

## **Rapport final pour Migrant Friendly Hospitals**

- Date:** 8 décembre 2006
- Titre du projet:** « Development and evaluation of a cross cultural consultation service in a multicultural primary care setting »
- N° de projet MFH:** 12
- Période:** du 1er janvier 2006 au 31 octobre 2006
- Bénéficiaire :** Dr Melissa Dominicé Dao  
Département de Médecine Communautaire  
Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)  
1211 Genève 14  
Tél : 022.372.33.43 ou 022.372.33.11 bip 6857821  
Fax : 022.372.96.00  
Email : [melissa.dominice@hcuge.ch](mailto:melissa.dominice@hcuge.ch)
- Investigatrices:** Dr Melissa Dominicé Dao, cheffe de clinique  
Dr Patricia Hudelson, PhD, anthropologue médicale  
Département de Médecine Communautaire, HUG
- Collaborateurs :** Prof Anne-Françoise Allaz, Département de Réhabilitation et de Gériatrie, HUG  
Dr Sophie Durieux, médecin adjoint et responsable du Centre Santé Migrants, Département de Médecine Communautaire, HUG  
Dr Ariel Eytan, médecin adjoint, Service de Psychiatrie Adulte, HUG
- Experts externes :** Prof. Danielle Groleau, PhD, anthropologue et spécialiste en santé publique, Département de Psychiatrie et Département de Médecine de Famille, Université McGill, Montréal, Canada.  
Prof. Laurence Kirmayer, médecin chef de la Division de Psychiatrie Transculturelle et Sociale, Département de Psychiatrie, Université McGill, Montréal, Canada.

## Résumé du projet:

En Suisse, et en particulier à Genève où près de 40% de la population est de nationalité étrangère, les cliniciens sont quotidiennement confrontés à des patients d'autres cultures. Malgré leur engagement à assurer une prise en charge centrée sur le patient en le considérant dans son contexte biopsychosocial, la plupart des cliniciens sont souvent démunis face à des patients provenant d'horizons sociaux et culturels si diversifiés, dont les croyances, les représentations et les pratiques de santé, ainsi que les attentes par rapport à la médecine peuvent grandement différer –voire même être en contradiction- avec les leurs.

Les conséquences de cette non-prise en compte de ces différences peuvent mener à des obstacles à la communication, à des malentendus, à des évaluations incomplètes et des diagnostics erronés, à une coopération thérapeutique inadéquate, et à l'établissement de stéréotypes et d'inégalités de soins.

Notre projet comprend quatre composantes :

- Une première étape de **recherche formative** vise à comprendre initialement les difficultés transculturelles rencontrées par les cliniciens dans leur travail quotidien avec les patients aux HUG, et à évaluer leurs besoins en matière de ressources et d'informations qui leur permettraient de faciliter, voire de résoudre, ces difficultés interculturelles.
- En parallèle il s'agit de constituer une **équipe multidisciplinaire de consultation culturelle** comprenant d'une part une équipe de base avec plusieurs cliniciens (médecins de premier recours, psychiatre, infirmière) formés ou expérimentés dans les soins aux populations migrantes, et une anthropologue médicale, et d'autre part une banque d'informateurs culturels pouvant fournir des informations culturelles spécifiques à chaque situation.
- Ensuite débutera l'**intervention de consultation culturelle**, c'est-à-dire un service où les cliniciens des HUG pourront référer des situations interculturelles qui leur posent problème à n'importe quel niveau de la prise en charge. Ces cas seront évalués conjointement par un clinicien de notre équipe et par un informateur culturel du même groupe –ou d'un groupe proche du patient.-, puis discuté lors de nos réunions hebdomadaires, afin de donner des recommandations spécifiques au clinicien référent. Ce modèle de consultation se base sur le Service de Consultation Culturelle de l'Université McGill ([www.mcgill.ca/ccs](http://www.mcgill.ca/ccs)), mais sera modifié et adapté aux contraintes et aux problématiques locales identifiées par la recherche formative.
- Une deuxième étape de recherche vise à **évaluer l'intervention de manière qualitative et quantitative** en examinant le contenu et le processus de l'intervention ainsi que la satisfaction des usagers. Une méthodologie de type « recherche-action » permettra de réaliser l'évaluation en parallèle avec l'intervention, afin d'améliorer continuellement son efficacité et de l'adapter aux besoins changeants des cliniciens référents.

En finalité ce projet souhaite contribuer à réduire les barrières aux soins que rencontrent les patients migrants, et de manière générale à optimiser la qualité des soins médicaux prodigués aux HUG.

Le financement offert par le programme MFH est destiné aux deux premières phases du projet, c'est-à-dire la recherche formative et le développement de l'équipe de consultation.

## Etat d'avancement du projet :

Actuellement nous sommes en train d'achever la première partie de la recherche formative, c'est-à-dire l'analyse des entrevues avec les cliniciens et de débiter la deuxième partie de cette recherche formative, c'est-à-dire la confrontation de nos résultats dans d'autres départements sous la forme de focus groups.

Une première équipe multidisciplinaire a été constituée et débutera des réunions bimensuelles de présentation de cas et de réflexion globales sur la problématique des soins interculturels en janvier 2007. De plus une ébauche de réseau d'informateurs culturels a pu être établie, mais qui doit encore être testée en pratique de consultation culturelle.

Notre projet a également été présenté en juin 2006 à Montréal et intégré au « Consortium International des Consultations Culturelles », permettant ainsi sa mise en réseau avec ce groupe d'experts internationaux ([www.mcgill.ca/tcpsych/internationalprojects/iccc/](http://www.mcgill.ca/tcpsych/internationalprojects/iccc/)).

Enfin, en plus du financement mis à disposition par MFH, notre projet a reçu le soutien de plusieurs fonds, qui nous permettent d'assurer le financement complet des 33 mois de la durée du projet (Programme « Recherche et Développement » des HUG : 50'000 CHF, Fondation Schmidheiny : 47'684 CHF, Fonds Käthe Zingg-Schwichtenberg de l'Académie Suisse des Sciences Médicales): 40'000 CHF, Fondation Safra : 50'000 CHF). Nous sommes actuellement en train de rédiger un pré-projet dans le but de le présenter au cours de l'été 2007 à la direction des HUG dans le but d'obtenir un financement fixe pour la consultation culturelle.

### **I. Etape de recherche formative :**

Cette partie du projet a donc débuté en janvier 2006. Le protocole a été soumis au comité d'éthique des HUG qui l'a accepté. Il a aussi été présenté aux différents cadres des départements de médecine communautaire et de réhabilitation et gériatrie afin d'obtenir leur soutien. Puis, le projet s'est rapidement étendu au service de psychiatrie adulte du département de psychiatrie, et finalement au département de médecine interne au vu des propositions spontanées de plusieurs médecins de ce département à participer au projet.

Le questionnaire de recherche a été élaboré par les deux auteurs de ce projet, puis retouché en fonction des premiers entretiens. Les entretiens ont porté sur des situations présentes ou passées où la différence culturelle entre soignant et soigné posait un problème à quelque niveau de la prise en charge. Lors de l'entrevue, il était demandé aux soignants de raconter la situation librement, puis ceux-ci étaient interrogés plus spécifiquement sur la nature et la cause de la difficulté, l'impact sur la prise en charge, les stratégies mises en place pour y faire face, et le type d'aide souhaitée par le soignant dans cette situation. Dans un deuxième temps, des questions étaient posées sur le déroulement d'autres situations interculturelles qui ne s'étaient pas avérées problématiques. Des données sociodémographiques sur le soignant et sur le patient ont également été récoltées. 24 entretiens individuels ont été menés avec 24 soignants. Ceux-ci ont été enregistrés et le verbatim a été transcrit. L'analyse détaillée du contenu des entretiens a été facilitée par le logiciel informatique Atlas TI.

#### *Participants*

Les participants aux entretiens proviennent des quatre départements mentionnés plus haut. Il s'agit de 17 femmes et 7 hommes, dont les postes sont les suivants : 8 médecins cadres, 8 médecins internes, 6 infirmiers, 1 diététicienne, 1 stagiaire médecin. Les nationalités des

participants étaient les suivantes : 20 suisses, 2 françaises, 1 brésilienne, 1 congolais (Kinshasa). Toutefois parmi les 20 suisses, la moitié étaient binationaux. On remarque donc – sans surprise- une multiculturalité importante déjà chez les soignants, qui correspond à la démographie genevoise comme à celle des soignants aux HUG. Plus d'informations socio-démographiques sur les participants peuvent être consultées dans le tableau 1 de l'annexe A.

