'occupe de toi, quel que soit comment tu es. »
« Avec eux, les médecins ou avec euh... les psychologues... ils sont gentils, ils sont gentils. Si je demande quelque chose toujours, ils restent à côté... Comme les éducateurs, comme les éducatrices. »
« Ma santé ? Oui, je suis à l'aise [...] Là, on protège, je suis en protection euh... de tout... Ils me protègent de tout en fait, de mon corps, de ma vie, de tout. »

La santé nécessaire pour vivre

« Quand je suis en santé, je dérange personne. Si je suis pas en santé, là je dérange, parce que j'ai envie de retrouver ma santé. »
« Si tu n'as pas la santé, c'est zéro tout ce que tu as. »
« C'est [le] plus important ; deuxième chose : c'est l'école. »
« La santé [...] c'est la deuxième nécessité. [La première] : la prière. »
« Je veux voir ma famille. C'est plus important que la santé. »
« Si on te dit aujourd'hui "tu as trouvé un travail", si tu es pas en santé, tu peux pas travailler. Donc, pour moi, la santé avant tout. Si tu es en santé, tu peux ne pas avoir de boulot, tu peux ne pas avoir à manger, tu peux ne pas avoir où dormir, mais au moins tu es en santé. »
« C'est la santé qui m'a fait arriver jusqu'où je suis aujourd'hui. [...] Parce que si j'étais pas en santé, j'aurais pas pu faire ce long voyage, parce que c'était fatigant. »

[1] Guégan M. Représentations, vécus et ressentis par les mineurs isolés étrangers du système de soins français. Étude qualitative portant sur 21 entretiens semi-dirigés. [Thèse de doctorat en médecine]. Lyon : université Claude-Bernard, Lyon 1, 2016 : 113 p.

Permanence d'accès aux soins Psy : « Nous accompagnons les patients »

Entretien avec Sylvia Hloschek,

psychologue,
permanence d'accès aux soins de santé
en milieu psychiatrique (Pass Psy),
Toulouse.

La Santé en action : Pourquoi avez-vous ouvert une permanence d'accès aux soins de santé Psy ?

Sylvia Hloschek : L'équipe pluridisciplinaire de la Pass généraliste (dont un 0,2 ETP¹ de psychologue) fonctionne depuis 2001, au centre hospitalier universitaire (CHU) de Toulouse. Face au besoin croissant d'un accompagnement psychologique des patients, nous avons répondu à un appel à projet en 2009. La Pass Psy a été créée en 2010, dans le but d'accroître le temps clinique auprès d'un public en grande précarité. Elle est désormais rattachée au pôle psychiatrie, avec un effectif de trois psychologues à temps partiel².

S. A. : Quelles sont vos missions ?

S. H. : Notre mission principale est d'accueillir toute personne en situation d'exclusion et de précarité, dont l'accès aux soins psychologiques relevant du dispositif de droit commun est difficile (raisons pécuniaires, sociales ou statutaires ; barrières linguistiques ; position subjective d'exclusion...). Nous travaillons en étroite collaboration avec la Pass généraliste, mais nous sommes une structure indépendante (hiérarchie et budget). Nous sommes un dispositif passerelle offrant un cadre souple, proposant un point d'arrêt à l'errance, articulant le travail entre le soin et le social. Notre fondement est d'évaluer, d'étayer, d'accompagner vers le droit commun, tout en se gardant la possibilité de travailler dans

« l'urgence transitoire qui dure » afin d'assurer une continuité de soins, si nécessaire.

S. A. : Quels services apportez-vous aux patients ?

S. H. : La Pass Psy tient une permanence de consultations cliniques avec une adresse géographiquement identifiée, au sein des locaux de la Pass généraliste, à la Cité de la santé, en centre-ville. Nous tenons aussi une permanence d'une demi-journée par semaine au centre communal d'action sociale (CCAS), place Belfort. Les psychologues peuvent consulter en français, arabe et allemand. Pour toute autre langue, des interprètes formés à la médiation culturelle sont associés au travail des psychologues.

