

Belgique : « La médiation interculturelle est un apport crucial dans la prise en charge de la santé des patients »

Entretien avec Hans Verrept, responsable de la cellule Médiation interculturelle et support de la politique, soins psychosociaux, Directorat général soins de santé, Service public fédéral, Bruxelles, Belgique.

La Santé en action : Pourquoi un groupe d'experts et de travailleurs de terrain ont-ils créé la médiation interculturelle en Belgique ?

Hans Verrept : La médiation interculturelle est née d'une simple observation en salle de travail d'une

maternité à Gand, par un médecin généraliste en internat : les accouchements de femmes turques ne parlant ni le néerlandais ni le français se déroulaient de manière inhumaine, par manque de communication. La solution mise en œuvre a été l'embauche d'une femme turque parlant le néerlandais. Cet événement servant de « pierre fondatrice » remonte à la fin des années 1970. Cependant, le développement à plus grande échelle de la médiation interculturelle n'est intervenu qu'au début des années 1990, période très marquée par l'émergence de courants politiques d'extrême droite, au cours de laquelle plusieurs enquêtes commanditées par le Commissariat royal à la politique des immigrés avaient dressé le double constat suivant : la population immigrée souffre d'une santé dégradée et le système de soins belge fonctionne moins bien pour elle.

S. A. : Comment la médiation interculturelle a-t-elle été mise en œuvre ?

H. V. : En Flandre, un certificat en médiation interculturelle s'adressant aux personnes parlant le néerlandais ainsi qu'une autre langue (au début il s'agissait du turc, marocain et italien) a alors été créé pour intervenir dans les hôpitaux, les centres de santé primaires et les écoles. D'abord réalisée sous la forme de projet, la médiation interculturelle a bénéficié à partir de 1999 d'une dotation fédérale hospitalière, et depuis 2014 des budgets supplémentaires de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) pour la médiation

interculturelle par visioconférence. L'objectif était d'inscrire la médiation dans l'ADN des institutions de soins et s'ouvrir à d'autres langues et cultures. Tout hôpital peut depuis cette date demander un financement pour l'engagement d'un/de postes de médiation pour des interventions sur site.

Actuellement, 120 médiateurs, financés sur le budget fédéral, réalisent entre 115 000 consultations par an dont 10 % en visioconférence. La médiation interculturelle en visioconférence concerne les hôpitaux, les maisons médicales, les médecins traitants et les services médicaux des structures d'accueil des demandeurs d'asile. Parallèlement à cette médiation « externe » financée par la Belgique, l'autre voie possible, c'est-à-dire la formation du personnel hospitalier à la médiation interculturelle, a eu un succès mitigé et a été progressivement abandonnée suite au manque d'intérêt manifesté par les professionnels de santé. En d'autres termes, nous ne sommes pas parvenus à convaincre les prestataires de soins – et en particulier les médecins.

S. A. : Quelles sont les missions et les qualifications des médiateurs interculturels ?

H. V. : La médiation interculturelle est une démarche favorisant une bonne prise en charge médicale. Pour le soignant, c'est notamment la garantie d'un échange éclairé avec le patient. « Interculturel » signifie la capacité à décoder culturellement la communication non-verbale du patient, à soutenir son niveau de littératie en santé (c'est-à-dire

L'ESSENTIEL

■ **Hans Verrept dresse le constat qu'en Belgique, le système de soins fonctionne moins bien pour la population immigrée, laquelle souffre d'une santé dégradée. Face à cette situation d'inégalité d'accès, depuis 2014, tout hôpital peut demander un financement pour faire intervenir des médiateurs. 120 médiateurs financés sur le budget fédéral réalisent 110 000 consultations par an. La médiation interculturelle concerne les hôpitaux, les maisons médicales, les médecins traitants et les services médicaux des structures d'accueil des demandeurs d'asile. Elle favorise une bonne prise en charge médicale, en décodant la communication non-verbale du patient. Elle permet au patient de comprendre, d'exercer son libre choix et de prendre les décisions les plus adéquates concernant sa santé en tout connaissance de cause. Le médiateur donne sens au vécu du patient ; il déconstruit aussi sa position minoritaire face au soignant. La médiation interculturelle va donc bien au-delà d'un simple interprétariat.**



lui permettre de comprendre pour pouvoir exercer son libre choix après avoir accédé à l'information), à donner sens à son vécu et à déconstruire sa position minoritaire face au soignant. La médiation interculturelle va par conséquent bien au-delà d'un simple interprétariat. Toutefois, elle n'intervient que très exceptionnellement en soutien à l'accès au droit commun, contrairement aux médiateurs en santé ou *community health workers*¹, qui justement, vont à la rencontre de la communauté pour identifier les personnes ayant des besoins en santé et/ou en droit commun.