Nous avons été frappées par la facilité avec laquelle nous avons pu recruter ces soignants, et le fait que ceux-ci avaient généralement plusieurs situations potentielles à raconter, démontrant la fréquence élevée de ce type de problématique dans l'institution. Ensuite la demande très forte de la part des participants pour une consultation culturelle en bonne et due forme, ou en tout cas pour un éclairage culturel de la situation, témoigne de la pertinence de l'intervention auprès du personnel soignant des HUG.

### *Situations décrites*

Les 24 entretiens de soignants portent sur des situations avec 23 patients<sup>1</sup>. Il s'agissait de 13 hommes et 10 femmes, de religion musulmane (7), chrétienne (6), hindoue (2), témoin de Jéhovah (1) ou inconnue (7). 16 patients étaient originaire d'Afrique (Lybie, Ethiopie, Erythrée, Somalie, Tunisie, Guinée, Togo, Cameroun, Congo ex-Zaire, Rwanda, Kenya, Zimbabwe), 4 d'Asie (Chine, Sri Lanka, Afghanistan), 2 d'Amérique du sud (Equateur, Brésil) et un patient d'Europe (Portugal). Les caractéristiques socio-démographiques des patients se trouvent dans le tableau 2 de l'annexe A.

Parmi les caractéristiques cliniques de ces situations, on note 8 situations hospitalières pour 15 situations ambulatoires, 6 aigues pour 17 chroniques, et 5 avec un mauvais pronostic ou une fin de vie. La langue utilisée était soit une langue maternelle commune, soit une langue seconde ou tierce pour au moins l'un des deux protagonistes ; les situations avec interprète formé étaient fortement minoritaires (4). Des informations plus détaillées concernant ces situations peuvent être trouvées dans le tableau 3 de l'annexe A.

### *Difficultés rencontrées*

Pour les soignants les types de difficultés qu'ils ont rencontrées étaient de plusieurs ordres:

a) des symptômes médicalement inexpliqués, c'est-à-dire une difficulté à poser un diagnostic ou la présence d'un diagnostic insuffisant pour expliquer les plaintes du patient

Exemple : Un patient sri lankais suivi en consultation ambulatoire de médecine de premier recours qui présente de douleurs au pied extrêmement invalidante qui l'empêchent de travailler et dont une des résultantes en est des problèmes financiers importants. Malgré de nombreuses investigations, il n'y a pas de substrat organique ni de diagnostic psychiatrique qui expliquent ces douleurs. Le médecin se pose la question d'une explication culturelle pour ces douleurs au pied.

b) des problèmes de communication avec le patient ou son entourage (à comprendre ou à se faire comprendre)

Exemple : Un vieillard portugais exclusivement lusophone hospitalisé pour un urosepsis très désorienté et agité, avec qui l'équipe soignante ne pouvait pas communiquer verbalement.

c) des difficultés relationnelles avec le patient ou son entourage

---

<sup>1</sup> En effet pour une situation, deux soignants ont été interviewés.

Exemple : Une jeune fille camerounaise bipolaire, hospitalisée pour un état maniaque, et dont la mère était vécue par l'équipe comme extrêmement intrusive et manipulatrice.

d) des difficultés à répondre aux attentes et aux demandes du patient

Exemple : Une patiente chinoise qui demande beaucoup d'examen complémentaires et un arrêt de travail à son médecin traitant pour ses symptômes, alors qu'il n'en voit pas la nécessité.

e) un échec du traitement

Exemple : Patiente du Congo ex-Zaire hospitalisée pendant des mois en psychiatrie, qui ne répond à aucun traitement psychotrope ou psychothérapeutique.

f) un manque de coopération de la part du patient (refus de soin, mauvaise compliance, etc.)

Exemple : Patient guinéen, frappé de non-entrée en matière (NEM), qui vient aux urgences à plusieurs reprises pour des douleurs après pose d'une sonde urétérale et qui refuse la prise de sang.

g) un état d'agitation du patient, éventuellement accompagné d'agressivité ou de violence.

Exemple : Patient équatorien, vivant dans un foyer de requérant d'asile, qui présente une exacerbation aiguë d'un problème psychiatrique chronique, avec un épisode de violence conjugale et persistance d'un risque hétéro-agressif.

La plupart des situations présentait en fait plusieurs de ces difficultés de manière concomitante, dont la différence culturelle ne représente généralement qu'un des facteurs de complication. Cette différence culturelle devient donc problématique lorsqu'elle est compilée à d'autres difficultés cliniques (qui sont aussi rencontrées avec des patients d'origine suisse). Pour reprendre l'exemple du patient guinéen, celui-ci présente un refus de soins (prise de sang), mais aussi des symptômes pour lesquels les médecins ne trouvent pas d'étiologie, et en même temps sa demande d'aide est formulée de manière peu claire.

### *Causes perçues pour ces difficultés*

Toujours dans l'exemple du patient guinéen, l'infirmière des urgences se demande si la cause de ces difficultés ne réside pas dans le fait qu'il a des représentations du corps et de la maladie qui diffèrent de celles des soignants suisses. Elle trouve que les soignants occidentaux ne lui ont pas donné assez d'explications, ont du mal à prendre en compte une conception du patient de son problème différente de la vision biomédicale, et qu'ils ont du mal à être créatif dans leur prise en charge. Elle se demande aussi si le patient n'a pas été torturé, et que cela expliquerait sa réticence à l'introduction d'un corps étranger dans son corps.

On voit donc que les causes perçues par les soignants pour les problèmes rencontrés sont également multiples, avec chaque difficulté possédant plusieurs types d'explications.

Lors de l'analyse nous avons observé que les soignants situaient ces causes à différents niveaux dans de la relation entre patient et soignants et au sein de l'institution, avec souvent un certain degré de chevauchement entre niveaux.

a) au niveau du patient :

Les soignants mentionnent des éléments tels que le contexte social du patient, son niveau d'acculturation (ou de non-acculturation à la société-hôte), sa capacité linguistique, sa

personnalité et son comportement (par exemple méfiance vis-à-vis des soignants), ou une comorbidité psychiatrique -y compris l'une utilisation de substance psycho-actives.

« Il y a peut-être une dépression sous-jacente, parce que j'ai l'impression que la vie de cette dame n'est quand même pas tout rose, elle travaille dans un restaurant avec son mari, ils sont les deux employés, elle parle pas du tout français ou très peu français après quelques années ici, une fille de 24 ans qui est en France à l'Université et moi je vois un mari qui a l'air très attentionné comme ça qui vient avec elle qui est très près d'elle mais voilà, j'ai l'impression qu'il y a quelque chose dessous. » (PM 9)

b) au niveau du soignant ou de l'équipe soignante :

Les éléments retrouvés à ce niveau sont : un manque de connaissance des soignants de la culture du patient, leur crainte de manquer un diagnostic, leur manque de souplesse, de créativité ou d'acceptation d'une autre perspective, et leur peur ou pudeur d'explorer la perspective culturelle du patient et leur ignorance par rapport aux moyens pour ce faire. Les soignants mentionnent aussi les conflits au sein de l'équipe à la fois comme participant aux difficultés et étant catalysés par ces difficultés transculturelles.

« Alors est-ce que c'est une forme de gêne, pudeur, vis-à-vis de la personne ou justement à cause d'une culture qu'on connaît moins bien, on est moins à l'aise et puis maintenant, est-ce que là on touche des choses qu'on ne devrait pas toucher ? » (BS4)

« Et je trouve qu'en terme de soignant (...) on manque d'imagination, de créativité, je trouve. (...) On a de la peine je trouve à être créatif, imaginatif. Ca, c'est pas physique, ça doit être psychologique, mais est-ce que ? Puis comment y répondre ? » (PM5)

« Donc c'est vrai que c'est plus une culture que je connais pas en fait la culture chinoise, c'est pas la culture qui m'intéresse le plus non plus. C'est pas le premier pays que j'allais visiter, c'est pas là le premier endroit où j'aurais envie d'aller en fait. Donc voilà j'ai aucun... mais une culture en fait que je connais pas pour laquelle j'ai pas vraiment de préjugés ni positifs ni négatifs. C'est vraiment quelque chose de totalement inconnu donc. J'aime beaucoup la cuisine chinoise et tout ça mais autrement... » (PM5)

c) les facteurs liés à un certain nombre de différences entre patient et soignant :

Ici les soignants situent le problème non pas chez le patient ou le soignant mais dans la différence entre eux, c'est-à-dire dans une *interface entre deux perspectives opposées*. Cette différence s'exprime au niveau des représentations (de la maladie, du corps, de la médecine), au niveau des modes d'expression et des styles de communication, au niveau de la culture familiale (relations, rôles, normes) et des différences dans la perception des rôles et de la place des individus (genre, âge, etc.), ainsi que dans la différence de priorités entre soignant et soigné.