S. A. : Comment les patients vous sont-ils adressés ?

S. H. : La Pass Psy Toulouse est bien repérée par les partenaires du réseau (santé, précarité, migration). La plupart des orientations vers la Pass Psy Toulouse proviennent d'eux. Toutefois, l'accès direct à la psychologue est possible. Environ la moitié des patients est adressée par la Pass généraliste et des centres d'accueil pour demandeurs d'asile (Cada).

S. A. : Quelle population accueillez-vous ?

S. H. : Selon le bilan d'activité de 2016, nous avons une file active de 318 patients accueillis, dont 185 nouveaux, et nous avons mené 1 760 entretiens. 90 % des patients proviennent des pays hors Union européenne. Seulement 1 % est de nationalité française. 90 % des patients n'ont pas de résidence stable. 36 % des patients nécessitent le recours à un interprète. 82 % des patients vivent en situation administrative précaire.

L'ESSENTIEL

▣ Face aux patients dont la prise en charge est souvent chaotique, le cadre souple de la permanence d'accès aux soins de santé Psy et ses moyens humains – trois psychologues – permettent un étayage et une continuité, jusqu'à ce que le suivi, l'accompagnement et la prise en charge puissent s'inscrire dans le droit commun.

S. A. : À quelles difficultés êtes-vous confrontés ?

S. H. : L'orientation vers le droit commun est la difficulté majeure. Tandis que la Pass généraliste peut orienter vers un médecin traitant, l'orientation vers un relais psychologique depuis la Pass Psy s'avère compliquée en raison de l'engorgement des structures du droit commun (CMP...), du non-remboursement de la prise en charge psychologique dans le secteur libéral et de la difficulté d'accès à l'interprétariat dans le secteur libéral – et aussi trop souvent dans le secteur du droit commun.

S. A. : Quelles solutions l'équipe défend-elle face à ces obstacles ?

S. H. : Ces facteurs sont vécus comme des freins à la mission de la Pass Psy, laquelle consiste à faciliter l'accès et l'orientation vers le droit commun ; ils nécessitent des réflexions et des décisions politiques. La Pass Psy, dans sa pratique actuelle, semble être une structure par défaut. Afin de mieux répondre à son rôle de structure passerelle, la Pass Psy vise à construire une meilleure articulation de la prise en charge de la souffrance psychosociale des personnes exclues et/ou vivant en grande précarité entre les structures pluridisciplinaires (Pass, Pass Psy,

établissement médico-social (EMS), urgences, sectorisation CMP, psychiatres libéraux, associations...). Un travail de lien avec le secteur du droit commun plus fluide, moins rigide et moins catégorisant pourrait avoir un effet bénéfique en vue d'une meilleure intégration de la population en marge de la société. Une meilleure prise en charge psy contribue à une diminution du coût en matière de santé publique ; en effet, celle-ci prévient des maladies et des manifestations somatiques (diabète, hypertension, décompensation psychiatrique, addictions, passages à l'acte, manifestations psychosomatiques...). Pour accomplir son rôle de dispositif passerelle, le maintien de la Pass Psy en centre-ville est important afin de rester accessible au public précaire.

S. A. : Comment prendre en compte les traumatismes vécus par ces personnes ?

S. H. : Effectivement, les situations d'exclusion, de précarité et d'exil auxquelles nous sommes confrontés impliquent bien souvent une perte de repères culturels, sociaux, familiaux, amicaux, linguistiques, matériels. Une fois arrivé au pays d'accueil, la réalité difficile s'ajoute aux multiples ruptures, aux traumatismes qui continuent à hanter les personnes, souvent victimes de la barbarie du monde (guerre, viol, torture, survivant de naufrage...). Face aux parcours généralement décousus et caractérisés par la discontinuité, le cadre souple de la Pass Psy permet un étayage et une continuité jusqu'à ce que l'accompagnement et la prise en charge de la personne s'inscrivent dans le droit commun. ■

Propos recueillis par Yves Géry, rédacteur en chef.