Pour ce qui est de la certification des actuels 120 médiateurs évoqués plus haut, elle n'a guère évolué depuis sa création, et son niveau d'exigence est inférieur à celui de l'interprétariat pur. Selon l'action conjointe européenne TIME², un niveau de bachelors (bac+3) serait requis pour faciliter la reconnaissance de ce métier à sa juste valeur auprès des soignants, potentiellement plus diplômés. Pour résoudre ce problème et garantir les compétences des médiateurs, le Service public fédéral Santé organise des tests stricts avant de les embaucher, ainsi que des sessions de formation et des supervisions pour garantir la qualité des services de médiation interculturelle.

S.A. : **Quel bilan dressez-vous de vos actions ?**

H. V. : En place depuis 30 ans, la médiation interculturelle – en dépit du travail effectué – n'a hélas pas pu contribuer à la mise en place d'un plan de gestion de la diversité des patients accueillis dans tous les hôpitaux, comme le suggérait le projet pilote européen *Migrant-friendly hospitals* en 2002³. C'est la raison pour laquelle dans le futur, nous souhaiterions développer et mettre en œuvre un plan de gestion de la diversité des patients accueillis, qui serait une condition pour qu'un hôpital puisse obtenir un financement d'un poste de médiateur interculturel. Nous pouvons aussi nous demander si cela fait sens qu'un hôpital ait un seul médiateur, comme c'est parfois le cas : s'il travaille 220 jours par an, il est absent quasiment la moitié du temps.

Les évaluations scientifiques et les constats sur le terrain ont démontré l'efficacité de la médiation interculturelle. Et si dans un premier temps, elle est plus coûteuse à mettre en place que la *statu quo*, à terme elle permet de faire des économies car elle réduit le coût financier de la prise en charge des personnes exclues, coût qui s'accroît avec le temps [1]. Elle contribue à une réduction essentielle des inégalités dans

le système de santé. Autre piste encourageante, les médecins des maisons médicales – ayant une patientèle vulnérable du fait de conditions socio-économiques défavorables – considèrent la médiation interculturelle comme un apport crucial dans le suivi médical.

De notre point de vue, la coexistence de la médiation interculturelle (amélioration de la prise en charge médicale) et de la médiation en santé (lutte contre l'iniquité c'est-à-dire les inégalités d'accès aux soins, à la prévention et à la santé globale) fait sens si elle est accompagnée d'une prise de conscience plus globale concernant la « littératie en santé », c'est-à-dire la capacité pour le patient à comprendre pour pouvoir prendre soin de sa santé. Il ne faut pas perdre de vue que 33 % de la population belge âgée de 15 ans et plus a un niveau de littératie dans ce domaine trop faible pour pouvoir prendre des décisions dans le meilleur intérêt de sa santé.⁴ ■

Propos recueillis par Dagmar Soleymani, chargée d'étude scientifique, unité personnes âgées et populations vulnérables, Direction de la prévention et de la promotion de la santé, Santé publique France.

1. Community health workers : Qu'on les appelle « agents de santé communautaire » à Bruxelles, « community health workers » en Flandre ou « facilitateurs en santé » en Wallonie, ces travailleurs et travailleuses ont pour mission d'aller à la rencontre de ces publics, dans leurs lieux de vie, et de les accompagner dans une démarche d'amélioration de l'accès aux soins et à la santé. Source : revue Éducation santé, n° 383, décembre 2021. En ligne : <https://educationsante.be/numero/383/>
2. TIME: train intercultural mediators for a multicultural Europe. Mediation-Time; 2015. En ligne : <http://mediation-time.eu/>
3. Hope.Migrant Friendly Hospitals. En ligne : https://hope.be/EU_Projects/mfh/
4. <https://www.healthylbelgium.be/en/health-status/determinants-of-health/health-literacy#key-messages>

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE :

- [1] Bischoff A., Denhaerynck K. What do language barriers cost? An exploratory study among asylum seekers in Switzerland. *BMC health services research*, 2010, vol. 10, n° 248. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20731818/>