« LC : Ce qui a été difficile, c'est qu'on avait un tel niveau d'incompréhension et justement on avait un tel décalage entre ce que lui attendait de moi et puis ce que moi je lui offrais, que ça a rendu le patient agressif.

PH : Il a, à ton avis, d'où vient cette difficulté. Pourquoi ?

LC : Je pense que déjà la barrière de la langue, ça c'est certain que ça joue un rôle important et puis, il y a aussi, la différence, je pense voilà, de fréquence de la maladie, qui est fréquente dans son pays, qui est rare ici. (...) Donc, c'est sûr que lui, il a sa vision de la maladie et des tests à faire et puis, je sais pas

comment ça se passe en réalité en Afrique, je sais pas. Mais peut-être qu'on n'a pas la même prise en charge pour ce genre de problème. Peut-être il y a une différence au niveau médical sur les tests qu'ils effectuent là-bas et puis sur la façon de donner les résultats. » (PM1)

d) les facteurs liés à l'institution :

Les soignants mentionnent des contraintes structurelles influençant leur contexte de travail comme le manque de temps, le manque de soutien à l'équipe (hiérarchie, absence de supervision), une surcharge de travail ou des contextes particuliers comme la médecine pénitentiaire. Mais ils expriment aussi des éléments de la culture hospitalière qui sont inadaptés aux patients et à leur famille (heures de visite restrictives, accès aux soins pour la famille, repas, etc.).

« C'était une nombreuse famille, il y avait les trois enfants qui étaient très présents, des petits fils, des arrières petits-fils et puis ça c'était chaleureux parce qu'ils étaient tous dans la chambre. Pour moi c'était bien parce que je suis très famille, je trouve que la famille doit prendre en charge leurs membres. Mais pour d'autres personnes, ça a été ennuyeux qu'il y avait autant de monde et puis ça prenait beaucoup de place et puis qu'il fallait qu'ils comprennent quand même que c'est pas les heures de visite. » (BS3)

e) les facteurs liés à des tiers

Celles-ci sont de plusieurs ordres, comme par exemple un interprète inadéquat dont l'attitude est délétère à une bonne communication, des demandes excessives ou un comportement inapproprié de la part de la famille.

« Oui comme ça mais on se retrouve dans une situation où on a une famille qui est constamment présente qui checke absolument tous les médicaments, qui demande des copies des examens et des choses comme ça, qui essaye de les interpréter. (...) Mais tu vois c'est chaque fois des heures de discussion, donc ils sont au fond du couloir chaque fois qu'ils sont là tu dois aller voir ta patiente c'est tout de suite on te raccroche pour te dire oui, ça, ça. C'est pour tout. » (BS2)

« Il était incapable de s'exprimer en français ou en anglais et en plus son interprète n'était pas des plus adéquate. (...) Elle n'interprétait pas mes propos mais elle se mettait à sa place et elle m'expliquait la situation. (...) Non seulement j'avais le patient qui m'agaçait mais elle aussi m'agaçait parce que je n'arrivais jamais et elle me disait ce qu'il fallait faire. » (BI5)

*Aide souhaitée*

Enfin lorsqu'on les interroge sur l'aide souhaitée dans ce type de situations, les soignants sont relativement unanimes sur leurs besoins. Ils souhaitent surtout des informations culturelles spécifiques (culturelle et géopolitique) et l'intervention d'un intervenant externe offrant une expertise culturelle. Ils mentionnent aussi vouloir des interprètes pouvant traduire les mots du patient, des formations professionnelles spécifiques, un espace de réflexion en équipe et en supervision autour de ces situations difficiles et des moyens de se référer à des associations communautaires.

## II. Formation de l'équipe de consultation culturelle :

Selon un modèle déjà mis en place au Canada<sup>2</sup>, nous souhaitons proposer dans le projet de consultation culturelle aux HUG, une évaluation de la situation clinique selon le guide de formulation culturelle<sup>3</sup>. Ceci se ferait sous la forme d'une consultation conjointe faite par un clinicien et un médiateur culturel. Ce duo a l'avantage d'offrir à la fois un éclairage de la situation clinique et des informations culturelles spécifiques incluant un éclairage des représentations culturelles inconnues du professionnel.

### *Equipe de base*

L'équipe de base du service de consultation culturelle est actuellement formée d'une anthropologue médicale (Dr Patricia Hudelson), de deux médecins de premier recours (Dr Melissa Dominicé Dao et Dr Sophie Durieux), d'un psychiatre (Dr Ariel Eytan), et d'un psychiatre ou psychologue provenant de la consultation psychiatrique spécialisée dans les migrants « Appartenances ». Pour faciliter les interventions auprès du personnel infirmier, une infirmière spécialisée en soins communautaire et expérimentée en soins transculturels sera incluse dans l'équipe. Des réunions bimensuelles d'une heure et demie sont agendées dès le mois de janvier 2007, dans le but de poursuivre la mise en place de la consultation, et de pouvoir discuter des cas pour lesquels une consultation a eu lieu.

### *Réseau genevois*

Afin de constituer une banque d'informateurs culturels et de permettre des interfaces avec des organisations déjà existantes, nous avons pris contact avec plusieurs personnes ressources et avec de nombreuses associations et organisations communautaires, en particulier celles qui employaient déjà des médiateurs culturels : le réseau d'interprètes de la Croix-Rouge, la consultation psychiatrique « Appartenances »<sup>4</sup>, groupe SIDA Genève (prévention du VIH/Sida auprès des populations migrantes<sup>5</sup>), le service de médiation interculturelle du Bureau de l'Intégration des Etrangers, etc, la responsable du réseau d'interprètes de la Croix-Rouge genevoise utilisés par les soignants de HUG, et le groupe des aumôniers des HUG. La résultante est une première liste d'informateurs culturels qu'il va falloir rencontrer et former à l'utilisation du guide de formulation culturelle utilisé dans les évaluations des situations transculturelles problématiques, mais aussi un certain nombre de personnes ressources à inviter pour offrir un éclairage spécifique lors de la discussion de cas par l'équipe de base.

Ces différentes rencontres avec les organisations travaillant déjà avec des interprètes ou des médiateurs culturels nous a forcé à réexaminer le rôle que nous souhaitions leur faire porter dans l'évaluation culturelle. Le fruit de cette réflexion se trouve dans l'annexe B. Nous avons également redéfini l'idiome à utiliser pour les nommer, et préférons utiliser celui d'« informateur culturel ».

### *Banque d'informateurs culturels*

Les informateurs culturels sont répertoriés dans une liste contenant un certain nombre d'informations (âge, sexe, nationalité(s), langues parlées, religion, groupe ethnique d'appartenance, cultures expérimentées). Nous en avons actuellement identifiés une quarantaine.

---

<sup>2</sup> [www.mcgill.ca/ccs](http://www.mcgill.ca/ccs)

<sup>3</sup> DSM-IV, Appendix I

<sup>4</sup> [www.appartenances-ge.ch](http://www.appartenances-ge.ch)

<sup>5</sup> [www.groupe sida.ch](http://www.groupe sida.ch), [www.aids.ch](http://www.aids.ch)

En raison de l'impossibilité pour les HUG d'établir des contrats de travail et de rémunérer directement ces personnes pouvant être sollicitées de manière irrégulière, les informateurs seront inscrits dans un registre géré par la Croix-Rouge genevoise, à l'instar des interprètes communautaires, et rémunérés par elle selon un salaire horaire qui suit le même barème que pour ces derniers.

#### *Formation des informateurs culturels*

En janvier 2007 nous réunirons les informateurs provenant des communautés les plus fréquemment rencontrées à Genève et aux HUG pour leur dispenser une courte formation de base. En particulier nous leur présenterons le projet et ses différents intervenants, nous partagerons les résultats de la recherche préliminaire, et nous les familiariserons avec le guide de formulation culturelle. Ce premier groupe d'informateur sera «testé» lors de différentes consultations culturelles. A l'issue de la consultation, le processus d'évaluation culturelle sera rediscuté entre le clinicien et l'informateur afin de l'affiner et l'améliorer. Dans un deuxième temps des formations spécifiques et ponctuelles seront proposées au groupe d'informateurs culturels, en fonction des problématiques rencontrées lors des consultations.