Contact : hloschek.s@chu-toulouse.fr

1. Équivalent temps plein.

2. L'équipe est composée de trois psychologues : Sylvia Hloschek, Annabelle Royer, Hakima Saadi ; d'un responsable médical : Dr Nicolas Velut ; d'un cadre de santé : Bruno Larzul ; d'un cadre administratif du pôle psychiatrie : Maryse Lambea.

M. A. : DE LA RUE AU MEUBLÉ

En décembre 2012, M. A., 31 ans, vient consulter pour la première fois à la Pass Psy de Toulouse, sur les conseils du médecin du CCAS. Il est accompagné par un compatriote géorgien. Il est très mal, stressé, ne fait pas comprendre qu'il ne dort pas, ne parle pas français. Nous instaurons la présence d'un interprète pour les entretiens suivants. M. A. n'a pas de droits ouverts. Il est hébergé par des compatriotes qui l'accompagnent aussi dans ses démarches, lui procurent de la nourriture et un approvisionnement en Subutex^{®1} afin de « remédier » à son état de stress aigu.

Il paraît perdu, vient régulièrement aux rendez-vous à la Pass Psy. Il investit peu à peu l'espace de parole : menacé de mort, il a quitté la Géorgie en été 2012, pour demander asile en France. Il se sent comme « *un animal traqué* » : insomnies, cauchemars, céphalées, troubles de mémoire et de concentration, irritabilité, terreurs nocturnes ; ses compatriotes disent qu'« *il crie la nuit* ». M. A. ne se sent pas en sécurité en France non plus : les persécuteurs de son pays pourraient le retrouver. Il reste caché, et il lui faut gérer l'incessante « persécution de son intérieur » : le traumatisme, les images du vécu. Il me demande des médicaments afin de ne plus subir l'insupportable. Sa consommation en produits psychoactifs augmente. J'organise une consultation en binôme avec le médecin généraliste de la Pass : une prescription d'antidépresseurs et un suivi médical régulier lui sont proposés, une orientation vers un psychiatre est mise en place, mais elle s'avère compliquée : la première consultation psychiatrique, puis la prise en charge au centre Maurice-Dide (addictologie) sont un échec, car l'état de stress post-traumatique (ESPT) est trop installé, et la situation sociale très défavorable ; le problème de l'hébergement n'est pas réglé : quelques nuits en asile par le biais du 115, la rue, l'hébergement chez différents compatriotes ne permettent pas qu'il se pose.

Une prise en charge globale

Toutefois, le suivi psychologique est bien établi : rendez-vous réguliers, entretiens riches. La présence de l'interprète est un élément important dans notre travail. En effet, le lien de M. A. avec la Géorgie, pourtant rompu, reste fort... avec sa mère aussi. Néanmoins, l'état psychique de M. A. devient préoccupant, l'angoisse est omniprésente, il y remédie à l'aide des différentes substances

qui le mettent « *dans une bulle* », comme il dit. En 2013, rupture avec sa mère, idées suicidaires... Nous obtenons enfin des résultats dans notre travail de lien avec des partenaires sociaux : assistantes sociales, permanence d'accueil, d'information et d'orientation (Paio), Office français de l'immigration et de l'intégration (Ofii). Admis au Cada en septembre 2013, il bénéficie d'un accompagnement pour sa demande d'asile. Ce cadre de vie plus stable nous permet enfin un travail de lien plus constructif : prise en charge par un psychiatre addictologue, cours de français, suivi continu par un médecin traitant, travail clinique plus approfondi. M. A. renoue des liens avec sa famille.

Cependant, tout perd son sens le jour où sa demande d'asile est déboutée. M. A. doit quitter le Cada et se trouve à nouveau dans la rue, en errance, toujours avec du Subutex – et de plus en plus, afin de supporter l'effrayante impasse. Grâce au travail commun avec une assistante sociale, aux liens tissés avec sa psychiatre, nous réussissons à maintenir un étayage sommaire. Nous obtenons une admission à la Halte-Santé, un repos dans l'errance, une étape importante : il peut se poser, continue d'aller à ses rendez-vous au centre Maurice-Dide, obtient à nouveau un accompagnement social. Un travail de lien avec la Case de santé aboutit à une demande de titre de séjour « étranger malade ». M. A. obtient un récépissé, puis un titre de séjour d'un an : premier point d'ancrage dans ce travail clinique. En parallèle, le travail pluridisciplinaire du réseau est activé. En mars 2016, M. A. meuble son appartement, a obtenu une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) et reçoit l'allocation aux adultes handicapés (AAH). Réinscrit à des cours de français, il continue ses entretiens à Maurice-Dide et à la Pass Psy, de plus en plus espacés ; l'orientation vers un CMP se construit. Grâce au traitement de substitution, il a diminué le recours à des substances parallèles. Le thème principal de nos entretiens concerne désormais ses projets d'avenir.

Sylvia Hloschek

1. Substitut de synthèse aux opiacés.

Groupement d'entraide mutuelle à Lyon : « Un lieu qui soigne, en permettant de retrouver la confiance en soi et dans les autres »

Entretien avec

Stéphane Masset,

président du groupement d'entraide mutuelle (GEM) Arlequin, à Lyon.

La Santé en action : Pourquoi avoir créé ce groupement d'entraide mutuelle Arlequin ?

Stéphane Masset : Suite à la loi de santé de 2003 (voir encadré page suivante), ce qui était auparavant un club s'est transformé en GEM, avec pour marraine l'association Luciole¹ qui rassemble des soignants ou d'anciens soignants, dans le but de rompre l'isolement que subissent la plupart des personnes en souffrance psychique. Tout est parti d'un constat : à la sortie de l'hôpital, il n'y a pas de structure d'accueil ou d'accompagnement. Le GEM joue ce rôle de passerelle pour favoriser l'insertion sociale, combattre la stigmatisation dont sont victimes les femmes et les hommes en difficultés psychologiques et faire valoir leurs droits fondamentaux – accès aux soins, au logement, au travail. Nous comptons aujourd'hui environ 70 adhérents. Il y a chaque jour dans notre local une quinzaine de personnes pour participer aux activités ou juste boire un café. Le mardi après-midi se tient notre réunion hebdomadaire, ouverte à tous ; chacun peut s'exprimer sur les projets en cours, donner des idées de nouvelles activités, etc. Le coordinateur, seul salarié du GEM, est là pour nous accompagner. Nous aimons dire que le GEM Arlequin n'est pas un lieu de soins, mais pourtant

un lieu qui soigne, en permettant de retrouver de la confiance en soi et dans les autres et en devenant plus autonome.

S. A. : Quelles activités proposez-vous et quel bénéfice en retirent vos adhérents ?

S. M. : Nos activités sont décidées et animées par les adhérents : informatique, anglais, couture, jardinage, bricolage. On y partage nos connaissances pour que chacun acquière de nouvelles compétences. Nous organisons aussi des sorties culturelles – théâtre, musées, conférences. Depuis octobre 2017, nous avons mis en place un atelier Bien-être deux matins par semaine pour pratiquer ensemble du sport, de la marche, de la randonnée, du vélo, de la gymnastique douce, du rameur ; une partie de ces activités ont lieu dans un local rénové par les adhérents lors d'un atelier Bricolage. Nous enchaînons avec un repas pris en commun, ce qui permet de sensibiliser les participants aux bienfaits d'une bonne alimentation. Notre atelier le plus important est le Théâtre forum, animé par l'un de nos adhérents, Jean-Dominique Friand, vice-président, un féru de théâtre. À partir d'une saynète écrite par les adhérents, illustrant un sujet problématique de la vie quotidienne des personnes en souffrance psychique – le logement, le travail, la vie sociale –, nous dénonçons sous le prisme de l'humour les inégalités auxquelles nous devons faire face. Dans ces séances, le public peut intervenir et modifier le cours de la pièce.