#### *Consultation culturelles effectuées*

Malgré l'absence de structure formelle de la consultation culturelle, plusieurs soignants nous ont demandé une évaluation culturelle pour une situation clinique donnée. Certaines demandes ont été faites spontanément (les investigatrices étant identifiées aux HUG comme des personnes ressources pour les questions transculturelles), alors que d'autres ont été initiées par l'entretien de recherche formative. Au vu de ce besoin manifeste il a été réalisé 8 consultations culturelles, dont 4 avec une évaluation en profondeur du patient, et 4 sur dossier. Nous avons sollicité l'aide de 4 médiateurs culturels, qui ont pu agir comme informateur culturels et interprètes pendant l'évaluation pour 2 situations, alors que pour 2 autres situations ils ont fournis des renseignements après coup lors de discussions de cas. Pour ces consultations, les nationalités d'origine des patients étaient les suivantes : Lybie, Maroc, Zimbabwe, Zaïre, Sénégal, Sri Lanka (2), Ethiopie. Chaque consultation a nécessité entre 1h30 et 10h de travail. A noter que ces consultations sont survenues un peu prématurément par rapport à l'avancement du projet, mais au vu des difficultés de prise en charge ressenties par les soignants nous avons jugé opportun de fournir cette aide.

Pour ces consultations, l'évaluation suit le guide de formulation culturelle tel que préconisé par l'annexe I du DSM-IV. Un exemple de consultation culturelle (effectuée avec un apport de l'informateur culturel par discussion uniquement) est disponible dans l'annexe C.

## Conclusion et poursuite du projet :

Cette première étape de recherche formative a permis de clarifier une première typologie des types de difficultés cliniques transculturelles rencontrées par les soignants dans quatre départements des HUG. Elle révèle en particulier que leur difficulté provient de la collision de plusieurs problématiques dont la différence culturelle n'est qu'un des éléments. Les causes de ces difficultés se situent pour les soignants à plusieurs niveaux : celui du patient, du soignant, de l'institution et de différents tiers gravitant autour de la relation soignant-soigné. Nous devons maintenant peaufiner notre analyse de ces résultats, puis les confronter, lors de focus groups, aux récits des soignants dans les autres départements, afin d'élargir notre compréhension des difficultés rencontrées dans les autres contextes cliniques de l'institution.

Cette première étape a aussi permis de confirmer la pertinence de notre démarche, tant au niveau de la fréquence des situations cliniques transculturelles difficiles, qu'au niveau des besoins ressentis par les soignants en matière de résolution de problème, et de leur souhait d'expertise externe disponible dans ce type de situation.

En ce qui concerne la création de l'équipe de consultation culturelle, une équipe de base est actuellement fonctionnelle, et va permettre de poursuivre l'adaptation du modèle montréalais en fonction des résultats de la recherche formative, ainsi que de discuter des premiers cas de consultation culturelle dès janvier 2007. Le lancement institutionnel officiel de la consultation est prévu pour avril 2007.

Une importante réflexion autour du rôle d'informateur culturel a permis de mieux redéfinir sa place dans la consultation culturelle. Un premier recrutement d'informateur potentiel a eu lieu, en particulier grâce au réseautage avec les différentes organisations professionnelles et communautaires genevoises. Il s'agit maintenant de sélectionner un nombre plus restreint d'informateurs à former et tester dans des situations cliniques.

Enfin il nous reste à définir la méthodologie de recherche du deuxième volet de recherche du projet, c'est-à-dire l'évaluation du processus de la consultation et de la satisfaction des usagers (soignants et patients), avant de rédiger un projet pour un financement durable de notre projet aux HUG.

## Annexe A : Caractéristiques du patient, du soignant et de la situation présentée

**Tableau 1** : Caractéristiques sociodémographiques du soignant

Code	Age	Sexe	Nationalité	Religion	Profession
<b>DM1</b>	49	F	Suisse	?	Médecin-adjoint
<b>DM2</b>	47	F	Allemande naturalisée CH	Catholique	Médecin-adjoint
<b>BS1</b>	38	F	CH, mère Haïti	Catholique non-pratiquante	Médecin CDC
<b>BS2</b>	26	F	CH & Italie, mère Espagne	Catholique	Stagiaire médecin 6 <sup>ème</sup> année
<b>BS3</b>	35	F	Brésil, permis C	Catholique	Infirmière
<b>BS4</b>	37	M	Suisse	Catholique	Médecin CDC
<b>BI1</b>	29	F	CH	Catholique	Médecin interne
<b>BI2</b>	48	M	Serbe de Bosnie, naturalisé CH	Orthodoxe/païen	Médecin-adjoint
<b>BI3</b>	40 environ	M	Congo ex-Zaire	Protestant	Infirmier
<b>BI4</b>	43	F	Française	Sans	Infirmière spécialiste en psy
<b>BI5</b>	40 environ	M	Suisse	?	Médecin interne
<b>PM1</b>	34	F	Suisse	Catholique	Médecin interne
<b>PM2</b>	33	F	Suisse, parents espagnols	Catholique pas pratiquante	Médecin interne
<b>PM3</b>	25	F	Suisse	Aucune	Diététicienne
<b>PM4</b>	30	M	Suisse	Aucune	Médecin interne
<b>PM5</b>	40	F	Suisse (mère allemande)	Protestante (mais...)	Infirmière des urgences
<b>PM6</b>	40	F	Suisse	Catholique	CDC
<b>PM7</b>	44	F	Suisse	Protestante non pratiquante	CDC
<b>PM8</b>	40	F	Suisse, mère UK	Catholique	Médecin CDC
<b>PM9</b>	29	M	Suisse	Catholique pas pratiquant	Médecin interne
<b>PM10</b>	32	F	Pakistan, naturalisée CH.	Musulmane	Médecin interne
<b>PM11</b>	26	F	Franco-CH	Chrétienne	Infirmière
<b>PM12</b>	35	M	Français (frontalier)	Catholique non pratiquant	Infirmier
<b>PM13</b>	29	F	Suisse	Protestante	Médecin interne

**Tableau 2 : Caractéristiques sociodémographiques du patient**

Code	Age	Sexe	Nationalité (status)	Religion	Profession
<b>DM1</b>	50 environ	M	Lybien		
<b>DM2</b>	59	M	Ethiopien (pas de permis)	Chrétien copte	Commerçant
<b>BS1</b>	86	F	Lybienne	Musulmane	Sans
<b>BS2</b>	86	F	Lybienne	Musulmane	Sans
<b>BS3</b>	76	M	Portugal (permis B)	Catholique	Concierge (commerçant retraité)
<b>BS4</b>	33 (ou +)	F	Ethiopie (permis B ou C)	Musulmane	Aide-soignante
<b>BI1</b>	21	F	Cameroun (permis humanitaire)	Catholique	Étudiante à l'université
<b>BI2</b>	43	F	Kenya, naturalisée CH	?	?
<b>BI3</b>	50	M	Congo ex-Zaïre (permis C)		
<b>BI4</b>	35 environ	F	Ethiopie	Musulmane	Sans, illettrée.
<b>BI5</b>	40	M	Sri Lanka (requérant)	Hindu ?	Chauffeur taxi
<b>PM1</b>	25	M	Cameroun (NEM)	?	?pas de travail
<b>PM2</b>	60+	F	Afghane (permis C ?)	Musulmane ?	Ne travaille pas
<b>PM3</b>	66	F	Zaïre (requérante d'asile)	?	Ne travaille pas
<b>PM4</b>	?	M	Rwanda (NEM)	?	?
<b>PM5</b>	25-30	M	Guinée (requérant d'aile)	?	?, ne travaille pas.
<b>PM6</b>	21	F	Brésilienne	Catholique	Ne travaille pas (en prison)
<b>PM7</b>	21	H	Togo (NEM)	Protestant	Ne travaille pas
<b>PM8</b>	40 environ	M	Erythrée (requérant d'asile)	?chrétien ?	? petits boulot, pas de formation
<b>PM9</b>	45	F	Chinoise (permis B ?)	?	Travaille restaurant chinois
<b>PM10</b>	40 environ	M	Tunisien, naturalisé CH	Musulman	Chef entreprise, informaticien
<b>PM11</b>	34	F	Lybienne (requérante d'asile)	Musulmane	? femme au foyer ?
<b>PM12</b>	39	M	Equateur (requérant d'asile)	Catholique ( ?)	Bâtiment et peinture artistique
<b>PM13</b>	40	M	Sri Lanka (permis B)	Hindu	Polisseur, ne travaille pas