L'ESSENTIEL

▣ L'entraide mutuelle peut être une alternative à l'hospitalisation. C'est le constat dressé au sein du groupement d'entraide mutuelle (GEM) Arlequin à Lyon. Les adhérents du GEM ne se considèrent plus comme des malades, mais comme des citoyens qui font face à une souffrance psychique.

▣ Alors qu'il existe plusieurs centaines de groupements de ce type en France, celui-ci se singularise par son insertion dans un véritable réseau local, ses permanences dans les maisons des usagers des hôpitaux.

▣ Théâtre forum, débat citoyen, toutes les activités sont pilotées par les adhérents eux-mêmes pour leur permettre de partager leurs connaissances afin de d'acquérir de nouvelles compétences. Ici, l'on ne subit pas, l'on agit. L'une des grandes satisfactions des adhérents est d'être « reconnu à part entière » comme des acteurs de la société.

S. A. : Quel est l'objectif de ce théâtre forum ?

S. M. : C'est un bon moyen de lutter contre la stigmatisation. Les personnes en souffrance psychique sont souvent vues comme des personnes dangereuses, qui ne sont guère fréquentables. C'est un peu la responsabilité des médias qui montent en épingle des faits divers : le fou, le psychopathe, voilà ce que les gens retiennent de la maladie mentale, alors que les problèmes de santé mentale peuvent toucher un grand nombre de personnes. Il faut déconstruire ces représentations, y

Lyon

Conforter l'autonomie des personnes en souffrance psychique

compris auprès des professionnels et des travailleurs sociaux qui – comme tout le monde – ont des préjugés. Le théâtre forum, en favorisant l'échange, permet de faire évoluer les mentalités. Nous montrons que nous sommes capables de faire quelque chose, et cette aptitude est importante pour faire valoir nos droits fondamentaux.

S. A. : Rompre l'isolement, n'est-ce pas simplement sortir de chez soi ?

S. M. : Entrer dans le GEM, c'est déjà une première activité. On laisse ses soucis à la porte ; on se confronte à la réalité ; on tisse du lien social. Mais effectivement, il n'est pas possible de lutter contre l'isolement en restant seulement entre nous.

S. A. : Alors, comment faire ?

S. M. : Aller à la rencontre d'autres GEM et de nos partenaires constitue une autre étape. En 2013, nous avons décidé de nous ouvrir davantage vers l'extérieur. Cette démarche a pu se faire grâce à Denise Pernette, présidente de Luciole, et à Tony Saelen, notre coordinateur, qui nous ont accompagnés dans notre volonté de nous ouvrir aux autres, sans se substituer à nous. Nous travaillons en équipe avec un respect et une bienveillance mutuels. Nous nous sommes impliqués dans le réseau local – centre médico-psychologique (CMP), conseil local de santé mentale (CLSM), etc. Des permanences dans les maisons des usagers des hôpitaux sont tenues par nos adhérents. Nous faisons partie du groupe santé psychique et logement émanant du CLSM, dont les réunions se déroulent au centre communal d'action sociale (CCAS). Nous coanimons des petits déjeuners émanant des ateliers Santé-Ville, avec un soignant du CMP, un infirmier ou un médecin psychiatre, ce qui permet de proposer un double regard sur la santé psychologique. En 2017, nous avons intégré le comité de pilotage du CLSM, où nous apportons notre éclairage et faisons entendre notre voix pour peser sur les politiques publiques de santé mentale. Si on nous laisse nous exprimer aujourd'hui, c'est parce que nous avons fait un gros travail d'autoformation. Nous avons appris ce qu'est le réseau local et comment il fonctionne. Surtout, nous avons un atelier Débat citoyen, animé par Bernard Joly, bénévole de l'association

Luciole, tous les mercredis ; à partir d'articles de journaux, les participants débattent d'un fait d'actualité. Cela permet d'acquérir du vocabulaire, d'élargir nos connaissances, d'apprendre à parler en public. Cette montée en compétences porte aujourd'hui ses fruits, puisque nous sommes reconnus comme des acteurs à part entière.

S. A. : En ces temps d'austérité budgétaire, la santé publique vit à l'heure de l'évaluation renforcée et de l'examen des bonnes pratiques. Quel est le bilan de votre action ?

S. M. : Nos dossiers de demande de subvention auprès de l'agence régionale de santé dressent le bilan des actions qui ont été menées et présentent les projets en cours. Nous nous devons aussi d'en rendre compte auprès des adhérents. Notre leitmotiv est que les gens soient contents de venir et de participer ; et chacun est libre de le faire à la hauteur de ce qu'il souhaite. C'est ce que nous constatons globalement. Cette façon de faire du lien social, en donnant à tous les moyens de développer sa propre autonomie à son rythme, permet aux personnes de se poser, de se stabiliser. L'effet positif le plus manifeste, c'est que parmi nos adhérents, peu nombreux sont ceux qui ont besoin d'être hospitalisés. Ils ne sont plus des malades mais des citoyens – certes en souffrance psychique –, mais avant tout des citoyens, même si beaucoup de choses doivent être améliorées pour qu'ils le soient à part entière, bénéficiant des mêmes droits que tous.

Les premières associations d'usagers aux États-Unis avaient une citation, traduite en français par le CCOMS, Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé : « Ne rien faire sans nous, mais avec nous ». Cette phrase, au GEM, nous nous en sommes emparés. Aujourd'hui, nous sommes reconnus comme des partenaires responsables qui faisons avancer les débats. Nous ne sommes pas « une vitrine », mais des citoyens. Tout ceci n'est possible que grâce aux adhérents et à nos partenaires, que je tiens à remercier². ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, journaliste.

Contact : gem-arlequin@wanadoo.fr

1. Association créée en avril 2003, par un groupe de professionnels issus du médico-social pour venir en aide à des personnes en grande difficulté psychologique. En ligne : <http://www.association-luciole.org/>

2. Remerciements en particulier à : Denise Pernette, présidente de Luciole et Tony Saelen, coordinateur du GEM, pour la réelle autonomie laissée aux adhérents – dans le respect du cadre, de la charte et du règlement intérieur conçus et votés par les adhérents. Remerciements aussi pour le vrai partenariat avec Julie Donjon, coordinatrice des CLSM, CCOMS et Psycom et Audrey Porcher de l'association départementale d'éducation pour la santé (Ades) du Rhône. À tous les adhérents des GEM que nous avons rencontrés sur notre chemin pour les échanges et les partages.

430 GROUPEMENTS D'ENTRAIDE MUTUELLE EN FRANCE

Le dernier bilan d'activité des GEM, élaboré par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie¹ (CNSA) et publié en juin 2017, rappelle que les GEM ont officiellement été créés par la loi du 11 février 2005. Selon cette évaluation annuelle portant sur 2016, « la tendance marquante est celle, d'une part, d'une demande constante des associations concernant le renforcement des GEM, d'autre part d'un soutien marqué des pouvoirs publics à ces dispositifs qui trouvent pleinement leur place dans le paysage des accompagnements que les personnes en situation de fragilité peuvent mobiliser dans leur parcours. Ceci reflète la place pleine et entière qu'occupent les GEM dans le paysage de l'accompagnement des personnes en situation de fragilité et les bénéfices qu'ils apportent en termes de rétablissement. [...] On compte, fin 2016, 430 GEM existants pour un budget national de 30 millions d'euros (délégués aux ARS). Ces 430 GEM ont touché près de 48 000 personnes ».

Source : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), *Bilan d'activité des groupes d'entraide mutuelle (GEM). Année 2016*. Paris : CNSA, juin 2017 : 23 p. En ligne : <http://www.cnsa.fr/node/3111>

1. Le pilotage national des GEM est assuré par un comité national de suivi constitué de la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), de la CNSA, des représentants des autres administrations centrales concernées (Direction générale de l'offre de soins, Direction générale de la santé) ainsi que des représentants des ARS et des associations représentatives des personnes concernées par les GEM. Les rapports annuels rendant compte des activités des GEM sont rédigés par la CNSA.