**Tableau 3 : Caractéristiques de la situation**

Code	Chronique vs aigüe	Ambulatoire vs hospitalier	Diagnostic	Langue de la consultation	Présence d'un interprète
<b>DM1</b>	Aigüe	Hospitalier	Hépatite, besoin d'une greffe	Pas précisé	Pas précisé
<b>DM2</b>	Chronique	Ambulatoire	IR terminale, dialysé, attente de greffe	Anglais	Non (rare)
<b>BS1</b>	Chronique	Hospitalier	AVC massif, EF fluctuant	Anglais (fils)	Non (fils)
<b>BS2</b>	Chronique	Hospitalier	AVC massif, EF fluctuant	Anglais avec fils	Non (fils)
<b>BS3</b>	Aigüe	Hospitalier	Désorientation sur IU haute (HBP)	Portugal	Non (sauf soignante)
<b>BS4</b>	Chronique	Hospitalier	Adénocarcinome du colon avec métastases	Français	Non
<b>BI1</b>	Chronique	Hospitalier (2-3 mois)	Trouble bipolaire avec symptômes psychotiques	Français	Non
<b>BI2</b>	Chronique	Hospitalier	Diagnostic pas clair	Anglais ?	Non
<b>BI3</b>	Aigüe (chron à long terme)	Hospitalier	Abus OH et violence.	Lingala / français	Non (infirmier interprète)
<b>BI4</b>	Chronique	Hospitalière longue (2 ans)	Paraplégie, OH, cannabis	Français	Non (pas d'interprète oromo)
<b>BI5</b>	Chronique	Ambulatoire	Décollement rétine, DM, HTA, OH massif	Anglais/Français /Tamoul	Oui
<b>PM1</b>	Chronique	Ambulatoire	HTA ;veut savoir risque drépanocytose	Français	Non
<b>PM2</b>	Chronique	Ambulatoire	HTA, diabète, cholestérol, obèse	Français	Non
<b>PM3</b>	Chronique	Ambulatoire	HTA, obèse, douleurs articulaires	Français	Non
<b>PM4</b>	Chronique	Ambulatoire	Symptômes médicalement inexplicables (dysesthésies)	Français, anglais	Non
<b>PM5</b>	Aigüe	Ambulatoire (urgences)	Douleur après pose d'une sonde de pigtail	Anglais	Non
<b>PM6</b>	Chronique	Ambulatoire	Somatisation	Portugais	Non
<b>PM7</b>	Chronique	Ambulatoire	Dépression, consommation, troubles sommeil...	Français	Non
<b>PM8</b>	Chronique, exacerbation aigüe	Ambulatoire	Dépendance OH	Français (cousin traduit)	Non
<b>PM9</b>	Chronique	Ambulatoire	Check-up, palpitations, lombalgies	Mandarin et français	Oui au début, puis mari
<b>PM10</b>	Chronique	Ambulatoire.	Doul. lombaire chronique demande AI.	Français	Non
<b>PM11</b>	Aigüe	Ambulatoire	Découverte ca du sein avancé	Arabe/Français	Oui
<b>PM12</b>	Chronique, exacerbations aigües	Ambulatoire	Problème psychiatrique avec auto et hétéro-agression	Français et Espagnol ?	Non
<b>PM13</b>	Chronique	Ambulatoire	Douleurs au pied D	Tamoul / français	Oui

## Annexe B : Réflexions sur le rôle du « médiateur culturel »

En raison des différents usages faits du terme de « médiateur culturel » nous avons souhaité résumer les différents contextes d'utilisation et fonctions associées à ce terme, en particulier à Genève, puis redéfinir clairement ce que nous entendons par là, dans le but de faciliter la collaboration lors de la consultation culturelle.

L'interprète traduit de signification à signification, et de manière orale, en opposition avec le traducteur qui fait une traduction mot-à-mot, en général par écrit. Par exemple *les interprètes communautaires de la Croix-Rouge genevoise* se définissent comme étant généralement de la même langue maternelle que le patient, avec un parcours similaire mais un plus haut degré d'intégration. Ces interprètes communautaires sont censés avoir reçu une formation spécifique (ce qui n'est en pratique pas toujours le cas) et ils sont soumis au principe de confidentialité. Leur rôle est de rapporter fidèlement ce que dit patient et d'initier une médiation culturelle en intégrant ce qui est dit dans le contexte culturel du patient. La quantité et la qualité de cette médiation culturelle peut être très variable selon l'expérience et la formation des interprètes et selon les attentes et les demandes des soignants impliqués. Il existe en Suisse depuis 1999 l'association INTERPRET<sup>6</sup> (association suisse pour l'interprétariat communautaire et la médiation culturelle), qui a créé un Certificat suisse pour les interprètes communautaires en collaboration avec la Fédération pour la Formation continue (FSEA). A part les HUG, d'autres institutions utilisent aussi des interprètes communautaires appelés parfois aussi médiateurs culturels (DIP, Appartenances, autres ?). Dans la pratique une certaine confusion existe entre les rôles et les dénominations d'*interprète* et de *médiateur culturel*.

La « médiateur » a traditionnellement œuvré dans le domaine de la médiation sociale, c'est-à-dire la recherche d'une solution concrète la plus consensuelle possible à laquelle adhèrent les partis en conflit, telle que définie par Bonaffé-Schmidt<sup>7</sup>. Cette médiation-là implique que le médiateur soit une personne neutre et externe à la situation médiée, ce qui est de facto impossible dans une situation de médiation interculturelle. En effet le médiateur s'appuie alors non seulement sur ses connaissances linguistiques, sociales et culturelles mais aussi sur son propre vécu de migration. Certains auteurs<sup>8</sup> considèrent même le médiateur comme un co-thérapeute, par exemple lors d'une psychothérapie où l'implication personnelle de l'interprète fait partie de l'effet thérapeutique.

Delcroix<sup>9</sup> parle de « médiation-relais » lorsqu'il y a simplement traduction, information, et accompagnement. S'il y a négociation entre des cadres de référence différents, il parle alors de « médiation critique », avec transformation des pratiques. Selon Cohen-Emerique<sup>10</sup> il y a deux types de médiation formelle : 1) l'aide à la résolution des conflits de valeur, 2) la médiation créatrice de nouveautés, qui modifie les normes et favorise actions novatrices. Jalbert décrit cinq rôles de l'interprète : 1) traducteur (mécanique), 2) informateur culturel, 3) médiateurs entre 2 systèmes de valeurs ou de représentations conflictuelles (afin d'arriver à un modèle commun), 4)

---

<sup>6</sup> [www.inter-pret.ch](http://www.inter-pret.ch)

<sup>7</sup> Bonaffé-Schmidt JP, Dahan J, Salzer J, Souquet M, Vouche FP. *Les médiations, la médiation*. Ramonville Saint-Agne : Erès ; 1999.

<sup>8</sup> Bot H. The myth of the uninvolved interpreter interpreting in mental health and the development of a three-person psychology. In: Brunette L, Bastin G, Hemlin I, Clarke H, (eds) *The Critical Link 3*. Amsterdam: John Benjamins; 2003; pp 25-35.

<sup>9</sup> Delcroix C. Rôles joués par les médiatrices socio-culturelles au sein du développement local et urbain. *Espaces et sociétés* 1996 ; 84-85 : 153-76.

<sup>10</sup> Cohen-Emerique M. La médiation interculturelle, les médiateurs et leur formation. In : Remotti F, ed. *Corpi, individuali e contesti interculturali*. Turin : L'Harmattan Italia Conessioni ; 2003 ; pp 58-87.

avocat (de l'usager, *advocate*), 5) travailleur bilingue (devient le professionnel de par sa formation ou son expérience institutionnelle). Enfin Léanza<sup>11</sup>, dans sa recherche doctorale en pédiatrie, identifie cinq rôles : 1) agent linguistique (transmission info), 2) agent culturel (faire entendre la voix de la différence), 3) agent du système (professionnel bilingue, discours institutionnel), 4) agent d'intégration (accueil et mise à l'aise avant la consultation), 5) soutien-accompagnement (demandes des patients : explication, avis, ...) ; mais n'observe quasiment pas de rôle d'*advocate* ni de véritablement de médiation culturelle. Goguikian-Ratcliff et Changkakoti<sup>12</sup> soulignent avec un exemple clinique toute la complexité de ce rôle et l'importance de la position du médiateur vis-à-vis de sa culture d'origine et de la mobilisation émotionnelle et cognitive qui peut se jouer là autour d'une situation d'un compatriote.