Bonne journée, bonne santé



Santé publique France, la Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav), la Mutualité sociale agricole (MSA), le Régime social des indépendants (RSI), l'Association générale des institutions de retraite des cadres (Agirc) et l'Association pour le régime de retraite complémentaire des salariés (Arrco) s'associent pour créer « Bonne journée, bonne santé », kit d'animation de prévention à destination des professionnels chargés de la prévention auprès de personnes âgées en situation de précarité. Ce support s'inscrit dans le cadre général du programme « Vieillir en bonne santé » ; il a pour objectif de soutenir l'acquisition de comportements protecteurs individuels chez les personnes de 55 ans et plus. Il se compose de huit supports qui peuvent être utilisés lors d'entretiens individuels ou d'ateliers collectifs : un didacticiel vidéo de présentation de l'outil ; un livret d'accompagnement de méthodologie et de définitions autour du « bien vieillir » ; des cartes de dialogue qui permettent au professionnel d'échanger avec la personne âgée sur plusieurs thématiques (alimentation, activité physique, prévention santé, activité cérébrale, lien social et logement) ; des fiches-conseils qui proposent des repères pour répondre aux interrogations des intéressés ; des autocollants reprenant les dessins des cartes de dialogue ; l'étude préalable à la réalisation de ce dispositif ; une affiche ; un calendrier perpétuel qui, selon les saisons, apporte conseils et recommandations.

Laetitia Haroutunian

Téléchargeable sur le site Pour bien vieillir : <http://www.pourbienvieillir.fr/bonne-journee-bonne-sante>

Disponible en commande gratuitement auprès de Santé publique France :

<http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/detailTPSP.asp?numfiche=1791&order=undefined#>

Autres lectures

Rubrique préparée par Laetitia Haroutunian et Sandie Boya

Parcours de vie et santé des Africains immigrés en France

Menée par des chercheurs et des associations, l'enquête de l'Agence nationale de recherches sur le sida (ANRS)-Parcours « *Parcours de vie, VIH et hépatite B chez les migrants africains vivant en Île-de-France* » a retracé sur la période 2012-2013 les trajectoires migratoires, sociales, administratives et de santé des immigrés d'Afrique subsaharienne en France. Cette étude met au jour certains facteurs structurels (difficultés d'installation, bouleversements familiaux et professionnels à l'arrivée en France) et leurs conséquences en termes de santé, dans un contexte de population particulièrement touchée par le virus du sida.

Sous la direction d'Annabel Desgrées du Loué et de France Lert. *Parcours de vie et santé des Africains immigrés en France*. Paris : La Découverte, 2017 : 360 p., 25 €. En ligne : <http://www.editionsladecouverte.fr/catalogue/index-Parcours-9782707196453.html>

La santé et l'accès aux soins : une urgence pour les femmes en situation de précarité

Le Haut Conseil à l'égalité (HCE) publie un rapport sur la santé des femmes en situation de précarité, ses spécificités et ses déterminants, afin d'identifier des leviers pour garantir un accès effectif aux soins et une meilleure santé de ces femmes.

Haut Conseil à l'égalité (HCE). *La santé et l'accès aux soins : une urgence pour les femmes en situation de précarité*. Paris : HCE, 2017 : 124 p. En ligne : <http://bit.ly/2uvrzFU>

Écologie de la santé. Pour une nouvelle lecture de nos maux

Des spécialistes issus des laboratoires du Centre national de la recherche scientifique (CNRS) ou associés font ici le point sur les recherches en écologie de la santé. Cet ouvrage permet à chacun de comprendre pourquoi il est essentiel de remonter aux sources environnementales et comportementales de nos maux, et de ne pas se limiter aux symptômes.

Sous la direction de Stéphane Blanc, Gilles Boëtisch, Martine Hossaert-McKey, François Renaud. *Écologie de la santé. Pour une nouvelle lecture de nos maux*. Paris : Le cherche midi éditeur, 2017 : 192 p., 24,90 €.

Les Mots du prendre soin. Définitions, points de veille et questions de réflexion

À destination des professionnels de la santé et des étudiants ou formateurs dans le domaine du soin, cet ouvrage approfondit la compréhension de la notion de « prendre soin » à travers l'étude de plus de 120 mots, comprenant pour chaque terme une définition, des analyses et des questions.

Lise Michaux. *Les Mots du prendre soin. Définitions, points de veille et questions de réflexion*. Paris : Seli Arslan, 2017 : 192 p., 23,50 €.

Protection sociale : pour un nouveau modèle

Frédéric Bizard, économiste spécialisé dans les questions de protection sociale et de santé, propose dans cet ouvrage

un nouveau modèle universel de protection sociale, jouant l'actuel modèle « *urgent à réformer* ». Suivant le fil conducteur « *Protégeons les personnes et non les statuts* », il déroule son modèle, visant à établir un accès plus juste et pour tous « *à la santé et non plus seulement aux soins, à un système de retraite choisie et non plus subie, une véritable société de la deuxième chance pour les pauvres* ».

Frédéric Bizard. *Protection sociale : pour un nouveau modèle*. Paris : Dunod, coll. Santé Social, 2017 : 352 p., 24 €. En ligne : <https://www.dunod.com/sciences-humaines-et-sociales/protection-sociale-pour-un-nouveau-modele>

Synthèse pour les professionnels des recommandations de l'Anses de février 2016 sur l'activité physique et la sédentarité. Actualisation des repères du PNNS

Cette synthèse présente les dernières recommandations en matière d'activité physique et de sédentarité pour chaque catégorie de population : adultes, femmes enceintes et en période de post-partum, femmes ménopausées, enfants et adolescents, personnes âgées de 65 ans et plus, personnes présentant une limitation fonctionnelle d'activité.

Santé publique France, en collaboration avec l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses). *Synthèse pour les professionnels des recommandations de l'Anses de février 2016 sur l'activité physique et la sédentarité. Actualisation des repères du PNNS*. Paris : Santé publique France, août 2017 : 35 p. En ligne : http://invs.santepubliquefrance.fr/content/download/139149/502185/version/1/file/rapport_recommandations_anses_activite_physique_sedentarite.pdf

Enquête nationale condition de vie des étudiant-e-s 2016. La santé des étudiants

Cette étude est une présentation de résultats issus de l'enquête *Conditions de vie des étudiant-e-s. La santé des étudiants* réalisée par l'Observatoire national de la vie étudiante (OVE), menée auprès de 60 700 étudiants entre mars et mai 2016.

Observatoire national de la vie étudiante. *Enquête nationale condition de vie des étudiant-e-s 2016. La santé des étudiants*. Paris : OVE, 2017 : 28 p. En ligne : http://www.ove-national.education.fr/medias/La_sante_des_etudiants_CdV_2016.pdf

Interventions éducatives en matière de santé

Cet ouvrage, destiné aux professionnels engagés dans des projets en éducation pour la santé, se présente comme un guide exhaustif sur l'intervention en matière de santé, à travers ses fondements théoriques – réflexions sur les démarches éducatives, modèles et théories en éducation pour la santé – et également pratiques – choix du matériel didactique, évaluation d'intervention, études de cas.

Sous la direction d'Assumpta Ndegeyigoma, Jérôme Gauvin-Lepage, Isabelle Ledoux. *Préface d'Emmanuelle Jean*. Québec : Presses de l'Université du Québec, coll. Santé, 2017 : 224 pages, 38 €. <http://www.puq.ca/catalogue/livres/interventions-educatives-matiere-sante-3299.html>



CHEZ MOI



SANS ÊTRE JUGÉ



ACCOMPAGNÉ



REMBOURSÉ

Les modes de DÉPISTAGE DU VIH s'adaptent à votre vie



AUTOTEST



TEST RAPIDE



TEST AU CeGIDD*



TEST EN LABO

Parlez-en à votre **médecin traitant** ou sur **sida-info-service.org**

Appel confidentiel, anonyme & gratuit depuis un poste fixe au **0 800 840 800**

*Centre Gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic du VIH, des hépatites et des IST