Les travaux de Cohen-Emerique et Fayman permettent de mieux définir la position du médiateur<sup>13</sup>. Le médiateur est avant tout une personne qui se situe à l'intersection des deux mondes et qui est capable d'opérer une translation, c'est-à-dire une transformation des perspectives des deux partis. En lieu et place de la neutralité du médiateur social, il occupe une position de tiers, c'est-à-dire ni un acteur institutionnel, ni un patient. En même temps il agit comme passerelle facilitant la communication et rapprochant deux univers culturels différents. Il doit interroger à la fois la culture et la pratique du patient et celle du soignant, afin de permettre d'élaborer un certain nombre de points communs et de stimuler la création d'un espace interculturel.<sup>14</sup>

En raison de la pluralité de signification du terme de « médiateur » et du risque de confusion avec le rôle du médiateur social, nous préférons employer le terme d' « informateur culturel ». Concrètement le rôle que nous attendons de celui-ci lors de la consultation culturelle aux HUG est multiple. D'abord il peut permettre **d'identifier les malentendus potentiels et de les verbaliser**. Ces malentendus peuvent porter sur des sujets aussi variés que la signification d'un terme que sur des conflits de valeurs larvés. Ensuite il doit **offrir aux soignants des informations culturelles pertinentes** à la situation personnelle du patient. Il y a deux buts à ceci : d'une part de faciliter la compréhension par les soignants d'une situation donnée, d'autre part être un moteur de changement du cadre de référence du patient et de lui permettre d'initier des propositions nouvelles et créatives intégrant ou congruente avec la perspective du patient. Enfin il doit être capable **de faciliter les explications ou les interventions des soignants auprès du patient**, en rendant plus explicite le fonctionnement de la société-hôte ou de la biomédecine pour le patient, et en faisant appel à des éléments de la culture d'origine du patient qui permettent de négocier l'acceptabilité et la compatibilité de la proposition du soignant par le patient.

Les qualités que nous recherchons chez un informateur culturel sont: une bonne connaissance d'une culture ou d'un groupe ethnique, une capacité de recul par rapport à cette culture afin de pouvoir expliquer à autrui, la confidentialité des informations obtenues auprès du patient et du soignant, et pouvoir parler anglais ou français couramment. Dans l'idéal l'informateur parle aussi la langue du patient, mais on peut imaginer de travailler avec un interprète supplémentaire.

---

<sup>11</sup> Léanza Y. L'interprète médiateur communautaire : entre ambiguïté et polyvalence. *L'autre, Cliniques, cultures et sociétés* 2006 ; 7(1) ; 109-124.

<sup>12</sup> Goguikian Ratcliff B. & Changkakoti N. *Le rôle du traducteur dans la construction de l'interculturalité dans une prise en charge de migrant*. Actes du VIIIème congrès de l'ARIC, septembre 2001.

<sup>13</sup> Cohen-Emerique M. & Fayman S. *Médiateurs culturels, passerelles d'identités*. *Connexions* 2005 ; 83 : 169-190.

<sup>14</sup> Léanza Y & Klein P. Professionnels de la santé et de la relation d'aide en situation interculturelle : quelle formation ? In *Pourquoi des approches interculturelles en sciences de l'éducation ?* P. Dasen et C. Perregaux (eds). Bruxelles : de Boeck ; 2000, pp. 281-298.

Les médiateurs sont souvent décrits comme des personnes d'origine étrangère, voir de la même origine que le patient, et ayant expérimenté un parcours migratoire et le processus d'acculturation à la société-hôte. Cette caractéristique est évidemment un atout. Toutefois on peut aussi imaginer que l'informateur soit une personne issue de la société-hôte mais ayant une expérience intime (migration, mariage biculturel) de la culture d'origine du patient. L'important est que l'informateur ait été confronté de manière prolongée et quotidienne à une autre culture, induisant un questionnement -ou du moins une prise de conscience- des éléments propres à sa culture d'origine, et une connaissance étendue de sa culture d'accueil.

Le médiateur peut provenir du même groupe ethnique que le patient, mais pour des raisons pratiques cela ne peut pas toujours être possible. L'expérience de Montréal, confirmée par d'autres recherches<sup>15</sup>, montrent qu'une proximité incomplète (similitude de religion, de région, de milieu social, etc.) peu aussi être bénéfique. Dans certaines situations, en particulier lorsque la communauté d'origine est peu nombreuse dans la société-hôte, cette extranéité s'avère même utile en rassurant le patient sur la garantie de la confidentialité.

Enfin l'informateur doit posséder un certain nombre de qualités humaines : capacité à communiquer, empathie, compétence sociale, fiabilité, désir et capacité d'apprendre, discrétion, ouverture et intérêt pour l'autre et pour l'interculturel.

---

<sup>15</sup> Cohen-Emerique & Fayman (déjà cité)

## Annexe C : Consultation culturelle

### Anamnèse clinique :

**Date:** Patient vu le 30 [REDACTED] avant son hospitalisation au [REDACTED]

**Consultation demandée par :** Dr [REDACTED], médecin interne, et par Drs [REDACTED], pneumologie.

**Motif de consultation:** Patient sénégalais de 42 ans, étudiant en soins infirmiers, hospitalisé pour une tuberculose pulmonaire active avec atteinte hépatique et laryngée. Le patient refuse qu'on lui fasse un test HIV. Cette décision n'est pas comprise de l'équipe de soins qui se pose la question de la participation d'éléments culturels à son refus et qui demande une consultation.

**Plainte principale du patient** "Je veux tout faire pour guérir de la tuberculose."

**Cadre de l'évaluation:** Deux entretiens avec le patient, dans sa chambre au [REDACTED] (isolement pour contagion), par Melissa Dominicé Dao, sans traducteur ou médiateur culturel.

**Anamnèse médicale actuelle:** Patient de 43 ans, d'origine sénégalaise, en bonne santé habituelle, qui se rend le 6.03.06 aux Urgences. Il souffre depuis la fin du mois de décembre d'une fatigue croissante définie comme un état d'épuisement. Il rapporte en outre une toux depuis quelques semaines avec expectorations jaunes-brunes, une perte de poids non quantifiée, et qu'une perte d'appétit. Les investigations aux Urgences mettent en évidence une bronchopneumonie trilobaire fortement suspecte d'être une TBC. De longues discussions sont alors nécessaires avec le patient pour qu'il accepte l'hospitalisation. La présence de BAAR dans les expectorations confirme le diagnostic et une quadrithérapie anti-tuberculeuse est introduite. Pendant l'hospitalisation le patient reste fébrile longtemps avec toujours des BAAR dans les expectorations, raison pour laquelle il est toujours en isolement 3 semaines après le début de son hospitalisation. Le statut HIV du patient est inconnu et le patient refuse de se soumettre à un test sérologique.

**Antécédents personnels:** patient sénégalais, musulman, célibataire, sans enfants, en Suisse depuis 5 ans, étudiant en 2<sup>ème</sup> année dans une école de soins infirmiers en Suisse, travaille aussi dans un laboratoire (s'occupe du courrier).

**Antécédents médicaux:** BSH

**Antécédents psychiatriques:** Aucun connu

**Traitement:** Quadrithérapie antituberculeuse, Dafalgan en réserve.

**Habitudes:** pas de tabac, pas d'alcool, pas de toxiques

**Status mental:** Patient mince, en chemise de nuit, faisant plus jeune que son âge. Calme, un peu méfiant et réservé, mais néanmoins collaborant. Orienté dans les trois modes. Thymie neutre. Affect adéquat. Pas de trouble du contenu de la pensée. Pas d'éléments de la lignée psychotique.

**Plan:** Patient encore hospitalisé en médecine, sera transféré à Montana le 4.04.06 pour suite de traitement, puis suivi au CAT après son retour à Genève.

## **Formulation culturelle :<sup>16</sup>**

### **A. Identité culturelle**

#### **1. Groupe de référence culturelle**

Le patient se décrit comme sénégalais et musulman, sans donner plus de précisions sur l'ethnie dont il provient (wolof, fula, serère, toucouleur, dioula, mandinka, etc) ni sur le groupe social. A noter que 92% de la population sénégalaise est musulmane, ce qui n'empêche pas des croyances animistes traditionnelles d'exister parallèlement.

#### **2. Langue**

Le patient démontre une excellente maîtrise du français, nul besoin d'interprète.

Le français est la langue officielle du Sénégal, mais n'est parlée que par 20% des sénégalais. Le français constitue la langue d'enseignement, et la plupart des grands médias écrits sont en français, ainsi que beaucoup d'émissions de télévision. La majorité des radios diffusent en wolof. Le wolof est la langue africaine la plus répandue, puis vient le peul et le serer, parmi plus de 35 idiomes.

#### **3. Éléments culturels du développement**

Le patient est né au Sénégal, et a grandi dans une petite ville à 70 km de Dakar, la capitale. Il décrit ses parents comme « n'ayant pas beaucoup de moyens ». Il est le garçon aîné d'une fratrie de 9 enfants de même père et même mère. Ceci signifie qu'il n'est pas le premier né (il y a des sœurs avant lui), mais que sa place de premier garçon lui donne le rôle d'aîné de la famille. Ce rôle constitue un privilège important, mais aussi une source de devoirs et d'obligations. C'est à lui qu'incombe le rôle de médiateur lors de conflits parmi ses sœurs et frères. On attend également de lui qu'il participe à subvenir aux besoins de la famille. Il a en particulier une grande responsabilité envers les enfants de ses sœurs.

Il a poursuivi ses études à Dakar jusqu'au niveau de la maîtrise (études de l'histoire des pratiques de santé).

Après quoi il est parti en Belgique pour environ 2 ans et a obtenu un DEA en environnement. Il aurait obtenu des bourses pour ses études à l'étranger en raison de ses bons résultats scolaires. Après ses études en Belgique il est retourné au pays pour travailler. C'est là qu'il a réalisé que les besoins prioritaires de son pays étaient des soins médicaux, ce qui l'a motivé à se réorienter professionnellement, et à venir à Genève faire l'école de soins infirmiers.

#### **4. Investissement avec la culture d'origine**

Le patient se définit comme un « sénégalais ». Il est très attaché à sa culture d'origine qu'il décrit à plusieurs reprises par le terme « chez moi ». Il parle avec gourmandise des plats traditionnels sénégalais. Il a le projet professionnel très clair de rentrer au Sénégal et d'y travailler comme infirmier afin de faire profiter son pays de sa formation acquise à l'étranger, et ne souhaite pas rester en Suisse, même malgré les avantages économiques. Il a des amis sénégalais à Genève qu'il voit régulièrement. Au début de son séjour à Genève il se rendait régulièrement à la Mosquée, mais il dit ne plus avoir le temps entre ses études et son travail.

#### **5. Investissement avec la culture hôte**

Malgré ce profond attachement à sa culture d'origine le patient est très acculturé à la culture occidentale, à la fois par son éducation et suite à sa longue durée de séjour (>7 ans) en Europe francophone (Belgique et Suisse). Sa mère était enseignante à l'école de cuisine et lui a appris à cuisiner la nourriture sénégalaise comme la nourriture européenne qu'il apprécie également beaucoup. Il est en Suisse depuis environ 5 ans. Il mentionne y avoir des amis suisses et français. Il a eu une relation amoureuse suivie avec une femme française qui habitait Paris mais qui faisait les trajets sur Genève pour le voir. Il y environ un an, il a mis fin à cette relation car son amie est tombée enceinte et elle a fait pratiquer une IVG contre son gré. En effet lui se dit prêt à se marier et avoir des enfants, même avec une européenne.

Le patient est aussi « acculturé » à la médecine biomédicale, en raison de ses études de soins infirmiers. En fait il met constamment en avant le fait qu'il étudie en Suisse, son identité d'étudiant infirmier, et le fait qu'il connaît les données médicales sur la tuberculose et sur le HIV. Il reprend également les infirmières à son chevet lorsqu'une pratique de soins ne correspond pas à ce qu'il a appris à l'école.

### **B. Explications culturelles de la maladie**

---

<sup>16</sup> Cette évaluation est à considérer comme incomplète. En effet, le temps à disposition avant son transfert à Montana était très limité. D'autre part, il manque un certain nombre d'informations culturelles plus spécifiques en raison de l'absence de médiateur culturel

### **1. Catégories et plaintes culturellement spécifiques prédominantes**

Le patient n'avait pas de plaintes spontanées. Sur questionnement il mentionne avoir « tout le temps faim », avoir perdu du poids, mal dormir et être fatigué. En fait son discours est surtout axé sur la guérison de sa TBC.

### **2. Sens et sévérité des symptômes en relation avec les normes culturelles**

Il est important de se rappeler que la tuberculose est encore une maladie très stigmatisée en Afrique. Elle signifie pour beaucoup l'exclusion, en raison de la crainte de contagion. D'autre part elle porte encore souvent l'image d'une maladie mortelle. Dans son discours le patient souhaite minimiser cette image de la tuberculose au Sénégal (« au Sénégal tout le monde sait que c'est une maladie qu'on peut traiter et dont on guérit »). Il dit avoir eu des amis proches qui ont été malade de la tuberculose mais qui ont tout à fait guéri sous traitement. Toutefois il a préféré ne pas avertir ses amis sénégalais de son séjour à l'hôpital et de son diagnostic de TBC. Il dit que c'est parce que les sénégalais le rejetteraient en raison de la peur de la contagion, et qu'il préfère aller les voir pour leur expliquer une fois qu'il est guéri. En fait il n'a averti presque personne de sa maladie, sauf le laboratoire où il travaille les après-midi et l'école de soins infirmiers. Par contre il a averti sa famille au Sénégal de sa maladie et dit qu'ils « le prennent bien, car ils savent qu'on en guérit ».

Le HIV est également lié en Afrique à une très importante stigmatisation, encore plus que la TBC. En ce qui concerne les expériences passées du patient avec le HIV, il dit qu'il ne « connaît personne qui ne l'ait eu ou qui en soit mort ». Lorsque je tente d'explorer comment un tel diagnostic serait reçu dans sa famille, il met en avant que dans sa famille « on est clean » et il n'y a « aucun risque que quelqu'un en soit atteint parce qu'il n'y a pas de comportement à risque ». L'impression est que le patient nie ce problème et ne souhaite pas en parler.

Toutefois il est utile de se rappeler que le Sénégal est souvent cité comme exemple pour avoir débuté précocement un programme de prévention et de lutte contre le HIV, ce qui a permis de maintenir stable le taux de prévalence à 0,8-1,8% (selon sources) de la population.

### **3. Causes et modèles explicatifs perçus**

En ce qui concerne la TBC, le patient dit « ne pas penser à la cause, car cela ne change rien au problème ». Toutefois il explique qu'il a eu un test de Mantoux il y a plus d'un an lors de son admission à l'école de soins infirmiers qui montrait selon lui une « immunité ancienne ». Pour lui il l'a donc attrapée en Suisse « dans le bus, à l'école, ou par du matériel de prélèvement au laboratoire ». Il mentionne aussi que c'est « la volonté de Dieu ». Il déclare ne pas avoir pensé à ce diagnostic du tout en venant aux urgences pour sa toux.

En ce qui concerne le HIV, il dit que par sa formation « il sait très bien comment on l'attrape » et qu'il a une très bonne connaissance en général de cette maladie. Toutefois lorsque je tente d'aborder la question de son refus du test, il mentionne qu'il pense qu'il sera négatif pour lui « parce que ses copines ont été testées et ont toujours été négatives », et « parce qu'il est circoncis et qu'il a entendu que c'était un facteur qui protège de l'infection ».

Le patient mentionne enfin plusieurs facteurs qui participent au maintien d'une bonne santé: une bonne alimentation, une bonne hygiène de vie et un bon sommeil, et le fait de passer du temps dans la nature, à la campagne. Il dit avoir un tel mode de vie habituellement. Dans ce cadre, il est plutôt favorable à son transfert à Montana, et au « bon air » de la montagne.

Plusieurs autres étiologies à sa maladie pourraient être évoquées dans ce contexte. Elles sont mentionnées ici à titre informatif et hypothétique car le patient n'a pas du tout évoqué ces causalités ou croyances animistes. D'abord la place doublement privilégiée du patient (à la fois comme fils aîné de la famille, mais aussi comme africain ayant eu la possibilité de faire ses études et travailler en Europe) est une place qui peut provoquer de l'envie et de la jalousie dans l'entourage, et qui pourrait lui faire craindre d'être le récipiendaire de mauvais sorts. D'autre part le fait de se soustraire aux obligations familiales de son rang pourraient attiser la colère des ancêtres et le risque de représailles, entre autre sous forme de maladie. Il est difficile de savoir si ces étiologies sont des éventualités pour le patient. Même si c'était le cas, il est peu probable qu'il les partage avec un médecin occidental. Ceci car un médecin ne serait pas un interlocuteur adéquat vu son impuissance à agir sur ces étiologies, mais aussi par peur de paraître « primitif » alors qu'il est quelqu'un d'instruit et faisant partie de la médecine occidentale. Mais en tout état de cause, au vu de l'acculturation occidentale (et biomédicale) du patient, il est peu probable que ces étiologies fassent partie de son modèle explicatif.

### **4. Expériences de traitement antérieures et plan de traitement actuel**

Le patient déclare faire appel en Afrique comme ici à la biomédecine occidentale uniquement. Toutefois, si le patient faisait recours à la médecine traditionnelle, il est peu probable au vu de son acculturation et de son appartenance au corps infirmier qu'il le reconnaisse dans un cadre hospitalier.

## **C. Facteurs culturels liés à l'environnement psychosocial**

### **1. Facteurs de stress sociaux**

La position de fils aîné du patient est une source de privilège, mais aussi une importante source de stress, en raison de l'importance des devoirs et des responsabilités qui lui incombent (v. plus haut). De plus, sa position privilégiée d'africain en Europe place sur lui beaucoup d'attentes par rapport à sa communauté. Il reconnaît volontiers ces devoirs et ses attentes. Il est fier de son projet et travaille activement pour compléter rapidement sa formation afin de pouvoir travailler comme infirmier au Sénégal. Mais par moments il exprime aussi beaucoup d'ambivalence par rapport à se rôle. Il reconnaît la lourdeur de position, et mentionne en souriant que ses études à l'étranger lui permettent de se « dérober » à ses devoirs et de faire la « sourde oreille » à certaines requêtes de sa famille. Toutefois il reconnaît de la culpabilité à leurs égards, et le désir de retourner rapidement en Afrique pour assumer son rôle. Il dit ne pas envoyer d'argent en Afrique, mais ceci était contredit, lors de ma visite, par sa préoccupation à pouvoir faire un transfert « Western Union » à sa famille avant son départ pour Montana. Enfin le patient a 43 ans, n'est pas marié, et n'a pas de descendance. Cette dernière question n'a pas suffisamment été abordée avec lui, mais pourrait potentiellement aussi représenter un facteur de stress additionnel.

## **2. Eléments de soutien social**

Le patient n'a reçu que deux visites pendant son hospitalisation: une d'un représentant de son école, une autre d'un représentant de son travail (laboratoire). Toutefois le patient a choisi de ne pas contacter ses amis africains en raison de sa crainte d'un rejet au vu de son diagnostic de TBC ; il est donc difficile de savoir quel est réellement son environnement social à Genève. Il donne l'impression d'être relativement isolé, mais ceci mériterait d'être davantage exploré.

Néanmoins le patient a contacté sa famille au Sénégal pour leur faire part de son problème de santé. Il déclare avoir de bonnes relations avec eux, en particulier avec un de ses frères, et que sa famille le soutient bien dans cette maladie.

## **3. Niveau de fonctionnement**

Avant son hospitalisation le patient ne semble pas avoir de difficulté majeure de fonctionnement en Suisse, avec une bonne compréhension et capacité d'intégration dans la culture-hôte. La question de savoir s'il fuit ou non ses responsabilités familiales demeure ouverte.

## **D. Eléments culturels de la relation clinicien-patient au moment de l'évaluation**

Le patient est sénégalais d'origine mais avec une grande habitude de la culture européenne francophone et une appartenance au milieu médical par ses études actuelles. La clinicienne qui l'évalue est suisse-américaine, francophone, médecin, ayant travaillé en Afrique de l'Ouest mais pas au Sénégal.

Le Sénégal a été colonisé depuis le 15<sup>ème</sup> siècle par, à tour de rôle, le Portugal, l'Angleterre, la France et la Hollande. Ce pays avait une position stratégique en raison du comptoir de St-Louis et de l'île de Gorée, qui représentait une des plaques tournantes du commerce des esclaves africains et un point de stockage avant le départ vers l'Amérique. Finalement la totalité du pays passe sous contrôle français dès la fin du 19<sup>ème</sup> siècle, et Dakar devient la capitale de l'Afrique occidentale française. L'indépendance de la France est obtenue en 1960 seulement, mais l'influence française -en particulier au niveau linguistique- demeure présente. La Suisse n'a pas d'antécédents historiques majeures avec le Sénégal, et n'a pas été une notion colonisatrice. L'équipe de soins s'occupant du patient est à majorité suisse, française et européenne avec peu ou pas de soignants provenant d'une minorité visible.

Le fait que le patient est étudiant infirmier lui confère un statut particulier : il est à la fois patient mais aussi soignant. Donc malgré la potentielle différence culturelle, il fait partie de la même culture biomédicale que les soignants et que la clinicienne qui l'évalue. Cette appartenance à la même culture que les soignants signifie que les attentes qu'on va avoir de lui ne sont pas les mêmes que pour un autre patient. On s'attendra typiquement à ce qu'il partage le même raisonnement que les soignants, qu'il comprendra et adhérera aux causes médicales de sa maladie et qu'il acceptera donc les décisions d'investigation ou de traitement. Le refus du patient de se faire tester pour le HIV remet ceci brutalement en question, alors que la logique de ce test lors de TBC chez un africain parait incontournable du point de vue médical.

## **E. Evaluation globale et synthèse**

Nous sommes donc en présence d'une situation d'un patient sénégalais, étudiant en soins infirmiers, qui est hospitalisé depuis 3 semaines pour une tuberculose pulmonaire étendue. Malgré la logique médicale qui veut qu'un test HIV semble indispensable, le patient refuse ce test. La question se pose alors dans l'équipe d'une cause culturelle à ce refus.

L'évaluation du patient a été limitée par son départ précoce à Montana, et par l'absence de médiateur culturel sénégalais pouvant apporter des informations plus spécifiques. Toutefois un certain nombre d'éléments semblent se dégager de cette évaluation :

- La très forte stigmatisation liée à la fois à la TBC et au HIV dans la culture d'origine du patient, avec un important risque de rejet et d'exclusion.
- L'appartenance du patient à plusieurs cultures : sénégalaise, européenne et biomédicale, avec la potentialité d'une adhérence à plusieurs modèles explicatifs de maladie, tant au niveau de la cause que du traitement nécessaire à sa résolution.
- Le risque de stigmatisation du corps médical en cas de test HIV positif, et la remise en cause de son avenir professionnel d'infirmier, en Suisse ou en Afrique.
- Les pressions majeures que subi le patient de par son statut de fils aîné et de privilégié ayant pu étudier en Europe et sa nécessité concomitante de mener à terme son projet professionnel, et la menace de celui-ci par un test HIV qui s'avérerait positif.
- Une propension du patient à fuir ses responsabilités, notamment en prolongeant ses études en Europe, au lieu d'être présent pour remplir son rôle d'héritier, de pourvoyeur, et de médiateur au sein de sa famille élargie. La question se pose d'une nouvelle fuite devant le spectre du HIV, au lieu de se confronter à la réalité du test.

En conclusion, cette évaluation semble indiquer que la cause du refus du patient de se soumettre à un test HIV relève plus de sa personnalité et d'une dynamique individuelle face à une problématique grave. Toutefois l'éclairage d'un certain nombre de facteurs qu'on peut considérer comme culturels (stigmatisation accrue, contexte de pressions et d'attentes communautaires, etc.) permet de mieux comprendre le contexte de cette décision.

Une proposition a été faite au patient qu'il procède à un test HIV anonyme, afin d'éviter que le résultat soit inscrit dans son dossier, pour au moins éviter la stigmatisation par son milieu professionnel. Le patient a refusé cette proposition, car il nie que la possibilité d'un test positif existe. Toutefois je pense qu'il serait utile de lui proposer à nouveau cette option dans quelques temps. Elle le rend plus maître de son avenir, en lui permettant d'être détenteur de son diagnostic, et donc soit de démontrer qu'il a raison s'il est négatif, soit de prendre le temps nécessaire pour l'annoncer s'il est positif.

A disposition,

---

Melissa Dominicé Dao, Cheffe de clinique  
Département de Médecine Communautaire